



Org. Laura Segabinazzi Pacheco e Daniela Tonús

# TERAPIA OCUPACIONAL:

pesquisa-ação nos  
diferentes contextos







Org. Laura Segabinazzi Pacheco e Daniela Tonús

# TERAPIA OCUPACIONAL: pesquisa-ação nos diferentes contextos







Org. Laura Segabinazzi Pacheco e Daniela Tonús

# TERAPIA OCUPACIONAL:

pesquisa-ação nos  
diferentes contextos

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO  
SANTA MARIA, RS - 2012

Coordenação editorial  
Salette Marchi

Capa  
Henrique Santos Pereira

Produção Gráfica  
Gustavo de Souza Carvalho

Projeto Gráfico e Diagramação  
Franciele Rodrigues Marques

Revisão  
Maria de Lourdes Godinho  
Cristine Costa Rodrigues

T315 Terapia Ocupacional : pesquisa-ação nos diferentes contextos /  
organizadoras Laura Segabinazzi Pacheco; Daniela Tonús. –  
Santa Maria, RS : Centro Universitário Franciscano, 2012.  
280 p. ; 15 x 21 cm

ISBN 978-85-7909-033-2

1. Terapia Ocupacional I. Pacheco, Laura Segabinazzi II. Tonús, Daniela

CDU 615.8

Elaborada pela bibliotecária Paula Schoenfeldt Patta CRB10/1728

## PREFÁCIO

Foi com uma doce emoção que recebi o convite para prefaciar este livro. Uma série de sentimentos e lembranças descortinaram em um filme com a trajetória da inserção da Terapia Ocupacional no Rio Grande do Sul. Ao ofertar o primeiro curso em Santa Maria, o Centro Universitário Franciscano teve uma iniciativa, sem dúvida, corajosa e arrojada, que demandou alto grau de esforço e desprendimento de toda a comunidade acadêmica.

Reviver essas lembranças me afagou o coração com o sentimento de honra e orgulho pelo lugar que me foi dado neste livro. Honra, posto que remete ao investimento e papel que exerci na construção da história da Terapia Ocupacional em Santa Maria, quando abracei o desafio de gerar e gestar o primeiro curso; orgulho, pelo fato de a semente plantada ter encontrado terreno fértil e germinado muitos frutos.

Este livro é mais um deles, presentificado pelo trabalho e determinação das colegas que o organizaram: Daniela Tonús, uma das primeiras professoras do curso, com quem, em muitos momentos, dividi as dores e as delícias do posto de timoneiro na condução daquele, em mares ora tranquilos ora outras tantas vezes tempestuosos, e a colega Laura Segabinazzi Pacheco, acadêmica egressa do curso, sempre atenta e dedicada a sua formação e que agora zela pela formação de novos profissionais. Dela muito me orgulho e ela me certifica de que, apesar do cenário que tínhamos, conduzimos bem o barco, uma vez que a preocupação com a formação não era a única, mas se entrelaçava à estruturação do currículo, à abertura de mercado, à constituição do corpo docente, bem como à administração das dúvidas e ansiedades dos jovens que vieram em busca da formação em Terapia Ocupacional.

Foi uma tarefa delicada amparar os seus olhares esperançosos e sonhadores. Nós, professores, éramos o receptáculo da projeção desses sonhos. Formar profissionais em uma área sem ne-

nhuma referência local foi, sem dúvida, um dos maiores desafios enfrentados, porque deste derivaram outros tantos. A responsabilidade imensa foi enfrentada com muito entusiasmo, esperança, paixão e forte determinação em consolidar o curso e com ele a profissão no interior do estado. Era um prêmio termos em nossas mãos a possibilidade de sermos os pioneiros a dar um lugar especial à Terapia Ocupacional em Santa Maria.

A elaboração deste livro tem, portanto, um significado especial, apresenta o resultado de uma construção coletiva, empreitada no cotidiano do fazer acadêmico. Representa um autorretrato das práticas pedagógicas desenvolvidas no passado e no presente, tendo em vista que é constituído pelo fruto das pesquisas elaboradas nos trabalhos de final de graduação, muitos deles orientados por professores egressos o curso. Escrito a diversas mãos e, em se tratando de terapeutas ocupacionais, também se pode afirmar que a diversos corações.

Muitas pessoas e histórias foram entrelaçadas nesta caminhada, muitos sonhos concebidos juntos. A construção deste livro representa o desfecho de uma peça encenada por muitos atores. Na verdade, este livro não iniciou agora, mas no desejo, sonho e determinação daqueles que em diversos momentos e de diversas formas participaram dessa construção e, principalmente, daqueles que continuaram essa trajetória e perceberam que chegara o momento, o amadurecimento necessário para alçar este voo.

Os diversificados temas abordados neste livro desvelam tanto as múltiplas facetas e diferentes abordagens da Terapia Ocupacional quanto à pluralidade dos atores envolvidos. Essa diversidade leva-os a observar a importância da singularidade dos sujeitos na constituição da profissão.

Os capítulos trazem assuntos que remontam às áreas tradicionais da Terapia Ocupacional e se estendem às questões contemporâneas. Abordam temáticas relativas à infância, desde a proposta de intervenção com o recém-nascido a crianças com deficiências

tradicionalmente assistidas pela Terapia Ocupacional, tais como aquelas decorrentes da encefalopatia crônica não progressiva.

O livro propõe a discussão sobre métodos, domínios e processos específico à área, como a integração sensorial e atividades da vida diária, bem como aqueles de caráter multiprofissional e interdisciplinar, como a tecnologia assistiva e a equoterapia.

Além disso, aborda a discussão sobre participação e inclusão social, tão importante e antiga quanto atual e polêmica. Tema esse perpassado, transversalmente por todo o livro e, de modo especial, ao abordar o processo terapêutico do adulto após lesão traumática e não traumática, ou ainda, quando discute o processo de reconstrução do sujeito a partir da doença. Desvela também de forma contundente a vulnerabilidade e risco social de adolescentes usuários de crack e com isso, anuncia uma problemática atual e também os avanços da Terapia Ocupacional no campo da assistência social.

A questão da espiritualidade é neste livro tratada quando se faz a discussão sobre a depressão em religiosos. Questão essa atualmente considerada tanto na atenção ao cliente quanto ao seu familiar e cuidador. O livro dedica também dois capítulos à atenção ao cuidador, preocupação contemporânea e coerente com a busca pela integralidade da atenção à saúde.

A diversidade de temas abordados revela a abrangência das áreas de atuação da Terapia Ocupacional. Ao trabalhar com a atividade humana, ao ter como objeto de estudo e de intervenção o desempenho ocupacional, é possível dizer: onde há vida, há terapia ocupacional! E onde há Terapeuta Ocupacional, no sentido genuíno, há paixão e vida!

Prefaciando este livro é, pois, um presente e uma honra. Entre as emoções despertas está o orgulho em ver o crescimento e fortalecimento de um curso que, no início de sua trajetória, enfrentou as dificuldades inerentes à pequena produção bibliográfica específica de origem nacional. Hoje, imbuídos de coragem, determi-

nação e paixão, os atuais professores lançaram-se ao desafio de construir, com aqueles a quem estão formando, uma produção bibliográfica. Esse ato representa mais que um produto colocado no mercado. Há também uma repercussão importante, posto que leva os novos profissionais a socializar a produção de seu conhecimento, instigando neles a autoria tão necessária à Terapia Ocupacional. Este livro é para ser compartilhado por todos os terapeutas ocupacionais, aqueles em processo de formação, os já formados e aos seus formadores. Desejo que possa servir de exemplo para novas iniciativas.

Amara Lúcia Tavares Holanda Battistel  
(Terapeuta Ocupacional)

## SUMÁRIO

- A terapia de integração sensorial como possível colaboradora no processo de reabilitação junto a pacientes neurologicamente afetados**  
Mônica Siqueira Lemos e Daniela Tonús \_\_\_\_\_ 13
- A ginástica laboral para melhora do desempenho ocupacional dos profissionais do serviço de higienização hospitalar**  
Cristiane Wagner e Silvani Vargas Vieira \_\_\_\_\_ 33
- O desenvolvimento neuropsicomotor em recém-nascidos pré-termo: uma possível proposta de intervenção terapêutica ocupacional**  
Aline Maria Dalcin Cordeiro e Daniela Tonús \_\_\_\_\_ 49
- A participação social do adulto após lesão traumática ou não traumática**  
Carlos Eduardo Matheis e  
Vera Lucy Duarte Costa de Barcellos \_\_\_\_\_ 69
- O impacto da esclerose múltipla no cotidiano dos familiares e portadores da doença**  
Ana Paula Flores Colpo e Silvani Vargas Vieira \_\_\_\_\_ 85
- Fatores protetores ao uso do crack para adolescentes em situação de risco na cidade de Santa Maria-RS**  
Emanuele Togni, Michele Neves Pinto Trindade e  
Samanta Vitt Martellet \_\_\_\_\_ 105
- A possível contribuição da equoterapia no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral**  
Juliane Paz Schons, Vanessa Medeiros Pinto e  
Daniela Bosquerolli Prestes \_\_\_\_\_ 119

<b>Estratégias abordadas nas escolas para prevenção do uso de drogas</b>	
Fernanda Mello Duarte e Silvani Vargas Vieira _____	135
<b>Cuidadores significantes: atenção diferenciada a possível sobrecarga física e emocional</b>	
Karen Mírian Lahutte Seeger e Daniela Tonús _____	151
<b>O processo de reconstrução do sujeito a partir da doença: uma intervenção da terapia ocupacional</b>	
Luana Har Simões e Vera Lucy Duarte Costa de Barcellos _____	171
<b>Desenvolvimento motor de crianças com paralisia cerebral facilitado por dispositivos de tecnologia assistiva</b>	
Elisandra Pereira Groth e Lucielem Chequim da Silva _____	195
<b>Depressão em religiosos: existe influência da religiosidade e espiritualidade?</b>	
Carine Ribeiro Baldicera, Michele Neves Pinto Trindade e Samanta Juliana dos Santos Vitt _____	211
<b>Aquisição de funcionalidade nas atividades de vida diária em indivíduos com lesão traumática de membro superior</b>	
Flaiane Trojahn Gressler e Lucielem Chequim da Silva _____	229
<b>Sobrecarga dos cuidadores significantes de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves vinculados ao centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Santa Maria-RS</b>	
Dayane Oliveira Durlo e Vanessa Medeiros Pinto _____	249
<b>Minicurriculo dos autores</b> _____	275



# A TERAPIA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL COMO POSSÍVEL COLABORADORA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO JUNTO A PACIENTES NEUROLÓGICAMENTE AFETADOS

*Mônica Siqueira Lemos e Daniela Tonús*

## RESUMO

Este artigo traz como assunto a ser discutido a utilização da Terapia de Integração Sensorial como possível colaboradora no processo de reabilitação junto a pacientes neurológicamente afetados. Tal pesquisa tem o objetivo de investigar se há eficácia nas intervenções de Terapia Ocupacional por meio do uso da Terapia de Integração Sensorial. Este trabalho é caracterizado por uma pesquisa qualitativa com abordagem em grupo focal, sendo realizada no Laboratório de Ensino Prático (LEP) do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Os sujeitos da pesquisa foram acadêmicos do nono semestre de Terapia Ocupacional, que estavam cumprindo o Estágio Curricular Supervisionado II e que utilizavam junto a seus pacientes, durante os atendimentos, a Terapia de Integração Sensorial. Os resultados mais significativos percebidos são que esta terapia, quando utilizada em pacientes neurológicos, tende a colaborar positivamente na reabilitação destes. Percebeu-se notoriamente que a estimulação sensorial promove tanto evoluções físicas, bem como aprimora o desenvolvimento cognitivo de pacientes que a utilizam.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional. Interação Sensorial. Neurologia.

## INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que se caracteriza por ter como objetivo principal o “fazer humano”, entendido como sendo todas as atividades rotineiras e aspectos que contribuem para o desempenho satisfatório das atividades, possuindo um relevante significado na vida de cada ser humano (TEIXEIRA, 2003). É uma profissão humanizadora, pois não se detém em tratar somente a patologia presente, mas em proporcionar melhora no que diz respeito ao cotidiano e rotina desse indivíduo em adoecimento. O terapeuta ocupacional trabalha com a funcionalidade do indivíduo, sem fragmentá-lo, buscando a recuperação integral do sujeito.

Ainda, o terapeuta ocupacional apresenta o intuito de propiciar ao paciente uma visão diferenciada do seu processo de reabilitação, pois facilita os aspectos que são significativos para esse paciente e que foram interrompidos, temporária ou definitivamente, devido a sua patologia. Aspectos esses que variam desde suas atividades diárias, de trabalho, lazer, higiene, vestuário, entre outros e que são modificados ou adaptados pelo profissional de Terapia Ocupacional favorecendo a recuperação do paciente (TEIXEIRA, 2003).

Dessa forma, uma das atuações do terapeuta ocupacional está focada na utilização na Terapia de Integração Sensorial nos casos em que os pacientes possuem disfunções de processamento sensorial. De acordo com Teixeira (2003), entende-se por Integração Sensorial a habilidade do indivíduo em processar os estímulos recebidos pela forma usual. Portanto, neste trabalho apresentou-se, como premissa, investigar se essa terapia se torna eficaz no tratamento de pessoas com problemas neurológicos e, se por meio de sua utilização, existe de fato melhora no desempenho e desenvolvimento dos indivíduos. Este trabalho trouxe como problema: Existe eficácia no tratamento de pessoas com problemas neurológicos por meio do uso da Terapia de Integração Sensorial?

Tal estudo se justificou pela intenção de analisar a eficácia da Terapia de Integração Sensorial em pessoas neurologicamente afetadas. Além disso, procurou aprofundar pesquisas quanto ao assunto investigado e seus objetivos durante o tratamento, além de sanar algumas inquietações no que se refere à aplicabilidade e eficácia da terapia.

Portanto, tal pesquisa visou contribuir, com seus resultados, à atuação do terapeuta ocupacional, bem como na sua formação, para que este profissional obtenha maior domínio dessa terapia, assim como elevar a cientificidade e as pesquisas da área.

Esta pesquisa teve como objetivo geral verificar se há eficácia no tratamento de pessoas com problemas neurológicos por meio do uso da Terapia de Integração Sensorial. Ainda apresentou como objetivos específicos os questionamentos: investigar quais são os equipamentos mais utilizados durante a Terapia de Integração Sensorial; discutir com os participantes sobre a utilização da Terapia de Integração Sensorial durante suas intervenções junto a pacientes neurológicos; averiguar se existem aquisições motoras, sensoriais e cognitivas por meio do uso da Terapia de Integração Sensorial.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **A utilização da Terapia de Integração Sensorial como possível colaboradora no processo de reabilitação do indivíduo**

A Terapia de Interação Sensorial iniciou por estudos e trabalhos realizados pela terapeuta ocupacional norte-americana A. Jean Ayres. A autora baseou-se nesta terapia para avaliar como cada indivíduo responde a estímulos recebidos pelo meio externo. Empregou a Integração Sensorial como recurso nos atendimentos com pacientes que possuíam desordens sensoriais e déficit de aprendizagem (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

Dessa forma, Magalhães (2007, p. 317) conceitua “Integração Sensorial como o processamento e a organização de informações sensoriais para o uso funcional, nas atividades e ocupações desempenhadas diariamente”.

Todos os seres humanos enfrentam diariamente situações em que precisam interpretar estímulos que recebem do meio em que vivem. A capacidade de organização e resposta a esses estímulos chama-se de Integração Sensorial (I. S.).

A utilização da I. S. é iniciada, conforme Fonseca e Lima (2004), desde que somos bebês, pois logo que nascem precisam organizar, interpretar e unir todas as informações e estímulos recebidos, de modo que favoreça seu uso. De acordo com o autor, pesquisas relatam que bebês nascidos a termo e sem nenhuma lesão neurológica respondem de forma eficaz aos estímulos que recebem. Um exemplo disso é o fato destes procurarem o peito na hora da amamentação e o contato do corpo com a mãe, o que proporcionará futuramente um desenvolvimento saudável e uma interação adequada dessas crianças com o meio em que vivem.

A partir de pesquisas realizadas por estudiosos, assim como testes e observações utilizando a Terapia de Integração Sensorial, houve a classificação desta terapia em dois grupos de acordo com as disfunções apresentadas: Disfunções de modulação sensorial e disfunções de discriminação sensorial, conforme Fonseca e Lima (2004). De acordo com Teixeira (2003), as disfunções de modulação sensorial ocorrem quando a organização, interpretação e respostas a esses estímulos acontecem de forma ineficaz, desencadeando fatores de baixo limiar (hiper-resposta ou hiper-sensibilidade), tais respostas são apresentadas com agressividade aos estímulos recebidos.

Exemplos dessa intolerância seria a irritação com etiquetas, determinadas texturas, cheiros, sons e alguns tipos de alimentos, visto que a resposta produzida pelo cérebro quanto a esse tipo de sensação é incômoda, sendo estes classificados como hiper-sensíveis (TEIXEIRA, 2003).

Já o alto limiar (hiporresposta ou hipossensibilidade) acontece quando o indivíduo não reage de forma significativa aos estímulos oferecidos, há pacientes que apresentam os dois fatores concomitantemente. Os indivíduos hipossensíveis não demonstram reação quando tocados, preferem alimentos mais fortes e picantes, gostam de ouvir música em alto volume, de tocar em objetos com texturas mais ásperas (TEIXEIRA, 2003).

As disfunções de discriminação sensorial derivam de dificuldades apresentadas no desenvolvimento motor, coordenação, propriocepção e controle postural. Indivíduos com déficit nessas áreas não interagem de forma significativa com o meio, resultando em falhas no desenvolvimento.

### **Terapia Ocupacional e a utilização da Terapia de Integração Sensorial com pacientes neurológicos**

Caracterizam-se por disfunções neurológicas problemas neurais que acometem o desenvolvimento saudável de um indivíduo por meio de algumas patologias como encefalopatia crônica não progressiva, esclerose múltipla, traumatismo cranioencefálico, acidente vascular encefálico entre outros, impossibilitando-o de realizar determinadas tarefas e, por vezes, de manter sua autonomia e independência.

A Terapia Ocupacional atua diretamente em todas as dimensões da atenção à saúde, dirigida às funções e às disfunções neurológicas, através da formação profissional desenvolvida pelo ensino orientado em abrangência e em profundidade (NUNES, 2008 p. 95).

Pacientes neurologicamente afetados apresentam déficits quanto ao seu desempenho ocupacional que dificultam a realização com destreza de todas as atividades que lhes são importantes e de significado pessoal. Para que tal desempenho aconteça

de forma favorável a esse indivíduo, utiliza-se, dentre outras formas de intervenção, a Terapia de Integração Sensorial. A influência desta abordagem nos atendimentos de Terapia Ocupacional visa estimular de maneira usual e benéfica todas as informações que são processadas de forma errônea pelo cérebro contribuindo durante a reabilitação deste paciente (TEIXEIRA, 2003).

Atividades que estimulem a cognição, coordenação motora e sistema vestibular são realizadas com a intenção de favorecer esses indivíduos a desenvolverem as habilidades necessárias para cumprirem suas atividades pessoais, de trabalho e lazer. Quanto mais precoce houver estimulação sensorial junto a pacientes, que apresentam déficit de I. S. mais eficiente será sua recuperação, o que implicará em um desenvolvimento favorável de suas habilidades, beneficiando seu desempenho ocupacional.

A Terapia de Integração Sensorial tende a contribuir no desenvolvimento e estimulação de pacientes acometidos por algum tipo de patologia com ligação ao sistema nervoso central, que os impossibilite de interagir no meio em que vivem. Através de seu uso, as respostas das sensações recebidas e controle adequado do sistema proprioceptivo poderão estar mais próximos do normal no que se refere aos estímulos recebidos.

## **Metodologia**

Este trabalho é caracterizado por uma pesquisa qualitativa com abordagem de grupo focal. De acordo com Demo (2000), as metodologias qualitativas podem ser caracterizadas por: pesquisa participante, história oral, pesquisa ação, entrevistas e questionários abertos, análise de grupos, sendo dessa forma identificada como uma metodologia bastante abrangente.

A abordagem utilizada foi a de grupo focal que conforme Flick (2009) se baseia em um grupo de pessoas com o intuito de discutir determinado assunto referente à pesquisa em questão. Tal grupo pode ser composto por um número mínimo de duas pessoas até oito participantes por um período de 30 minutos a 2 horas. Este tipo

de pesquisa, conforme mencionado pelo autor, possibilita através do pequeno número de participantes alcançarem profundamente os assuntos trazidos ao grupo e que necessitam ser entendidos.

### **Local de realização da pesquisa e período**

A pesquisa foi realizada no Laboratório de Ensino Prático (LEP) do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, no município de Santa Maria, região central do Estado do Rio Grande do Sul. A realização desta pesquisa deu-se no primeiro semestre de 2011. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Instituição.

### **Sujeitos**

O grupo foi formado por seis acadêmicos do 9º semestre do Curso de Terapia Ocupacional da UNIFRA, que estavam cumprindo o Estágio Curricular Supervisionado II e que utilizam junto a seus pacientes, durante os atendimentos de Terapia Ocupacional, a Terapia de Integração Sensorial.

### **Critérios de inclusão**

- Acadêmicas(os) do nono semestre de Terapia Ocupacional que estivessem em práticas do Estágio Curricular Supervisionado II no Laboratório de Ensino Prático (LEP).
- Ambos os sexos.
- Em faixa etária de vinte a cinquenta anos.
- Que aceitassem participar da pesquisa.

### **Técnica de coleta de dados**

Para a realização desta pesquisa, foi utilizada a técnica de grupo focal, que teve como objetivo coletar as informações necessárias para esclarecimento das dúvidas referentes ao tema

abordado, já que foram utilizados dados e informações retirados das respostas concedidas pelos participantes.

“O principal objeto do Grupo Focal consiste na interação entre os participantes e pesquisador e a coleta de dados, a partir da discussão com foco, em tópicos específicos e diretivos” (IER-VOLINO; PELICIONE, 2001, p. 10).

Para desempenhar a coleta de dados, foi constituído um grupo no início do semestre letivo de 2011. Utilizou-se como coleta de informações um roteiro com perguntas que tiveram como objetivo alcançar os questionamentos da pesquisadora. O grupo foi desenvolvido em uma sala ampla, arejada, livre de ruídos que pudessem atrapalhar a concentração dos participantes, bem iluminada, com cadeiras arranjadas em círculo o que favoreceu a discussão entre os participantes. No decorrer das atividades do grupo, foi utilizado um aparelho de mp3 cuja finalidade era gravar as falas dos participantes que, posteriormente, foram transcritas em forma de texto, sendo então analisadas.

### **Roteiro temático**

O roteiro temático se caracteriza por questões norteadoras da pesquisa, assim como uma forma de instigar os participantes a discutirem o assunto de forma aprofundada e reflexiva.

- |  |
|--|
| 1. Você costuma utilizar a Terapia de Integração Sensorial durante seus atendimentos?  |
| 2. Quais equipamentos de Integração Sensorial são utilizados durante seus atendimentos?  |
| 3. Você percebe melhora com relação a evolução dos usuários após a utilização da Terapia de Integração Sensorial? Em que aspectos? |



## **Análise dos dados**

A interpretação e análise dos resultados foram discutidas de forma aprofundada, buscando identificar categorias para posteriormente referenciar teoricamente. Tais categorias foram criadas a partir dos conceitos mais salientados pelos participantes da pesquisa. Para que não houvesse identificação dos participantes e mantendo privacidade, optou-se por utilizar nomes fictícios para as respostas de cada integrante.

## **Resultados e discussões**

Após todas as falas serem transcritas e analisadas, foram demarcadas as pontuações que mais se destacaram, identificando-se duas categorias que seguem abaixo

### **Terapia de Integração Sensorial: intervenções junto a pacientes neurológicos**

As disfunções neurológicas, por vezes, impossibilitam as pessoas acometidas a manterem sua habilidade em atividades do cotidiano de forma satisfatória. Em certos casos, essas disfunções ocasionam déficits sensoriais de alta complexidade acarretando em dificuldades para este indivíduo manter sua autonomia e independência, bem como o seu desempenho ocupacional.

Essas dificuldades são referentes ao processamento sensorial, entendido como a capacidade de compreensão dos estímulos recebidos. Podem-se exemplificar as dificuldades, conforme a habilidade que certos indivíduos possuem de encontrar determinado objeto, sem utilizar a visão, empregando apenas o toque. A isto, denomina-se estereognosia, sendo que a capacidade não é conduzida de maneira correta por aqueles indivíduos que possuem transtornos sensoriais.

Para que haja um processamento adequado das informações, que podem ser recebidas e interpretadas inadequadamente, em razão de uma disfunção sensorial, atribui-se as intervenções de Terapia Ocupacional a utilização da Terapia de Integração Sensorial. Segundo autores, na Terapia Ocupacional a intervenção abrange diversos objetivos, os quais têm por finalidade o máximo de independência funcional nas atividades realizadas por pessoas com deficiências (CRUZ; DIMOV, 2005).

Esta terapia, quando utilizada em pacientes neurológicos, tende a colaborar positivamente na sua reabilitação. Para exemplificar tal contribuição, segue a colocação de uma participante quanto à utilização da Terapia de Integração Sensorial:

*Betina: Apresentam grandes evoluções, principalmente na questão de aspectos físicos [...] questão de socialização e também uma maior interação entre paciente e terapeuta que também contribui bastante.*

Percebe-se notoriamente que a estimulação sensorial promove tanto evoluções físicas, bem como aprimora o desenvolvimento cognitivo de pacientes que utilizaram tal terapia. Os sujeitos participantes da pesquisa que empregaram a Integração Sensorial confirmam que é perceptível a evolução de seus pacientes, pontuando que há inclusive melhora no desenvolvimento neuropsicomotor.

A Terapia de Integração Sensorial permite que se crie uma maior interação entre o terapeuta e o paciente, pois é necessário que este indivíduo tenha segurança e confie nas habilidades daquele profissional, que objetiva sua evolução. De acordo com Toldrá (2003), o vínculo terapêutico é de fundamental importância, pois é através dessa interação que se conseguem perceber as reais necessidades do paciente, bem como estreitar esta relação que colabora positivamente durante as intervenções.

*Giovana: cada término da sessão o paciente se sente mais confiante, com maior entusiasmo, então é um vínculo muito forte que a gente faz, um progresso muito grande.*

Com a criação desse vínculo durante os atendimentos de Terapia Ocupacional, o paciente desenvolve de maneira evolutiva sua socialização que, em certos casos, torna-se oprimida em razão de suas disfunções. Acredita-se que, ao se utilizar desta terapia, o paciente possa melhorar sua habilidade de comunicação e interação com outras pessoas, pois as informações que recebe do meio externo estão sendo processadas, armazenadas e utilizadas de modo correto e usual, tendo em vista que o processamento adequado visa facilitar e contribuir para o seu desempenho ocupacional. A seguir, a fala de uma acadêmica referente ao exposto anteriormente:

*Maria: Sim, eu vejo, no aspecto social principalmente, porque o paciente após a sessão de integração sensorial consegue socializar e realizar todas suas atividades, que são pertinentes pra ele no dia a dia.*

A atuação do terapeuta ocupacional com crianças está ligada intimamente com o brincar, pois é por meio do lúdico que a criança se desenvolve e demonstra o seu amadurecimento físico e cognitivo. Partindo dessa atuação e por meio da utilização do brincar, o terapeuta ocupacional consegue verificar os aspectos que estão sendo desenvolvidos inadequadamente. Cabe ressaltar que a Terapia de Integração Sensorial pode estar sendo utilizada durante esse processo, já que ela oportuniza uma melhor visualização das áreas afetadas desse paciente e, por meio do seu uso, há uma adequação física, cognitiva e social da criança ou do adulto.

*Lara: sim, acredito que nas questões sociais, nas respostas aos estímulos, assim havendo uma grande evolução no tratamento.*

Para De Vitta (1998), é por meio da atividade que a criança recebe as informações sensoriais, tornando-as usuais e atuando no ambiente de modo há transformá-lo, aprendendo com estas transformações. Através do lúdico a criança constrói seu ambien-

te, contudo quando esta criança apresenta alguma disfunção sensorial este desenvolvimento torna-se por hora limitado. Desta forma a atuação do profissional de Terapia Ocupacional pode estar associada à Terapia de Integração Sensorial, proporcionando a este paciente um ajuste dos desníveis sensoriais, visto que estes por vezes tornam-se fatores contribuintes e incapacitantes para que seu desempenho ocupacional seja saudável.

*Betina: Eu utilizo o cavalo sensorial, a plataforma pra trabalhar equilíbrio, a parte tátil com objetos [...].*

De acordo com Pfeifer (1997), através da manipulação do ambiente tornando-o mais facilitador, promover-se-á o desenvolvimento dos vários aspectos do desenvolvimento, sendo esta também uma tarefa do terapeuta ocupacional. A seguir, a colocação de uma participante com sua opinião sobre o uso da Integração Sensorial.

*Lara: Eu utilizei a bola pra trabalhar equilíbrio e a piscina de bolinhas pra trabalhar [...] questões tátil e perceptiva.*

Conforme Magalhães e Lambertucci (2007), a Terapia de Integração Sensorial tem por finalidade instigar a estimulação sensorial, enaltecendo as áreas de propriocepção, vestibular e tátil, por meio de atividades lúdicas, havendo atuação fundamental da criança.

Por meio dessas colocações comentadas pelos participantes da pesquisa, percebe-se de forma nítida que a utilização da Terapia de Integração Sensorial contribui no processo de evolução, recuperação física e cognitiva de pacientes neurologicamente afetados.

Acredita-se que, por meio dessas pontuações, a Terapia de Integração Sensorial torna-se mais discutida e estudada pelos profissionais e estudantes da área da saúde e, desse modo pode-se afirmar que esta terapia é de fundamental importância nas intervenções de Terapia Ocupacional.

## **Equipamentos de Terapia de Integração Sensorial e seus benefícios**

Sabe-se que à Terapia de Integração Sensorial está vinculada à utilização de equipamentos que reconstituem as dificuldades sensoriais apresentadas. Dentre eles, podemos citar o cavalo suspenso, a piscina de bolinhas, a plataforma, bola suíça, entre outros, que visam fomentar a reabilitação e reorganização sensorial de pacientes acometidos de déficits sensoriais.

Por meio da utilização desses instrumentos terapêuticos, há gradualmente uma disposição sensorial correta, havendo dessa forma uma maior intensidade em sua recuperação. Como parte colaborativa desta pesquisa seguem a seguir, algumas falas das participantes em relação à percepção da evolução dos pacientes por meio do uso desta terapia durante as intervenções de Terapia Ocupacional:

*Maria: Sim eu vejo, no aspecto social.*

*Lara: Sim acredito que nas questões sociais [...] havendo uma grande evolução no tratamento.*

Pode-se observar que, durante esta pesquisa, tornou-se evidente a percepção por parte das participantes quanto à evolução de seus pacientes após terem utilizado a Terapia de Integração Sensorial. Este fato contribui para tal pesquisa cujo objetivo é verificar se há verdadeiramente eficácia nos atendimentos de Terapia Ocupacional fazendo uso desta Terapia.

Além de colaborar na reorganização sensorial, o uso desta terapia trouxe benefícios em outros aspectos, como a obtenção da socialização dos pacientes, visto que, quando o indivíduo é instigado a se reorganizar e consegue atingí-lo, há aquisição de outros fatores. Exemplos desses fatores são: físicos, como a aquisição de tônus muscular ou diminuição deste, controle cervical e

postural, ganho de equilíbrio, utilização funcional de membros superiores, bilateralidade, entre outros.

Quando o paciente percebe melhora, certamente sente-se mais seguro e disposto a contribuir na sua evolução, assim torna-se um indivíduo mais sociável e preparado para conviver com outras pessoas, com mais autonomia e independência.

*Valquíria: sim eu percebo melhora com a integração sensorial, [...] nos aspectos [...] sociais [...] a criança e adulto ela responde muito bem a vários estímulos, ela ganha com a integração sensorial.*

Alguns autores trazem colocações que contribuem para um maior esclarecimento sobre a Terapia de Integração Sensorial. É o caso de Teixeira (2003): "Um dos pressupostos da integração sensorial é de que as atividades são autodirecionadas, ou seja, a criança tem uma atração natural por atividades que promovem a organização de informações sensoriais pelo SNC" (p. 256).

Assim como a criança sente-se atraída por atividades que organizam suas informações, qualquer outro indivíduo, que possua uma desorganização sensorial, quando instigado a reorganizar suas habilidades, perceberá que há uma correção dos seus déficits no momento em que são utilizados alguns dos equipamentos sensoriais. Esta correção favorece o indivíduo no que diz respeito ao seu desenvolvimento de um modo geral, bem como no seu desempenho ocupacional (TEIXEIRA, 2003).

*Joana: [...] a utilização da integração sensorial nos tratamentos dos pacientes, [...] tem um resultado bem positivo no tratamento, também como auxiliar né, e como complemento a outros métodos de tratamento.*

De acordo com Magalhães (2007, p. 320), "a terapia é voltada para a promoção de estimulação sensorial, por meio de brincadeiras e atividades lúdicas de interesse da criança". A partir desse interesse, o terapeuta ocupacional consegue atingir determinados

fatores que necessitam ser trabalhados e que, por meio da utilização dos equipamentos de Integração Sensorial, favorecem a interação do paciente e terapeuta de forma agradável e interessante.

A Terapia de Integração Sensorial utiliza certos equipamentos como a plataforma ou balanço, bola suíça, piscina de bolinhas que, por vezes, tornam-se parecidos com alguns brinquedos infantis, o que possibilita que os terapeutas ocupacionais atinjam seus objetivos traçados de forma natural. Estes equipamentos citados anteriormente servem para auxiliar durante as intervenções, pois agem diretamente no sistema vestibular, proprioceptivo, tátil e visual.

Através das respostas recebidas após o uso desses aparelhos sensoriais, consegue-se atingir o propósito desta terapia, que se entende como a reorganização e utilização de estímulos recebidos pelo meio externo de maneira usual. Pode-se dizer que, até mesmo pacientes adultos que utilizam esses equipamentos usufruem momentos de descontração, embora estejam sendo trabalhados de forma objetiva.

Faz-se importante ressaltar que a Terapia de Integração Sensorial é um recurso sério e importante, porém como se utiliza de equipamentos por vezes lúdicos pode ser confundida com “brincadeiras”. Cabe ao terapeuta ocupacional estar sempre atento durante as intervenções, graduando as atividades e os estímulos, proporcionando ao paciente confiança e interesse em testar novos desafios e possibilitando para o paciente à obtenção de ganhos sensoriais (MAGALHÃES, 2007).

Durante a coleta de dados desta pesquisa, observou-se claramente que as participantes enaltecem a contribuição de certos equipamentos de integração sensorial nas intervenções de Terapia Ocupacional. Dentre os diversos equipamentos já citados anteriormente, a piscina de bolinhas e o cavalo suspenso foram os que mais auxiliaram na recuperação dos pacientes, de acordo com a fala de uma das participantes.

*Joana: Eu utilizo o cavalo suspenso né, para questão de equilíbrio, para parte motora também, [...] utilizo também outros objetos como a pis-*

*cina de bolinhas, utilizei bastante com os pacientes com autismo para trabalhar as questões cognitivas, visuais, motoras, perceptivas.*

Percebe-se que equipamentos de integração sensorial contribuem e favorecem as atividades, bem como facilitam as intervenções terapêuticas ocupacionais. Assim, o cavalo suspenso é um aparelho que proporciona aos pacientes diferentes níveis de movimentos, quando utilizado, origina estimulação dos sistemas vestibular e proprioceptivo, pois necessita que a criança esteja atenta, concentrada e trabalha aspectos relacionados a coordenação motora. Com a estimulação sendo realizada de maneira objetiva, é notável que o paciente adquira maior estabilidade postural, bem como uma melhor coordenação motora (MOMO; SILVESTRE; GRACIANI, 2007).

Equipamentos suspensos facilitam a idealização motora e a coordenação de um modo geral, oportunizando aos pacientes diferentes experiências sensoriais, o que faz com que a criança ou o adulto procure meios de se manter organizado e em equilíbrio. A piscina de bolinhas contribui, com o cavalo suspenso e os demais aparelhos sensoriais, à aquisição de fatores físicos e cognitivos. Por meio do uso desses equipamentos, são trabalhadas questões táteis, visuais, proprioceptivas já que há estímulos existentes para que isso ocorra.

*Giovana: Eu utilizo a bola suíça, a piscina de bolinhas pra trabalhar socialização, questões tátil e visual.*

Esse equipamento possui diversas qualidades que favorecem o desenvolvimento dos pacientes. Por meio do seu conteúdo é possível desempenhar atividades que estejam contribuindo diretamente na conquista de ganhos sensoriais e motores. Os ganhos visuais e táteis são adquiridos através da grande estimulação produzida pela ampla quantia de “bolinhas” que a piscina contém em seu interior, o contato com estas permite que os pacientes desenvolvam suas capacidades de percepção.



*Betina: Eu utilizo o cavalo sensorial, a plataforma pra trabalhar equilíbrio, a piscina de bolinhas pra trabalhar a parte Visomotora.*

De acordo com García (2008), a postura, o movimento e a atividade prático, com a capacidade de se relacionar e de se comunicar com o meio, serão os aspectos mais comprometidos por crianças com transtornos neuromotores. Percebe-se e certifica-se que a utilização da Terapia de Integração Sensorial contribuiu, satisfatória e positivamente, durante as intervenções de Terapia Ocupacional. Isso implica em um desenvolvimento positivo dos pacientes, com o alcance dos aspectos sensoriais que antes eram deficitários e que, após o uso desta terapia foram minimizados ou anulados. Pode-se entender que esta terapia é uma grande colaboradora no processo de recuperação e reconstrução de um indivíduo acometido de disfunção sensorial e principalmente em pacientes neurológicos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tendo em vista que o objetivo principal desta pesquisa foi o de investigar a eficácia da utilização da Terapia de Integração Sensorial junto a pacientes neurologicamente afetados durante os atendimentos de Terapia Ocupacional, pode-se afirmar que esta é realmente eficaz na sua utilização.

Salienta-se a relevância da Terapia de I. S. com pacientes neurológicos, tendo em vista que o seu uso trouxe benefícios e aquisições sensoriais que antes eram dificultadas em razão das disfunções apresentadas. Por meio de sua utilização durante a pesquisa e até mesmo anterior a esta, observou-se que os pacientes tendem a evoluir, positiva e significativamente, suas habilidades sensoriais.

Percebeu-se ainda que esta terapia concede aos pacientes ganhos nos aspectos motores, cognitivos, proprioceptivos, bem como sociais. Essas aquisições nesses aspectos foram percebidas após a utilização da Terapia de Integração Sensorial nas intervenções de Terapia Ocupacional.

Por meio da coleta dos dados, pode-se perceber que os equipamentos de integração sensorial mais utilizados foram o cavalo suspenso e a piscina de bolinhas: ambos contribuem na aquisição e no melhoramento dos déficits sensoriais. Dessa forma, certifica-se que a utilização da Terapia de Integração Sensorial junto a pacientes neurologicamente afetados contribui e amplia a recuperação e o desenvolvimento sensorial, físico e cognitivo, contribuindo também na socialização dos pacientes que antes eram, de certa forma, “excluídos” dos demais em razão das suas inabilidades sensoriais.

## REFERÊNCIAS

DEMO, Pedro (Org.). **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

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

CRUZ, D. M. C.; DIMOV, T. Uma discussão com docentes acerca das contribuições da terapia ocupacional na educação especial. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v. 14, n. 80, p. 40-46, 2005.

DE VITTA, F. C. F. **Uma identidade em construção: o terapeuta ocupacional e a criança com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor**. Bauru: EDUSC, 1998.

FONSECA, L. F.; LIMA, L. A. C. **Paralisia Cerebral: Neurologia, Ortopedia, Reabilitação**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004.

FLICK, U. (Org.). **Métodos de Pesquisa-Introdução á pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre. Artemd, 2009.

GARCÍA, P. V. Psicomotricidad educativa y terapêutica. Esquema corporal, lateralidade, espacio y tempo. In: LÓPEZ, P; ORTEGA, C;

MOLDES, V. (Org.). **Terapia Ocupacional en la Infância**: Teoria y práctica. Buenos Aires. Médica Panamericana, S. A., 2008.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. São Paulo. **Rev. Esc. Enf. USP**, 2001.

MAGALHÃES, L. C.; LAMBERTUCCI, M. C. F. Integração Sensorial na criança com Paralisia Cerebral. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007.

MAGALHÃES, L. C. Transtornos da coordenação motora e da aprendizagem. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007.

MOMO, B. A. R.; SILVESTRE, C.; GRACIANI, Z. **O processamento sensorial como ferramenta para educadores**: Facilitando o processo de aprendizagem. São Paulo. Artevidade, 2007.

NUNES, M. P. C. A Terapia Ocupacional e as disfunções neurológicas da idade adulta e da velhice. In: DRUMMOND, de F. A.; REZENDE, B. M. (Org.). **Intervenções da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte. UFMG, 2008.

PFEIFER, L. I. Comprometimento motor e aquisição de habilidades cognitivas em crianças portadoras de paralisia cerebral. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 6, n. 31, p. 4-13, 1997.

TEIXEIRA, E. **Terapia Ocupacional na reabilitação física**. São Paulo: Roca, 2003.

TOLDRÁ, R. C. Reflexões acerca da Terapia Ocupacional na atenção a pessoa portadora de deficiência física. In: PÁDUA, de M. M. E.; MAGALHÃES, L. V. (Org.). **Terapia Ocupacional: teoria e prática**. Papyrus 3. ed. 2003.



# A GINÁSTICA LABORAL PARA MELHORA DO DESEMPENHO OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

*Cristiane Wagner e Silvani Vargas Vieira*

## RESUMO

No presente estudo, o objetivo principal foi identificar a contribuição da ginástica laboral para melhora do desempenho ocupacional dos profissionais do serviço de higienização hospitalar. Foi caracterizado como um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, sendo que o público-alvo constou dos profissionais dos serviços de higienização de um hospital privado do município de Santa Maria-RS. Participaram da pesquisa três profissionais. Para seleção, foi utilizado um questionário para triagem inicial. Após o término da prática, foi aplicado um questionário para averiguar a contribuição da ginástica laboral a partir da percepção dos participantes. A realização das atividades ocorreu em um período de dois meses com encontros duas vezes por semana. Os sujeitos praticaram a GL do tipo compensatório. A análise dos dados foi realizada exclusivamente a partir dos dados obtidos nos questionários. Embora as atividades tenham acontecido por pouco tempo, constatou-se a importância da ginástica laboral na prevenção das LER/DORTs e na qualidade de vida desses profissionais.

**Palavras-chave:** Trabalho. Ginástica laboral. Desempenho ocupacional.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a bibliografia consultada, as doenças ocupacionais vêm crescendo do ponto de vista da saúde coletiva, causando além de gastos financeiros para o estado, grandes dificuldades sociais.

Atualmente, inúmeras pesquisas e intervenções têm sido realizadas, visando à melhora da produção, das condições e organização do trabalho. De acordo com Marchi (2009), as empresas estão priorizando investimentos em qualidade de vida, sendo seu objetivo garantir não só o aumento da produtividade, mantendo a capacidade de trabalho, redução no número de faltas dos funcionários, mas também a motivação, as atividades laborais e a melhora da qualidade de vida geral dos sujeitos.

Nesse sentido, o terapeuta ocupacional, em suas intervenções em saúde do trabalhador, oferece importante contribuição na promoção e melhora da qualidade de vida desses trabalhadores e no seu desempenho ocupacional, minimizando os processos de adoecimento no trabalho.

Segundo Dá Cás, Silva e Vieira (2008), a intervenção do terapeuta ocupacional na saúde do trabalhador tem como principal recurso a análise da atividade laboral exercida pelo profissional, contextualizando a relação deste com o trabalho, com o ambiente e com a cultura da empresa. Para as autoras, o terapeuta ocupacional identifica fatores de riscos, aos quais os trabalhadores estão expostos e propõe estratégias de intervenção a situações de riscos apresentadas.

Dentre as principais situações de riscos encontrados no ambiente de trabalho, destacam-se as lesões por esforços repetitivos, os distúrbios osteomusculares - LER/DORT e os sofrimentos psíquicos.

Diversos autores acordam que a atividade física, por meio da ginástica laboral, é uma das formas de intervenção na saúde do trabalhador, pois ela permite recuperar forças, relaxar e minimizar problemas de saúde.

Nesse sentido, sabendo-se das exigências relacionadas à sobrecarga física e mental dos profissionais do serviço de higienização, no presente trabalho, o objetivo geral foi identificar como a ginástica laboral pode contribuir para melhora do desempenho ocupacional desses profissionais. Teve-se ainda por objetivos específicos: identificar se há melhora do funcionamento corporal e bem-estar do trabalhador a partir da realização da ginástica laboral; compreender como a convivência em grupo pode contribuir para melhora do processo de socialização dos profissionais; investigar a contribuição da ginástica laboral para prevenção de doenças como LER e DORT; além de identificar se a ginástica laboral colabora para o equilíbrio entre a produtividade e o bem-estar dos colaboradores.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **A Ginástica Laboral na Saúde do Trabalhador**

Para Machado (2000), são as atividades como o trabalho forçado, o trabalho fragmentado e as atividades em condições insalubres que produzem doenças ocupacionais e geram prejuízo ao ser humano. Filho (2008) acrescenta que os aspectos referentes às condições e à organização do trabalho contribuem de diferentes formas para o adoecimento dos trabalhadores. Segundo o autor, a produção com ritmo e velocidade acelerados, a intensificação da sobrecarga nos grupos musculares e tendões, relações autoritárias de poder, competições entre os trabalhadores são geradores de adoecimento.

Conforme Grandjean (1998), diversas hipóteses trazem a existência de laços estreitos entre qualidade de vida no trabalho e qualidade de vida em geral, sendo que o afastamento do trabalho, por esta visão, significa também o afastamento do convívio em sociedade.

Para Júnior (2004), o trabalho de limpeza em ambiente hospitalar é, inquestionavelmente, uma das áreas mais sensíveis às implicações sociais e laborais, refletindo prontamente na segurança e saúde das pessoas inseridas no serviço. De acordo com o autor, os profissionais do setor de higienização hospitalar merecem um estudo detalhado, uma vez que suas ações causam impacto final no seu produto que é a limpeza, a desinfecção e serviços que visam manter o ambiente hospitalar em condições adequadas para receber os usuários.

Nesse viés, ainda de acordo com Júnior (2004), são assustadores os índices de acidentes do trabalho e de doenças profissionais relacionadas a esses profissionais, destacando-se entre essas, as lesões por esforço repetitivo (LER), as doenças da coluna entre outras.

As atividades laborais desse grupo de trabalhadores, em sua maioria, são de origem braçal e repetitiva, na higienização dos leitos, nas desinfecções do ambiente e mobiliário, exigindo mobilidade e boas condições físicas.

Nesse contexto, de acordo com Lima (2003), uma das estratégias de prevenção do adoecimento relacionado ao trabalho é a Ginástica Laboral. Esta é utilizada como meio de prevenir lesões de trabalho, promover desempenho ocupacional saudável e melhorar as condições de vida e de trabalho, beneficiando tanto o trabalhador quanto a empresa. Ainda segundo Lima (2003), a Ginástica laboral proporciona o exercício do "fazer saudável" no ambiente de trabalho, possibilitando vivências de integração grupal e de atividades que favoreçam a produtividade e melhora do desempenho ocupacional.

Verderi (2005) acrescenta que a Ginástica Laboral contribui para a redução dos custos de assistência médica; melhora do ambiente; aumenta a produtividade; reduz o número de acidentes e afastamentos dos empregados por doenças relacionadas ao trabalho. O autor também refere-se à melhora do equilíbrio biopsicológico do trabalhador; motivação para o trabalho; desenvolvimento da consciência corporal; melhoria da atenção e concentração, entre outros.



Propostas durante o expediente de trabalho, as atividades através da Ginástica Laboral atuam de forma preventiva e terapêutica, aliviando o estresse e promovendo a reeducação postural.

Lima (2003) acrescenta que a Ginástica Laboral pode ser classificada quanto ao horário de execução e quanto ao objetivo que possui. De acordo com o autor, a primeira classificação divide o expediente de trabalho em três momentos: o preparatório (realizado no começo do expediente de trabalho), o compensatório (realizado no meio do expediente) e o relaxante (realizado no fim do expediente).

## **A Terapia Ocupacional**

A Terapia Ocupacional através da Ginástica Laboral pode oferecer importantes contribuições para a saúde do trabalhador, visando minimizar doenças ocupacionais.

Para Gutierrez e Barfknecht (2005), a Terapia Ocupacional se caracteriza como uma profissão da área da saúde que utiliza as atividades como recurso terapêutico, estando a profissão ligada ao período pós-guerras, quando houve o aumento das incapacidades por deficiências físicas e sofrimentos psíquicos, havendo a necessidade de reabilitar pessoas para o retorno ao convívio social e ao trabalho.

O trabalho humano sempre foi uma atividade altamente valorizada pela Terapia Ocupacional, sendo uma tendência em ascensão, pois contribui e instrumentaliza a autonomia social e a cidadania dos trabalhadores oferecendo-lhes assim importantes contribuições no campo da saúde e do trabalho (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Tais contribuições buscam desenvolver, melhorar, prevenir ou recuperar o desempenho ocupacional do trabalhador em suas atividades de vida de trabalho.

Segundo Cavalcanti e Galvão (2007), o trabalho assume papel central na constituição da identidade individual que é compreendida como processo que se dá ao longo da vida em que o sujeito

se constitui como sujeito. Segundo as autoras, na vida adulta, o trabalho é o foco principal, sendo mediador da construção do desenvolvimento e da complementação da identidade do indivíduo.

De acordo com as autoras citadas, o terapeuta ocupacional, em suas práticas em saúde do trabalhador, busca prevenir adoecimentos, tratar, reabilitar e criar condições para o retorno ao trabalho a indivíduos que estejam afastados.

Por isso, o terapeuta ocupacional apresenta-se como um mediador que estimula um processo de transformação individual e coletiva dos trabalhadores e que elabora recomendações, sugestões e mudanças viabilizadas pelas correções necessárias ao desempenho saudável e produtivo das atividades laborais.

## **Materiais e métodos**

Esta pesquisa caracterizou-se por ser um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação. Segundo Gil (2002, p. 120), "A pesquisa-ação além de compreender, visa intervir na situação, com vistas a modificá-la". Para o autor a pesquisa-ação ao mesmo tempo em que propõe um diagnóstico também propõe mudanças que levam a um aprimoramento das práticas analisadas.

O campo investigado foi um hospital privado, localizado no município de Santa Maria-RS.

A população-alvo foi constituída pelos profissionais do serviço de higienização. A amostra contou com a participação de três profissionais do sexo feminino que corresponderam ao número máximo de funcionários existentes em cada turno. É importante salientar que o grupo foi do tipo fechado, com finalidade de garantir a fidedignidade dos resultados, em relação aos objetivos da pesquisa e avaliação real dos benefícios da ginástica laboral.

O instrumento utilizado para coleta dos dados foi um questionário realizado em dois momentos distintos, um para avaliação da existência de lesões ou doenças preexistentes que oferecessem restrições para prática da ginástica laboral e outro após o

término da pesquisa, sendo utilizado para avaliação dos possíveis benefícios da ginástica laboral. Para elaboração do documento, buscou-se auxílio na obra de Pólito e Bergamachi (2003).

A realização das atividades ocorreu em um período de dois meses, abril e maio de 2011, com encontros duas vezes por semana e duração de 20 minutos cada. Os participantes praticaram a Ginástica Laboral do tipo compensatório.

Este estudo teve aprovação do Comitê de ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA - sob protocolo número: 012.2011.2. Foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os entrevistados receberam todas as informações sobre o estudo.

## **Resultados e discussão**

Neste capítulo serão abordados os dados obtidos através do processo de análise de conteúdo dos questionários respondidos pelos participantes.

Para facilitar a exposição dos resultados, optou-se por descrever o desenvolvimento da pesquisa de acordo com suas fases de efetivação: fase inicial – seleção dos participantes e desenvolvimento da pesquisa e fase final de avaliação dos resultados obtidos.

### **Fase inicial:** seleção dos participantes

A seleção dos sujeitos deu-se a partir de aplicação de um questionário com questões fechadas, contendo as informações sobre os objetivos da pesquisa, forma de realização e descarte de doenças ou restrições físicas que impedissem a participação na ginástica laboral. Ainda, a avaliação inicial teve por objetivo facilitar o processo de avaliação dos resultados obtidos com a pesquisa.

Nesse sentido, na questão 1, questionou-se: Considera ter condição postural adequada para realização das atividades de vida diária (AVD) e atividades de trabalho (AVT)? As três participantes informaram que não tinham condição postural adequada. Acredi-

ta-se que tal argumentação deve-se à falta de orientação postural e ergonômica para realização de tais atividades. Nesse sentido, percebeu-se necessidade de ações preventivas direcionadas a estes profissionais, com objetivo de orientar quanto aos aspectos ergonômicos e posturais relacionados ao trabalho. De acordo com Dul e Weerdmeester (2004), a postura, o movimento e a ergonomia possuem grande importância tanto no trabalho como na vida cotidiana. Nesse contexto, a educação em saúde do trabalhador oferece ações preventivas e promotoras de saúde, dinamizando os processos preventivos de adoecimento no trabalho.

Na questão de número dois questionou-se: Sinto-me sempre motivado para iniciar minha jornada de trabalho? De acordo com Dejours (1992), a insatisfação e sentimentos de ansiedade, relacionadas a numerosos trabalhos devem ser estudadas. Ainda segundo o autor, reconhecer a insatisfação resultante da não adaptação do homem ao trabalho oferece a possibilidade de reconhecimento da origem de sofrimentos somático, físico e mental.

De acordo com o Ministério da Saúde - (MS) (1994), o trabalho de limpeza em ambiente hospitalar é uma das atribuições mais susceptíveis às implicações sociais e laborais, refletindo prontamente na segurança e saúde das pessoas inseridas nesse ambiente. Ainda segundo o MS (1994),

o setor de higiene e limpeza hospitalar é o responsável por toda a remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente hospitalar mediante a utilização de processo mecânico e químico.

Nesse contexto, duas participantes relataram que, no início do expediente, sentem-se desmotivadas, porém referiram que há limitações relacionadas ao baixo número de funcionários do serviço que não permite que tenham tempo para pensar em nada e que tal sentimento de desmotivação acaba sendo tro-

cado pelas preocupações em executar as tarefas solicitadas em tempo hábil e de forma satisfatória.

Na questão de número três perguntou-se: Sinto dificuldade (desconforto, dor) em executar algum movimento durante o meu trabalho? Todas as participantes relataram que devido aos movimentos repetitivos e má condição postural de realizarem as rotinas de serviço acabam sentindo dores e desconfortos durante a jornada de trabalho. Segundo Battisti, Guimarães e Simas (2005), a adoção de posturas corporais inadequadas é prejudicial e grande parte das afecções musculoesqueléticas está relacionada a elas. Muitas vezes sem perceber, para a execução de uma tarefa em determinado posto de trabalho, o homem gera sobrecargas mecânicas em suas estruturas ósteomusculares, principalmente quando assume posturas ocupacionais ou funcionais inadequadas. Ainda é importante salientar que, conforme verificado na questão anterior, além do trabalho característico da classe exigir uma série de movimentos repetitivos, também a sobrecarga de serviço associada ao pouco número de profissionais contratados agravam os processos de desconforto e adoecimento no trabalho.

## **Desenvolvimento da pesquisa**

É importante salientar que, inicialmente, foi previsto a realização da ginástica laboral preparatória, porém, durante a pesquisa, houve a necessidade de adaptação do cronograma e horário das práticas através da ginástica compensatória. Tal fato justificou-se a partir das características e necessidades do setor em questão, como: dificuldades dos participantes em chegar mais cedo ao setor de trabalho e o não consentimento da chefia imediata para realização da ginástica no início do turno de trabalho. Embora a presente pesquisa tenha sido autorizada pelo Comitê de Ética da instituição, a gerente do serviço de higienização relatou que, em virtude do pouco número de funcionários no serviço, estes, não poderiam parar nem mesmo por 10 minutos, para a

realização das atividades. Tal argumentação e postura por parte desse profissional motivou alguns questionamentos em relação à percepção e entendimento dos profissionais em geral sobre o ser humano no mundo do trabalho.

Nesse sentido, Almeida e Merlo (2008, p. 5) acrescentam que:

as posições de gerência consistem em atividades de planejamento, organização, direção e verificação daquilo que foi executado, para que sejam atingidos os objetivos da área sobre a administração do gerente.

Segundo os autores, em geral os gerentes atingem seus objetivos sob sua responsabilidade através do trabalho de terceiros, e, para que as metas com as quais se comprometeram sejam alcançadas, é necessário que o gerente possua habilidade de coordenar o trabalho de outras pessoas.

**Fase final:** avaliação dos resultados obtidos

No presente capítulo, apresenta-se a análise dos resultados alcançados a partir da aplicação de um questionário contendo questões fechadas e abertas, a seguir descritas.

Na questão de número um, questionou-se: O grau de preocupação com meu bem-estar, meu condicionamento físico, assim como meu lazer aumentaram? Nessa questão duas responderam que sim, uma delas acrescentou que a prática da Ginástica Laboral serviu de motivação para realização de alongamentos em casa e caminhadas ao ar livre. Nesse sentido, a implantação de um programa de Ginástica Laboral busca despertar nos trabalhadores a necessidade de mudanças do estilo de vida, e não apenas de alteração nos momentos de ginástica orientada dentro da empresa. O mais convincente dos argumentos, que se pode utilizar para demonstrar que a atividade física constitui um importante instrumento de promoção da saúde e da produtividade (POLETTTO; AMARAL, 2004).

Na questão de número dois salientou-se: O relacionamento com os meus colegas melhorou após o início da Ginástica Laboral? As três participantes responderam que sim, uma acrescentou que acredita que o tempo destinado para a prática da Ginástica Laboral: “embora seja pequeno, não prejudica a empresa e geram grandiosos resultados como de poder interagir umas com as outras, fazer essa troca de energia e sentir-se mais disposta para dar continuidade ao trabalho.” Sobre isso Dejours (2002, p. 58) acrescenta que: “trabalhar não é somente executar os atos técnicos, é também fazer funcionar o tecido social e as dinâmicas intersubjetivas indispensáveis a psicodinâmica do reconhecimento”. Sendo assim, faz-se necessário conhecer minuciosamente o contexto em que este indivíduo está inserido, reforçando o quanto à ocupação e o trabalho são importantes na vida do mesmo.

Na questão de número três questionou-se: Identifico melhora no meu estado de humor durante o trabalho, após os exercícios da Ginástica Laboral? Todas responderam sim, por que é também um momento de descontração onde liberam e renovam as suas energias.

Os exercícios, em forma de ginástica laboral, ativam a circulação periarticular com aquecimento tecidual e neuromuscular, que são imprescindíveis às atividades que exijam atenção e tomadas de decisão, que resultam em atos motores, promovendo o ganho de força pelo alongamento muscular restaurador do potencial contrátil, melhorando o retorno venoso, a capacidade ventilatória e a postura, reduzindo, também, o estresse (ALVES, 2000, p. 102).

Assim, esta prática veio favorecer uma ação transformadora na vida e no trabalho do profissional que a realizou.

Na questão de número quatro, foi abordado o seguinte: Sinto algum tipo de dor em alguma parte do meu corpo? Todas relataram sentir dores no corpo, duas referem sentir do-

res nos braços. Ambas acreditam que a dor se deve há movimentos repetitivos em manusear os instrumentos de trabalho como vassouras, rodos, entre outros. Uma das participantes relatou sentir dores na região lombar devido ao acúmulo de tarefas, excesso de peso e má postura na realização das tarefas. Para (MELLO et al., 2001), as doenças geralmente evoluem para uma forma crônica e com presença permanente de dor. Essa cronicidade das LER/DORTs, produz alterações na vida desses pacientes, pois os impossibilita de realizar, não apenas algum tipo de atividade profissional, mas também a maior parte das atividades cotidianas.

Nesse sentido, as sessões de Ginástica Laboral propostas para as participantes da pesquisa enfatizaram: exercícios de aquecimento, alongamentos que envolviam as articulações do pescoço, ombro, punho, tronco, joelho e tornozelo devido à requisição laboral, exercícios de coordenação e equilíbrio, exercícios posturais associados a exercícios respiratórios, exercícios de fortalecimento e relaxamento, sempre priorizando os exercícios de tronco e membros superiores devido às queixas relatadas durante os encontros.

Na questão de número cinco abordou-se: A Ginástica Laboral interfere na produtividade e no bem-estar dos colaboradores? As três foram unânimes na concordância da contribuição da Ginástica Laboral, salientando a importância das empresas investirem na prevenção de doenças, evitando também os atestados médicos, como também relataram sentir-se com mais disposição após a prática da Ginástica Laboral. De acordo com Oliveira (2006), além de prevenir as LER/DORTs, a Ginástica Laboral tem apresentado resultados como a melhora do relacionamento interpessoal e o alívio das dores, além das faltas ao trabalho, mudança de estilo de vida e aumento da produtividade.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no presente estudo, pode-se considerar que o conceito de saúde do trabalhador vem sendo ampliado a cada dia. Partindo de uma definição que apenas visava à ausência de doenças e acidentes de trabalho, hoje busca-se garantir a qualidade de vida, fazendo com que o trabalho não seja fonte de desgaste, desmotivação e estresse, mas tornando-o fonte de prazer e felicidade.

Embora com um número de participantes pequeno e por período limitado, pode-se destacar o importante papel da Terapia Ocupacional na saúde do trabalhador através da Ginástica Laboral. Nesse contexto, percebeu-se que, para melhores resultados e eficácia, as pesquisas devem ser realizadas com um número maiores de sessões, uma amostra ampliada e métodos avaliativos diferenciados, dando-se ênfase maior na contribuição da Terapia Ocupacional em saúde do trabalhador.

Além disso, salienta-se a necessidade de maiores publicações referentes ao tema, valorizando a atuação do Terapeuta Ocupacional na promoção da saúde do trabalhador, assim como sua importância nas equipes de saúde, nos centros de reabilitação e em empresas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. L.; MERLO, A. R. C. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 139-157, 2008.

ALVES, J. H. F. Ginástica laborativa: método para prescrição de exercícios terapêuticos no trabalho. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v. 1, n. 1, set./out., p. 19-22, 2000.

BATTISTI, H. H.; GUIMARÃES, A. C. A.; SIMAS, J. P. N. Atividade física e qualidade de vida de operadores de caixa de supermercado. **Revista brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 71-78, 2005.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional fundamentação e prática**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DÁ CÁS, D.; SILVA, L. C.; VIEIRA, S. V. **Terapia Ocupacional**: uma atenção à saúde dos profissionais do setor de higienização. Trabalho não publicado, 2008. Projeto de extensão concedido pelas autoras.

DE CARLO, M.; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil**. São Paulo: Plexus, 2001.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

DUL, J.; WEERDMEESTER B. Ergonomia Prática. 2. ed. **Revista ampliada**. São Paulo: Edgar Blucher, 2004.

FILHO, B. A. N. **Segurança do trabalho e gestão ambiental**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia**. Porto Alegre: artes médicas, 1998.



GUTTERRES, C. M. F.; BARFKNECHT, K. S. **Terapia Ocupacional nas LER/DORT** - Boletim da saúde do estado do Rio Grande do Sul, Escola de Saúde Pública: POASES/ESP/969, 2005.

JÚNIOR, L. F. S. **Ginástica Laboral e Condicionamento Físico para Profissionais Liberais**, 2004. Disponível em: <<http://www.craneum.com.br/condicionamento.htm>>. Acesso em: 20 maio 2011.

LIMA, V. **Ginástica Laboral**: atividade física no ambiente de trabalho. São Paulo: Phorte, 2003.

MACHADO, M. C. **Terapia Ocupacional, saúde prática e pós-modernidade**. Belo horizonte: Guatiara, 2000.

MARCHI, R. Empresas brasileiras preocupadas com a qualidade de vida de seus colaboradores. **Diário de Santa Maria**: Caderno de Saúde. Santa Maria, 05 nov. 2009. Ed. 168.

MELLO, P. et al. **Perfil da Demanda do Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2001. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) - UFRGS: Porto Alegre, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar**. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. 2. ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 1994.

OLIVEIRA, J. R. G. **A prática da ginástica laboral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2006.

POLETO, S. S.; AMARAL, F. G. Avaliação e implantação de programas de ginástica laboral. **Revista CIPA**, v. 7, 2004.

PÓLITO, E.; BERGAMACHI, E. **Ginástica laboral**: teoria e prática. 2. ed., Rio de Janeiro: Sprint, 2003.

VERDERI, A. **Boletim da saúde do estado do Rio Grande do Sul**. Escola Saúde Pública, POA: SES/ESP/969, 2005.

# O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO: UMA POSSÍVEL PROPOSTA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL

*Aline Maria Dalcin Cordeiro e Daniela Tonús*

## RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor em recém-nascidos pré-termo e a possibilidade de intervenção do terapeuta ocupacional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, realizada em um Hospital Privado, na cidade de Santa Maria-RS. Fizeram parte do estudo seis bebês entre trinta a trinta e seis semanas de gestação e dez funcionários. Os dados apontam que os recém-nascidos não apresentam déficits no seu desenvolvimento normal, porém um neonato apresentou alteração dos reflexos de busca e extensão cruzada. Entre os funcionários participantes da pesquisa, a maioria considera que esses bebês e seus pais deveriam ter um acompanhamento da Terapia Ocupacional durante a internação e pós-alta.

**Palavras-chave:** Prematuridade. Desenvolvimento Neuropsicomotor. Terapia Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

O terapeuta ocupacional é um profissional que trabalha junto a crianças com desenvolvimento neuropsicomotor normal e patológico, apresenta dentre suas habilidades profissionais, o desenvolvimento de técnicas de avaliação, interpretação e intervenção, conforme as necessidades da clientela. Isso possibilita ao terapeuta ocupacional intervir conforme as necessidades de cada recém-nascido, de acordo com a análise das suas condições e do contexto em que vivem.

De acordo com Coelho e Rezende (2007), o desenvolvimento de uma criança é determinante nos primeiros anos de sua vida, tanto no contexto do crescimento e desenvolvimento, quanto à vulnerabilidade desta. Dessa forma, acredita-se que o desenvolvimento neuropsicomotor de um bebê prematuro esteja abaixo do esperado comparado ao bebê nascido a termo, influenciando assim na sua maturação e aquisição de habilidades apropriadas para a faixa etária. Sendo assim, cada vez mais os profissionais da área da saúde estudam e aprimoram técnicas de intervenções terapêuticas buscando atender e compreender os processos do desenvolvimento humano desde o momento de sua concepção até a morte.

O terapeuta ocupacional busca possibilitar e/ou recuperar o vínculo mãe/pai/bebê por meio da Terapia Funcional centrada na Família e ambiente terapia, visto que o ambiente influencia diretamente para que esses bebês possam crescer e se desenvolver de forma segura e aconchegante. A "Terapia Funcional Centrada na Família é um modelo clínico emergente de intervenção para crianças com incapacidades desenvolvimentais baseado na teoria dos sistemas dinâmicos do desenvolvimento motor" (COELHO; REZENDE, 2007, p. 304).

Nesse sentido, tal pesquisa se tornou relevante, pois buscou aprimorar os estudos acerca do desenvolvimento infantil e ainda salientou a necessidade de que as crianças com algum atraso

no desenvolvimento pudessem ter uma intervenção terapêutica ocupacional logo após seu nascimento, voltada para o seu desempenho ocupacional. Além disso, fomenta a pesquisa relacionada aos bebês prematuros assim como a necessidade de maiores investigações acerca das possibilidades de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de bebês nascidos pré-termo.

Nesta pesquisa, o objetivo geral foi avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor em recém-nascidos pré-termo e a possibilidade de intervenção do terapeuta ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ainda, apresentou como objetivos específicos - averiguar onde o terapeuta ocupacional (TO) pode estar inserido para que esses recém-nascidos (RNs) tenham um desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) adequado; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê recém-nascido pré-termo; verificar junto aos profissionais da equipe a necessidade de intervenção precoce junto aos bebês recém-nascidos pré-termo a partir da atuação do profissional de Terapia Ocupacional.

Este estudo apresentou como justificativa a trajetória profissional da pesquisadora como Técnica de Enfermagem, sendo dez anos de prática, entre esses, nove dedicados aos cuidados de recém-nascidos prematuros e a termo em unidade de neonatologia. Observa-se que, com os avanços da medicina e novas técnicas de cuidados centrados no recém-nascido pré-termo, estas crianças têm recebido alta hospitalar sem qualquer tipo de acompanhamento da equipe de reabilitação, que deveria existir em todos os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN. Essa equipe deveria ser formada por Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo e o Terapeuta Ocupacional.

Dessa forma, este trabalho se justificou por evidenciar e avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor dos bebês nascidos pré-termo e, a partir da opinião dos profissionais da equipe, verificar a necessidade do profissional de Terapia Ocupacional nas equipes de UTIN.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Recém-nascidos pré-termo e a termo

No passado, segundo pesquisas como as de Shaffer (2005), considerava-se que o recém-nascido pré-termo não apresentava características e condições fisiológicas para viver fora do útero, sendo considerado um ser frágil, desprotegido e indefeso. Porém, com os avanços da medicina, segundo o mesmo autor: “hoje sabe-se que os recém-nascidos estão muito mais preparados para a vida do que inicialmente presumiram diversos médicos, pais e desenvolvimento-mentistas” (SHAFFER, 2005, p. 134).

De acordo com Gesell e Amatruda (2002), os bebês que nascem prematuros têm desvantagens em relação ao bebê a termo, porque não estão preparados para viver uma vida extrauterina. Os seus sistemas não estão maduros o suficiente. É o caso do sistema autônomo que regula a temperatura, respiração, coloração da pele, frequência cardíaca, com seu cérebro em desenvolvimento.

Além disso, seu tônus muscular é flácido, existe pouca quantidade de surfactante nos pulmões, o que dificulta sua expansão, a textura do cabelo e da pele, as unhas, as capacidades de sucção e deglutição são comprometidas entre outros aspectos mencionados nas diversas literaturas que exemplificam as deficiências fisiológicas dos bebês prematuros (GESELL; AMATRUDA, 2002).

De acordo com Carvalho e Pfeifer (2009), as ações profiláticas de humanização podem resultar em diminuição dos índices de mortalidade infantil, ampliando a sobrevivência e a qualidade desta, tanto para o bebê quanto para a família.

Sendo assim, as ações primárias de saúde têm importante papel na prevenção de partos prematuros e complicações de partos de bebês a termo. A estimulação precoce também se faz necessária ainda durante a internação, buscando dessa forma, amenizar os efeitos causados pela hospitalização e pela prematuridade.



## O desenvolvimento neuropsicomotor

Sabe-se que o desenvolvimento do recém-nascido a termo ou pré-termo depende de vários fatores que determinam o desenvolvimento normal ou patológico. Esses fatores caracterizam-se por afecções maternas, ou decorrentes da internação na UTIN, tais como doença da membrana hialina, hemorragia intracraniana, displasia broncopulmonar pelo uso prolongado de oxigênio, retinopatia da prematuridade, levando, muitas vezes, esses recém-nascidos à cegueira, entre outras afecções decorrentes da prematuridade (COELHO, 1999).

De acordo com Meyerhof (1994, p. 205), “no segmento de crianças nascidas pré-termo, se manifesta um perfil de comportamentos diferentes de bebês nascidos a termo”. O prematuro não apresenta suas estruturas corticais, o desenvolvimento dos subsistemas não está pronto para viver uma vida extrauterina, conforme afirma Carvalho e Pfeifer (2009, p. 70): “o recém-nascido imaturo ou doente mostra uma interação menos organizada entre os subsistemas, com limites baixos de estimulação e capacidades de regulação relativamente menores”.

De acordo com Coelho (1999, p. 35): se levarmos em conta

a divisão etiológica das moléstias neurológicas da infância, conforme a atuação de fatores pré, peri, pós-natais, pode-se entender a importância da anamnese para a investigação desses fatores que podem interferir no desenvolvimento das crianças.

Ainda de acordo com o mesmo autor, no bebê recém-nascido saudável e a termo esse sistemas funcionam de forma sincronizada. Assim, compreende-se a importância que o profissional de Terapia Ocupacional possui na UTIN para que esses recém-nascidos possam receber um tratamento diferenciado de acordo com as

necessidades de cada um. Na UTIN, a Terapia Ocupacional realiza as seguintes intervenções: avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, a necessidade do uso de órteses, orientação quanto ao posicionamento e trocas posturais, humanização do ambiente, favorecendo o desenvolvimento normal, relação e vínculo mãe e bebê (CARVALHO; PFEIFER, 2009).

O terapeuta ocupacional, que atua com bebês que apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, enfoca sua conduta terapêutica no manejo com a família e na área do desenvolvimento. Realiza uma avaliação detalhada do desenvolvimento neurocomportamental do bebê, constituindo assim o primeiro passo para um programa de intervenção precoce.

## **Metodologia**

A pesquisa desenvolvida é do tipo qualitativa e descritiva. Segundo Vanzin e Nery (1998, p. 41),

a pesquisa qualitativa procura a similaridade dos grupos, avalia a qualidade do tratamento e generalidade e, de acordo com os mesmos autores, este estudo busca descrever de forma fidedigna os fenômenos estudados, as crenças e valores destes e a sua realidade.

Ainda, de acordo com Andrade (2007, p. 114), “na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira nele”.

O presente estudo foi realizado em um Hospital Privado de Santa Maria, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, durante o primeiro semestre de 2011, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, sob o número de protocolo nº 015.2011.2.

O público participante da pesquisa foi composto por seis bebês nascidos pré-termo, entre 30 e 36 semanas de gesta-

ção. Ainda foram participantes da pesquisa, em média, seis a dez funcionários da equipe, dentre esses médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, que se dispuseram a participar desta.

### **Critérios de inclusão**

Bebês pré-termo

- ambos os sexos;
- bebês que não apresentem diagnóstico de problemas neurológicos;
- bebês dentro da faixa etária predeterminada: entre 30 a 36 semanas de gestação;
- os pais ou responsáveis aceitaram participar da pesquisa.

Funcionários da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

- ambos os sexos;
- médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas atuantes na equipe;
- aceitaram participar da pesquisa.

### **Coleta de dados**

A técnica de coleta de dados foi por meio de avaliação do recém-nascido, baseada no exame do lactente do livro Exame Neurológico na Criança de Carolina A. R. Funayama (2004), a partir de aspectos como: teste de apgar, medidas antropométricas e reflexos. De acordo com Shaffer (2005), o teste do apgar é uma avaliação que busca observar aspectos relacionados à necessidade de assistência médica de urgência e estresse perinatal.

Dados referentes ao apgar e as medidas antropométricas foram coletados dos prontuários dos pacientes. As medidas antropométricas são as medidas do recém-nascido, como perímetro cefálico, perímetro abdominal e estatura. Já os reflexos, segundo Shaffer

(2005), são respostas involuntárias e automáticas a um estímulo ou classe de estímulos. Tais reflexos foram testados junto aos bebês.

Ainda segundo Shaffer (2005, p. 135), “os reflexos de sobrevivência são: reflexo de respiração, palpebral, pupilar, rotação, sucção, deglutição e os reflexos primitivos são: reflexo de babinski, preensão, moro, natatório e de marcha automática”. Elaborou-se também um questionário com perguntas abertas, destinado à equipe de profissionais atuantes na unidade. Com o questionário buscou-se averiguar se existe a possibilidade de intervenção precoce nos casos onde são diagnosticados problemas como atraso no desenvolvimento.

### **Análise dos dados**

Os dados coletados passaram por análise da pesquisadora, sendo então, criadas duas categorias, uma voltada para o desenvolvimento neuropsicomotor, discutindo aspectos relacionados aos bebês avaliados, e outra referente à importância da Terapia Ocupacional como parte da equipe. Ambas as categorias relacionam-se aos objetivos desta pesquisa, favorecendo a discussão dos dados encontrados, articulando as pesquisas já realizadas referentes ao assunto.

### **Resultados e discussão**

O objeto de estudo da Terapia Ocupacional é o desempenho ocupacional, sendo este voltado às atividades significativas do cotidiano, dentre elas: atividade de vida diária, atividade instrumental de vida diária, atividade de lazer, atividade de trabalho, existindo vários modelos de atuação profissional entre eles: o biomecânico, desempenho ocupacional, integração sensorial, o modelo lúdico, neurodesenvolvimentista, entre outros. Dessa forma, os bebês podem ser beneficiados com o tratamento terapêutico ocupacional por meio de variáveis, utilizando os modelos citados, conforme sua necessidade.

Utilizou-se uma ficha de avaliação, buscando coletar dados referentes aos reflexos de busca, de extensão cruzada, reflexo plantar e palmar, reflexo babinsk, reflexo moro, o RTCA (reflexo tônico cervical assimétrico) e encurvamento de tronco. O total de bebês avaliados foi seis, sendo quatro do sexo masculino e dois do sexo feminino, todos nascidos de parto cesário.

Para Freitas (2001, p. 688),

a cesariana é uma intervenção cirúrgica que possibilita que o bebê seja retirado do útero materno, em vez de nascer naturalmente, passando pelo colo do útero e vagina. Esta intervenção é definida como o nascimento do feto mediante incisão nas paredes abdominal (laparotomia) e uterina (histerotomia).

Acredita-se que os governantes deveriam colocar em prática ações para prevenir a realização das cesarianas sem necessidade. Com implementações sérias, visando ao bem-estar físico e mental da paciente e seu acompanhante, como: hospitais bem estruturados para receber estas parturientes e seus acompanhantes, acolhimento, cursos para pais e mães envolvendo todos os profissionais da área da saúde e um programa pós-alta para observar ou evitar que mães tenham depressão pós-parto.

Observa-se que a grande diferença é que no SUS as mulheres não têm escolhas, elas realizam o pré-natal e são encaminhadas para os hospitais da rede conveniada ao SUS, para ganharem seus bebês. Em contrapartida, as mulheres que possuem convênios ou que podem pagar pelo parto, a grande maioria opta pela cirurgia (cesariana).

Para Freitas (2005, p. 688), quando se analisa a incidência de cesarianas em relação ao nível socioeconômico, “vê-se o paradoxo de que, à medida que aumenta a renda média da população estudada (e, por conseguinte, diminui o risco médico desta), aumenta também a incidência do parto operatório”.

Assim, pode-se perceber que as mulheres deveriam ter mais informações sobre o parto normal, sentirem-se mais seguras quanto às transformações de seu corpo, quanto aos profissionais que vão lhe atender, sendo dessa forma importante a participação do governo quanto a investimentos em ações para atender melhor a essas parturientes e assim reduzir os riscos de uma cirurgia, tanto para o bebê e para a mãe.

Segundo pesquisas de Dias e Deslandes (2004), as questões do parto são muito relativas, na hora do obstetra indicar o tipo de parto para a parturiente, porque tanto o parto normal como o parto cesáreo trazem riscos para o bebê e sua mãe, como: infecções, as analgesias e complicações com o bebê, devido a malformações fetais, o parto prematuro, a gemiparidade, doenças maternas como o diabetes mellitus, hipertensão arterial, lúpus, eclampsia e pré-eclampsia também trazem para a mulher e o bebê riscos de vida.

Quanto ao tempo de gestação, dois bebês nasceram com trinta e cinco semanas, três com trinta e quatro semanas e um de trinta e duas semanas gestacionais. O teste de apgar teve dois resultados alterados, sendo que um deles obteve nota seis no primeiro minuto e oito no quinto minuto. Segundo Bee (2003), o apgar avalia o estado geral do bebê, sendo observados aspectos relacionados à respiração, batimentos cardíacos, coloração, reflexos, choro.

Tal teste é realizado no primeiro minuto após o nascimento e no quinto é repetido com o intuito de verificar a necessidade de intervenções como reanimação, ainda de acordo com o autor o teste foi desenvolvido pela Dr.<sup>a</sup> Virgínia Apgar em 1953. Este teste é muito importante na hora do nascimento do neonato, pois avalia questões básicas de suporte de vida e oferece ao médico e equipe a rapidez e eficácia na reanimação, se necessária, deste bebê. As medidas antropométricas foram equivalentes ao valor aproximado dentro do normal esperado para a idade gestacional. Quanto ao peso dois neonatos apresentaram peso inferior a 2.000gr.

Durante a avaliação dos reflexos, um neonato não respondeu ao reflexo de busca e extensão cruzada, o restante dos bebês obtiveram bons resultados. De acordo com Funayama (2004, p. 72), “os reflexos mais relevantes para o desenvolvimento são: sucção, voracidade, preensão palmar, moro, colocação, encurvamento de tronco, preensão plantar, cutâneo plantar em extensão”. Esses reflexos desaparecem com o passar dos meses e são muitas vezes bases avaliativas de algumas doenças, como síndrome de Down, síndrome de West, doenças neurológicas como um todo, atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor.

Segundo Bee (2003, p. 111), “os reflexos são respostas físicas automáticas desencadeadas involuntariamente por um estímulo específico”. Todos os reflexos foram testados nos bebês, provocando a partir de estímulos, as respostas desejadas, porém nem todos responderam de forma adequada.

Conforme afirma Bee (2003, p. 112):

os reflexos não são apenas curiosidades ou remanescentes do nosso passado evolutivo. Eles podem ser informativos, como quando um bebê não apresenta um reflexo que deveria apresentar ou apresenta um reflexo que já deveria ter desaparecido.

Dessa forma, torna-se tão importante avaliar os reflexos nos bebês, para que seja possível averiguar déficits motores e de desenvolvimento neurológico, propiciando aos neonatos a possibilidade de obterem maiores recursos de estimulação precoce. Os bebês não apresentaram retardo no desenvolvimento neuropsicomotor significativo no início da vida, mesmo sendo prematuros, porém sabe-se que, com o passar do tempo, eles podem apresentar atrasos nas aquisições motora e cognitiva.

Segundo resultados da pesquisa de Magalhães et al. (2003), os problemas de atraso no desenvolvimento podem influenciar

o desempenho escolar. Dessa forma, faz-se necessário um acompanhamento preventivo, realizado por uma equipe interdisciplinar de neuropediatras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos e psicopedagogos.

A importância de existir uma equipe interdisciplinar nas UTIN incluindo todos os profissionais da área da saúde que proporcionam o bem-estar físico e mental para que este neonato possa se desenvolver adequadamente fora do útero materno, fica evidente a partir desta pesquisa e de outras aqui citadas.

De acordo com Tamez (2009), o terapeuta ocupacional deverá estar em contato direto com este bebê e sua família, para possibilitar o vínculo materno, promover a humanização do ambiente (controlando ruídos, iluminação, localização das incubadoras), intervir nas Atividades de Vida Diária - AVDS (manipulação das rotinas, pesagem, banho), no intervir direto com o RN como nos posicionamentos, estimulação neuropsicomotora, estimulação oral, alimentação, postura e toque terapêutico (possibilitando ao bebê maior conforto e melhora do desenvolvimento neuropsicomotor global), acolhimento dos pais (estratégias para promover o apego e envolvimento dos pais, grupos de apoio).

Assim, os resultados deste estudo mostram a importância da equipe multiprofissional nas UTINs nos hospitais, para atender melhor a essa clientela cada vez maior. A pesquisa aponta que não há atraso no desenvolvimento neuropsicomotor dos bebês avaliados, porém outros estudos apontam a necessidade de uma equipe completa, que inclui o terapeuta ocupacional, para reduzir danos causados pela internação, deixando o ambiente neonatal mais acolhedor, estimulando o vínculo com os pais, bem como a estimulação precoce e o acompanhamento ambulatorial pelo menos até a idade pré-escolar dessas crianças prematuras.



## **A percepção de outras profissões em relação à Terapia Ocupacional**

Nos dias de hoje, comenta-se muito sobre as profissões do futuro e, segundo o Jornal da CNN: “a Terapia Ocupacional está entre elas e terá seu maior reconhecimento até 2014.” Como sendo uma profissão da área da saúde, este profissional poderia estar inserido de forma mais adequada no mercado de trabalho, em hospitais, clínicas de reabilitação, clínicas geriátricas, consultórios e programas de estratégia da saúde da família, se a população valorizasse e conhecesse mais a profissão.

De forma geral, a Terapia Ocupacional cresceu no país inteiro, porém, em estados como o Rio Grande do Sul, ainda está em fase de reconhecimento e crescimento. O Centro Universitário Metodista-IPA criou o curso em 1980; o Centro Universitário Franciscano - UNIFRA implementou o curso e teve seu primeiro vestibular em 2004.

Em 2009, a Universidade Federal de Santa Maria - UFSM e em 2010 a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL passaram a oferecer à sociedade o curso de Terapia Ocupacional e, em 2011, a Faculdade da Serra Gaúcha - FSG também passou a oferecer o curso, totalizando atualmente cinco Instituições de Ensino Superior no Rio Grande do Sul.

Isso demonstra que a profissão vem ganhando espaço, conquistando mercado de trabalho e o reconhecimento de alguns profissionais, mas ainda existem muitos municípios do Rio Grande do Sul que desconhecem o trabalho deste profissional inclusive o município de Santa Maria onde ocorreu a pesquisa.

Durante esta, observou-se que os profissionais, em um total de dez participantes, não conheciam o trabalho do terapeuta ocupacional e os que conheciam souberam explicar muito superficialmente os benefícios que o mesmo poderia trazer para seu setor UTIN.

*Conheço superficialmente o profissional desta área, porém ainda não conheço com detalhes, o que a área realmente desenvolve. (P1)*

Dentre os que conheciam a profissão, podem-se analisar as respostas mais salientadas e repetidas pelos participantes, relatando que a Terapia Ocupacional trabalha com: o desenvolvimento neuropsicomotor, trabalha com os pais e a estimulação precoce.

*É um profissional que atua com atividades de acordo com as necessidades do cliente podendo ser terapêuticos, pessoais, sociais, culturais. A maneira de atuação pode ser direta ou indireta, física ou mental, preventiva, corretiva ou adaptativa conforme as necessidades. (P7)*

*Trabalha para a estimulação precoce e ajuda no desenvolvimento de pacientes de risco, prematuros ou pacientes que por alguma razão podem apresentar atraso no desenvolvimento normal de uma criança. (P6)*

De acordo com Eickamann (2003), os fatores que influenciam para o desenvolvimento neuropsicomotor são variados, desde fatores biológicos como a desnutrição até fatores ambientais e financeiros como a pobreza. De acordo com a fala a seguir, os profissionais identificam ações que podem ser desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional como:

*A avaliação perceptiva e motora pode detectar os possíveis problemas que a criança pode vir a desenvolver, o trabalho com os pais sobre adequados estímulos para o desenvolvimento da criança, também pode ser realizado após alta da criança. (P8)*

Segundo Neto (2002, p. 11), “desde o nascimento, estamos observando dia a dia as mudanças maturativas da criança, a qual, a cada momento, nos surpreende com fatos novos”. A medicina está avançando em todos os aspectos, na área física, mental, neurológica, no que se refere aos embriões, células tronco, demonstrando evolução em níveis tecnológicos. Porém, acredita-se que o avanço deveria estar coerente com o investimento em pessoal especializado como equipes multiprofissionais, humani-

zação, assim evitando que patologias neurológicas, síndromes, entre outras adquiridas em ambiente neonatal possam ser reduzidas ou amenizadas.

Segundo estudos de Richards (1981), os pais de bebês nascidos prematuros experimentam experiências dolorosas com o nascimento de seus bebês, sentindo-se rejeitados, e incapazes de cuidar de seus filhos. As aflições quanto aos horários de visitas, aos cuidados prestados ao recém-nascido e a amamentação também são motivos de ansiedade dos pais. Qualquer experiência que possa beneficiar uma ação positiva para o seu bebê traz para os pais uma extrema confiança. Ainda de acordo com a fala dos participantes, o terapeuta ocupacional pode intervir junto aos pais, conforme relato abaixo:

*Amenizando a angústia dos pais, auxiliando no vínculo pai-filho. (P1)*

O trabalho com os pais está diretamente ligado a esses déficits, pois, com este trabalho diferenciado proposto pelo terapeuta ocupacional, podem-se reduzir os danos causados pela internação, o vínculo com seu bebê, com esta família, que esperava por um filho sadio e agora nasceu uma criança tão pequena que, muitas vezes, nem conseguem pegar no colo ou mesmo tocá-lo. Muitos são os cuidados com os bebês, cuidados intensivos de toda uma equipe de profissionais especializados nos cuidados técnicos, medicações, aparelhos, exames. Contudo, a família deste bebê não recebe cuidados.

De acordo com Richards (1981, p. 12), "considera-se que há um período crítico ou sensível imediatamente após o parto, quando os pais são capazes de travar um relacionamento íntimo com o bebê." A relação entre pais e filhos deve ser estabelecida logo que possível, conforme o quadro clínico binômio mãe e filho, para que o contato seja estabelecido e a relação não seja travada de modo que eles sintam-se seguros e acolhidos. Para que isto ocorra, precisa-se de uma equipe multiprofissional trabalhando em conjunto cada um com sua função.

*Muitos pais sofrem ao ir para casa. Pais (não sabendo lidar com algum problema) e bebês inseguros, frágeis perto de tantos obstáculos a percorrer. (P2)*

A atuação do terapeuta ocupacional necessita ser individualizada tanto nos aspectos físicos, sensoriais, emocionais, sociais e cognitivos. O terapeuta ocupacional deve estar familiarizado com todas as etapas do desenvolvimento, sequência, funções e habilidades e relacioná-las com as necessidades do neonato.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme os dados elencados ao longo da pesquisa, esses demonstram que é de extrema necessidade as atribuições do profissional de Terapia Ocupacional dentro do setor de neonatologia. Devido ao seu conhecimento acerca do desenvolvimento normal, este profissional tem habilidades para reconhecer quando o bebê apresentar alguma alteração no desenvolvimento.

O terapeuta ocupacional atua também diretamente com os pais, nas sensações de frustrações, suas expectativas para com seu bebê, seus medos, orientações, para a amamentação, contribuindo com os outros profissionais do setor de neonatologia e acompanhamento no pós-alta.

A importância do profissional de Terapia Ocupacional com crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor enfatiza, principalmente, a melhora e a capacidade nas áreas do desenvolvimento neuropsicomotor e oferece assistência a família no manejo com o bebê.

Percebe-se que, através dos resultados obtidos na pesquisa, os recém-nascidos não apresentaram déficits neurológicos significativos logo após o nascimento e, dentre os seis bebês analisados, apenas um não apresentou os reflexos de busca e extensão cruzada.

Corroborando com o estudo, salienta-se a necessidade do profissional de Terapia Ocupacional na UTIN, que pode acrescentar cuidados desenvolvimentistas como: estimulação precoce, com estratégias de redução de estresse, facilitar a autorregulação, promover a recuperação, reduzindo taxas de morbidade e de mortalidade neonatal.

A partir dessa análise, salienta-se a importância da avaliação como instrumento de intervenção precoce e no acompanhamento de bebês prematuros para que atrasos detectados não acarretem déficits neuropsicomotores no futuro.

Além disso, observa-se que a profissão ainda é desconhecida em locais como o hospital pesquisado, salientando que se deve dar continuidade a projetos, divulgação, atividades em que seja possível demonstrar o papel e a importância do terapeuta ocupacional. Também, pode-se perceber que, apesar de não terem conhecimento, os profissionais pesquisados, souberam definir de forma adequada a função deste profissional junto a bebês prematuros e seus familiares.

Acredita-se que essa pesquisa alcançou seus objetivos, pois avaliou os participantes, detectou que estes não apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, bem como possíveis atuações do profissional de Terapia Ocupacional. Além disso, pode contribuir para as pesquisas na área e acrescentar dados importantes e relevantes para a profissão.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2007.

BEE, Helen. **A Criança em Desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CARVALHO, Thaura Sofia Eiras; PFEIFER, Luzia Iara. Enfermaria de Pediatria - Unidade Campus. In: FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha Uchoa; NEGRINI, Silvia F.; MOURA, Biason de (Org.). **Terapia ocupacional Diferentes Práticas em hospital geral**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009.

CNNMONEY. **Business, financial and personal finance news**. Disponível em: <<http://money.cnn.com/magazines/business2/nextjob-boom>>. Acesso em: 14 maio 2011.

COELHO, Marinete. **Avaliação neurológica Infantil nas ações primárias de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

COELHO, Zélia Araújo Cotta; REZENDE, Márcia Bastos. Atraso no Desenvolvimento. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (Org.). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 1. Rio de Janeiro, jan./fev. 2004. Disponível em: <[saude.hsw.bol.com.br/desenvolvimento-recem-nascido2](http://saude.hsw.bol.com.br/desenvolvimento-recem-nascido2)>. Acesso em: 31 out. 2010.

EICKMANN, Sophie Helena. **Desenvolvimento infantil**: fatores determinantes e impacto de um Programa de Estimulação Psicossocial. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Nutrição, 2003.

FUNAYAMA, A. R. Carolina. **Exame Neurológico da criança**. Ribeirão Preto, SP: Funpec, 2004.

FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2001.

\_\_\_\_\_. In: QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. (Org.). Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Rev. bras. enferm.** v. 58, n. 6, p. 687-691, 2005.

GESELL, Arnold; AMATRUDA, Catherine Strank. **Psicologia do desenvolvimento Lactante e da criança pequena.** São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

MAGALHÃES, Livia De Castro et al. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v. 61, n. 2, Jun., São Paulo, 2003.

MEYERHOF, Pessia Grywac. O neonato de risco- proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In: KUDO et al. (Org.) **Fisioterapia, Fonoaudiologia e terapia Ocupacional na pediatria.** São Paulo: Sarvier, 1994.

NETO, Francisco Rosa. **Manual de avaliação motora.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

RICHARDS, Martin. **O bebê e seu mundo.** São Paulo. Editora: Hamburg, 1981.

SHAFFER, David R. **Psicologia do Desenvolvimento:** Infância e adolescência. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro,** UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Elena da Silva. **Metodologia da pesquisa em Saúde.** Porto Alegre: RM&L, 1998.





# A PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO ADULTO APÓS LESÃO TRAUMÁTICA OU NÃO TRAUMÁTICA

*Carlos Eduardo Matheis e Vera Lucy Barcellos*

## RESUMO

No presente artigo pretende-se apresentar um estudo, cujo foco foi averiguar o processo de inclusão ou participação social do adulto após lesão traumática ou não traumática. Para tanto, a abordagem metodológica utilizada foi de cunho qualitativo/quantitativo a fim de alcançar a proposta da pesquisa explicitada através do problema e dos objetivos. A investigação foi desenvolvida no mês de abril de 2011, no Laboratório de Ensino Prático, localizado no Conjunto III da UNIFRA, cidade de Santa Maria-RS, Brasil. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário aberto, elaborado pelo autor da pesquisa, aplicado através do contato direto com o entrevistado. Caracteriza-se por perguntas ou afirmações que o levaram a responder com frases ou orações, tendo a finalidade de averiguar o processo de inclusão ou participação social do adulto após lesão traumática ou não traumática. Para tanto, o estudo contou com a participação de dez pacientes de ambos os sexos e com idades variadas, os quais eram atendidos pelos acadêmicos nas práticas da disciplina de Terapia Ocupacional na Saúde do Adulto, no estágio supervisionado II e encaminhados pela Previdência Social. A partir da análise de conteúdo dos dados coletados evidenciaram-se categorias como: Acessibilidade, Movimentos, Reclusão, Cognição, AVDs e AIVDs e Perspectiva de vida, as quais contribuíram para o aprofundamento e compreensão do tema em estudo. O estudo ainda expõe as condições das pessoas pesquisadas perante a sociedade e a expectativa ou não da retomada de suas situações habituais.

**Palavras-chave:** Acessibilidade. Perspectiva de vida. Terapia Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa apresenta-se uma análise desenvolvida no Curso de Terapia Ocupacional, Área de Ciências da Saúde, do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), sendo requisito parcial para obtenção do grau de Terapeuta Ocupacional. A pesquisa visou conhecer a condição do indivíduo após um acidente, patologia ou algo que gere determinado prejuízo motor ao pesquisado.

A lesão traumática pode ser originada por algum tipo de acidente automobilístico, acidente esportivo, queda, ferimentos com armas de fogo ou ferimentos penetrantes. Quando, por exemplo, ocorre um trauma na coluna vertebral, ou seja, uma fratura, uma ou mais vértebras podem se deslocar, provocando uma compressão sobre a medula, ou alguns fragmentos de ossos podem invadir os canais medulares, ou ainda, ambos os casos. Já a lesão não traumática é aquela gerada em consequência de uma síndrome ou doenças como tumores, esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica (PEDRETTI; EARLY, 2004). Também poderá ser gerada a partir de algum desequilíbrio fisiológico como um gesto motor realizado de forma incorreta.

A partir da perspectiva de que o homem é um animal social e vive em um meio cultural, ele precisa desde seu início se adaptar para conseguir viver no meio sociocultural em que está inserido. Inicia no meio familiar e, progressivamente, vai ampliando suas relações sociais e seu conhecimento para desenvolver novas formas de interação. Diante dessa questão, o ser humano é social e histórico e nenhuma ação é isolada (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Grande parte da população que sofre algum tipo de lesão, principalmente da classe trabalhadora, é de pessoas empregadas e que necessitam do trabalho para sustentar a si e sua família. Geralmente, são aqueles indivíduos que lidam na mão de obra pesada, tem baixo salário, dependem do Sistema Único de Saúde para o tratamento e ainda tem um longo caminho pela frente até sua aposentadoria por tempo de serviço.

O interesse por esse tema surgiu devido à experiência de trabalho do acadêmico em uma empresa especializada em saúde ocupacional, como também durante as práticas vivenciadas no meio acadêmico. Perceberam-se várias situações difíceis do público citado, incluindo a complexidade de uma retomada da sua vida na sociedade, havendo necessidade de aprofundar os conhecimentos na área. Além disso, na Terapia Ocupacional existem poucos estudos com este público pesquisado.

Nesta pesquisa, o intuito foi verificar se existem fatores que desfavorecem a participação social do adulto após lesão; compreender as dificuldades do desempenho ocupacional dos entrevistados; investigar a perspectiva de vida dessas pessoas em sociedade e no trabalho. Enfim, averiguar o processo de inclusão ou participação social do adulto após lesão traumática ou não traumática.

Com essa análise acredita-se compreender a participação social do adulto após lesão traumática ou não traumática e se existem fatores que a dificultam, relacionando-se ou não ao trabalho, com visitas a auxiliar a área da saúde e ainda contribuir com estudos acadêmicos relacionados a esse tema.

## **Metodologia**

Este trabalho possui características de uma pesquisa quantitativa e qualitativa. Segundo Richardson (1999), o método quantitativo se caracteriza pela coleta de informações por meio de técnicas de estatística. Já para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos dos valores e das atitudes.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário aberto, elaborado pelo autor da pesquisa e que se caracteriza por perguntas ou afirmações que levam o entrevistado a responder com frases ou orações. Sua aplicação foi através do contato direto, ou seja, o pesquisador esteve presente no mo-

mento da aplicação, podendo explicar os objetivos da pesquisa e do questionário, assim como esclarecer as possíveis dúvidas (RICHARDSON, 1999). Os colaboradores responderam ao questionário aberto e não precisaram se identificar.

## **Local da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida no Laboratório de Ensino Prático, localizado no Conjunto III da UNIFRA, cidade de Santa Maria-RS, Brasil. A sua execução ocorreu durante o mês de abril de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, sendo registrada sob nº1246/CONEP e nº 406.2010.2 CEP/UNIFRA. Além disso, cabe ressaltar, que a investigação obedeceu aos preceitos éticos da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

## **Colaboradores**

No presente estudo houve a participação de dez pacientes atendidos pelos acadêmicos nas práticas da disciplina de Terapia Ocupacional na Saúde do Adulto, no estágio supervisionado II e encaminhados pela Previdência Social, de ambos os sexos e com idades variadas. Teve-se como critério de inclusão indivíduos adultos que aceitaram participar da análise, com diagnóstico médico de lesão traumática ou não traumática. Critério de exclusão, pessoas com déficit cognitivo.

Na tabela, a seguir, apresentam-se algumas informações relacionadas aos colaboradores da pesquisa.

**Tabela 1** - Dados dos colaboradores:

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>
A.	Masculino	Casado	52	Serviços Gerais
N.	Feminino	Solteira	36	Recepcionista
J.	Feminino	Divorciada	47	Repositora
G.	Feminino	Solteira	37	Caixa Lotérica
F.	Feminino	Solteira	58	Professora
T.	Masculino	Casado	54	Engenheiro Civil
J. R.	Masculino	Casado	37	Vigilante
A. C.	Feminino	Solteira	27	Auxiliar Administrativa
F. H.	Masculino	Solteiro	24	Auxiliar de Depósito
M. F.	Feminino	Solteira	41	Vendedora

### **Instrumentos de coleta de dados**

Os colaboradores responderam ao questionário aberto por livre e espontânea vontade e não precisaram se identificar. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi devidamente preenchido e assinado em duas vias, ficando uma em poder dos colaboradores.

Para o preenchimento do questionário, alguns colaboradores necessitaram de auxílio, devido a dificuldades motoras. Assim sendo, os instrumentos utilizados na coleta de dados contribuíram de forma significativa para o alcance dos objetivos da pesquisa.

## **Procedimentos de análise dos dados**

Após o processo de coleta de dados foi necessário analisá-los. Sendo assim, analisou-se o conteúdo para a compreensão das informações que foram obtidas na coleta de dados.

Conforme Bogdan e Biklen “um passo crucial na análise dos dados diz respeito ao desenvolvimento de uma lista de categorias de codificação depois de ter recolhidos os dados” (1994, p. 221). Assim, para complementar a análise de conteúdo utilizou-se a categorização, que auxiliou na interpretação dos dados, bem como na aproximação do questionamento do problema de pesquisa.

## **Ética em pesquisa**

Os nomes dos colaboradores foram mantidos em sigilo com o intuito de preservar suas identidades. Além disso, destaca-se que os dados obtidos através do questionário são confidenciais e utilizados somente para fins da presente pesquisa.

## **Resultados e discussões**

No início da pesquisa não se tinha ideia a respeito dos fatores que dificultam a participação social das pessoas com algum tipo de lesão. Entretanto, após a interpretação do questionário e suas respostas, em que 70% dos casos são lesões traumáticas e 30% não traumáticas, as seguintes categorias foram evidenciadas: “Acessibilidade”, “Movimentos”, “Reclusão”, “Cognição”, “AVDs e AIVDs” e “Perspectiva de vida”. Essas categorias surgiram através de perguntas que tratavam da dificuldade que o pesquisado encontra ao participar da sociedade ou trabalho, o que mudou na sua vida e como se sente perante a sociedade após a lesão. Além da última questão que interrogava sobre a perspectiva de vida.

Na categoria “Acessibilidade”, apresentam-se questões como pegar o ônibus e andar com a cadeira de rodas nas calçadas pú-

blicas. Segundo Rodrigues (2008), tem-se por acessibilidade a possibilidade ou condição de toda a pessoa alcançar e utilizar, com segurança e autonomia, edificações e equipamentos de seu interesse. Nesse sentido, destacam-se as seguintes falas:

*Acessibilidade, locomoção com a cadeira de rodas. (F. H.)*

*[...] Pegar o ônibus. (G.)*

Essas falas demonstram a dificuldade dos entrevistados e traduzem o que ocorre com a maioria das pessoas que utilizam cadeira de rodas para se locomover ou que possuem algum déficit motor comprometedor. Quando um dos entrevistados fala em “acessibilidade”, conseqüentemente surgem exemplos como: calçadas cheias de buracos, meio-fio sem rampa, estabelecimentos comerciais sem acesso para cadeirantes, entre outros. Quanto a pegar o ônibus, a entrevistada comenta sobre a falta de veículos com elevadores de acesso e, em algumas vezes, a falta de paciência dos motoristas para ajudá-los a subir. Vejamos que mesmo se as empresas queiram e se adaptem ao Decreto Lei nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 e à nova visão de acessibilidade, o processo é de médio a longo prazo.

O Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, regulamenta a Lei n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Lei n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Conforme o capítulo III das condições gerais da acessibilidade, define-se acessibilidade como:

Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das

edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004, p. 1).

De acordo com Pedretti e Early (2004), para aqueles com restrições à mobilidade, transporte acessível é essencial para a qualidade de vida, capacitando os indivíduos a se envolverem com atividades e papéis significativos, a obterem benefícios das interações sociais e emocionais, e a aumentarem a independência. Essencialmente, o transporte acessível possibilita que as pessoas mantenham o respeito próprio.

Na categoria “Movimentos”, apresentam-se as questões relacionadas à dificuldade de equilíbrio e sua movimentação natural. Nesse sentido, ressaltam-se as seguintes falas:

*[...] Equilíbrio. (A.)*

*Não consigo caminhar com equilíbrio. (M.F.)*

*Limitação gradual da capacidade física. (T.)*

Diante do exposto, nota-se a insatisfação do estado físico e a percepção da diminuição da capacidade motora dos entrevistados. Apenas um dos casos queixa-se de que precisa caminhar mais rápido e mais concentradamente com sua bengala em razão de sua patologia, ataxia. Esta se trata de uma doença do cerebelo e de suas conexões que causa confusão ou incoordenação dos movimentos. Nos outros casos, mais devagar e pausadamente. Mas, em ambos os casos, o equilíbrio dificulta a locomoção.

Relacionadas à categoria “Reclusão”, observam-se as seguintes falas:



*Me sinto mais recluso, menos exposição. (T.)*

*Não posso mais trabalhar, nem jogar futebol. (A.)*

*Hoje em dia tenho uma vida mais limitada, nem sempre consigo fazer as coisas que eu gostava. (G.)*

*Não posso mais participar das interações sociais como antes. (M.F.)*

*Tudo me deprime, me isolei do mundo. (N.)*

*Fico praticamente só em casa. (J.)*

*Falta de amizades, poucas pessoas me procuram. (A.C.)*

Em todas as passagens citadas, percebe-se certo aborrecimento nos rostos dos entrevistados, em alguns casos apresentando humor deprimido. O que se sente, quando se ouvem episódios assim, é que as pessoas vão se tornando objetos sem utilidade por parte dos outros ou até delas mesmas, acreditando que perderam o que poderiam dar de melhor. Nota-se que, antes do esquecimento da sociedade em relação à pessoa temporária ou definitivamente afetada, esta o faz primeiro. A baixa autoestima é um dos primeiros sinais a aparecer diante da afecção e a consequência disso é vasta.

Para Limongi França e Rodrigues (2007), momentos de tristeza são reações comuns a qualquer pessoa e podem emergir em situações cotidianas que são desencadeadas por situações de perda, luto, decepções importantes. São limitadas no tempo e na intensidade e não devem ser confundidas com o quadro clínico da depressão.

Ainda conforme Limongi França e Rodrigues (2007), existe também a dor psicológica, que se inclui na abordagem psicossomática, mostrando que nada é só psicológico. Esta dor está

ligada a dores, queixas e outras manifestações clínicas que são respostas a condições de vida e trabalho, combinadas à personalidade e ao estado fisiológico da pessoa. O “só psicológico” é uma interpretação de somatizações com forte carga emocional e afetiva. Essas somatizações são sempre resultado de dimensões biopsicossociais, expressando diferencial da saúde e das doenças, sendo ainda pouco compreendidas e aceitas.

De acordo com Pedretti e Early (2004), a reabilitação do indivíduo com lesão é um processo que poderá durar a vida toda e demanda ajustes em todos os aspectos. O terapeuta ocupacional desempenha uma função muito importante na recuperação física e psicossocial e ajuda o sujeito a obter o máximo de independência. Além disso, deve apoiar psicologicamente o paciente, permitindo que este expresse frustração, raiva e preocupações.

Na categoria “Cognição”, ressaltam-se as seguintes falas:

*[...] dificuldade da fala e esquecimento. (A.)*

*Falta de memória das coisas recentes. (J.R.)*

Ao serem questionados sobre a dificuldade que encontram ao participar na sociedade ou trabalho após a lesão, dois entrevistados se queixaram da falta de memória e um deles também citou problemas na fala. Lamentam que não podem voltar às suas atividades, pois não lembram de detalhes importantes, o que não lhes traz satisfação e nem sentem o êxito da conclusão do trabalho ou ação. Além disso, a dificuldade de comunicação também prejudica todo esse contexto.

Pedretti e Early (2004, p. 477) conceituam cognição como:

A cognição é uma série de processos complexos de raciocínio pelos quais passamos a conhecer nosso ambiente e agir nele, a obter benefícios de nossas experiências passadas e a

gerar novas ideias para aprimorar nossa existência. O processamento cognitivo abrange uma ampla faixa de atividade e dados recebidos. Pode envolver o recebimento de múltiplos dados sensoriais do ambiente externo ou ser realizado somente com material intrínseco.

Relacionadas à categoria “AVDs e AIVDs”, notam-se as seguintes falas:

*[...] escrever. (G.)*

*[...] cortar carne, pentear os cabelos. (N.)*

Ainda no que se refere à dificuldade que encontram ao participar na sociedade ou trabalho após a lesão, alguns citaram complexidades na realização de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As falas anteriores são somente de dois entrevistados, mas se referem a problemas relacionados a todos os questionados. Cada um expressando de forma diferente os problemas, pois algumas pessoas sentem-se mais retraídas ao lidar com determinados assuntos, especialmente de sua vida íntima ou domiciliar. O autocuidado é um quesito importante para a grande maioria dos indivíduos, porque traz bem-estar. Alimentar-se sozinho também é uma questão de independência e orgulho, nenhum adulto se sente útil dependendo de outro para cortar carne ou até mesmo para dar-lhe comida na boca.

Pedretti e Early (2004, p. 132-133) definem AVD e AIVD como:

As atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são tarefas de cuidados pessoais, mobilidade funcional, comunicação funcional, administração doméstica e vida em comunidade que permitem o indivíduo atingir a independência pessoal.

As AVD requerem capacidades básicas, ao passo que as AIVD requerem habilidades mais avançadas de solução de problemas, habilidades sociais e interações ambientais mais complexas. As tarefas de AVD abrangem mobilidade funcional, a administração de hardware e dispositivos ambientais, e a expressão sexual. As tarefas de AIVD incluem a administração doméstica e capacidades para a vida em comunidade.

Conforme Rodrigues (2008), a vida humana adapta-se a todo o momento. Isso resulta de um sentimento de competência e autoestima. Uma pessoa que realiza bem suas atividades interage positivamente com os ambientes físicos e sociais, bem como demonstra independência e sucesso na execução de AVD, AIVD, educação, trabalho, lazer e sociabilidade.

Segundo Lancman (2004), o empenho no trabalho ou em alguma atividade de vida diária é fator de saúde para a Terapia Ocupacional. Apesar das dificuldades funcionais, as pessoas em processo de adaptação/reabilitação ao trabalho têm a tarefa de restabelecer um envolvimento no ambiente de trabalho. A abordagem terapêutica ocupacional de reinserção profissional deve então levar em conta esse ambiente para otimizar tal processo.

Na categoria “Perspectiva de vida”, apresentam-se as questões relacionadas à expectativa ou não de sua melhora. Nesse sentido, ressaltam-se as seguintes falas:

*Simplesmente sobreviver. Não tenho boas expectativas. (T.R.)*

*Ficar em casa, pois nunca mais irei render no trabalho. (J.R.)*

*[...] que a doença não evolua. (F.)*

*Pretendo chegar mais perto do meu normal. (G.)*

*Melhorar para voltar a andar. (M.F.)*

*Melhorar e voltar a trabalhar. (J.)*

*Terminar a faculdade e voltar a trabalhar. (A.C.)*

Esta categoria se refere à última questão da pesquisa. Certamente a troca de informações mais esperada pelo estudo. Foram vários tipos de respostas, mas o brilho nos olhos e o nó na garganta foram semelhantes em vários dos entrevistados. Emoções estas que, mesmo sabendo de sua situação, traduz esperança de melhora, e ao mesmo tempo, não tem certeza do que vai acontecer, diante de sua realidade.

Uma resposta que chama a atenção é a do entrevistado T.R. na qual, além da fala citada, comenta após entrevista que só está aqui entre nós ainda para “cumprir carnê”, pois sabe que não tem chances de melhora. Este mostrou-se consciente do progresso de sua patologia e coerente em suas atitudes.

Carvalho (2004, p. 203) nos diz que:

A desmotivação e/ou depressão são componentes que podem interferir significativamente nos progressos do paciente. Várias causas podem levar a essa condição, incluindo a dependência motora, a perda dos papéis sociais e a tendência ao isolamento social, além da insatisfação com a mudança do estilo de vida, decorrente do afastamento ou da perda da situação produtiva do trabalho profissional.

O positivo é que a maior parte dos colaboradores tem esperança de melhora e quer melhorar. Quer voltar ao trabalho, estudos ou à sua rotina. Todos mostram-se conscientes de que

precisam e querem continuar o tratamento da Terapia Ocupacional ou qual for, para a evolução de seu estado físico e a consequente retomada da sua “normalidade”.

Lancman (2004) ressalta que as intervenções terapêuticas ocupacionais de adaptação e reabilitação no trabalho de pessoas que apresentam problemas físicos sustentam-se principalmente na recuperação física, na avaliação de capacidades, no treinamento das habilidades perdidas ou diminuídas e na adaptação ao posto ou ambiente de trabalho. As possibilidades de reinserção profissional são tratadas de forma complementar em relação aos objetivos de recuperação física e funcional da Terapia Ocupacional.

De acordo com Pedretti e Early (2004), a reabilitação do indivíduo com lesão é um processo que poderá durar a vida toda e demanda ajustes em todos os aspectos. O terapeuta ocupacional desempenha uma função muito importante na recuperação física e psicossocial e ajuda o sujeito a obter o máximo de independência.

O profissional da Terapia Ocupacional age de modo a facilitar essa adaptação/reabilitação do paciente, sua forma de resolver os problemas decorrentes das tarefas diretamente associadas a seus papéis na vida. O papel do terapeuta é criar o ambiente necessário à apropriação do processo de tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao finalizar este trabalho, que objetivou averiguar o processo de inclusão ou participação social do adulto após lesão traumática ou não traumática, observa-se que os resultados obtidos suprem as perspectivas da pesquisa, mas não satisfazem completamente o pesquisador. Esperava-se uma maior abordagem por parte dos entrevistados no que diz respeito ao trabalho ou atividade profissional, um dos principais focos da análise. Todo conteúdo das falas exposto é fidedigno à entrevista, sendo que se procuraram respostas curtas para cada pergunta.

Entende-se com os resultados obtidos que a grande parte dos colaboradores da pesquisa não está satisfeita com sua situação. Eles visualizam suas dificuldades para realizar atividades simples da vida diária como caminhar, pentear o cabelo e entrar em um ônibus. Mostram-se também praticamente obrigados a ficar em casa para não dar trabalho aos outros e descontentes por não terem mais o convívio social de antes, quando trabalhavam e tinham seus momentos de lazer como jogar futebol. Estes fatores os levam a ficar deprimidos e isolados da sociedade.

Quando se fala em “Perspectiva de vida”, muitos dos entrevistados mostram-se esperançosos para voltar a andar, trabalhar, estudar ou simplesmente retomar sua rotina, e tudo isso reflete em esforços no tratamento com a Terapia Ocupacional. Percebeu-se empenho em todos eles, mesmo nos mais coerentes de sua difícil situação clínica. Outros esperam simplesmente que a doença não evolua ou até mesmo ficar em casa, pois não renderão mais em atividade alguma. O caso que se comprova mais desmotivador e deprimente é na citação que diz “Simplesmente sobreviver. Não tenho boas expectativas”, que após a entrevista, complementa dizendo que está vivo somente para “cumprir carnê”. Esta fala em especial nos remete a que, mesmo com os problemas diários que todos nós temos, precisamos agradecer por estarmos com saúde e realizando todas as atividades necessárias do dia a dia ou que nos dão prazer.

Cada dia que passa, a Terapia Ocupacional está mais ativa na área de saúde do trabalhador, pois trata e reinsere indivíduos novamente na sociedade e no trabalho. Realiza assim um papel muito importante tanto na reabilitação física e mental quanto motivacional.

Por fim, é interessante que mais acadêmicos realizem pesquisas sobre a participação social do adulto após lesão traumática ou não traumática. Isso porque esta investigação tem muito a contribuir para a vida acadêmica e profissional, sendo uma das áreas de atuação do terapeuta ocupacional, mas ainda existem poucos trabalhos sobre o assunto e o público pesquisado.

## REFERÊNCIAS

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Kinopp. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Dispõe sobre normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e das outras providencias. **Congresso Nacional**, Brasil, 2004.

CARVALHO, Ligia Maria de Godoy. Terapia Ocupacional na Reabilitação de Pacientes Neurológicos Adultos. In: DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; LUZO, Maria Cândida de Miranda (Org.). **Terapia ocupacional**: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004.

LANCMAN, Selma. **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.

LIMONGE FRANÇA, Ana Cristina; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio da Pesquisa Social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PEDRETTI, Lorraine Williams; EARLY, Mary Beth. **Terapia Ocupacional**: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, Adriano Conrado. **Reabilitação**: prática inclusiva e estratégias para a ação. São Paulo: Andreoli, 2008.



# O IMPACTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA NO COTIDIANO DOS FAMILIARES E PORTADORES DA DOENÇA

*Ana Paula Flores Colpo e Silvani Vargas Vieira*

## RESUMO

No presente estudo busca-se investigar e descrever o impacto do diagnóstico da esclerose múltipla no cotidiano da família a partir da percepção da pessoa com a doença e seus familiares. Para tanto, foi utilizada uma abordagem qualitativa do tipo exploratório e, como instrumento, foi realizada uma entrevista orientada por roteiros preelaborados. Participaram da pesquisa seis pessoas com esclerose múltipla e seis familiares, totalizando doze participantes. Para análise das informações, foi utilizado o método de análise de conteúdo, pelo qual foi possível extrair as seguintes categorias: Informação sobre a doença; Orientações à família; Relações familiares, Sentimentos gerados pela doença; Compreensão da família sobre as queixas do paciente. Nesse sentido foi possível constatar que a esclerose múltipla gera uma diversidade de sentimentos contraditórios, relacionados não só aos sintomas e prognóstico da doença, mas também ao significado pessoal que cada um atribui a ela.

**Palavras-chave:** Esclerose múltipla. Relações familiares. Impacto.

## INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crônica com estabelecimento gradual, causada pela destruição da bainha de mielina do sistema nervoso central, que resulta na formação de tecido cicatricial, denominado de placas escleróticas (FARIA, 2007). É uma das doenças neurológicas mais comuns que afeta adultos jovens e se caracteriza por áreas multifocais de desmielinização (COHEN; SALLOWAY; ZAWACKI, 2006).

Para Kalb (2000), os sintomas da esclerose múltipla variam de uma pessoa para outra. Em alguns casos, os sintomas podem ser leves, como formigamentos nas mãos ou leve fraqueza. Em outros, os sintomas podem ser mais graves, com possíveis problemas como parestesia, problemas de equilíbrio, alterações sensoriais, fadiga, dificuldade de coordenação, perda de visão, distúrbios da fala e distúrbios cognitivos.

A literatura da área salienta que as sequelas causadas pela esclerose múltipla causam muitos prejuízos e limitações para os portadores. Os comprometimentos físicos, sensoriais e cognitivos interferem na funcionalidade do sujeito. Alguns deixam de trabalhar, abandonam sua vida social e isolam-se dentro de suas próprias casas.

A diversidade dos sintomas da doença e a constante fadiga são frequentemente apontadas como fator gerador de limitações aos indivíduos e de conflitos familiares, visto que o portador da doença, com exceção dos casos mais avançados, não apresenta aparência de doente. De acordo com a bibliografia, é comum na fase inicial da doença, portadores relatarem a incompreensão da família em relação à fadiga, interpretando-a como preguiça.

Faria (2007) cita que um dos principais objetivos da Terapia Ocupacional é fazer com que o indivíduo tenha maior autonomia e independência para realizar as atividades do seu cotidiano, sejam essas as atividades de vida diária, instrumentais de vida diária, de lazer, de trabalho ou sociais.

A Terapia Ocupacional é uma profissão generalista que utiliza a atividade como instrumento de trabalho. Vê o sujeito como um todo e percebe a sua subjetividade. Avalia o seu entorno, suas relações familiares e, a partir daí, elabora um plano de tratamento que contemple suas necessidades.

Nesse sentido, refletindo sobre as questões subjetivas, relacionadas ao cotidiano da pessoa com esclerose múltipla no contexto familiar, surge o seguinte questionamento: Qual o impacto da esclerose múltipla no cotidiano das pessoas com a doença e seus familiares?

A escolha pelo tema surge por interesse pessoal da pesquisadora, a partir da vivência com um familiar com a doença esclerose múltipla e a percepção da significativa mudança no cotidiano da família.

Para o profissional da saúde, é de suma importância conhecer o paciente em suas peculiaridades e fragilidades a fim de garantir o cuidado com habilidades éticas e humanas. Assim, faz-se necessário conhecermos de que forma o adoecimento interfere nas relações cotidianas das pessoas com esclerose múltipla no contexto da família.

Nesta pesquisa o objetivo geral foi identificar o impacto do diagnóstico da esclerose múltipla no cotidiano da família a partir da percepção da pessoa com a doença e seus familiares. Foram objetivos específicos: investigar o grau de conhecimento da família e da pessoa com EM; reconhecer os sentimentos gerados na família, a partir do diagnóstico da doença; identificar a percepção da família sobre as queixas do paciente e delimitar a percepção da pessoa com esclerose múltipla sobre os sentimentos gerados na família após o seu adoecimento.

## **Metodologia**

Para esta pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa do tipo exploratória. Para Goldenberg (2005), os métodos quali-

tativos enfatizam as particularidades de um fenômeno e do seu significado para o grupo pesquisado. Ainda, de acordo com Minayo (1994), a abordagem qualitativa detém-se mais no aprofundamento e abrangência da compreensão de um determinado tema sob a percepção dos participantes. Segundo Gil (2002), a pesquisa do tipo exploratória tem como objetivos aprimorar ideias, descobrir intuições e proporcionar maior familiaridade com o tema, tornando o seu planejamento bastante flexível.

O público-alvo foi formado por pessoas com esclerose múltipla e familiares, residentes em Santa Maria, RS. Para contato com os sujeitos, foi solicitada a colaboração da Associação dos Portadores de Esclerose Múltipla de Santa Maria e Região- APEMSMAR. Após houve a apresentação do projeto e autorização do comitê de ética, conforme Resolução 196/96, registro CEP/UNIFRA N° 437.2010.2.

Os participantes foram convidados a contribuir com a pesquisa, recebendo orientações quanto aos seus objetivos e propósito. Ainda, os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo as demais informações da proposta e a garantia que sua identidade seria mantida em sigilo.

Para a pesquisa foram entrevistadas doze pessoas, independentemente de idade ou gênero, sendo que seis participantes eram pessoas com esclerose múltipla e os demais (outros seis) eram familiares. Nesse sentido, foi entrevistado um familiar de cada paciente.

Como instrumento da pesquisa, foi realizada uma entrevista, orientada por roteiros preelaborados. Foi feito um roteiro para ser aplicado aos portadores da doença e outro roteiro para os familiares. Segundo Minayo (1994), o roteiro da entrevista visa orientar uma conversa com finalidade própria, facilitando a ampliação sobre o tema e comunicação, o que permite ao informante discorrer livremente sobre o tema que lhe é proposto.

As questões abordadas foram: o grau de conhecimento da família e da pessoa com EM; os sentimentos gerados na família pelo diagnóstico da doença; a percepção da família sobre as

queixas do paciente; e a percepção da pessoa com esclerose múltipla sobre os sentimentos gerados na família após o seu adoecimento. Os dados coletados foram gravados e transcritos com a autorização dos entrevistados, conforme assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu nas respectivas residências dos participantes. Para a aplicação da entrevista, a pesquisadora fez contato telefônico informando sobre a proposta e agendou visita à residência para aplicação da mesma. O tempo utilizado para as entrevistas foi de, aproximadamente, quinze minutos cada. Após a coleta e análise dos dados, os participantes receberam os resultados como forma de divulgação, esclarecimento e agradecimento, durante um encontro pré-agendado com todos os participantes da pesquisa.

## **Resultados e discussão**

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos a partir da coleta da pesquisa realizada através da metodologia de abordagem qualitativa, obtida por meio de entrevista com doze participantes. Os sujeitos caracterizaram-se por seis pessoas com esclerose múltipla e seus familiares respectivamente. Foram entrevistadas cinco pessoas do sexo feminino e uma pessoa do sexo masculino. Segundo Smith e Schapiro (2000), a EM é mais comum em mulheres do que em homens, em uma proporção de 1,7 mulheres para 1 homem.

Para preservar a identidade dos participantes, estes, serão identificados como: P 1 (paciente 1), P 2 (paciente 2), P 3 (paciente 3), P 4 (paciente 4), P 5 (paciente 5), P 6 (paciente 6) e F 1 (familiar 1), F 2 (familiar 2), F 3 (familiar 3), F 4 (familiar 4), F 5 (familiar 5) e F 6 (familiar 6).

A seguir, o texto discorre sobre os resultados obtidos através da percepção dos pacientes. Em seguida, são descritos os resultados encontrados pela percepção dos familiares.

## **O impacto da esclerose múltipla pela percepção da pessoa com a doença**

O objetivo do tema foi reconhecer o impacto do diagnóstico da esclerose múltipla no cotidiano da família através da percepção da pessoa com a doença. Para obtenção dos resultados, utilizaram-se como eixos norteadores as seguintes questões: Você recebeu orientações/esclarecimentos sobre a esclerose múltipla? Por quem? Seus familiares sabem a respeito da doença? Percebeu alguma interferência negativa nas relações familiares após o diagnóstico? Acha que seus familiares têm sentimentos de angústia, medo ou insegurança em relação ao prognóstico da sua doença?

A partir dos eixos norteadores foram extraídas as unidades de análise: informação sobre a doença, orientações à família, relações familiares e sentimentos gerados pela doença.

### **Informação sobre a doença**

Esta questão foi abordada da seguinte maneira: foi perguntado aos participantes se eles receberam orientações/esclarecimentos sobre a esclerose múltipla e por quem. Com as respostas foi possível observar que todos os participantes receberam informações sobre a doença pelo médico durante as consultas rotineiras. Outras formas de esclarecimentos sobre a doença, também foram mencionadas, como:

*Pelo médico e pela associação mesmo, pelas reuniões da gente, da terapia ocupacional. (P3)*

A informação do P3 nos permite observar que, além das orientações do médico, também os grupos de Terapia Ocupacional são de suma importância para a qualidade de vida dessas pessoas. Nesses momentos, eles podem expor suas dúvidas, me-

dos e inseguranças, além de obter melhor compreensão e aceitação da doença, já que eles passam a conviver com pessoas que compartilham os mesmos problemas.

De acordo com Ballarin (2007), nas intervenções em grupo como os de Terapia Ocupacional os participantes experimentam outras formas de se relacionar e vivenciar situações inéditas relativas ao fazer, de forma que seu cotidiano recebe um novo significado através do convívio em grupo.

### **Orientações à família**

Nesta questão foi perguntado aos participantes o que eles achavam em relação ao esclarecimento de seus familiares em relação à sua doença. O objetivo desse questionamento foi averiguar se as pessoas com esclerose múltipla e seus familiares mantêm diálogo sobre a doença e suas implicações, bem como o nível de esclarecimento sobre a doença por parte da família. As respostas obtidas neste item foram bastante heterogêneas. Dois participantes relataram que “acreditam” que seus familiares sabem:

*Aqui em casa acho que estão todos a par, porque a gente tá sempre junto, sempre tá sabendo do que pode ser feito, do que não pode ser feito. (P5)*

No entanto, houve resposta negativa, uma participante disse que seus familiares não têm conhecimento sobre a doença.

*Eu acho que não. Acho que isso aí não é uma doença que não é normal, não é normal pras pessoas e elas aceitam, mas saber a fundo o que é esclerose múltipla não sabe. (P3)*

Nesse sentido, a partir do relato dos P5 e P3, percebe-se que, embora a família tenha recebido orientações sobre a doença, o tema ainda é tratado com reserva e preconceito por pessoas com a doença e seus familiares.

Tais argumentações evidenciam a necessidade de maior esclarecimento e informação sobre a doença, não só em relação a família, mas também na sociedade em geral. Conforme acrescenta o P2 que relatou:

*Antes eu não falava nada, eles não sabiam que eu tinha essa doença. Quando eu descobri eu contei pra minha mãe e uma irmã só.*

É importante salientar que a participante 2 refere que por muito tempo tinha vergonha de contar as pessoas que tinha recebido o diagnóstico de esclerose múltipla, visto que muita gente iria pensar que ela estava “*esclerosada*”, confundindo a esclerose múltipla com o processo de envelhecimento do idoso. Segundo esta participante, foi após sua inserção no grupo de Terapia Ocupacional que conseguiu falar mais sobre a doença e buscar maiores esclarecimentos sobre seus direitos.

De acordo com Carvalho (2004), o terapeuta ocupacional tem por objetivo auxiliar o paciente não só em suas necessidades básicas, mas também nas condições clínicas e orientações relacionadas aos diversos aspectos envolvidos na reabilitação do sujeito. Ainda de acordo com a autora citada, o terapeuta ocupacional oferece desde orientações quanto às condições físicas e clínicas do paciente, bem como apoio psicológico e emocional ao paciente e seus familiares, a fim de promover a elaboração de questões decorrentes do processo de adoecimento.

No relato de P1 e P4, seus familiares têm uma vaga noção sobre a doença:

*Mais ou menos, acho que mais ou menos. (P1)*

Ou ainda, a fala do participante 2 que acrescenta:

*Eles sabem só aquilo que veem comigo né, mas não sabem muito.*



As afirmativas reforçam a necessidade de um suporte a família para fornecer maiores esclarecimentos sobre a doença, bem como de estimular o diálogo familiar. Quem sabe ainda, além da informação e divulgação sobre a doença para a sociedade em geral, também seja interessante a organização de grupos direcionados à atenção aos familiares de pessoas com esclerose múltipla, de forma a suprir as necessidades de esclarecimentos sobre a doença, bem como oferecer assistência ao cuidador.

## **Relações familiares**

Nesta questão, o objetivo foi identificar o impacto negativo ou positivo do diagnóstico da doença nas relações familiares. Dessa forma, foi perguntado aos participantes se eles perceberam alguma interferência negativa nas relações familiares após o recebimento do diagnóstico.

Dois participantes expuseram que não houve nenhuma interferência negativa, que não ocorreram mudanças nas relações familiares. Outros dois entrevistados relataram que não chega a ser uma interferência negativa, mas levantaram a questão da superproteção, tendo esta um significado negativo:

*Não é negativa, colocam a gente numa redoma, querem cuidar demais, e no fim acabam atrapalhando. O cuidado é demais. (P5)*

Ou ainda:

*Não, só as vezes há uma super proteção e isso é ruim. (P6)*

Carvalho (2004) acrescenta que, ao ser acometido por uma patologia neurológica, o indivíduo sofre uma forte ruptura em suas relações familiares, afetivas, sociais e profissionais, que repercutem no seu modo, condições e estilo de vida. Ainda, segundo o mesmo autor, quando não são orientados, a família e/ou cuidadores, mesmo tentando ajudar, acabam por subestimar e

negar as capacidades residuais do paciente, contribuindo para a criação de uma situação de extrema dependência.

Um participante respondeu a esta questão e relatou que percebeu mudanças nas relações familiares, visto não estar desempenhando o mesmo papel ocupacional, desenvolvido anteriormente à descoberta da doença:

*Percebi, por me sentir não fazendo parte da família, por eu não ter mais o mesmo relacionamento de antes. (P2)*

Segundo Carvalho (2004), além das limitações físicas, o adoecimento causa uma perda do papel social, da habilidade emocional além de problemas de comunicação e depressão. Nesse sentido, as informações descritas demonstram não só o impacto das limitações físicas impostas pela doença, mas também a forte influência que essas exercem sobre o cotidiano dos portadores e da família, evidenciando a fragilidade das relações familiares em decorrência desse adoecimento.

## **Sentimentos gerados pela doença**

Nesta questão buscou-se investigar o que a pessoa com esclerose múltipla pensa em relação aos sentimentos gerados na família após o seu adoecimento.

Foi questionado se os entrevistados acreditavam que seus familiares têm sentimentos de angústia, medo ou insegurança em relação ao prognóstico da sua doença. Os resultados obtidos dividiram-se em três opiniões: dois participantes relataram que não sabem se seus familiares sentem medo ou insegurança em relação ao seu prognóstico. Também comentaram que eles não gostam de tocar no assunto.

*Eu não sei se eles têm medo ou angústia, eu só sei que não querem falar sobre a doença, quando eu falo, eles recuam sabe? Eles preferem não, não tocar no assunto. (P1)*

Outros dois participantes relataram que agora já não há mais esse tipo de sentimento, como acrescenta:

*Eu acho que as pessoas se assustam quando sabem pela primeira vez, mas depois, assim, conversando já ameniza. Agora, agora já não tem mais, já está bem esclarecido. (P2)*

De forma geral, os entrevistados mencionaram que percebem que alguns de seus familiares desenvolveram algum sentimento de angústia, e que, muitas vezes, sentiam-se culpados em gerar sofrimento para os familiares.

Dessa forma, evidenciou-se que o medo e a angústia são sentimentos frequentes não só em relação a pessoas com esclerose múltipla, mas como aos seus familiares. Percebeu-se ainda que a principal angústia decorra do não saber o prognóstico da doença e como se dará sua evolução.

De acordo com Janssens apud Morales et al. (2007), o fato de se descobrir portador de uma doença neurológica crônica, evolutiva, de curso imprevisível, gradualmente incapacitante e até o momento sem cura, pode repercutir de forma contundente na vida dos pacientes, mesmo nas fases iniciais.

## **O impacto da esclerose múltipla pela percepção da família**

O objetivo do tema foi reconhecer o impacto do diagnóstico da esclerose múltipla no cotidiano da família através da percepção dos familiares. Também objetivou-se verificar se os sentimentos de angústias dos portadores de esclerose múltipla são compartilhados pelos seus familiares. Para obtenção dos resultados, utilizaram como eixos norteadores as seguintes questões: Você recebeu orientações e esclarecimentos sobre a esclerose múltipla? Por quem? Você percebeu alguma interferência negativa nas suas relações familiares após o recebimento do diagnóstico? Você entende as queixas geradas

pelo familiar com esclerose múltipla? Você tem sentimentos de angústia, medo ou insegurança em relação ao prognóstico da doença de esclerose múltipla? A partir dos eixos norteadores, foram extraídas as unidades de análise: Orientações sobre a doença, Relações familiares, Compreensão das queixas e Sentimentos gerados pela doença.

## **Orientações sobre a doença**

Este tema foi abordado questionando aos familiares das pessoas com esclerose múltipla e participantes da pesquisa se eles receberam esclarecimentos e orientação sobre a doença e por quem.

Dois participantes relataram ter recebido orientações através do médico e do grupo da Terapia Ocupacional. Outro entrevistado narrou ter sido orientado pelo seu familiar (portador da doença) e por um enfermeiro que foi até sua residência prestar atendimento domiciliar.

*Foi no grupo de terapia ocupacional que eu fiquei sabendo o porquê da doença e o que era a parte dos sintomas e como agir quando dá o surto. (F1)*

Ainda, um familiar entrevistado referiu ter obtido esclarecimentos da doença através da terapeuta ocupacional e pesquisas na internet. Dois participantes disseram ter recebido orientações pelos próprios familiares portadores da doença, referindo nunca terem acompanhado seu familiar em consultas médicas.

*Na verdade por ela mesma, a mãe mesmo que explicou pra gente. (F5)*

Nesse contexto, evidenciou-se a importante contribuição da Terapia Ocupacional para minimizar as ansiedades geradas pela EM, através de intervenções grupais. Segundo Faria (2007), os gru-

pos de Terapia Ocupacional permitem o enfrentamento da doença e o suporte familiar, proporcionando ao cliente e familiares a oportunidade de expor seus problemas, sentimentos e inquietudes.

Dessa forma, as afirmações dos participantes em relação ao esclarecimento sobre a doença reforçam a afirmação das autoras citadas e evidencia a relevância da Terapia Ocupacional na atenção a pessoas com esclerose múltipla, ao oferecer suporte aos portadores e a família, contribuindo ainda com os profissionais envolvidos nesse processo.

## **Relações familiares**

As relações familiares foram investigadas perguntando para os participantes se eles haviam percebido alguma interferência negativa nas relações familiares após o recebimento do diagnóstico. Dos seis entrevistados, cinco deles relataram que não mudou nada nas relações familiares, que não perceberam modificações.

*Na nossa parte não, a gente continua normal. (F3)*

Essa questão também foi abordada com as pessoas com a esclerose múltipla. Em uma família houve discordância nas respostas referentes às relações familiares.

*Eu não, pra mim foi ao contrário do que ela falou, eu pra mim, não. (F1)*

Apenas um dos participantes relatou ter percebido mudanças. Referiu que as mudanças ocorreram antes mesmo de a doença ser descoberta.

*Olha, bem no começo foram muitas. Até nem tinha descoberto a doença na verdade. Depois que foi constatado a doença, aí a gente mudou também a maneira de se relacionar. A gente começou entender, começou ter uma justificativa do comportamento, da situação. (F2)*

A partir das afirmações dos familiares, pode-se evidenciar que, em geral, a doença não altera a dinâmica das relações na família. Porém, comparando as informações obtidas com os pacientes, pode-se verificar que existe uma discordância de opinião entre portador e familiar.

Acredita-se que as diferentes percepções de família e do portador estejam relacionadas a afirmativas descritas anteriormente como:

*[...] colocam a gente numa redoma, querem cuidar demais... (P5)*

Ou ainda:

*[...] as vezes há uma super proteção e isso é ruim. (P6)*

Segundo Costenaro e Lacerda (2001), o cuidador, principalmente o familiar, sofre desgaste físico e emocional, por não possuir preparo adequado para cuidar. Os portadores e familiares nem sempre possuem uma boa orientação sobre a doença e sua repercussão. Isso facilita o surgimento de dúvidas e incertezas, já que o prognóstico da esclerose múltipla é incerto.

Dessa forma, acredita-se que esse cuidado, embora com nobres objetos, pode tornar-se excessivo, apresenta-se então ao paciente com um significado equivocados, tornando-o não somente dependente de seus familiares, mas também possuidor de um sentimento de desvalorização, pois acredita que sua família o considera incapaz de manter sua autonomia e independência. Tal argumentação pode ser reforçada através da seguinte afirmativa:

*[...] por não fazer algumas coisas que eu fazia antes, tudo eles acham que não posso porque sou doente! (P1)*

Nesse sentido, essa afirmativa demonstra a dificuldade de diálogo sobre a doença, tal fato não permite que os envolvi-

dos em questão exponham suas impressões e sentimentos, gerando assim uma descaracterização dos reais objetivos da família no processo de cuidar e real percepção do paciente frente a esse cuidar.

## **Compreensão das queixas**

Com esta questão buscou-se investigar se os familiares entendem as queixas geradas pelas pessoas com esclerose múltipla. Embora alguns dos entrevistados tenham afirmado que, geralmente, entendem seu familiar e que, em “alguns momentos”, não compreendem as suas queixas como nas expressões:

*São poucas as queixas, mas eu entendo sim... às vezes eu falo mais que ele. (F6).*

Ou ainda:

*Ela não se queixa. É bem tranquilo, ela lida muito bem com a situação. (F4)*

Alguns referem ter maior dificuldade de entender seu familiar:

*Às vezes sim, às vezes não, porque as vezes é difícil. (F1).*

De acordo com Kalb e Miller (2000), talvez o aspecto mais solitário da EM seja que, por vezes, nem mesmo as pessoas mais próximas e carinhosas conseguem entender o que a pessoa realmente sente. Como quase todos os sintomas da EM são invisíveis, por exemplo, fadiga, problemas visuais e alterações sensoriais, os familiares têm dificuldade em compreender o que está acontecendo com a pessoa com esclerose múltipla.

Essa afirmativa pode ser evidenciada a partir da informação do F3 que relata:

*Ah, a gente releva, se a pessoa tá com problema o que, que vai fazer? Botá correr não dá, fazê as coisas não faz mesmo, ela não faz mais nada. Antes fazia, agora não faz mais nada. Tem que ir convivendo com o problema, fazê o que né. (F3)*

A fala citada demonstra que, em muitas famílias, não há um entendimento sobre a doença e suas implicações como expressam as palavras “a gente releva” ou ainda “Botá correr não dá”. Tais argumentações expressam que alguns familiares acabam conformando-se com as limitações do paciente, mas compreendem o processo de progressão da doença.

Para muitas famílias torna-se difícil estabelecer um convívio familiar alheio a situações de dependência e limitações que a EM impõe, tornando as relações familiares difíceis por incompreensão e falta de diálogo familiar.

Glogoski e Foti (2004) citam que as famílias precisam negociar mudanças de papéis para acomodar o indivíduo com esclerose múltipla, que pode não ser capaz de desempenhar um papel familiar antes executado. Essa adaptação dos papéis requer não somente a orientação do paciente, mas também de seus familiares e cuidadores.

## **Sentimentos gerados pela doença**

Essa questão foi analisada perguntando aos familiares se eles têm sentimentos de angústia, medo ou insegurança em relação ao prognóstico da esclerose múltipla. Quase a totalidade dos familiares afirmou que não há esse tipo de sentimento:

*Não, não porque eu sei que não mata, então eu fico tranquilo. (F4)*

Apenas um familiar referiu sentir medo e insegurança em relação ao prognóstico da doença:



*É aquela angústia com insegurança né. Como é que vai se comportar daqui pra frente. (F1)*

Nesse sentido, Fischer, La Rocca e Sorensen (2000) afirmam que sentimentos negativos, como o estresse, são comuns em pessoas com esclerose múltipla e familiares. Adaptar-se a algo tão imprevisível e potencialmente incapacitante como a EM pode resultar em um sério turbilhão emocional, visto que a família nem sempre está preparada para conviver com um integrante familiar sofredor de mudanças.

Nesse contexto, percebe-se que para a pessoa com EM e seus familiares o sentimento de angústia está associado a forma de progressão da doença e as limitações que esta irá impor no decorrer de sua evolução.

Dessa forma, compreende-se que os grupos de Terapia Ocupacional em assistência a pessoas com EM e seus familiares tornam-se de relevância inquestionável de forma a contribuir para minimizar sentimentos gerados pelo adoecimento, fortalecer as relações familiares, prestar orientações quanto à manutenção da autonomia e independência dos participantes, além da socialização entre os participantes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na pesquisa o objetivo foi identificar o impacto da esclerose múltipla no cotidiano das pessoas com a doença e de seus familiares. Embora o total da amostra para a coleta dos dados tenha contado apenas com doze participantes, acredita-se que os objetivos do estudo tenham sido alcançados.

Durante a pesquisa buscou-se identificar se clientes e família receberam informações adequadas sobre a EM e qual o profissional ofereceu essas informações. Todos os participantes referiram ter recebido orientação de um profissional como: do médico, da terapeuta ocupacional, do enfermeiro, ou através de

diálogo com o próprio familiar com a doença. Salienta-se a referência dos participantes, em relação à contribuição da Terapia Ocupacional na atenção a pessoas com esclerose múltipla e seus familiares, através de orientações e esclarecimentos de forma a minimizar as limitações e sentimentos gerados pela doença. Todos os participantes salientaram ter recebido orientação sobre a doença durante os encontros do grupo de Terapia Ocupacional.

A afirmativa dos participantes demonstra o relevante aporte que as intervenções da Terapia Ocupacional oferecem no contexto grupal e individual, visto que suas ações refletem não só na reabilitação física e psíquica do indivíduo, como também na orientação e suporte familiar.

No que se refere às relações familiares, percebeu-se que, para algumas famílias, a doença apresenta pouca interferência. Porém, a maioria dos pacientes refere que, após o diagnóstico da EM, o relacionamento com a família mudou, visto que em muitos momentos sentem-se excessivamente protegidos e impedidos de agir espontaneamente.

Dessa forma, acredita-se que é necessário maior esclarecimento acerca da esclerose múltipla, visto que o estudo evidenciou a dificuldade de algumas famílias em compreender determinadas queixas de seu familiar em relação aos sintomas da doença. Tal dificuldade de entendimento sobre a doença pode apresentar sentido duplamente negativo, visto que assim como uma família mal-orientada pode manter uma postura extremamente protetora, também poderá desconsiderar sinais de agravamento da doença por achar que é exagero do paciente.

Já a Terapia Ocupacional e sua relevância no contexto grupal foram evidenciadas nesse estudo, porém sabe-se que não se esgotam aqui as possibilidades de intervenção da profissão para pessoas com EM. Sugere-se a realização de grupos direcionados à família de pessoas com a EM.

Acredita-se que ainda há muito que se estudar e contribuir para as pessoas com esclerose múltipla e seus familiares. Ressal-

tando-se a relevância desta pesquisa para os profissionais da área da saúde, portadores de doenças neurológicas e familiares que buscam entender melhor o processo de adoecimento na família. Ainda, salienta-se a necessidade de maiores publicações referentes ao assunto como forma de esclarecimento daqueles que buscam aperfeiçoamento profissional.

## REFERÊNCIAS

BALLARIN, Maria Luisa Simões. Abordagens grupais. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (Org.). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007.

CARVALHO, Ligia Maria de Godoy. Terapia Ocupacional na reabilitação de pacientes neurológicos adultos. In: DE CARLO, Marysia M. R. Prado; LUZO, Maria Cândida M. (Org.). **Terapia Ocupacional: reabilitação física em contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.

COHEN, Ronald A.; SALLOWAY, Stephen; ZAWACKI, Tricia. Aspectos neuropsiquiátricos dos transtornos de atenção. In: YUDOFISKY, Stuart C.; HALES, Robert E. **Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

COSTENARO, Regina G. Santini; LACERDA, Maria Ribeiro. **Quem cuida de quem cuida? Quem Cuida do Cuidador?** Série Enfermagem – UNIFRA, Santa Maria - RS, 2001.

FARIA, Iza de. Terapia Ocupacional na Disfunção física. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FISCHER, Jill; LA ROCCA, Nicholas G.; SORENSEN, Pan. Cognição. In: KALB, Rosalind C. **Esclerose Múltipla. Perguntas e Respostas**. ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, São Paulo, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. Editora Atlas S. A. 2002.

GLOGOSKI, Carolyn; FOTI, Diane. Necessidades especiais do idoso. In: PEDRETTI, Lorraine Williams; EARLY, Mary Beth. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas**. 5. ed. São Paulo: ROCA, 2004.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Como fazer pesquisas qualitativas em Ciências Sociais. 9. ed. Rio de Janeiro - São Paulo: Record, 2005.

KALB, Rosalind C.; MILLER, Deborah M. Questões Psicossociais. In: KALB, Rosalind C. **Esclerose Múltipla. Perguntas e Respostas**. ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, São Paulo, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MORALES, R. R. et al. **Qualidade de vida em portadores de Esclerose Múltipla**. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n2b/18.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

SMITH, Charles R.; SCHAPIRO, Randall T. Neurologia. In: KALB, Rosalind C. **Esclerose Múltipla. Perguntas e Respostas**. ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. São Paulo, 2000.

# FATORES PROTETORES AO USO DO CRACK PARA ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RISCO NA CIDADE DE SANTA MARIA-RS

*Emanuele Togni, Michele Neves Pinto Trindade e Samanta Vitt Martellet*

## RESUMO

Este artigo apresenta os resultados da pesquisa realizada com adolescentes em situação de risco na cidade de Santa Maria, RS, a respeito dos fatores protetores ao uso do crack. Utilizou-se a metodologia de grupo focal e, para a análise dos dados, a técnica de análise de conteúdo. Concluiu-se que o principal fator que os leva a não usarem o crack é o medo das consequências, pois mesmo que não convivam com usuários, eles presenciam a violência gerada decorrente do uso dessa droga. Ainda foi possível constatar que a escola é a principal fonte de informações a respeito do uso de drogas e que a família e a comunidade pouco se implicam com o cuidado desses jovens.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional. Vulnerabilidade social. Prevenção. Jovens.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado da pesquisa realizada no primeiro semestre do ano de dois mil e onze, referente ao Trabalho Final de Graduação II para a conclusão do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. A realização da pesquisa ocorreu em duas escolas da rede pública e abordou a problemática do crack, investigando quais fatores protegem adolescentes em situação de risco na cidade de Santa Maria – RS, Brasil - afim de não se tornarem usuários.

O crack tem sido considerado a droga mais devastadora da atualidade, em decorrência de suas graves consequências e também pelo rápido aumento do número de usuários. Conforme estudos realizados, sabemos que esta droga não escolhe idade, contudo, o que mais tem gerado preocupação é a grande expansão do uso entre crianças e adolescentes. Com relação ao uso de drogas ilícitas, um estudo feito pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), em dez capitais brasileiras nas escolas de ensino fundamental e médio, constatou que, até o ano de 1997, o uso de drogas entre os estudantes, desconsiderando álcool e tabaco, chegava à cerca de 25%. Além disso, também foi possível verificar que a idade média brasileira para iniciação ao uso de drogas entre os estudantes da rede pública de ensino ocorre entre os 10 e 12 anos de idade (GALDURÓZ; NOTTO; CARLINI, 1997). Já considerando o uso de crack, um novo estudo realizado também pelo CEBRID, no ano de 2004, pesquisou sobre o uso de drogas com adolescentes estudantes de ensino fundamental e médio e foi constatado que 2% dos estudantes até 18 anos já usaram cocaína pelo menos uma vez na vida, e 0,7% usaram crack (GALDURÓZ et al., 2004).

O crack é uma substância composta pelo resíduo da cocaína adicionado a outros compostos químicos. Tem a aparência de uma pedra, e ao ser fumado, origina o som que o nomeou "crack". Uma

de suas principais características é também responsável pelo envolvimento dos usuários com os atos infracionais, ou seja, a forte e rápida dependência que o crack causa logo após o primeiro uso. Isso se justifica pelo fato de que o crack, além de ter um custo mais baixo do que as outras drogas, atinge o cérebro duas vezes mais rapidamente do que a cocaína injetada, pois, quando fumado, o crack demora apenas cinco segundos para exercer seus efeitos no sistema nervoso central, além de proporcionar o dobro de euforia (NETO et al., 2003).

O uso dessa substância proporciona ao usuário efeitos de agitação, paranoia, delírios e alucinações. Também traz como consequência decorrente do seu rápido efeito e alto poder de dependência, problemas de saúde pública: aumento da criminalidade, da violência e também de custos com tratamentos para recuperação de dependentes. O crack ainda está fortemente relacionado a atos de infração, pois uma vez que a fissura ocasionada pela droga é tão intensa, os usuários podem apresentar condutas antissociais, como roubos, furtos, atos violentos, assassinatos e comercialização do sexo; com objetivo de encontrarem formas de manter o uso contínuo da droga (SAMPAIO et al., 2010).

Sobre os motivos que favorecem a adesão dos usuários ao crack, disponibilizamos de estudos que apontam os seguintes fatores: utilização de drogas pelos pais ou familiares, relação familiar insatisfatória, falta de envolvimento afetivo dos pais, ambiente familiar caótico, dinâmica familiar inadequada, influência do meio, pressão dos amigos, baixo nível socioeconômico, curiosidade, obtenção de prazer, timidez, isolamento social, baixa autoestima, agressividade, baixo rendimento escolar, desordens de conduta e temperamentos difíceis (SANCHEZ, 2004). Entretanto, são poucos os estudos que abordam os fatores que favorecem na prevenção do uso do crack.

Sendo assim, considerando o grande problema de saúde pública que foi gerado pelo uso desta droga, a justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa foi o interesse da autora em

ajudar na prevenção ao uso do crack, instigada pelas práticas acadêmicas do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, e também pela falta de estudos nesta área. Logo, o intuito desta pesquisa foi detectar quais os fatores de proteção ao uso do crack para adolescentes que se encontram em situação de risco na cidade de Santa Maria-RS, e também descobrir, na opinião desses adolescentes, não usuários, os motivos que levam outros jovens a optarem pelo crack.

## Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, a metodologia utilizada foi qualitativa. Optou-se por essa metodologia porque a sua principal característica é permitir que o investigador obtenha informações sobre o fenômeno a ser estudado diretamente dos participantes, ou seja, da fonte estudada (PATTON, 1990). Ainda, a pesquisa qualitativa não tem o objetivo de mensurar os fenômenos, mas o entendimento em profundidade desses (VÍCTORA et al., 2000). Visa descrever e analisar a cultura e o comportamento, a partir da visão que o próprio investigado tem do fenômeno (WHO, 1994).

A amostra desta pesquisa foi composta por 19 adolescentes, meninos e meninas, estudantes de escolas públicas da cidade de Santa Maria, entre 12 e 17 anos, que têm contato com a oferta da droga na comunidade, mas que, necessariamente, não fazem uso de drogas. As escolas utilizadas para entrevista foram escolhidas justamente por receberem alunos que residem em locais onde a venda da droga é bastante comum.

Primeiramente, a pesquisadora visitou duas escolas da rede pública de ensino da cidade de Santa Maria, que serão descritas aqui com os códigos, *escola A* e *escola B*. Nesse primeiro contato com as escolas, foi realizada uma reunião com as supervisoras responsáveis, a qual teve o intuito de apresentar os objetivos da pes-



quisa, assim, aquelas assinaram a Carta de Apresentação e Consentimento da Pesquisa ao Campo de Pesquisa, contendo todas as informações necessárias para a realização do estudo. Ainda foram deixados, com a direção da escola, os Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido para serem entregues aos alunos. Estes levaram os termos para casa e entregaram para os pais assinarem, para autorizarem a participação dos filhos nesta pesquisa. Após a autorização da direção das escolas para a realização do estudo, foram agendadas as entrevistas com os alunos. Os encontros ocorreram em dois dias distintos, sendo um dia em cada escola. Todos os estudantes envolvidos na pesquisa foram encaminhados pelos diretores e/ou coordenadores das próprias escolas.

Para a realização da entrevista foi utilizado o método de grupo focal. Com relação a esse procedimento, é uma técnica em que os dados são gerados através da comunicação entre os participantes. É uma forma rápida de coletar dados distintos, simultaneamente, através da interação entre as pessoas envolvidas (POPE; MAYS, 2006).

A primeira entrevista foi feita na *escola A*. Participaram da entrevista cinco meninos e cinco meninas. Os alunos organizaram-se em círculo, de modo que a entrevistadora ficasse no centro, facilitando a captura do áudio pelo gravador. Dessa mesma forma, realizou-se o grupo na *escola B*, entretanto, participaram da entrevista quatro meninas e cinco meninos. O instrumento utilizado para promover a discussão e reflexão nos grupos de estudantes foi um questionário semiestruturado com oito perguntas, descritas no quadro a seguir (Quadro 1). As perguntas foram lançadas aos participantes em meio a conversa sobre o assunto. Todas foram respondidas, contudo, na *escola A*, houve maior discussão do assunto. Já os participantes da segunda entrevista, na *escola B*, comportaram-se de forma bastante restrita, respondendo às perguntas de maneira bem sucinta.

**Quadro 1** - Perguntas do questionário:

PERGUNTAS
COMO É O CONVÍVIO DE VOCÊS COM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK?
QUAIS MOTIVOS QUE VOCÊS ACHAM QUE LEVAM MENINOS E MENINAS NA MESMA SITUAÇÃO QUE VOCÊS A USAREM CRACK?
JÁ FOI OFERECIDO CRACK PARA VOCÊS? JÁ EXPERIMENTARAM?
QUAIS FATORES LEVAM VOCÊS A NÃO USAREM?
SEUS PAIS CONVERSAM SOBRE ISSO?
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?
PRATICA ESPORTES?
A SUA ESCOLA OFERECE TRABALHO DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS?

Após a conclusão das entrevistas, a pesquisadora transcreveu os dados das gravações, e o material de áudio encontra-se armazenado sob responsabilidade da pesquisadora e será destruído após 5 anos, mantendo a integridade dos participantes, conforme informações contidas nos Termos de Consentimentos.

Os dados colhidos na entrevista foram analisados através da análise de conteúdo, cujo principal objetivo é explorar a opinião geral de um grupo a respeito do assunto investigado. Sendo assim, não se faz necessário analisar todas as falas individuais, mas a discussão gerada entre os participantes (MINAYO et al., 2008).

Visto isso, foram analisadas não somente as respostas das perguntas, mas também os comentários gerados com relação ao assunto exposto, o que serviu para o enriquecimento do material coletado, proporcionando uma pesquisa mais abrangente sobre o assunto.

## Resultados e discussão

Ao analisar as respostas dadas a respeito do convívio com outros adolescentes usuários de crack, notou-se que a maioria dos alunos conhece algum usuário, contudo não há nenhum convívio significativo com eles. Na grande parte, esses usuários são vizinhos ou conhecidos distantes. Apenas uma menina relatou ter dependente de crack na família e outras duas disseram já terem tido, porém não convivem mais com eles. Segundo Kessler e Pechansk (2008, p. 97), “por suas características peculiares, o crack não é uma droga que permita a convivência em um ambiente de ensino”. Dessa forma, o não convívio dos participantes da pesquisa com outros adolescentes usuários de crack é justificado devido ao isolamento social decorrente do uso frequente desta droga.

Assim como apontam os diversos estudos realizados sobre os motivos que levam adolescentes a se tornarem usuários de crack, os alunos participantes da pesquisa que conhecem a situação de forma mais real, também acreditam que a influência dos amigos e a família são as principais causas que levam ao uso do crack. A adolescência é a fase mais importante para a construção da identidade do indivíduo e também o período em que o adolescente sofre diversas influências na sua personalidade ainda em formação. O jovem necessita ser aprovado pelos pares de iguais para alcançar uma satisfação pessoal e, dessa forma, sofre tanto influências positivas quanto negativas, conforme os costumes do meio em que está inserido. Afirmando esse fato, Martins e Pillon (2008) referem que a relação dos jovens com novos amigos, além de importante para a formação de ideias e opiniões, pode conduzi-lo a atitudes delinquentes e inadequadas como o uso de drogas. Ainda a respeito dessa fase da vida, os autores enfatizam que, durante esse período, o jovem tende a passar mais tempo com seu grupo de amigos do que em sua casa com os pais, diferentemente das fases anteriores em que o maior contato é com os familiares.

Além da influência dos amigos, a família também é fundamental para a formação da personalidade de um indivíduo. Considerando que o primeiro exemplo que seguimos em nossas vidas é o do grupo familiar, a família também pode contribuir tanto com aspectos positivos quanto negativos. A dinâmica familiar é um aspecto a ser analisado de forma meticulosa, pois a forma como os pais estabelecem a educação dos filhos gera ampla discussão a respeito. Analisando os aspectos a seguir, notamos que assim como uma educação inadequada, a educação rígida também pode ser causadora de atitudes delinquentes entre os jovens, porém mais raramente. Sobre os aspectos familiares de risco que propiciam o uso de drogas, incluem, de forma combinada:

(a) ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos; (b) envolvimento materno insuficiente; (c) práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas; (d) excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superproteção; (e) educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações; (f) monitoramento parental deficiente; (g) aprovação do uso de drogas pelos pais; (h) expectativas incertas com relação à idade apropriada do comportamento infantil; (i) conflitos familiares, sem desfecho de negociação (SCHENKER; MINAYO, 2005, p. 710).

Ainda a respeito dos motivos que levam a adolescentes, em situação de risco a usarem crack, na opinião dos adolescentes entrevistados, foi levantada a questão da grande oferta da droga no meio em que vivem e também a curiosidade, levantada por uma menina através da seguinte fala: *"Ah! Eu tenho curiosidade!"*, quando questionada se já havia experimentado ou se já haviam lhe oferecido. Todos os alunos da *escola A*, embora não convivessem com usuários de crack, tinham conhecimento de, no mínimo, um ponto de venda da droga na rua em que residem. Sendo assim, "quanto ao meio, é preciso considerar a disponibilidade da droga. Quanto maior a oferta, menor é o preço e maior a facilidade de consumo de substâncias psicoativas" (TULLER et al., 2007, p. 159).

Além disso, com relação à expressão da menina quanto a sua curiosidade em experimentar o crack, justifica-se pelo fato de tratar de substâncias ilícitas, que comumente despertam interesse em jovens devido ao momento na vida o qual estão vivenciando, em que há interesse em realizar atos socialmente proibidos (MOCELIN; MOREIRA, 2010).

Entretanto, quando questionados sobre os motivos que os levam a não usarem crack, todos afirmaram que é um conjunto de fatores que envolvem a educação em casa e na escola e, principalmente, o conhecimento das graves consequências vivenciadas na própria comunidade. Sendo assim, embora na adolescência o jovem esteja predisposto a novas experiências em função da grande curiosidade comum nesta fase, o exemplo de vida dos usuários os assusta, impedindo então a experimentação desta droga pelo medo.

No que diz respeito à forma de que os pais abordam a questão do uso de crack com os adolescentes participantes da entrevista, ouvi expressão do tipo: *"Os meus nem dão bola!"* e *"Nem falam nada, só pra não 'usa'!"*. Novamente a dinâmica familiar inadequada e a falta de atenção para com estes adolescentes se torna um agravante de peso a favor do uso de crack. Afirmando isso, logo no início da entrevista, outro menino relatou: *"O crack é tudo!"*, considerando o crack como sendo todos os outros tipos de droga. Visto isso, percebemos que a informação sobre drogas ainda é escassa, principalmente no âmbito familiar. Com relação a esse fato, pode-se fazer uma relação da informação ineficiente com a curiosidade dos jovens em um estudo sobre as razões que levam os adolescentes em situação de risco a não usarem drogas ilícitas,

a informação incompleta acabou despertando-lhes a curiosidade e conseqüente consumo. Assim, a disponibilidade de informações completas é um fator de proteção, onde a família é a principal fonte divulgadora (SANCHEZ et al., 2005, p. 603).

Quando abordados sobre a participação em grupos comunitários, todos participantes responderam não fazer parte de nenhum grupo devido à comunidade não oferecer. Foi questionado sobre centros comunitários, se havia e, se os moradores da comunidade não se organizavam para realização de eventos, como reuniões para discutirem problemas da própria comunidade ou até para a organização de festas. Discutindo esse assunto, uma das meninas relatou o seguinte: *"Lá na minha rua, até faziam festa do dia do vizinho, só que sempre dava briga, ai nunca mais fizeram."* Sabemos que a família é a principal promotora de educação, entretanto a comunidade pode e deve contribuir com a educação dos jovens, proporcionando meios alternativos para combater o uso de drogas e também à violência. Alguns dos adolescentes entrevistados relataram que participariam de grupos se estes existissem.

Durante a adolescência, o jovem tem a necessidade de estar ativo, ampliando suas interações sociais. Sendo assim, é fundamental que existam projetos que proporcionem envolvimento dos jovens com algum tipo de atividade saudável. Considerando que todos os jovens participantes da entrevista relataram que praticam esportes somente nas aulas de Educação Física, percebemos que realmente faltam opções, inclusive de lazer para estes adolescentes. Mota (2009) abordou esta questão, afirmando que, ao analisar o ambiente da maioria dos usuários de crack, é comum observamos um meio desfavorável, em que estes jovens estão assistidos por escolas de má qualidade, desprovidos de espaços de lazer e com escassas oportunidades no mercado de trabalho.

Ao final da entrevista, já em resposta à última questão, os adolescentes afirmaram que, tanto a escola A como a escola B, oferecem algumas palestras sobre prevenção ao uso de drogas e que também abordam o tema em alguns trabalhos feitos em sala de aula. Considerando o papel da escola como formadora de opinião, Tozzi e Bouer (1998) acreditam que é um "espaço privilegiado para construção e transmissão de conhecimentos

que possibilitem a rejeição às drogas” (p. 109). Além disso, os autores ainda salientam que, além de ser o ambiente que os jovens mais frequentam durante a adolescência, “a escola poderá criar espaços alternativos no quais o aluno buscará a prática de esporte, o convívio com a arte por meio de filmes e outras atividades lúdicas” (TOZZI; BOUER, 1998, p. 110).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao finalizar a pesquisa, vários pontos chamaram a atenção, primeiramente, o fato de que, embora os alunos entrevistados morem em áreas onde o tráfico de drogas é intenso, poucos têm o contato com usuários de crack. O que eles mais presenciam são as consequências do uso, como a violência que é gerada na comunidade, sendo esse o principal fator que os protege do uso. Além disso, enquanto estudantes e frequentadores da escola, os adolescentes afastam-se de grupos de risco, em decorrência não só do mau exemplo visível, mas também pela prevenção feita pela escola.

Quanto à forma de como os adolescentes recebem as informações sobre o crack e outras drogas, percebe-se que a família ainda é ausente nessa questão, uma vez que deveria ser a principal fonte de educação para os jovens. Contudo, acabam transferindo a responsabilidade para escola que, muitas vezes, não tem as condições necessárias para desempenhar essa tarefa e acaba por não proporcionar um ensino de qualidade.

Os resultados apontam para outro aspecto a ser destacado, que é o papel da comunidade, pois essa ainda não contribui para uma melhor qualidade de vida dos jovens. A comunidade, com a escola, deveria articular programas os quais envolvessem não só os jovens, mas toda a população, em questões de educação, saúde e lazer.

A Terapia Ocupacional como profissão atuante nas áreas de saúde comunitária, dependência química e ambiente escolar, pode contribuir para a prevenção ao uso do crack articulando projetos com a escola e a comunidade. Assim, proporciona a promoção da

saúde, através da intervenção direta com os adolescentes e também com as famílias, pois organiza rotinas, promove ações educativas, além de formar grupos de convivência e oficinas diversas. Educação, prevenção, informação, conscientização e boa vontade são atributos necessários e indispensáveis para garantir aos jovens uma vida digna e longe das drogas.

## REFERÊNCIAS

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1997.

\_\_\_\_\_. et al. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2004.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista Psiquiatria RS**, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, maio, 2008.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MOCELIN, C. E.; MOREIRA, N. da S. Adolescentes e o Crack: uma relação de dor e sofrimento. In: JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE. **Anais...**Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, 2010.



MOTA, L. **Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba: Juruá, 2009.

NETO, C. A.; GAUER, G. J. C.; FURTADO, N. R. (Org.). **Psiquiatria para estudantes de medicina.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods.** London: Sage Publicatinos, 1990.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

SAMPAIO, A.; SILVA, W. M.; FONTENELE, K. O crack na imprensa local: análise de uma série de reportagens sobre o crack em Fortaleza. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. In: XII CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO NORDESTE. **Anais...** – Grande Campina – PB – 10 a 12 de junho de 2010.

SANCHEZ, Z. M. **Razões que levam determinados jovens, mesmo expostos a fatores de risco, a não usarem drogas psicotrópicas.** 2004. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2004.

\_\_\_\_\_; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SCHENKER, M., MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

TOZZI, D.; BOUER, J. Prevenção também se ensina? In: AQUINO, J. G. (Org.). **Drogas na escola**: Alternativas teóricas e práticas. Summus editorial. São Paulo, 1998.

TULLER, N. G. P.; ROSA, D. T. de M.; MENEGATTI, R. P. Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 9, n. 2, p. 153-161, jul./dez. 2007.

VÍCTORA, G. C.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Qualitative research for health programmes**. Geneva: Division of Mental Health, 1994.

# A POSSÍVEL CONTRIBUIÇÃO DA EQUOTERAPIA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

*Juliane Paz Schons, Vanessa Medeiros Pinto e Daniela Bosquerolli Prestes*

## RESUMO

No presente artigo, o objetivo foi investigar a possível contribuição da Equoterapia no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral e como o terapeuta ocupacional pode contribuir nesse processo. Utilizou-se entrevista não estruturada com a cuidadora do praticante e com os profissionais responsáveis pelo processo de reabilitação equoterápica do campo pesquisado. Foi efetuada uma análise categorial, definindo três categorias: a história de vida do praticante; a história do praticante na Equoterapia; a história do praticante após interromper a Equoterapia. Os participantes da pesquisa relataram suas percepções em relação à evolução do praticante no ambiente domiciliar, escolar e terapêutico. Foi destacada a importância da prática da Equoterapia aliada a Terapia Ocupacional, a qual proporcionou ao praticante melhor desempenho na realização de suas atividades cotidianas e um melhor relacionamento interpessoal. Com a interrupção da Equoterapia, perceberam-se declínios do praticante em relação aos ganhos obtidos nas relações sociais: na escola e em relação ao seu comportamento, que se tornou mais agressivo.

**Palavras-chave:** Terapia com cavalos. Paralisia cerebral. Terapia Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

Para a Associação Nacional de Equoterapia (2007), a equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com algum tipo de deficiência e/ou com necessidades especiais.

A Equoterapia promove em seus praticantes benefícios neuromotores gerados através do deslocamento constante do centro de gravidade, estimulado pelo movimento do cavalo, ao passo, ativando os sistemas vestibular, articular, muscular, visual, cerebelar e reticular (MEDEIROS; DIAS, 2002).

O termo praticante de Equoterapia é utilizado para designar a pessoa com deficiência e/ou com necessidades especiais quando em atividades equoterápicas. Nesta atividade, o sujeito do processo participa de sua reabilitação, na medida em que interage com o cavalo (ANDE, 2007).

Na terapia com cavalos, o objetivo é estimular a autoestima, a autoconfiança, desenvolver a orientação espacial, o equilíbrio, a lateralidade, a comunicação, além de proporcionar ganhos físicos, favorecer a sensibilidade, a percepção do esquema corporal, a diminuição da ansiedade, fobias de modo geral, entre outros fatores (MOTTI, 2007).

As modificações de postura levarão ao aprimoramento das reações de equilíbrio e endireitamento. O praticante também obterá benefícios psicossociais, que o tornarão mais confiante em relação às suas potencialidades, melhorarão sua autoestima, demonstrando mais iniciativa e independência, o que certamente permitirá melhor interação social (MEDEIROS, 2010).

A expressão paralisia cerebral surgiu durante a fase neurológica de Freud, em 1897, ao estudar outra síndrome, a síndrome de Little. Freud observou que as crianças com paralisia cerebral geralmente apresentavam retardo mental, distúrbios visuais, convulsões, entre outros. Sugeriu então que a desordem poderia, al-

gumas vezes, afetar o cérebro antes do nascimento e durante o desenvolvimento cerebral fetal (CROTTI, 2007).

Teixeira (2003) diz que a paralisia cerebral é constituída por um grupo de desordens neurológicas não progressivas, em que há um comprometimento motor, o qual pode apresentar desordens associadas às áreas do desenvolvimento cognitivo, visual, auditivo e da comunicação.

Assim, as aquisições das habilidades motoras do praticante integram com o seu desenvolvimento mental e emocional, ajudando-o a usar no dia a dia as habilidades cognitivas e perceptivas necessárias para adaptar-se a novas experiências e ao contexto apropriado.

A atuação do terapeuta ocupacional (TO) deve ser construída a partir do potencial do praticante, buscando orientar a participação do indivíduo em atividades selecionadas para restaurar; fortalecer e desenvolver suas capacidades; facilitar a aprendizagem daquelas habilidades e funções essenciais para sua adaptação e produtividade, pois atenua ou corrige as deficiências.

O TO participa ativamente, em conjunto com os demais profissionais, já no processo de avaliação do praticante. É sua função avaliar as habilidades e potencialidades do praticante, considerar aspectos motores, sensoriais, perceptivos, cognitivos e sociais, verificar suas limitações funcionais primárias, secundárias e globais. Além disso, é de extrema valia conhecer as expectativas da família, a maneira como o tratam e o veem, as rotinas em casa, na escola, em passeios para então adequar o planejamento às necessidades individuais. É muito importante salientar os aspectos positivos do praticante e valorizar sua capacidade de realização de alguma tarefa. Muitas famílias, na tentativa de ganhar tempo, ou não suportarem ver as dificuldades e ritmo lento do praticante, preferem fazer tudo, tornando-o incapaz de agir (PRADO, 2007).

Sendo assim, na presente pesquisa buscou-se investigar a possível contribuição que a prática de Equoterapia proporciona a crianças que apresentam paralisia cerebral e como a participação do terapeuta ocupacional pode contribuir nesse processo.

## **Metodologia**

### **Delineamento do estudo**

Estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Visa conhecer o seu “como” e os seus “porquês”, evidenciando a sua unidade e identidade própria. É uma investigação que se assume como particularista, debruça-se sobre uma situação específica, procurando descobrir o que há nela de mais essência e característica (TRIVINOS, 1987).

### **Campo de pesquisa e população**

Foi escolhida pela pesquisadora, de forma intencional, uma família que possuísse como membro uma criança com diagnóstico de paralisia cerebral, sendo esta praticante de Equoterapia da Associação Rio-grandense Equoterapia e Equilíbrio, localizada na Associação Tradicionalista Estância do Minuano, no município de Santa Maria – RS. Para conhecer o processo de reabilitação, foram entrevistadas: a mãe do praticante e duas profissionais, uma psicóloga e uma educadora especial, responsáveis pelo acompanhamento terapêutico do praticante.

### **Instrumentos para coleta de dados**

Utilizou-se a técnica de entrevista não estruturada, o que possibilitou a entrevistadora fazer perguntas ocasionais apenas para ajustar o foco do estudo e assim contemplar os objetivos investigados. Foram dois focos de avaliação:

1. História de vida da criança, através dos cuidadores.
2. História do processo de reabilitação equoterápica com os profissionais responsáveis.

## **Contato**

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, protocolo n.º 408.2010.2, em seis de janeiro de 2011, foi realizada uma visita ao campo de pesquisa, onde foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha todas as informações sobre o estudo. Após a aceitação e a assinatura, foram realizadas as entrevistas individualmente, em uma sala cedida pelos profissionais. As entrevistas foram gravadas em aparelho de MP3 da marca NOKIA e, posteriormente, transcritas na íntegra, em forma de texto, para análise dos dados.

Houve anuência por parte dos responsáveis pelo local. A pesquisadora escolheu o familiar para participar da pesquisa e os profissionais responsáveis pelo processo de reabilitação equoterápica.

O contato com o familiar e os profissionais foi realizado pessoalmente no próprio campo pesquisado a fim de informar os objetivos da pesquisa, bem como sua forma de realização.

## **Análise dos dados**

O tratamento dos dados foi realizado através de uma análise descritiva da compreensão dos resultados, a fim de validar ou refutar os objetivos iniciais do estudo, ou seja, as bases do modelo proposto por Child e Smith (1987). Por essa forma, baseou-se a análise dos dados qualitativos do presente estudo de caso, observando que o objetivo da análise dos dados é sintetizar as informações completadas, de forma que estas viabilizem respostas às perguntas da pesquisa em foco.

Com fundamentação nesse método, foi efetuada a análise categorial, definindo três categorias, que serão apresentadas e discutidas a seguir: a história de vida do praticante; a história do praticante na Equoterapia; a história do praticante após interromper a Equoterapia.

Assim, solicitou-se que os participantes da pesquisa, a mãe e os profissionais responsáveis, relatassem, de maneira informal, suas percepções em relação à evolução do praticante em questão, no ambiente terapêutico, escolar e domiciliar.

## **Resultados e discussão**

Neste item serão expostos os resultados obtidos através da pesquisa e a discussão desses, a partir dos relatos da mãe do praticante e dos profissionais responsáveis pelo processo de reabilitação equoterápica.

### **História de vida do praticante**

J. O. P, doze anos de idade, nasceu em São Francisco de Assis-RS e, atualmente, mora no município de Santa Maria, no mesmo estado. Sua mãe, durante a gravidez, teve cinco internações por ameaça de aborto, quando apresentou sangramento e dor. Devido a esses acontecimentos, necessitou ficar em repouso até o nascimento prematuro de seu filho, de parto normal. J. nasceu de sete meses, o que acabou provocando uma anóxia cerebral (falta de oxigênio no cérebro), teve uma parada respiratória e apresentou convulsões até os cinco anos de idade.

Assim, J. tem como diagnóstico paralisia cerebral, e seu tônus postural básico é espástico, apresentando o membro inferior esquerdo e o membro superior direito comprometidos.

A paralisia cerebral (PC) é um termo amplo que abrange alterações do movimento, da postura, do equilíbrio, da coordenação, do tônus com ou sem a presença dos movimentos involuntários, decorrente de uma lesão no encéfalo em desenvolvimento, resultando em comprometimentos neuromotores variados que, geralmente, estão associados à gravidade da seqüela e à idade da criança (BRANDÃO, 1992; BAX et al., 2005).



A paralisia cerebral espástica é o tipo mais comum da patologia, estando a sua incidência em torno de 75% dos casos. O tipo espástico mostra uma resistência ao alongamento dos músculos, a musculatura fica tensa, contraída, difícil de ser movimentada (LALLERY, 1988).

J. é aluno incluso de uma escola regular, onde frequenta a terceira série do ensino fundamental. É usuário do serviço de Terapia Ocupacional do Laboratório de Ensino Prático da UNIFRA, desde 2008, e também frequenta os serviços de fisioterapia e hidroterapia na mesma instituição. Faz uso de órtese nos membros inferiores (MMII), usa andador e cadeira de rodas para se locomover.

Praticou Equoterapia na Associação Rio-grandense Equoterapia e Equilíbrio, localizada na Associação Tradicionalista Estância do Minuano, no município de Santa Maria – RS, de agosto a novembro de 2010, e cada sessão durava 45min. Atualmente, mora em residência própria, com a mãe e irmãos.

## **História do praticante na equoterapia**

No que diz respeito à história do praticante durante a realização da Equoterapia, destacam-se aspectos relacionados ao trabalho pela conquista de autonomia e independência, como relata a Educadora Especial:

*[...] Bem, eu sou a B., trabalhei com o J. durante 4 meses, com ele a gente trabalhou a independência e autonomia dele e o desligamento com a mãe, que ele dormia junto e não queria se separar, e nisso o cavalo ajudou bastante porque o cavalo tinha a casa dele, ficava na casa dele, e o J. sabendo que o cavalo tinha o quarto dele, começou a dormir sozinho, a ficar mais tempo sozinho no quarto, a cuidar das coisas dele e que assim como o cavalo, ele já estava grande pra fazer isso (Educadora Especial).*

Cavalcanti e Galvão (2007) dizem que cuidar de um animal de grande porte é uma experiência muito agradável, que proporciona

para a criança o desenvolvimento de suas competências, principalmente na melhora de sua capacidade para desempenhar suas atividades ocupacionais, em especial as atividades de vida diária.

Quanto aos objetivos traçados a serem trabalhados com esse praticante, a psicóloga destacou itens como: trabalhar questões relacionadas às dificuldades motoras de J., à ansiedade, à motivação e aos limites. A profissional destacou também o programa de Equoterapia eleito para ser utilizado com o praticante:

*O objetivo do trabalho com o J. foi em relação à dificuldade motora que ele tem, devido ao quadro dele, e na própria anamnese a mãe falou que tinha dificuldades de colocar limites para o filho e que ele também era muito ansioso (Psicóloga).*

As dificuldades motoras produzem anormalidade no movimento funcional do indivíduo, o que acaba influenciando nas alterações do equilíbrio e dificulta o controle postural.

O início do processo de desenvolvimento motor apresenta elementos essenciais para a aquisição de padrões fundamentais de desenvolvimento, como consciência corporal, direcional e espacial, bem como a sincronia, ritmo e sequência de movimento (GALLAHUE, 2000).

Em relação à falta de limites, a Psicóloga diz:

*Na questão da falta de limites, ele tinha um comportamento agressivo, não de agredir fisicamente, mas quando a gente tentava colocar limites nele, ele fazia birra (Psicóloga).*

*Até mesmo quando a gente colocava ele em cima do cavalo e queria que ele trocasse de postura, se ele não quisesse fazer ele se jogava para frente e dizia que não ia se arrumar (Psicóloga).*

A interação com o ambiente equoterápico (com o cavalo, com outros praticantes, com profissionais e estagiários) favore-

ce o aceite de limites, o respeito pelo outro, a compreensão e a confiança mútua.

*Então a gente começou a ser mais firme com ele, dizendo que se ele não colaborasse, ele não poderia segurar as rédeas e que iria apelar do cavalo, daí aos poucos, ele foi entendendo isso, mas infelizmente não podemos ver grandes resultados porque ele saiu antes da terapia (Psicóloga).*

Nessa situação, seria interessante utilizar a rédea falsa (rédeas presas ao buçal), já que essa é utilizada quando se deseja que o sujeito tenha sensação de estar guiando seu cavalo, mas na realidade não interfere ou age diretamente sobre a boca do animal. Nesse caso, o auxiliar-guia é quem está guiando o cavalo.

*E nós combinamos que, em janeiro ele poderia segurar a rédea, mas infelizmente não podemos ver isso, porque ele acabou saindo em novembro. Mas ele entendeu que, após ele melhorar a postura dele, ele poderia segurar a rédea e já estava colaborando (Psicóloga).*

Em geral, a utilização da rédea estimula maior atenção do praticante no atendimento. Por ele ter controle ou pensar que tem, ele dirige sua atenção ao que o cavalo está fazendo e sente-se mais capaz por estar no "comando".

Apesar de o praticante ter frequentado a terapia por pouco tempo, a psicóloga destacou uma significativa evolução nas relações pessoais, e na compreensão da necessidade de aceitação de limites:

*Quanto a segurar as rédeas, isso foi muito bom para trabalhar a questão dos limites e para ele ver que isso não era uma imposição, mas sim que a vida tem regras e que elas precisam ser seguidas, e que ele pode enfrentá-las com diálogo, sem precisar quebrá-las (Psicóloga).*

Quanto à ansiedade, esta pode gerar uma preocupação excessiva e o comportamento resultante abrange inquietude, ex-

pressões faciais de medo, tensão muscular, pressão sanguínea aumentada, taquicardia, entre outros.

Para Cozzani et al. (1997), a ansiedade é a resposta emocional determinada por um acontecimento que pode ser agradável, frustrante, ameaçador, entristecedor e cuja realização ou resultado depende não apenas da própria pessoa, mas também dos outros. Ela inclui manifestações somáticas e fisiológicas, sendo fruto de uma patologia decorrente da própria humanidade. Ela acompanha o crescimento normal, durante mudanças, experiências.

Lima e Matti (2011) dizem que a Terapia Ocupacional conciliada à Equoterapia, no tratamento de indivíduos ansiosos, auxilia no relaxamento, na conscientização do corpo e aperfeiçoamento da coordenação motora global e do equilíbrio, estimula a autoestima, a iniciativa e diminui a ansiedade.

*Ele ficou pouco tempo e a gente pensa: bah, ele ficou 4 meses, mas 4 meses é pouco tempo, ele vinha uma vez na semana, às vezes chegava atrasado, alguns ele faltou, vários tiveram que ser interrompidos antes porque a ansiedade também partia da própria mãe, que sempre dizia que ele tinha que ir para escola, que ele ia atrasar, então várias vezes a gente interrompeu por causa da mãe (Psicóloga).*

*E essa ansiedade passava para ele e tinha influência sobre o atendimento, mas acredito que mesmo por poucos meses ele teve muitos ganhos, na questão postural, na coordenação motora, motricidade fina, motricidade ampla, o caminhar até o cavalo (Psicóloga).*

Em relação à motivação no ambiente terapêutico e na relação com o cavalo, a Psicóloga cita:

*Ele era muito entusiasmado com a monta, queria muito encilhar o cavalo, buscar o cavalo, amarrar o cavalo no palanque, isso é muito bom, muito positivo, pois ele tinha muita motivação, o que era bom para nós trabalharmos limites com ele (Psicóloga).*

Okano et al. (2004) explicam que o conhecimento e o sentimento positivo em relação a si mesmo trazem repercussões no funcionamento individual, na motivação e no posicionamento individual em relação às demandas da aprendizagem.

Cavalgar um animal dócil, porém de porte avantajado, leva o praticante a despertar sentimentos de afetividade e empatia, bem como a experimentar sentimentos de liberdade, independência e capacidade. Sentimentos esses, importantes para adquirir autoconfiança, autoestima e motivação para o aprendizado.

Amaral (2000) explica que a Equoterapia proporciona ao praticante uma autoestima aumentada, além de mais confiança em si próprio e maior afetividade nas relações pessoais.

*Eu acho que aspectos como independência para se locomover com o andador e com a cadeira de rodas, para se alimentar, até onde a mãe nos contou, ele tinha. Até a mãe era um pouco superprotetora, muitas vezes ela preferia pegar ele no colo a esperar ele caminhar para fazer determinada atividade, porque demandava mais tempo, ele tinha certa independência, mas depois a mãe já estava deixando ele mais livre, até mesmo nas apresentações do grupo de dança, ela já estava deixando ele ir sozinho (Psicóloga).*

Para finalizar os relatos da psicóloga, ela explicou sobre a escolha do programa de Equoterapia eleito para o praticante em questão:

*O programa utilizado com o J foi o de hipoterapia, no qual o praticante apresenta necessidade de intervenção dos terapeutas para se manter e/ou conduzir o cavalo (Psicóloga).*

A Hipoterapia é um programa essencialmente da área de saúde, voltado para as pessoas com deficiência física e/ou mental. Neste caso o praticante não tem condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho a cavalo. Portanto, não pratica equitação. Necessita de um auxiliar-guia para conduzir o cavalo. Na maioria dos casos, também do auxiliar lateral para mantê-lo

montado, dando-lhe segurança. A ênfase das ações é dos profissionais da área de saúde, precisando, portanto, de um terapeuta ou mediador, a pé ou montado, para a execução dos exercícios programados. Neste programa, o cavalo é usado principalmente como instrumento cinesioterapêutico (ANDE, 2007).

O terapeuta ocupacional atua ativamente neste programa, cria adaptações para facilitar o posicionamento correto do praticante sobre o cavalo, evita a realização de montaria dupla e diminui o dispêndio de energia e uso excessivo de força por parte dos mediadores para manter o praticante adequadamente montado.

A mãe do praticante também fez referência à conquista de autonomia e independência para a realização das atividades de vida diária de seu filho:

*O J. era muito dependente de mim e, com a equoterapia, aprendeu a ser mais independente, inclusive começou a dormir sozinho (o maior ganho de todos), a cuidar das coisas dele, o que para mim foi um ganho fundamental (Mãe).*

Ainda em relação às atividades de vida diária (AVD), a mãe de J. destacou a importância da Terapia Ocupacional aliada a prática de Equoterapia:

*Em casa notei que o equilíbrio melhorou e facilitou muito, e como ele já fazia terapia ocupacional, ele já se ajudava mais, como tirar roupa, escovar os dentes sozinho, tomar banho sozinho, só que como ele tem PC, ele tem dificuldade de equilíbrio (Mãe).*

As atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) incluem os cuidados pessoais, a alimentação, o vestuário, a mobilidade funcional e a vida em comunidade como escola, lazer, entre outras, que permitem ao indivíduo atingir a independência pessoal (PEDRETTI, 2004).

*Então a equoterapia ajudou bastante para ele adquirir esse equilíbrio, inclusive para conseguir fazer as atividades do dia a dia dele, melhorou também a desenvoltura, a noção de espaço, o manuseio da cadeira de rodas, saber o que é direita e esquerda, tudo isso ele aprendeu na equoterapia, o que facilitou muito a minha vida e a dele (Mãe).*

O terapeuta ocupacional, enquanto integrante de uma equipe multiprofissional de Equoterapia, deve proporcionar ao praticante, estímulos táteis, vestibulares, proprioceptivos, visuais e auditivos, a fim de que ele consiga organizar as informações para a sua aprendizagem (LIMA, 2010).

A autora destaca ainda que, na Terapia Ocupacional, a atividade faz o papel de intermediária na relação terapeuta-paciente, enquanto na Equoterapia, quem realiza este papel é o cavalo, formando assim uma tríade (praticante-cavalo-mediador), uma vez que o cavalo será o agente facilitador proporcionando ganhos ao praticante.

O profissional de Terapia Ocupacional tem relevante papel na equipe multidisciplinar, e pode atuar através da realização da avaliação do praticante; na análise das atividades propostas ao praticante, bem como ser facilitador da aproximação e adaptação do praticante ao cavalo. Também pode orientar quanto o posicionamento/posturas; quanto ao trabalho de AVD (atividades de vida diária) e AIVD (atividades instrumentais de vida diária); criar adaptações; confeccionar/criar brinquedos; favorecer o trabalho de aspectos emocionais, como a autoestima e a superação de fobias; entre outros aspectos.

## **História do praticante após interromper a equoterapia**

A mãe do praticante apontou que, atualmente, tem como principal queixa o comportamento do filho, que está mais ansioso e agressivo. Ela atribui parte deste comportamento à interrupção da Equoterapia e ao filho estar entrando na adolescência:

*É o J. quanto à escola, agora, como ele tá entrando na adolescência, tá tendo um probleminha de comportamento e ele tá muito ansioso, não sei também se é porque eu tirei o cavalo dele (ele sempre pergunta quando vai ir no cavalo de novo, todo dia ele pergunta, porque ele adora cavalo), mas ele vai ter que entender que agora não dá (Mãe).*

*Ele também estava se sentindo muito seguro com o cavalo, porque estava tendo mais equilíbrio e achou que iria começar a caminhar, mas como não pude continuar a pagar, eu disse para ele que quero que ele volte, mas agora realmente não dá (Mãe).*

Assim, percebeu-se que por questões financeiras, a mãe do praticante optou por cessar temporariamente a prática equoterápica, mas manifestou o desejo de que seu filho retorne a Equoterapia e demonstrou estar ciente, como citado anteriormente, dos vários benefícios que sua prática promove, bem como dos ganhos já conquistados por seu filho.

J. ainda frequenta o serviço de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, bem como os serviços de Fisioterapia e Hidroterapia, oferecidos pela mesma instituição.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na presente pesquisa buscou-se investigar a possível contribuição que a prática de Equoterapia proporciona a crianças que apresentam paralisia cerebral e como a participação do terapeuta ocupacional pode contribuir nesse processo. A pesquisa apresentou abordagem qualitativa, na forma de um estudo de caso. Acredita-se que a pesquisa, por ter sido realizada em campo, se tornou bastante enriquecida, pois através do contato direto com os participantes entrevistados foi possível obter dados consistentes e aprofundar o tema versado.

Utilizou-se a técnica de entrevista não estruturada, o que possibilitou a entrevistadora fazer perguntas ocasionais apenas



para ajustar o foco do estudo e assim contemplar os objetivos investigados. Foram dois focos de avaliação: história de vida da criança, através dos cuidadores e a história do processo de reabilitação equoterápica com as profissionais responsáveis.

A partir desses focos de avaliação, foi efetuada uma análise categorial, definindo três categorias, que foram apresentadas e discutidas por meio da história de vida do praticante, da história do praticante na Equoterapia e da história do praticante após interromper a Equoterapia, em que se solicitou que as participantes da pesquisa, a mãe e as profissionais responsáveis, relatassem, de maneira informal, suas percepções em relação à evolução do praticante em questão, no ambiente terapêutico, escolar e domiciliar.

No que se refere à história de vida do praticante, percebeu-se que este foi estimulado desde a mais tenra idade, frequentou escola regular e utilizou os serviços de Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Hidroterapia do Laboratório de Ensino Prático do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA.

No entanto, no que diz respeito à história de vida do praticante na Equoterapia, apesar de ele tê-la frequentado no período de quatro meses, as profissionais responsáveis pelo processo de reabilitação e a mãe do menino perceberam significativas mudanças no ambiente terapêutico e no ambiente domiciliar. Foram salientadas pelas equoterapeutas importantes conquistas em relação ao aceite de limites, à diminuição da ansiedade, à melhora postural e ao equilíbrio do praticante.

É importante destacar também as observações feitas pela mãe do praticante em relação à prática da Equoterapia aliada a Terapia Ocupacional, na qual relatou que seu filho começou a apresentar uma maior preocupação nas questões de autocuidado, um melhor desempenho para manusear a cadeira de rodas, apresentou noções de lateralidade, uma maior independência e autonomia para a realização das atividades de vida diária (AVD) e um melhor relacionamento interpessoal, enfatizando que esses ganhos foram fundamentais para a vida de ambos.

Porém, ao interromper a Equoterapia, percebeu-se, por meio dos relatos da mãe do praticante, que ele apresentou declínios em relação aos ganhos já obtidos, principalmente nas relações sociais: na escola, e em relação ao seu comportamento, que se tornou mais agressivo após cessar a terapia.

Visto que até o presente momento não há um profissional Terapeuta Ocupacional (TO) prestando atendimento no campo pesquisado, tive a intenção de explicitar a importância que este profissional pode ter atuando em uma equipe multidisciplinar de Equoterapia, tanto para atender aos praticantes com algum tipo de deficiência e/ou necessidade especial, bem como para realizar orientações aos cuidadores que os acompanham nesse processo, que é longo e muitas vezes doloroso, expondo a contribuição que a terapia com cavalos aliada a Terapia Ocupacional pode trazer a vida dessas pessoas.

Portanto, a Terapia Ocupacional em conjunto com as outras especialidades tem como dever facilitar e potencializar a exploração da situação equoterápica, enriquecendo cada situação para que o praticante tenha o máximo proveito em todos os aspectos de seu desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

ANDE - Brasil. Associação Nacional de Equoterapia. **Princípios e fundamentos**. Brasília, 2007. Disponível em: <[www.equoterapia.org.br](http://www.equoterapia.org.br)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

BAX, M. et. al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. **Development Medicine of Child Neurology**, v. 44, p. 571-576, 2005.

BRANDÃO, J. S. **Bases do tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral (ou Dismotria Cerebral Ontogenética)**. São Paulo: Memnom, 1992.

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

CHILD, J.; SMITH, C. The context and process of organizational transformation: cadbury limited in its sector. **Journal of Management Studies**, v. 24, n. 6, p. 565-596, 1987.

COZZANI, M. et al. Ansiedade: interferências no contexto esportivo. In: MACHADO, A. A. (Org.). **Psicologia do esporte: temas emergentes**. Jundiaí: Fontoura, 1997.

CROTTI, A. **Análise da influência da equoterapia e do conceito neuroevolutivo bobath no alinhamento postural de tronco em paciente com paralisia cerebral epástica – Estudo de caso**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2007.

GALLAHUE, D. L. Educação Física desenvolvimentista. **Cinergis**. v. 1, n. 1, p. 7-17, 2000.

LARELLY, H. A esquitização terapêutica. **Revista: Cheval connexion**, Brasília, out. 1988. In: ANEq - Associação Nacional de Equoterapia. Brasília, 1992. (Edição Especial).

LIMA, A. C.; MATTI, G. S. **Terapia Ocupacional e Equoterapia**. In: Portal da Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.portal-dafisioterapia.com.br>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

LIMA, D. Terapia Ocupacional na Equoterapia. In: Associação Nacional de Equoterapia. **Apostila do Curso Básico em Equoterapia**. Acesso em: 20 ago. 2010.

MEDEIROS, M.; DIAS, E. **Equoterapia - Bases e Fundamentos**. Rio de Janeiro: Editora Revinter LTDA, 2002.

\_\_\_\_\_. **A equoterapia como abordagem psicomotora nos portadores de encefalopatia crônica da infância.** 2010. Disponível em: <[www.equoterapia.org](http://www.equoterapia.org)>. Acesso em: 15 out. 2010.

MOTTI, G. S. **A prática da equoterapia como tratamento para pessoas com ansiedade.** 2007. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.

OKANO, C. B. et al. Crianças com dificuldades escolares atendidas em programa de suporte psicopedagógico na escola: avaliação do autoconceito. **Psicologia Reflexão Crítica**, v. 17, n. 1, p. 121-128, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n1/22312.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2010.

PEDRETTI, L. W. et al. **Terapia Ocupacional:** capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2004.

PRADO, T. F. A. Apostila do Curso Básico Neuroevolutivo. **Conceito Bobath** - Terapia Ocupacional. 2007.

TEIXEIRA, E. **Terapia ocupacional na reabilitação física.** São Paulo: Editora Roca, 2003.

TRIVINOS, Augusto. **Introdução à Pesquisa em ciências Sociais:** A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.

# ESTRATÉGIAS ABORDADAS NAS ESCOLAS PARA PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS

*Fernanda Mello Duarte e Silvani Vargas Vieira*

## RESUMO

No presente estudo, buscou-se identificar as estratégias utilizadas pelas escolas públicas de Santa Maria-RS na prevenção do uso de drogas. O campo investigado constou de cinco escolas estaduais e municipais do município, sendo o público-alvo os dirigentes das respectivas escolas participantes. Para dinamização do trabalho, optou-se por selecionar uma escola por região. Para tanto, foi utilizada a abordagem metodológica do tipo exploratória, descritiva e como instrumento para coleta dos dados, foi realizada entrevista dirigida por roteiro pré-elaborado. Para análise dos dados, foi utilizado o método de análise de conteúdo do qual foi extraído as seguintes categorias: Prevenção, Estratégias Utilizadas, Capacitação Profissional. Evidenciou-se que todas as escolas abordam a prevenção de drogas. Em sua maioria, trabalhando em sala de aula com palestras e dinâmicas, ou ainda, através de projetos, fóruns, diálogos, parcerias com rede de apoio e profissionais liberais. Também, constatou-se a dificuldade das escolas de encontrar profissionais preparados que tenham total habilidade para tratar o tema.

**Palavras-chave:** Adolescência. Drogas. Escola.

## INTRODUÇÃO

Conhecida como uma fase de mudanças, a adolescência é a passagem da infância para a vida adulta. É caracterizada por uma fase de experimentação, curiosidades e novas descobertas. Para Mônaco (2005), ao mesmo tempo em que os adolescentes ganham cada vez mais autonomia, também estão mais expostos aos riscos inerentes à idade, na qual o desenvolvimento pleno da adolescência é um processo contínuo de aperfeiçoamento de habilidades, com a subsequente aquisição de novas capacidades.

Embora a adolescência não seja definida só por problemas, adaptar-se as mudanças pode ser difícil e estressante. De acordo com Berger (2003), a maioria dos adolescentes experimenta momentos de embaraço, confusão, raiva e depressão e alguns encontram obstáculos que detêm totalmente seu progresso. Segundo a autora, é a partir da adolescência que os jovens estão expostos aos riscos de abuso sexual, distúrbios alimentares e ao abuso de drogas.

Nesse contexto, diversos autores referem-se à escola como um dos locais de maior convívio e interação entre os jovens e, portanto, também um local de riscos.

Ruy (1997), em sua tese de mestrado, realizou importante trabalho junto às escolas da rede pública de Santa Maria com o objetivo de investigar quais ações preventivas eram adotadas pelas escolas para o problema de uso de drogas na adolescência. Na época, a autora destacou que cerca de 20% de crianças e adolescentes tinham tido algum tipo de experiência com drogas. Ainda, segundo Ruy (1997), a maioria das escolas entrevistadas não desenvolviam trabalhos preventivos.

Atualmente, percebe-se que, mesmo sendo noticiada na mídia campanhas contra o uso de drogas, uma grande parcela de crianças e adolescentes experimenta algum tipo de droga. Scivoletto (2008) acrescenta que o uso abusivo e a dependência de drogas começam a ocorrer cada vez mais cedo na vida dos jovens, apesar dos esforços preventivos estarem aumentando.

Considerando-se que a escola é o espaço de maior convívio dos adolescentes, associado à atual realidade no que se refere ao aumento de crianças e adolescentes em contato com as drogas, surge o seguinte questionamento: Quais as estratégias utilizadas pelas escolas para promover a prevenção do uso de drogas na atualidade?

O interesse pelo tema se deu a partir da experiência da pesquisadora durante o estágio supervisionado do Curso de Terapia Ocupacional em unidade de desintoxicação de crianças e adolescentes usuários do crack.

Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo geral identificar as estratégias utilizadas pelas escolas públicas para prevenção do uso de drogas.

Quanto aos objetivos específicos, estes foram: verificar a existência de atividades de prevenção do uso de drogas; reconhecer o preparo das escolas para abordar o tema; identificar como as escolas estão promovendo a prevenção do uso de drogas; constatar quais os instrumentos disponíveis; averiguar as possíveis dificuldades apresentadas pelas escolas.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

Segundo Papalia e Olds (2000), o início da adolescência pode ser o período mais intenso de todo o ciclo de vida, oferecendo oportunidade de crescimento na autonomia, na autoestima e intimidade. Porém, de acordo com as autoras, o período também oferece grandes riscos, de forma que alguns jovens têm dificuldades para suportar tantas mudanças.

Nesse sentido, Vizzolto (1987) acrescenta que a adolescência é a fase entre a infância e a vida adulta, que se caracteriza por profundas transformações físicas e psicológicas. Para a autora, é nessa fase que os adolescentes se veem cercados por inúmeras pressões, sofrimento, contradições e perigos em que, muitas vezes, procuram nas drogas a fórmula mágica capaz de resolver seus problemas.

Para Santrock (2001), a adolescência possui capacidades e perspectivas inconcebíveis até alguns anos atrás, como o acesso a computadores; satélites e viagens aéreas, expectativa de vida mais longa e o planeta inteiro acessível através da televisão e da internet. Porém, segundo o autor, as tentações e os riscos atuais envolvem as crianças e os adolescentes tão cedo que eles não estão preparados para lidar com tudo de uma maneira eficaz.

De acordo com Moura (2002), há um consenso entre vários estudiosos de que não há uma resposta única para o motivo que leva os adolescentes a usarem drogas, podendo ser curiosidade ou procura de identidade e de experiências que tragam novas respostas. Ainda, segundo o autor, pode também ser uma alternativa para facilitar ou disfarçar dores emocionais nessa fase de passagem da infância para a vida adulta.

Abramovay e Castro (2005) enfatizam a forte influência que o grupo tem na vida dos adolescentes e a ascendência dos amigos sobre a forma de se vestir, utilização de gírias, comportamentos sexuais e drogas.

Dolto (1990) complementa que a adolescência representa um campo fértil, a ansiedade e o desconforto físico que caracterizam essa idade. Os aspectos ritual e mágico da utilização da droga, a pressão social dos grupos de adolescentes, a procura de uma identidade são fatores que contribuem para buscarem refúgio nas drogas.

Segundo Nicastri (2008), droga é toda substância natural ou sintética que, quando entra no nosso corpo, exerce efeito sobre o organismo. Contudo, o termo é comumente empregado a produtos alucinógenos ou qualquer outra substância tóxica que leva à dependência como o cigarro o álcool ou medicações. Nesse sentido, drogas são substâncias que produzem alterações nas sensações, no estado emocional e de consciência das pessoas.

De acordo com Brasil (2007), o consumo de drogas como o álcool, a maconha, a cocaína e o crack aumentou, consideravelmente, nos últimos vinte anos. Michele e Sartes (2008) acrescentam que os adolescentes estão tendo contato com o



álcool e outras drogas cada vez mais cedo. Segundo as autoras, quanto mais cedo o adolescente inicia o consumo de drogas, maiores são as chances de tornarem-se dependentes, maiores serão os riscos de atraso no desenvolvimento e de prejuízos cognitivos, sociais e morais.

Segundo Vizzolto (1987), a escola é instituição que promove a educação e que possui maiores condições de executar um programa de prevenção, pois retém a clientela de maior risco, ou seja, crianças, adolescentes e jovens. Segundo a autora, no programa de prevenção, cabe à escola oferecer aos alunos as informações que a ciência e a cultura produziram sobre como manter a vida e os fatores que podem destruí-las.

Mônaco (2005) acrescenta que a educação das crianças deve levar em conta não só os aspectos do ensino pedagógico, mas deve também abranger fatores que contribuam para sua cultura geral, com o intuito de permitir a adequação de sua índole e sentimento de responsabilidade.

Nesse sentido, Veronese (1997) acrescenta que se faz imprescindível dar início a campanhas elucidativas nas escolas, igrejas, grupos, associações e também no âmbito familiar.

Para Ruy (1997), é muito importante a conscientização contra as drogas através de trabalhos preventivos nas escolas. De acordo com a autora, é preciso educar os jovens para que aprendam a enfrentar a vida e suas diferentes situações, através de ações preventivas, campanhas de formação de valores, hábitos, atitudes e habilidades pessoais.

De acordo com Bartalotti (2007), embora a Terapia Ocupacional esteja inserida na escola, em programas de educação especial. Atualmente a profissão vivencia um momento de desafio junto à escola regular, onde se faz necessário que o profissional se aproprie de conhecimentos relacionados à educação. Para a autora, é impossível efetivar-se a intervenção do terapeuta ocupacional na escola se este não conhecer os processos que nela se desenvolvem.

## Metodologia

Para esta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Qualitativa, porque buscou realizar a investigação através da realidade apresentada pelos participantes, desconsiderando os valores quantitativos. Para Minayo (1996), a pesquisa qualitativa busca a compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma política ou de uma representação, dando menor ênfase à generalização. Segundo Gil (1991), a abordagem exploratória tem como objetivo aprimorar ideias e descobertas sobre determinado assunto e proporcionar uma nova visão do problema.

O campo investigado foram escolas estaduais e municipais de Santa Maria, o público-alvo constou de dirigentes das respectivas escolas, participantes da pesquisa.

Como instrumento para coleta dos dados, foi realizada uma entrevista, tendo como apoio um roteiro, contendo as questões das quais foram selecionadas as categorias descritas a seguir. As entrevistas foram gravadas para posterior análise e transcrição. Inicialmente, foi realizado um levantamento das escolas da rede estadual e municipal de Santa Maria através da 8ª Coordenadoria de Educação. A partir do levantamento, as escolas foram selecionadas através de sorteio. Para dinamização do trabalho, optou-se por selecionar uma escola por região, correspondendo a um total de cinco escolas e cinco sorteios. A escolha de uma escola por região decorre do tempo limitado para realização da pesquisa por parte da pesquisadora. Cada escola foi convidada a indicar um representante da equipe diretiva para participar da entrevista. Todos os participantes receberam o Termo consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussões

Neste capítulo são expostos os resultados obtidos através da pesquisa e as discussões dos mesmos.

Salienta-se que, para preservar a identidade dos sujeitos, as escolas participantes foram identificadas por região correspondente: escola da região norte (RN), escola da região sul (RS), escola da região leste (RL), escola da região oeste (RO) e escola da região centro (RC).

Para facilitar a exposição dos dados coletados, inicialmente realizou-se análise detalhada das entrevistas a fim de extrair as categorias a serem discutidas durante o texto, elencando com autores pertinentes ao assunto. Nesse sentido, as categorias elencadas foram: prevenção, estratégias utilizadas, capacitação profissional.

### Prevenção

Esta categoria foi extraída da questão número um: Existe algum tipo de atividade preventiva contra o uso de drogas na escola? Todas as escolas relataram ter algum tipo de atividade preventiva: palestras, aulas de formação, dinâmicas em sala de aula associadas a disciplinas como ciências e biologia, entre outras.

Como relata a escola da RL, *“sim, em função da faixa etária e a necessidade de prevenção do uso de drogas devido à realidade social atual”*.

Isso leva a perceber que todas as escolas estão abordando o tema drogas em função da relevância do assunto. De acordo com o CEBRIDI (2006), várias escolas têm adotado programas educativos com objetivos de prevenção ao uso de drogas e discutido o tema, dentro de um contexto mais amplo de saúde.

A escola tem a oportunidade de ultrapassar as suas funções de mera reprodutora do co-

nhecimento e contribuir, juntamente com a família, na estruturação da personalidade do jovem para uma socialização compromissada em relação a si mesmo, ao outro e ao meio ambiente (SOUZA; MARTINS, 1998, p. 12).

Nesse sentido, a escola apresenta-se com significativa importância, a fim de promover ações de saúde.

### **Capacitação Profissional**

Em relação a essa categoria, a mesma surge de duas questões: A escola está preparada para abordar o tema droga? Quais as dificuldades que a escola está enfrentando para abordar o assunto?

Foi observado, na maioria das respostas, que as escolas têm que estar preparadas para prevenção do uso de drogas em função da realidade social que se vive atualmente. Nesse sentido, destaca-se a escola da RN que afirma:

*a escola tem que estar, a escola que não tiver está fora da contemporaneidade, totalmente vivendo como diz o autor Miguel Arroio: "IMAGENS QUEBRADAS," que naquela época que o aluninho era aquele mimozinho que só brincava dava beijinhos, hoje eles vivem numa realidade, estou falando principalmente dos nossos aqui, onde o pai é usuário, o pai é traficante.*

Entretanto, embora esse tema venha sendo abordado por professores em sala de aula, muitos profissionais relatam não ter preparo para trabalhar com o assunto. Tal afirmativa é evidenciada pela resposta da escola da RS:

*não estamos preparadas para abordar o tema droga, pois não temos nenhum profissional preparado na escola para abordar esse tema e as professoras não são capacitadas, trabalham apenas em sala de aula e acho que não é o mais atrativo.*

Assim, algumas escolas relatam a falta de profissionais capacitados que utilizem outras formas de sensibilizar os alunos, conforme salienta a escola da RS: *“pessoas especializadas que tocassem os alunos com outra forma de abordagem”*.

Outro fator relevante decorre da existência de alunos usuários de drogas, o que requer maior preparo profissional para a abordagem do tema. Como relata a escola da RN: *“[...] a dificuldade está em tu atingires realmente aquele que é usuário ou traficante, aquele que de alguma forma já se envolveu”*.

Não menos importante foi a observação de que alguns alunos não recebem o amparo adequado pela família, como completa a escola da RN: *“[...] o pai ou alguém na família por exemplo, tem uma mãe que tem nove filhos, ela é usuária e mas dois filhos são, se a gente conseguir atingir os demais...”*

Segundo Tedesco (1995), a escola, a família e os amigos são importantes parceiros de ações preventivas.

Nesse sentido, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, em parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI e o Ministério da Justiça, vem promovendo cursos como o de “Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e o curso SUPERA,” Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas.

Ambos têm o objetivo de coordenar ações federais de prevenção, tratamento, reinserção social do usuário de crack e outras drogas, em parceria com estados, municípios e sociedade civil. Articulam entre diferentes Conselhos, integram em rede as diversas áreas como segurança, educação, saúde, direitos humanos, assistência social, infância e adolescência.

Em suma, os programas buscam instrumentalizar e capacitar os profissionais das diversas entidades descritas, além da sociedade em geral.

Entretanto, de acordo com a escola da RO:

*embora os professores sejam reconhecidos como formadores de opiniões, muitos não se consideram suficientemente habilitados para*

*tratar do tema com seus alunos, seja pela falta de informação, interesse ou habilidade para abordar o assunto.*

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de repensar a inserção de profissionais de outras áreas como da saúde no ambiente escolar, de forma a intervir em ações de promoção da saúde e de capacitação dos educadores, a fim de que eles desenvolvam habilidades para abordar o tema.

[...] Utilizando como exemplo a escola, podemos dizer que uma intervenção preventiva será mais eficiente quanto mais ela considerar dados como: o respeito à cultura da comunidade e do lugar onde ela está inserida; [...] o planejamento das ações; o aproveitamento dos recursos já existentes; a integração das novas atividades ao currículo escolar; o envolvimento gradual da comunidade escolar [...] (SENAD, 2010, p. 143).

É na escola e na interação com os amigos que os jovens se identificam com os membros do grupo e suas formas de comportamento. Segundo Abromovay e Castro (2005), a escola atual revela perplexidade para abordar as dificuldades cotidianas e em como enfocar a questão das drogas.

### **Estratégias Utilizadas**

A presente categoria teve origem a partir da questão: Como está sendo promovida a prevenção do uso de drogas?

Evidenciou-se que a maioria das escolas utiliza atividades como palestras e trabalhos em sala de aula. É importante destacar a prática da escola da RN que, diferentemente das demais, além das atividades em sala de aula, também conta com o apoio do grupo de escoteiros.

Este, fundado e organizado pela escola, acolhe crianças em situações de vulnerabilidade. O grupo de escoteiro utiliza o espaço escolar, trabalha a prevenção do uso de drogas e, conforme afirma a coordenadora pedagógica, vem apresentando excelentes resultados: “[...] um grupo de escoteiro da escola está abrindo aos domingos, eles vem pra cá propor atividades de disciplina, atenção, acordar cedo”.

Além disso, a escola da RN realiza atividades diversificadas como:

*nós temos dentro do nosso próprio projeto pedagógico devido à comunidade em que a nossa escola está inserida temos o projeto, esse projeto é via oitava coordenadoria, polícia federal, CEDEDICA que trabalha muito conosco, e um projeto agora PROERG, da Brigada Militar.*

Nesse sentido, a escola da RO acrescenta: “*promove-se a ação reflexiva, como aulas de formação, incentivo ao esporte, Projeto Mais Educação, projeto Escola Aberta, entre outros*”.

O relato demonstra a importância de ações que ofereçam suporte às instituições de ensino, para fortalecer as práticas de promoção à saúde.

Considerando-se a promoção da saúde como uma prática motivadora da educação em saúde, integrar novos profissionais das diferentes áreas e serviços tornam-se essenciais para obtenção de resultados satisfatórios.

Segundo Moreira, Silveira e Andreoli (2006), a educação em saúde é coerente com o papel da escola, pois é um lugar de formação e inclusão social e não apenas um espaço de transmissão de informações.

O território escolar, espaço coletivo da diferença, tem o papel fundamental de auxiliar o estudante a aprender a ser cidadão, a ter consciência de seus direitos e ser capaz de lidar com o direito dos outros (SENAD, 2010, p. 254).

Nesse sentido, a escola da RC proporciona para seus alunos *“palestras realizadas por psicólogos e psiquiatras, além disso, o trabalho diário, em sala de aula, por parte dos professores nos fatores de risco associados ao uso indevido de drogas”*.

Para Moreira, Silveira e Andreoli (2006), a escola se apresenta como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades preventivas, visando à educação para a saúde.

Segundo Souza e Martins (1998), não restam dúvidas de que o grande desafio atual será encontrar propostas educativas para valorização da saúde e dos ambientes de interação, solicitando esforços de toda a sociedade, com evidência para os papéis da família e da escola.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entende-se que esta pesquisa é o início de um caminho pela busca de conhecimento e para encontrar estratégias para promover a prevenção do uso de drogas nas escolas.

A partir da proposta, evidenciou-se que todas as escolas abordam a prevenção de drogas. Em sua maioria, trabalhando em sala de aula com palestras e dinâmicas, ou ainda, através de projetos, fóruns, diálogos, parcerias com rede de apoio e profissionais liberais.

Também, constatou-se a dificuldade das escolas em encontrar profissionais preparados que tenham total habilidade para tratar o tema. Fato que é motivador de diversos questionamentos por parte da pesquisadora, a fim de tentar entender os motivos pelos quais algumas escolas, diferentemente de outras, sentem-se despreparadas para utilizar outras formas de abordagem, como: projetos, interação com outros profissionais, educação continuada, entre outros.

Sendo assim, é importante ressaltar a necessidade de parcerias, redes de apoios ou até mesmo a inserção de profissionais da saúde especializados no âmbito escolar.

Nesse viés, apesar de a Terapia Ocupacional intervir na saúde da criança e do adolescente nesse contexto, ainda são poucas as



bibliografias encontradas sobre o tema, fazendo-se necessária a busca pela apropriação e estudo do tema proposto.

## REFERÊNCIAS

ABROMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary G. **Drogas nas escolas**. Brasília: Unesco, 2005.

BERGER, Kathleen S. **O desenvolvimento da pessoa: da infância à adolescência**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Drogas**: Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes. Série Por dentro do Assunto, 48 pág. 2ª reimpressão, 2007.

BARTALOTTI, Celina Camargo. Deficiência Mental. In: CAVALCANTI, Cláudia; GALVÃO, Alessandra. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. 2006, Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <[www.unifest.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/prevencao.htm#20](http://www.unifest.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/prevencao.htm#20)>. Acesso em: 12 nov. 2010.

DOLTO, Françoise. **A causa dos adolescentes**. Tradução Julieta Leite. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

MICHELE, Denise de; SARTES, Laisa Marconela Adrioli. **Detectação do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. RONZANI, Telmo. M. (Coord.) Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1996.

MÔNACO, Gustavo Ferraz de Campos. **A proteção da criança no cenário internacional**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sergio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30995.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

MOURA, J. S. A atualidade das drogas. **Rev. Superinteressante**, Rio de Janeiro, jan., p. 47, 2002.

NICASTRI, Sérgio. **Drogas**: classificação e efeitos no organismo. Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento humano**. Tradução Daniel Bueno. 7. ed. Porto Alegre: artes MÉDICAS Sul, 2000.

RUY, Núbia V. **Ações preventivas ao uso de drogas nas escolas de 1 grau, em Santa Maria**. 1997. 135 f. Monografia (Especialização em Pesquisa) - Faculdade Franciscana (FAFRA), Santa Maria-RS, 1997.

SANTROCK, John W. **Adolescência**. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

SCIVOLETTO, Sandra. Abuso e dependência de drogas In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo da; LEAL, Marta Miranda (Org.). **Adolescência**: prevenção e risco. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

SOUZA, Delma Perpetua Oliveira de; MARTINS, Domingos Tabajara de Oliveira. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 391-400, abr.-jun., 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0116.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2011.

TEDESCO, Solange. A prática da Terapia Ocupacional em Farmaco-dependência: Brincando de roda de fogo. **Rev. Centro Estudos Terapia Ocupacional**, n. 1, p. 50-52, 1995. Disponível em: <[http://ceto.pro.br/revista/01\\_tedesco\\_1995.pdf](http://ceto.pro.br/revista/01_tedesco_1995.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2010.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Temas de direito da criança e do adolescente.** São Paulo: Ltr, 1997.

VIZZOLTO, Salete Maria. **A droga, a escola e a prevenção.** 4. ed. Petropolis: Vozes, 1987.



# CUIDADORES SIGNIFICANTES: ATENÇÃO DIFERENCIADA A POSSÍVEL SOBRECARGA FÍSICA E EMOCIONAL

*Karen Mírian Lahutte Seeger e Daniela Tonús*

## RESUMO

No presente estudo, o objetivo foi analisar se existe sobrecarga física e emocional em cuidadores significantes de pacientes neurológicos. Além disso, buscou-se investigar quais os fatores que levam a essa sobrecarga; verificar o momento de maior angústia e fragilidade; de que forma a hospitalização influencia na rotina desses cuidadores. Este trabalho é caracterizado por uma pesquisa qualitativa, com abordagem em grupo focal. A pesquisa foi realizada em um hospital geral, na cidade de Santa Maria-RS, durante o primeiro semestre de 2011. Os sujeitos da pesquisa foram cuidadores de pacientes neurológicos hospitalizados. Os resultados comprovam que os cuidadores significantes sofrem sobrecarga física, assim como emocional, necessitando, portanto, de atenção e cuidado por parte dos profissionais da saúde, inclusive dos terapeutas ocupacionais. Neste artigo aponta-se que os cuidadores significantes de pacientes neurológicos apresentam sobrecarga emocional mais exacerbada que a sobrecarga física, comprometendo sua vida e suas rotinas diárias.

**Palavras-chave:** Cuidadores. Desgaste físico e emocional. Hospitalização.

## INTRODUÇÃO

A hospitalização é uma circunstância de grande desamparo para o paciente e seus familiares e, muitas vezes, não existem orientações claras que possam direcioná-los e auxiliá-los quanto à rotina e suas modificações em virtude desse evento.

Assim, a hospitalização pode causar sobrecarga não só ao paciente que está acometido de cuidados, mas também para seu cuidador. Para Lafaiete (2011) cuidador significativo é a pessoa responsável por assumir os cuidados, sendo um familiar, vizinho, amigo, uma pessoa próxima da família.

Este cuidador, muitas vezes, é tido como base e alicerce do paciente naquele momento, principalmente, quando este é totalmente dependente em suas atividades rotineiras, devido as suas condições físicas, psíquicas e emocionais. Por outro lado, o cuidador nem sempre é questionado quanto ao seu estado emocional ou físico, sendo possível que ele possa se sentir sobrecarregado, provocando, dessa forma, desgastes e desestruturando sua vida.

Costenaro e Lacerda (2001) comentam que o cuidado faz parte do ser humano, contudo, em alguns momentos, fatores emocionais como estresse, tristeza, medo, acabam por influenciar e gerar insatisfação e desespero no cuidador. De acordo com pesquisas realizadas por Guaragna et al. (2006), os índices de disfunção neurológica são o principais motivos das internações hospitalares, atingindo principalmente adultos. Esse fato pode ser atribuído a maior exposição a fatores de risco, somados ao nível de estresse que as pessoas vivenciam atualmente e diminuição da qualidade de vida.

Portanto, neste trabalho, buscou-se verificar se os cuidadores significantes sofrem ou não sobrecarga física e emocional a partir da hospitalização de pessoas com disfunção neurológica, salientando que merecem cuidados tanto quanto a pessoa hospitalizada.

Neste estudo apresentou-se como problema: existe sobrecarga física e emocional dos cuidadores significantes de pacientes neurológicos hospitalizados?

No trabalho o objetivo geral foi analisar a existência de sobrecarga física e emocional de cuidadores significantes de pacientes neurológicos hospitalizados. Ainda, pretendeu-se investigar os possíveis fatores que podem levar à sobrecarga física e emocional; verificar se existe e qual é o momento de maior angústia e fragilidade para esses cuidadores, bem como averiguar de que forma a hospitalização influencia na rotina dos cuidadores significantes.

Ressalta-se que esta pesquisa se justificou pelo interesse da acadêmica durante toda sua trajetória profissional como técnica de enfermagem, realizando trabalho com pacientes neurológicos e sua formação acadêmica no curso de Terapia Ocupacional, além da realização de práticas referentes a disciplinas específicas do curso em diversas áreas de atuação, dentre elas, a disciplina de Terapia Ocupacional na Saúde do Adulto. Tais práticas recebem uma demanda de pacientes com problemas neurológicos que são encaminhados e atendidos pela Terapia Ocupacional na reabilitação física.

Dessa forma, a partir da conveniência e observação da pesquisadora em relação aos cuidadores, surgiu a necessidade de pesquisar se esses estão sobrecarregados e de que forma essa possível sobrecarga influencia no seu cotidiano. O trabalho se torna relevante ainda, pois, a partir dos dados, se torna possível contribuir para a qualidade de vida dos cuidadores durante o período de hospitalização, visto que esse momento, na maioria das vezes, é muito angustiante e de fragilidade. Além disso, poder oferecer suporte, apoio aos cuidadores e não só para o paciente se torna fundamental.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Doenças neurológicas e suas características

Entre as doenças neurológicas, a de maior incidência é o Acidente Vascular Encefálico (AVE), causado pela irrigação sanguínea anormal do cérebro. Esta se caracteriza pela interrupção do fluxo sanguíneo ao encéfalo. De acordo com Faria (2007), tal interrupção pode ser ocasionada por trombose, embolia (brusca obstrução de um vaso por ação de um corpo estranho na corrente) ou oclusão por arteriosclerose, sendo responsável por 70 à 75% dos casos. A hemorragia cerebral (derrame sanguíneo no cérebro) ocorre quase sempre em consequência de arteriosclerose e hipertensão arterial.

Segundo pesquisas realizadas por Blanes et al. (2004), as principais doenças que levam à hospitalização são as neurológicas e as neoplasias. Ainda, Guerra et al. (2004) realizaram um levantamento quanto à mortalidade de pessoas internadas em hospitais por longo tempo e destacaram as doenças neurológicas AVE e a hemiplegia como as principais causas. Dentre as disfunções neurológicas, as lesões medulares também são consideradas comuns e ocorrem de forma abrupta.

Segundo Sauron (2007), a lesão medular é uma das mais graves e devastadoras síndromes incapacitantes que podem atingir o ser humano. Estatísticas mundiais revelam que, anualmente, a cada 1 milhão de pessoas, 40 a 50 sofrem lesão da medula espinhal. A população mais atingida é jovem (idade média 30 anos) e do sexo masculino (80%). Os traumatismos crânio-encefálicos ou raquimedulares que afetam a cavidade craniana ou a medula espinhal são consequência de acidentes e lesões por agentes de natureza diversa. Dentre as causas não traumáticas das lesões medulares predominam, respectivamente, as tumorais, as infecciosas, as vasculares e as degenerativas (SAURON, 2007).

Os terapeutas ocupacionais que trabalham com reabilitação neurológica, estão sempre em um campo desafiador e mui-



to complexo. As intervenções terapêuticas ocupacionais devem iniciar no momento em que o paciente estiver estável, por meio da avaliação, seguida pelo plano de tratamento. As orientações oferecidas aos familiares e cuidadores se tornam extremamente relevantes nesse momento, podendo influenciar nas questões referentes à dependência do paciente (SAURON, 2007).

### **A possível sobrecarga física e emocional dos cuidadores e a intervenção da Terapia Ocupacional**

Os cuidadores têm sido pesquisados e citados em muitas referências bibliográficas, porém cabe destacar e refletir sobre quem cuida do cuidador. O profissional de Terapia Ocupacional deve prestar atenção a essas pessoas que se chamam cuidadores, visto que eles nem sempre recebem assistência necessária, precisando, em muitos momentos, de suporte emocional e físico, tanto do ponto de vista da família como da rede social.

Para Boff (1999), cuidar deixa de ser apenas um ato e passa a ser uma atitude ampliada de zelo e desvelo, é uma ação de responsabilidade com o outro. Agir com cuidado torna-nos aptos a desempenhar posições de responsabilidade, principalmente, com relação à saúde. As doenças, especialmente as neurológicas, podem gerar situação de crise, como, por exemplo, um acometimento estressor nos familiares e/ou ainda nos próprios cuidadores.

Assim Guerra et al. (2004) destacam que mesmo com os avanços sociais com relação ao papel feminino, a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado de pacientes. A qualidade de vida dos cuidadores merece uma atenção especial por parte dos profissionais da saúde, visto que estes por vezes adoecem em função dos fatores estressores causados pela situação, a qual estão expostos. Ainda cabe ressaltar que os cuidadores nem sempre recebem a devida atenção e suporte necessários.

Deve-se oferecer atenção não só ao paciente, mas também ao cuidador porque muitas vezes este se apresenta bem aparentemente,

mas pode estar sobrecarregado emocionalmente, não apresentando, dessa forma, qualidade de vida e bem-estar físico, mental, e social.

Os pacientes neurológicos exigem cuidados em suas atividades diárias devido ao fato de, temporária ou permanentemente, serem dependentes. Tal dependência pode de alguma forma sobrecarregar os familiares ou cuidadores, gerando adoecimento. Assim, os terapeutas ocupacionais são profissionais de fundamental importância, pois trabalham com os déficits físicos, mentais, sociais, ou seja, com tudo que interfere ou ameaça a funcionalidade do homem, para que ele não seja excluído da sociedade.

## **Metodologia**

A metodologia utilizada neste trabalho se caracteriza por ser qualitativa. Conforme Minayo (2007), tal metodologia destaca-se por se preocupar em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, levando em consideração delineamento do estudo, significados, valores e atitudes.

A abordagem utilizada foi de grupo focal, o que, para Victora, Knauth e Hassen (2000), se traduz na necessidade de o pesquisador estar ao mesmo tempo distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento. Além disso, é necessário saber medir os efeitos da própria observação. Segundo o referido autor, neste tipo de pesquisa, são necessários estudos, treino de memória, observação e atenção.

## **Local de realização da pesquisa e período**

A pesquisa foi realizada em um hospital geral, na cidade de Santa Maria, região central do Estado do Rio Grande do Sul. O período de elaboração do projeto foi de agosto a dezembro de 2010, sendo, em janeiro de 2011, encaminhado para o Comitê de Ética da Instituição de ensino, aprovado com o número de protocolo 017.2011.2.

A coleta dos dados da pesquisa de campo foi realizada de março a abril 2011.

## **Sujeitos da pesquisa e local**

Os sujeitos participantes da pesquisa foram quatro cuidadores de pacientes hospitalizados, do sexo feminino, de um hospital geral de Santa Maria, RS.

## **Crítérios de inclusão**

- cuidadores ou responsáveis por pessoas hospitalizadas com doenças neurológicas;
- com idade entre vinte e setenta e cinco anos;
- ambos os sexos;
- que aceitem participar da pesquisa.

## **Técnica de coleta de dados**

O grupo focal, no caráter subjetivo de investigação, é utilizado como estratégia metodológica qualitativa, de acordo com o que nos é informado. A coleta de dados por meio do grupo focal tem como uma das maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com os outros indivíduos (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Dessa forma, nas palavras de Westphal, Bogus e Faria (1996), a definição dos membros participantes do grupo é considerada tarefa relevante, uma vez que implica na capacidade de contribuição desses de acordo com os objetivos da pesquisa.

A amostra é intencional e os critérios (sexo, idade, escolaridade, diferenças culturais, estado civil e outros) podem variar, devendo,

todavia, ter pelo menos um traço comum importante para estudo proposto (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996, p. 10).

Quanto ao número de participantes, para Chiesa e Ciampone (1999), o ideal é que o total oscile entre um mínimo de seis e no máximo doze. Com relação aos grupos, não existe um número padrão para as sessões, dependendo, sobretudo, dos objetivos traçados pelo pesquisador.

O local para realização dos grupos deve ser um ambiente acolhedor, agradável, organizado, livre de ruídos possibilitando a captação das falas sem muitas interferências. Meier e Kudlowiez (2003) priorizam a disposição das cadeiras em semicírculo, sendo que o coordenador e o observador posicionam-se entre os participantes, não havendo lugar fixo.

Primeiramente, foi realizado um contato com o responsável pelo hospital para entrega do projeto de pesquisa com o intuito de informar o objetivo e entregar-lhe o termo de autorização institucional. A partir da sua autorização, os cuidadores foram contatados a fim de convidá-los para participar da pesquisa e entrega do termo de consentimento livre e esclarecido. A equipe de enfermagem do local auxiliou na busca por casos condizentes com a pesquisa. O grupo foi realizado, inicialmente, em uma sala ampla, arejada, cedida pelo próprio campo da pesquisa, sendo gravado em um aparelho mp3.

### **Roteiro temático**

O roteiro temático se caracteriza por uma espécie de entrevista com perguntas estruturadas e estão relacionadas ao objetivo da pesquisa. As perguntas discutidas se tornam relevantes para o grupo, sendo a participação e interferência do coordenador evitadas.

A hospitalização causou mudança na sua rotina e quais foram?
Existe um momento de angústia e fragilidade para vocês? Qual seria este momento: na chegada ao hospital, durante a hospitalização ou quando o paciente recebe a alta?
Você se sente sobrecarregado fisicamente? Se sim, quais os fatores possam estar causando essa sobrecarga? E emocionalmente?
Existe algo na hospitalização que leve a um desgaste emocional dos cuidadores? Se existe, qual seria?

## **Análise dos dados**

A análise e interpretação dos resultados foi realizada de acordo com objetivos propostos pela pesquisadora. Primeiramente, foi realizada uma análise por meio de leituras nos textos produzidos pelos grupos, seguido de uma análise do problema, para poder assim justificar esta pesquisa.

Para Carlini (1996 apud LERVOLINO; PELICIONI, 2001), é procedimento habitual na pesquisa qualitativa a análise parcial, objetivando adequar melhor os procedimentos de coleta de dados aos objetivos da pesquisa.

O objetivo básico da análise de dados é realizar uma reflexão sobre os diálogos e a produção apresentada no grupo, que darão significado aos textos produzidos pela pesquisa, para assim poder oferecer um resultado de forma clara e compreensível.

Marx (apud MINAYO, 1996) explica que a análise de dados revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvendará o segredo de seus próprios condicionamentos, sendo dessa forma, a totalização final que consiste no encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais.

## Resultados e discussões

Inicialmente, foi realizada uma visita ao hospital onde se fez um levantamento para detectar os cuidadores de pacientes neurológicos, solicitar seus contatos a fim de agendar o dia, horário para realização da entrevista e informar os objetivos da pesquisa, assim como a maneira de realização do grupo focal.

Após ter entrado em contato com os sujeitos participantes da pesquisa, marcou-se o dia e horário para a execução do grupo. Mesmo assim observou-se que, alguns dos cuidadores convidados não compareceram, outros cuidadores que estavam naquele momento no hospital foram convidados para que participassem da pesquisa. Porém, estes só puderam se fazer presentes a partir de uma negociação com o apoio de outras estagiárias, para que estas permanecessem no quarto acompanhando o doente, enquanto seus cuidadores participavam do grupo.

A partir da aceitação e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada a entrevista contendo quatro perguntas semiestruturadas e os participantes puderam responder com suas próprias palavras, fornecendo dados objetivos. As quatro cuidadoras eram do sexo feminino, pois, segundo, Gonçalves, Silva e Pfeiffer (1996, p. 39), "a mulher continua sendo, pelo menos em nossa cultura, a maior responsável pelo processo de cuidar".

A fase de vida das participantes variou entre adultas, jovens e idosas. A entrevista foi através de grupo focal realizada em uma sala cedida pelo próprio campo de pesquisa, sendo gravada em um aparelho MP3 e, posteriormente, foram transcritas na íntegra em forma de texto, houve análise dos dados e, conseqüentemente, obtenção dos resultados. As participantes foram identificadas como: cuidador 1 (C1), cuidador 2 (C2), cuidador 3 (C3), e assim por diante, para que fosse mantido sigilo das mesmas, sendo, a partir deste momento, elencadas as respostas mais ressaltadas por essas. Dessa forma, a partir da análise dos dados, foi possível identificar quatro categorias, sendo estas divididas em duas, conforme discussão a seguir.

## O desgaste emocional durante a hospitalização e sua influência na rotina dos cuidadores

A partir das falas dos participantes, foi possível perceber que os cuidadores relatam que a hospitalização de um familiar, ou no caso de profissionais cuidadores, sempre acarreta em ruptura de rotina. Esta ruptura, em muitos momentos, pode levar a um desgaste emocional muito grande, devido a vários fatores: tempo de hospitalização, doença que seu familiar ou amigo apresenta, vida social, entre outros. Além disso, o desgaste também pode ser provocado a partir do grau de dependência que esse doente apresenta em relação ao seu cuidador.

A hospitalização se caracteriza como uma situação geradora de ansiedade que expõe o cuidador a um ambiente muitas vezes desconhecido e cheio de regras. Assim, a dependência do paciente com seu cuidador, o afastamento das pessoas próximas e queridas, o afastamento do trabalho e, até mesmo da sua rotina do lar, levam a uma situação geradora de desgaste físico e emocional.

Segundo Silva (2000), a família e os cuidadores, ao receberem o diagnóstico, passam por momentos de sofrimento devido à relação entre a doença e os sentimentos conflitantes experimentados. A necessidade de ajustes nas responsabilidades entre os demais membros da família, assim como as modificações da rotina de vida diária são situações inevitáveis que vão desgastando a vida familiar de um cuidador.

Corroborando com essas reflexões, a participante C1 relata que:

*(C1) Pois é, o transtorno é grande. Para mim é muito grande, eu saí do conforto da minha casa há sete meses, o período que estamos aqui é longo sem perspectiva nenhuma. É preocupante, estressante, eu tenho que fazer mudanças de horários para uma e para outra trazer e levar as pessoas que cuidam da mãe, e desconfortável, leva a gente a o limite. Principalmente pelo tempo prolongado, eu venho para cá todas as manhãs e passo o domingo o dia inteiro aqui. Minha rotina mudou, meu mundo, minha vida toda. O que vai acontecer se ela sair daqui.*

Pode-se dizer que, o despreparo técnico dos cuidadores e familiares também influenciam de forma significativa, na rotina destes, resultando em sobrecarga pessoal que, altera sua rotina, seu modo de viver, suas expectativas e medos. Assim, muitas vezes este cuidador não consegue administrar o cuidado de si próprio, e isso poderá ter como consequência seu adoecimento.

Conforme Scazufca (2001), o cuidador, quando se torna responsável por um doente geralmente acaba se afastando ou até mesmo se isolando da sua vida social. Isso pode gerar falta de tempo para si próprio e para estar com seus familiares e amigos, o que provoca, muitas vezes, o afastamento da sua rotina de trabalho e falta de tempo para o lazer.

Segundo Grandi (1998), normalmente o ato de cuidar é exercido por mulheres. Isso porque a mulher é uma figura que gera outros seres e que está ligada a responsabilidade da família de dar afeto e proteção. Por esses valores, ela ocupa o primeiro lugar entre os cuidadores em potencial. Dessa forma, observa-se por meio do próximo relato, a influência do gênero feminino e da família durante o processo de hospitalização e de cuidado.

*(C4) Saí totalmente da rotina da gente, eu sou de Bagé, ontem fui pra minha casa buscar meus remédios e também faço tratamento lá. Fui buscar mais roupas, e fora o emocional que fica abalado mais agora, já tá tudo melhorando. Se Deus quiser, amanhã ele vai dar alta e além de tudo a gente sofre junto com ele, a minha filha que é a mãe dele, a pobrezinha já emagreceu de ver o filho assim, mais se Deus quiser, vai dar tudo certo.*

Sabe-se que a rotina deve ser planejada e organizada de forma que as atividades do cotidiano estejam equilibradas entre trabalho, lazer, família, estudo, entre outros. Compete ao terapeuta ocupacional avaliar as áreas do desempenho ocupacional e seu contexto, evitando, dessa forma, adoecimentos relacionados à rotina de vida diária.



*(C4) Eu fiquei mais estressada durante a hospitalização, mais angustiada ele também porque tem um bebezinho de 3 meses. A gente não sabia no que ia dar isto. Afeta todo mundo, até meu marido que ficou lá em Bagé fica muito nervoso [...].*

Ainda de acordo com o Grandi (1998), o paciente torna-se cada vez mais dependente do seu cuidador, porque este é responsável direto pelos cuidados tanto o físico, psicológico quanto o social. Portanto, o cuidador torna-se a segunda vítima, pois o ato de cuidar causa sobrecarga física e emocional.

Pode se observar que a hospitalização gera um desgaste muito grande nos cuidadores de pacientes neurológicos pelo tempo de internação, pela dependência física, psíquica e emocional que a própria doença acarreta.

*(C1) Para mim é antes, durante e depois, são as três coisas principalmente para minha mãe que é uma pessoa de idade e que tem um quadro neurológico. A gente tá sempre esperando uma piora ou uma melhora, porque ela praticamente passa em coma, e melhora, se acontecer de ir para casa, como vai ser? E pelo tempo que estou aqui é muito cansativo.*

A partir dessa fala, percebe-se o quanto a hospitalização causa estresse, angústia, cansaço físico e emocional aos cuidadores, sendo possível detectar que esse processo de hospitalização, desde o início, acarreta prejuízo para todas as pessoas envolvidas. Além disso, tal prejuízo pode por vezes ser irreversível, deixando marcas nos cuidadores e no próprio doente que, em muitos casos, vai a óbito, gerando dor e sofrimento.

### **Fatores geradores de desgaste físico e emocional no período de hospitalização**

A partir dos resultados da pesquisa e, mais especificamente, em relação às questões que dizem respeito ao desgaste físico ou emocional, observou-se que nem sempre o cuidador percebe es-

tar sobrecarregado. Ele coloca em primeiro lugar sempre o doente, seja ele um familiar, seja uma pessoa desconhecida. Muitas vezes, este cuidador não possui tempo nem mesmo para observar questões relacionadas à sua saúde e bem-estar. De acordo com a fala a seguir, em muitos casos, mesmo estando sobrecarregados, suas falas transmitem que eles não percebem tal desgaste.

*(C3) Eu praticamente não estou me sentindo sobrecarregada, como somos um número maior de irmãs, não estou me sentindo sobrecarregada, porque nós dividimos. Para mim que sou mais velha, ficar uma tarde inteira aqui é cansativo, ficar sentada nessas poltronas.*

Durante a análise das falas, foi possível observar que o fator gerador de maior desgaste, durante o período de hospitalização, é o fator emocional e este se destaca muito mais que o físico. Acredita-se e evidencia-se que o tempo que esses cuidadores estão acompanhando os doentes no hospital e a patologia do qual foram acometidos são fatores que remetem ao desgaste emocional, outro fator relevante que influencia de forma significativa na saúde dos cuidadores é estarem afastados de sua rotina.

*(C4) E emocionalmente a mesma coisa. Sai da rotina da gente, não faço mais ginástica fica só dentro do hospital. Eu mesma também vim lá de Bagé, não está na casa da gente abandona a casa da gente, mas o meu neto graças a deus tá melhorando.*

De acordo com Cerqueira e Oliveira (2002), a sobrecarga ou conflito podem gerar desgaste físico, emocional, social e financeiro, que acabam comprometendo a qualidade de vida do cuidador. Geralmente, os cuidadores, quando são familiares, perdem o contato com o restante da família, isolam-se socialmente, passam a viver a maior parte de sua vida dentro de um hospital, não tendo mais tempo para seu próprio lazer.

Conforme Euzébio (2005), os motivos que levam os cuidadores ao estresse são o afastamento dos amigos, familiares e a falta

de tempo para realizar atividades prazerosas, bem como problemas financeiros e no seu ambiente familiar. Estes fatores levam o cuidador a um desequilíbrio emocional e conseqüentemente afetam sua qualidade de vida.

*(C1) Bom me sinto sobrecarregada fisicamente, eu emocionalmente estou no limite. Quando minha mãe internou, eu pesava 57 kg e hoje estou com 69 kg fisicamente, emocionalmente, estou no limite, estou estressada a sobrecarga é grande. Eu fazia ginástica pilates e hoje não tenho tempo para fazer mais nada, fazia massagem eu dedico meu tempo todo para ela, não que ela não mereça isto tudo, acho que mãe merece todo o amor do mundo. É que tudo mudou, tudo cansa a sobrecarga é grande.*

Segundo Boff (1999, p. 92), "a atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade", uma vez que "a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro". Ao se dedicarem ao cuidado, os cuidadores acabam por acrescentar uma sobrecarga as suas atribuladas vidas pessoais e preocupações, que podem gerar desequilíbrios emocionais e angústias, assim como desespero em relação às circunstâncias desgastantes que enfrentam no momento de hospitalização.

*(C1) O meu, desgaste emocional, eu abandonei marido, neta, filha, eu não poso aqui no hospital e minha irmã ou as pessoas que eu contrato para cuidar dela eu que supervisiono todo pessoal, tomo conta de tudo sou responsável por tudo. Não durmo no hospital, mas estou em casa pensando na minha mãe o fato de não estar aqui o tempo todo com ela me culpo eu tenho que ficar observando ela para ver se está respirando se está tudo bem. O fato de ficar o tempo todo, inteiro de vigia sentado na poltrona, observando desgasta, leva a gente ao limite. Eu já não sei o que é melhor, se a melhora ou morrer, para ela descansar porque melhorar o quadro que ela está não vai melhorar para gente o dano que já teve até agora. O prejuízo*

*até agora é grande e irreversível. Eu abandonei minha família para atender minha mãe, se eu for conversar com as pessoas eu tenho eu sou capaz de sair pela tangente. O dano que eu já tive até agora não reverte mais é muito prejuízo emocional.*

Assim, Boff (1999, p. 91) diz que “quem tem cuidados não dorme”. Muitas vezes, o cuidador torna-se extensão do outro, perde-se em simbiose com o ser que se dispõe a ajudar e, por vezes, esquece-se de si mesmo nesse movimento. Para o cuidador, é inevitável o convívio com tais sentimentos como o de angústia e o desgaste emocional, porque ele é um ser humano cuidando de outro ser, que está frágil, doente, que sente dor, medo. Assim é possível perceber que não há como ser cuidador sem se envolver e sem se afetar.

Os participantes da pesquisa apresentaram maior desgaste emocional do que físico, indicando que, em muitos momentos, deve-se levar em consideração não só o que o corpo nos transmite, mas também o nosso desequilíbrio emocional, que muitas vezes, vai acarretar em rupturas em nossa qualidade vida familiar e social, levando a um total desgaste em nossa rotina de vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente trabalho buscou-se investigar e verificar se existe sobrecarga física e emocional dos cuidadores significantes de pacientes neurológicos e quais fatores podem levar a essa sobrecarga. Ainda, buscou-se averiguar qual seria o momento de maior angústia e fragilidade para os cuidadores e verificar de que forma a rotina influencia na vida dos cuidadores.

Após a análise dos dados, evidenciou-se que a sobrecarga emocional se destaca mais que a física, porém não se pode deixar de levar em consideração que um desgaste acaba levando a outro e gera um total desequilíbrio na vida e na rotina diária.

A hospitalização é geradora de medo, angústia dor e sofrimento por parte do cuidador, que está acompanhando todo

o sofrimento do outro e como estes são pacientes neurológicos, geralmente, são pacientes que permanecem muito tempo internados. Muitas vezes, esses cuidadores estão repletos de dúvidas que não são esclarecidas por parte dos profissionais de saúde que assistem o paciente e o cuidador e que acompanham o desgaste deste cuidador significativa.

Durante a análise dos dados, foi possível observar pelas falas das participantes, que o momento de maior angústia é durante a internação, justamente por ser um momento em que o cuidador se afasta das suas atividades e da sua rotina e também por ser um momento em que gera muitas inquietações, principalmente quando é um familiar cuidador. Observou-se que o abandono da rotina foi evidenciado como o principal fator estressor e de desgaste emocional.

Contudo, não se pode deixar de ressaltar que os objetivos, inicialmente propostos pela pesquisa, foram alcançados, pois se esclareceram questões relacionadas ao tema e promoveu-se uma reflexão quanto à importância da Terapia Ocupacional neste campo. Dessa forma, pode-se evidenciar que os terapeutas ocupacionais são profissionais de fundamental importância no ambiente hospitalar, pois trabalham com os déficits físicos, mentais e sociais e tudo que ameaça a funcionalidade e o desempenho ocupacional do homem para que ele não seja e não se sinta excluído da sociedade.

## REFERÊNCIAS

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 2, p. 182-187, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. A Support Program for Caregivers: A Therapeutic and Preventive Action in the Health Care of the Elderly. **Psicologia**. USP. São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

CHIESA, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais**. CIPESC. Brasília, 1999.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria, RS: Centro Universitário Franciscano, 2001.

EUZÉBIO, C. J. V. **O perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico**. 2005. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2005.

FARIA, I. Disfunções neurológicas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GONÇALVES, L. H. T.; SILVA, Y. F.; PFEIFFER, S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. **Cogitare Enferm.**, v. 1, n. 2, p. 39-47, 1996.

GRANDI, I. **Conversando com o cuidador a doença de Alzheimer**. Belém: Grafisa, 1998.

GUARAGNA, J. C. V. da C. et al. Preditores de disfunção neurológica maior após cirurgia de revascularização miocárdica isolada. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** v. 21, n. 2, p. 173-179, 2006.

GUERRA, H. L. et al. Mortalidade em internações de longa duração como indicador da qualidade da assistência hospitalar ao idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 247-253, 2004.

LAFAIETE, P. C. **Necessidade do cuidador informal de idosos**: uma abordagem de saúde da família. Trabalho Final de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - UFMG, 2011.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, jun., 2001.

MEIER, M. J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto Enf.** Florianópolis, v. 12, n. 3, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: Hucitec - Abrasco, 1996.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: Hucitec - Abrasco, 2007.

SAURON, F. N. Lesões da medula espinhal. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional**: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SCAZUFCA, M. Impacto nos cuidadores com demência e suas complicações para os serviços de saúde. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELI, P. (Org.). **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVA, C. N. **Como o câncer (dê)sestrutura a família**. São Paulo: Anablume Editora, 2000.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre, RS: Tomo, 2000.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais**: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá, 1996.



# O PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO DO SUJEITO A PARTIR DA DOENÇA: UMA INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

*Luana Har Simões e Vera Lucy Duarte Costa de Barcellos*

## RESUMO

O presente estudo resultou de uma pesquisa qualitativa-quantitativa, fenomenológica e de campo desenvolvida nos meses de março a junho de 2011. O objetivo desta foi investigar e analisar o sujeito e suas possíveis formas de reconstrução a partir da doença e qual a contribuição da Terapia Ocupacional nesse processo. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes que estão em atendimento no Laboratório de Ensino Prático do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Foram utilizados como instrumentos para a obtenção dos dados relativos à pesquisa, entrevista semiestruturada e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COMP). Obtiveram-se dados relevantes sobre o tema, pois através dos relatos, foi possível identificar as angústias em relação às limitações físicas e funcionais, como também o grande abalo emocional decorrente dessas perdas, originadas pelo adoecimento. Ainda se evidenciou, através das falas dos participantes, o papel do terapeuta ocupacional como agente indispensável no restabelecimento do desempenho ocupacional e, por meio da COMP, a visível evolução na reabilitação funcional desses pacientes.

**Palavras-chave:** Adoecimento. Reabilitação. Desempenho Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

O adoecimento é um momento de profundo desequilíbrio na vida do ser humano, pois além de provocar angústias e sofrimento aos sujeitos acometidos pelas patologias também gera desestruturação familiar. Quando essas doenças são denominadas crônicas, de longa duração, esse processo de restabelecimento da saúde é ainda mais delicado, pois a patologia não poderá ser definitivamente sanada e por esse motivo esta pessoa permanecerá em tratamentos prolongados. Reconstruir a vida nesses casos e encontrar tratamentos que atendam às necessidades advindas dessas doenças é de extrema importância para que essas pessoas possam retomar o controle das suas vontades e possuam novamente o máximo de independência possível nas suas atividades. Nessa preocupação se baseia o tratamento da Terapia Ocupacional, por ser o profissional responsável pelo resgate da capacidade de realizar as atividades significativas da vida do ser humano e que, em decorrência do adoecimento, encontram-se confusas ou limitadas. Nessa perspectiva, esta pesquisa foi desenvolvida tendo como objetivo investigar e analisar o sujeito e suas possíveis formas de reconstrução a partir da doença e qual a contribuição da Terapia Ocupacional nesse processo.

Sabe-se que, o entendimento sobre o adoecimento e as formas de intervenção desenvolvidas para combatê-lo, passaram por um processo de modificação através dos anos. Conforme De Carlo e Bartalotti (2001, p. 27),

à medida que as demandas das populações se tornavam mais complexas os profissionais da saúde buscaram formas melhores e mais eficientes de responder e tratar os problemas desenvolvendo novos recursos técnicos e tecnológicos.

Essa transformação pode ser entendida em fases históricas, segundo considerações apontadas por Ribeiro (1993, p. 29),

historicamente pode se considerar quatro grandes períodos para descrever a evolução do processo saúde- doença: um primeiro, período pré-cartesiano, até ao século XVII; um período de modelo biomédico; logo a primeira revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública a partir do século XIX e a segunda revolução da saúde, iniciada na década de 70.

Atualmente, existe uma compreensão ampla sobre os aspectos que englobam a saúde e doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde, “define-se saúde como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças”. Ainda conforme Brandão (2004, p. 65), “a doença é vista como algo que ataca, interferindo no funcionamento normal do organismo”. Dessa forma, essa evolução na definição desses conceitos permitiu compreender os contextos do adoecimento e assim auxiliar de forma mais eficaz essas pessoas a se reconstruírem e restabelecerem a saúde.

Quando um sujeito se depara com o próprio adoecimento ou mesmo com o de um familiar, ocorre a ruptura do seu processo de construção de vida efetiva e, nesse momento, os sonhos, expectativas, significados e os sentimentos se tornam confusos, desorganizados e perdem muitas vezes o valor. Essa desestruturação afeta os aspectos emocional, físico e social, pois esse adoecimento impede o sujeito de desempenhar suas atividades de forma ativa e funcional.

Essa atividade ou mesmo ocupação é o que torna o homem um ser participante e ativo na vida e o efetiva como sujeito dentro da sociedade. Essas atividades podem ser de lazer, trabalho,

lúdicas, atividades de vida diária (AVDs) e outras. Francisco (2001, p. 17) afirma que “a atividade humana deve ser entendida como espaço para criar, recriar, produzir um mundo humano”.

Nessa preocupação em reabilitar esses sujeitos acometidos por patologias ou traumas, as ciências da saúde foram fundadas com o propósito de atender ao ser humano e auxiliá-lo a se reconstruir novamente, sendo que essa reconstrução é considerada o processo responsável pela retomada da vida dessas pessoas. Dessa forma, os diversos profissionais da saúde buscam atender a seus pacientes, conforme a especificidade da sua área de atuação. Contudo, ocorre, muitas vezes, a fragmentação das necessidades do paciente atendido e esse fato decorre do desmembramento dos indivíduos em partes dissociadas, fazendo com que os profissionais acabem perdendo a perspectiva de visão do indivíduo como um todo.

Nessa premissa de não fragmentar o sujeito, fundamenta-se a Terapia Ocupacional, em razão de possuir como objeto de estudo a “ação, o fazer humano, o cotidiano” (SOARES, 2007, p. 3). Além do objetivo de resgate do desempenho ocupacional diante das atividades humanas. Medeiros (2003, p. 27)

considera as atividades humanas como o produto e o meio de construção do sujeito, e a Ocupação como a capacidade exclusiva para restaurar e manter a organização dos sistemas humanos afetados por doença e trauma.

Dessa forma, considerando a importância das atividades e das ocupações na vida do homem compreende-se, simultaneamente, o papel do terapeuta ocupacional por ser o profissional que atua na reabilitação desses contextos.

Ainda, esse profissional entende que, para alcançar o retorno da capacidade perante as atividades, todas as áreas de intervenção tanto física como mental e social devem ser trabalhadas ao

mesmo tempo, pois só assim ocorre a reconstrução integral e funcional desse sujeito. Segundo Pádua e Magalhães (2003, p. 27), “a Terapia Ocupacional se figura como forma de conhecimento mais integral do homem, de uma abordagem holística, dando importância a ambas as áreas, indissociando-as”.

Por fim, entende-se que os profissionais da saúde devem compreender o que ocorre com os pacientes ou responsáveis desde o momento do diagnóstico da doença até o acompanhamento do tratamento, proporcionando o apoio necessário e o mais íntegro possível a essas pessoas. Ainda cabe aos terapeutas ocupacionais manterem o seu foco profissional de atenção global, pois é requisito primordial para que se consiga amparar esses sujeitos que se encontram adoecidos e ajudá-los a se reconstruírem para o restabelecimento do desempenho ocupacional e respectivamente na melhora da qualidade de vida.

## **Materiais e métodos**

A presente pesquisa de Trabalho Final de Graduação configurou-se como uma pesquisa de campo, do tipo qualitativo/quantitativo, e fenomenológico. De acordo com Denzin e Lincon (2006, p. 23)

a pesquisa qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade.

Desse modo, a escolha dessa abordagem deu-se em razão de possibilitar maior compreensão dos aspectos subjetivos que permeiam a reconstrução do sujeito a partir da doença, pois se entende que esses fenômenos não podem ser quantificados em razão de possuírem um sentido próprio e peculiar.

No intuito de complementar a pesquisa, também foi utilizada a abordagem quantitativa com a finalidade de garantir maior precisão dos resultados. De acordo com Richardson (1999, p. 70), “caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto das modalidades de coletas de informação, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”. Este método foi utilizado para medir o nível de contribuição da Terapia Ocupacional para o processo de reconstrução dos colaboradores envolvidos na pesquisa.

Ainda este estudo é do tipo fenomenológico, pois “se trata de uma análise da consciência na sua intencionalidade” (BARROS; LEHFELD, 2002, p. 35). Segundo Lyotard (1986, p. 10), “significa o estudo dos fenômenos, isto é, daquilo que aparece à consciência, daquilo que é dado”. Portanto, a utilização dessa abordagem de forma integrada com a pesquisa possibilitou uma análise mais fidedigna dos resultados obtidos.

Esta pesquisa foi desenvolvida no Laboratório de Ensino Prático do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), localizado na cidade de Santa Maria-RS. Para isso foi realizado contato com a coordenadora do local, para qual se explicou o objetivo da pesquisa e, após ter sido aprovado pela coordenadora do local e pelo comitê de ética, iniciou-se a coleta dos dados, realizada entre os meses de março a junho de 2011. Além disso, cabe ressaltar que a investigação obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa contou com a participação de 6 colaboradores: desses, 2 eram pacientes e 4, responsáveis, que estão realizando atendimento terapêutico ocupacional. Inicialmente, foi realizado um levantamento dos prontuários, com a finalidade de identificar os colaboradores para a pesquisa. Após, estes foram contatados e convidados a contribuir com o estudo. Além disso, foi necessária a autorização dos pacientes e dos responsáveis, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo foram realizadas as entrevistas com os participantes.

Utilizou-se como instrumento para a coleta dos dados a análise dos prontuários, entrevista semiestruturada e a aplicação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). A escolha pela utilização da entrevista semiestruturada se deu em razão de se tratar de uma técnica significativa na obtenção de dados mais subjetivos para o estudo. Segundo Mazzoti e Gewandsznajder (2002, p. 168),

por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade.

Nesse sentido, foi elaborado um formulário com os principais tópicos relativos ao assunto da pesquisa. Nesse formulário questionou-se quais foram suas primeiras reações diante das limitações funcionais ocasionadas pelo adoecimento; o que o (a) motivou a procurar por tratamento; quais eram suas expectativas iniciais com o tratamento da Terapia Ocupacional; após o início do tratamento com a Terapia Ocupacional, você percebeu alguma mudança.

A entrevista foi conduzida de forma a permitir que os colaboradores se sentissem à vontade para responder às questões com mais liberdade. Utilizou-se o gravador em razão desse aparelho proporcionar obtenção de dados mais fidedignos.

Além disso, foi aplicada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), que é utilizada como instrumento para a verificação da evolução do cliente ao longo do tratamento. Essa foi administrada no início da pesquisa no mês de março e repetida no final do mês de junho de 2011. Essa medida auxiliou na obtenção de dados quantitativos para a verificação da contribuição da Terapia Ocupacional para o tratamento e reconstrução desses sujeitos. Contudo, como esse método deve ser utilizado no início do tratamento e como os colaboradores já se encontravam há mais de dois anos sendo atendidos pela Terapia Ocupacional,

aplicou-se a primeira avaliação e se pediu que os participantes respondessem de acordo com o ano que começaram os atendimentos. Essa mudança na forma de aplicar a avaliação não acarretou em nenhuma alteração nos resultados.

A análise dos dados coletados foi realizada, inicialmente, com a transcrição da entrevista gravada para a forma textual. Os dados obtidos com a COPM foram calculados, subtraindo os valores da avaliação dos valores da reavaliação. Posteriormente, os dados obtidos com a entrevista foram submetidos à análise e interpretação e os resultados alcançados com a COPM representados por gráfico.

## **Resultados e discussões**

Com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados e das discussões obtidas através da pesquisa, dividiram-se as respostas encontradas em quatro categorias. A primeira categoria refere-se às primeiras reações em relação às limitações ocasionadas pelo adoecimento - A segunda sobre o início do processo de reconstrução de vida após o adoecimento. A terceira é sobre a atuação terapêutica ocupacional, as expectativas iniciais com o tratamento e a percepção de mudanças e, para finalizar, o índice de qualidade no tratamento terapêutico ocupacional, através da aplicação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. Os participantes foram designados com as letras P1, P2, P3, P4, P5 e P6 para preservar-lhes a identidade. A partir dos dados coletados, seguem-se a apresentação dos resultados e discussões.

## **Diante do Adoecimento**

Ao analisar os dados obtidos com a primeira questão do formulário, em que os colaboradores foram questionados sobre as primeiras reações com as limitações funcionais ocasionadas pelo adoecimento, evidenciou-se, primeiramente, o impacto emocional e o quanto esse momento lhes afetou a vida.



A seguir, os comentários dos participantes ilustram essa questão:

*[...] A primeira reação para mim foi que estava tudo perdido. Eu ia ser dependente dos outros para o resto da vida, foi muito triste [...]. (P6, paciente)*  
*Tristeza [...]. Me frustrrei muito porque a gente não espera ter um filho assim, mas comecei depois a procurar iniciativas por médicos, livros, e vi que aquilo dali era só uma criança diferente das outras que a gente tava acostumada. (P5, mãe de paciente)*

Na fala de todos os participantes, observou-se essa primeira reação referente aos aspectos emocionais; os sentimentos de tristeza, desesperança e medo. Isso confirma o estudo de Maturana (2001, p. 127), “nossa vida é guiada por nossas emoções, porque nossas emoções definem o domínio relacional, no qual agimos e, portanto, o que fazemos”. Dessa forma, questionar os pacientes ou responsáveis quanto ao seu estado emocional e aos sentimentos com doença, mostra-se de extrema relevância, pois o estímulo e adesão ao tratamento dependem do controle desses aspectos emocionais prejudicados pelo adoecimento.

Outro fato apontado pelos participantes foi a preocupação com a perda ou limitação das suas capacidades funcionais. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF, 2003, p. 5),

funcionalidade é o termo utilizado para definir as funções e estruturas do corpo, atividades e participação. Corresponde aos aspectos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais.

Tanto os pacientes como os responsáveis relataram que, ao perceberem essa perda funcional, se sentiram impotentes e preocupados com um provável prognóstico reservado e possivelmente sem futura evolução. Além dos relatos citados que evidenciam essa questão, a seguinte fala também se faz pertinente:

*Foi horrível né! No começo, achei que eu não ia poder me mexer nem falar direito eu não mexia nada, não sentia nada [...]. (P3, paciente)*

Conforme Cavalcanti e Benevides (2010, p. 54), a perda funcional, independentemente da sua forma de manifestação, é uma agressão em massa à autopercepção da pessoa. Dessa forma, essas sequelas tanto físicas, mentais ou sensoriais afetam a vida desses indivíduos, causando-lhes modificação no estilo de vida, fazendo com que se sintam incapazes funcionalmente.

As mães, participantes da pesquisa, referiram maior frustração ao falar sobre essa mudança no cotidiano, principalmente, ao perceberem a dependência dos filhos em razão dos déficits funcionais. Esse fato é apontado por Rosa, Rossigalli e Soares (2010, p. 11), "ao se deparar com a realidade de uma criança deficiente ou com incapacidades, há uma frustração causada pela quebra da expectativa da criança sadia esperada". A seguinte fala esclarece esse momento:

*Há eu fiquei muito apreensiva, nervosa com o que eu ia enfrentar [...] Depois com o decorrer do tempo as coisas foram melhorando e aí hoje a gente tem uma boa aceitação. (P4- mãe de paciente)*

Já os pacientes entrevistados tiveram respostas diferenciadas. Um relatou que, após o diagnóstico e o inicial impacto emocional, com a perda dos movimentos, conseguiu se reerguer e pensar em futura melhora. Já o outro disse que achava que nunca mais iria melhorar em razão do prognóstico feito pelo médico. A seguinte fala demonstra essa questão:

*[...] Na verdade ele não me deu expectativa nenhuma disse que eu ia ficar entrevada. Que eu não ia andar nem movimentar meus braços. (P6, paciente)*

Miranda e Miranda (1983, p. 105) afirmam que “um mesmo fato pode provocar sentimentos diferentes em pessoas diferentes, dependendo das circunstâncias de vida de cada uma”. Isso evidencia e demonstra o motivo pelo qual se faz importante o tema pesquisado. Pois, mesmo que diante do adoecimento e das problemáticas emocionais e funcionais que se originam dele, cada paciente tem sua história particular e um modo de enfrentar esse momento. Para isso, os profissionais da saúde devem compreender todo esse processo para oferecer um tratamento global e que atenda a essas necessidades originadas pelo adoecimento, tendo sempre cuidado e ética, ao abordarem o diagnóstico e prognóstico do paciente, pois uma falha pode acarretar problemas nos estágios de aceitação da doença.

## **Reconstrução de Vida - Uma nova etapa**

Esta é a etapa que pode ser caracterizada como crucial para a retomada do modo de vida anterior ao adoecimento. Em relação a esse contexto se fez o segundo questionamento da pesquisa, quando se perguntou aos participantes o que os motivou a procurar por tratamento. Dentre as respostas obtidas, evidenciou-se esse momento de alteração da fase inicial de desesperança para essa nova fase de motivação. Os seguintes comentários mostram essa questão:

*A própria preocupação pelas limitações dela, foi o me fez sair a procurar atendimentos [...]. (P1, mãe de paciente)*

*Foi porque a gente queria melhorar, o médico foi que indicou que eu tinha que fazer Fisioterapia e a Terapia Ocupacional [...] Ai foi indo eu fui melhorando Graças a Deus. (P3, paciente)*

*As pessoas me indicaram que tinha outra forma de ajuda, outras maneiras, por isso que procurei. (P4, mãe de paciente)*

Conforme Silveira e Ribeiro (2005, p. 4)

adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde.

Portanto, é nesse momento que os profissionais envolvidos devem oferecer um tratamento íntegro, para que assim ocorra a adesão a este e se consiga alcançar os objetivos esperados.

Contudo, durante a pesquisa os participantes relataram que demoraram a procurar por iniciativa própria outros profissionais da saúde, o próprio médico ou alguém indicado por ele. Essa demora, segundo Miranda e Miranda (1983, p. 193), “ocorre quando a mudança não acontece em alguma fase do processo de aceitação, pode não ter havido compreensão suficiente ou exploração suficiente”. Essa demora muitas vezes é prejudicial para o progresso do tratamento, tornando lenta a evolução dos pacientes.

Assim sendo, entender o processo de reconstrução do sujeito após o adoecimento é de extrema importância para os profissionais da saúde, pois é no início dessa nova etapa que os sujeitos chegam para o atendimento e, dessa forma, esses profissionais devem utilizar de toda a sua capacidade e sabedoria, dando retorno às expectativas dos pacientes, para que assim essa reconstrução da vida seja abrangida em toda sua magnitude.

## **A atuação Terapêutica Ocupacional**

O terapeuta ocupacional é o profissional diretamente ligado ao processo de reconstrução do sujeito, em razão de possuir como objeto de estudo o fazer humano. Em vista desse argumento foi feita a terceira pergunta do formulário aos participantes, na qual se questionou sobre as expectativas iniciais com o tratamento da

Terapia Ocupacional. Evidenciou-se nas respostas obtidas que a maior expectativa era em relação às AVDs (atividades de vida diária), os seguintes comentários demonstram essa questão:

*Queria que ela começasse a progredir porque até então ela não comia sozinha, não pegava nada para comer, era totalmente dependente para tudo para tomar banho para se vestir [...]. (P2, mãe de paciente)*

*Meu filho tinha dificuldade para o banho pra ajeitar as coisas, se vestir [...] Queria que ele melhorasse isso. (P4, mãe de paciente)*

De acordo com Mello e Mancini (2007, p. 49),

se uma pessoa está inapta, temporariamente ou definitivamente, a fazer essas tarefas rotineiras de forma independente e eficiente, isso poderá afetar a sua autoestima e os diversos papéis que possa vir a desempenhar.

Assim, se as atividades cotidianas são o que dão sentido à vida do homem, promover a restauração da capacidade de desempenhá-las de forma efetiva é crucial, para que se consiga restabelecer e dar significado à vida desses sujeitos. Portanto, o terapeuta ocupacional por ser o profissional responsável pelo desempenho nas atividades se torna imprescindível para o processo de reconstrução.

A última pergunta do questionário também foi em relação à atuação terapêutica, mas com um enfoque diferente. Questionou-se aos participantes se, após o início do tratamento com a Terapia Ocupacional, eles haviam percebido alguma mudança. No caso de a resposta ser afirmativa, qual ou quais tinham sido.

Todos os participantes responderam que tinham percebido melhoras com o tratamento. Alguns por estarem há mais tempo sendo atendidos relataram observar maior avanço, já os que estão há pouco tempo, disseram que já notam melhoras significativas. Os relatos a seguir comprovam esse fato:

*Olha eu tô feliz com o tratamento dela porque realmente tá fazendo muito bem, a gente nota uma diferença muito grande [...] Ela tá mais ativa e mais esperta, me parece assim, que ela tá raciocinando melhor e isso é muito bom. (P1, mãe de paciente)*

*Ah! Eu senti que melhorei, que eu consigo me movimentar melhor e até senti que melhorei dos nervos que eu era muito nervosa, conversando com as terapeutas a gente se sente bem [...]. (P3, paciente)*

*Maior independência [...]. Ele antes me sufocava mais que agora, porque eu tinha que tá amparando ele dia e noite. Agora eu já fico mais livre dentro de casa porque ele aprendeu a se vira. Tá mais independente pra pegá água, lavá louça, ir ao banheiro, escovar os dentes e tomá banho sozinho e tudo isso tá me facilitando a mim também vive. (P5, mãe de paciente)*

Todas essas falas além de comprovarem a eficácia no tratamento com a Terapia Ocupacional, também evidenciam os diversos âmbitos trabalhados por esses profissionais que englobam os aspectos físicos, psíquicos e sociais na sua atuação, restabelecendo assim o desempenho em relação às atividades humanas. Pois, de acordo com Crema (1995, p. 106),

a cura não significa necessariamente ficar fisicamente são ou poder se levantar e voltar a caminhar. Significa antes a conquista de um equilíbrio entre as dimensões físicas, emocional, intelectual e espiritual.

Por fim, esses relatos demonstram que é possível reconstruir a vida após o adoecimento e o quanto os terapeutas ocupacionais são agentes indispensáveis nessa conquista.

## Índice de Qualidade no Atendimento em Terapia Ocupacional

Com o intuito de legitimar a contribuição da Terapia Ocupacional no processo de reconstrução do sujeito após o adoecimento, foi utilizada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional para avaliar a evolução dos pacientes desde o início do tratamento até os dias atuais.

Observa-se, dentro das profissões da área da saúde, a necessidade de serem realizadas avaliações antes, durante e ao término dos tratamentos. Segundo Silva e Formigli (1994, p. 5),

a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção.

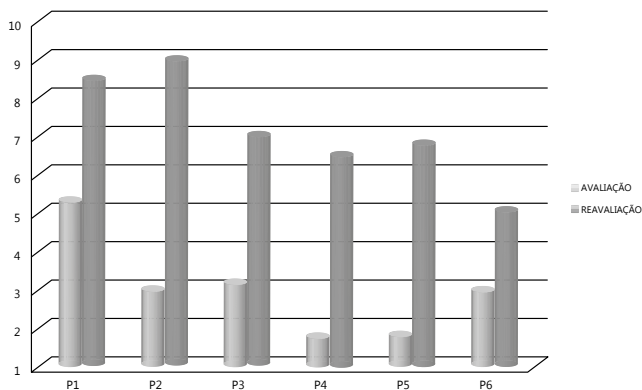
Essas avaliações padronizadas são essenciais para o estabelecimento e controle dos tratamentos propostos aos pacientes. Para a Terapia Ocupacional, a utilização da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional proporciona enriquecimento à prática profissional, pois oferece uma análise detalhada das necessidades apresentadas pelo cliente. Conforme Sumsion (2003, p. 186), "a COPM é uma medida individualizada na forma de entrevista semiestruturada delineada a mensurar a autopercepção do cliente na performance ocupacional".

Sabe-se que essa forma de avaliação traz mais benefícios quando efetuada no início do tratamento. Contudo, para que fosse possível obter os resultados para este estudo, foi preciso alterar o modo de aplicação. Como os participantes da pesquisa estão em atendimento há mais de um ano com a Terapia Ocupacional e, quando iniciaram o tratamento não foi aplicado esse método avaliativo, no mês de março de 2011, realizou-se a avaliação, questionando-os em relação a quando ingressaram no serviço. Felizmente, não houve contratempo nem dificuldade em aplicá-la dessa maneira, pois

todos conseguiram responder às questões, conforme foram solicitados, não interferindo na fidedignidade nos resultados.

A COPM foi administrada, seguindo uma sequência de passos. Inicialmente, questionou-se ao sujeito participante da pesquisa quanto às atividades do dia a dia, sendo estas produtivas de lazer e autocuidado. Em seguida, pediu-se que dessem uma nota com valor de 1 a 10 quanto ao desempenho e satisfação nessas atividades. Logo se solicitou que pontuassem cinco dessas atividades em termos de importância para a sua vida e o que mais sentiam dificuldade em realizar. Assim calculou-se, somando os valores proferidos pelos participantes para cada uma dessas atividades e subtraiu-se por cinco, obtendo-se o resultado da avaliação.

Posteriormente, realizou-se a reavaliação no início do mês de junho de 2011. Esta foi efetuada com o propósito de avaliar a evolução desses pacientes no atendimento com a Terapia Ocupacional. Para isso, questionou-se novamente aos participantes quanto às cinco atividades pontuadas na primeira avaliação e solicitou-se que dessem novamente uma nota de 1 a 10 frente à capacidade de realização atual dessas atividades. Por fim, as mudanças no Desempenho foram calculadas, subtraindo os valores da avaliação dos valores da reavaliação e assim foi possível obter os resultados esperados para a pesquisa. Como mostra a figura 1:



**Figura 1** - Análise de Evolução no Tratamento.



As colunas em verde claro mostram o resultado obtido na primeira avaliação realizada com cada um dos colaboradores. Foi observado que, ao começarem o tratamento com a Terapia Ocupacional, todos possuíam pouca capacidade de desempenhar suas atividades diárias. Contudo, cada um dos participantes obteve um valor diferente no resultado da medida. Conforme Cavalcanti e Benevides (2010, p. 56), "as pessoas que estão lidando com um processo de incapacidade, passam por uma série de estágios de ajustamento, os quais irão se diferenciar de um indivíduo para outro". Isso explica essa alternância nos valores da avaliação, pois os participantes possuíam idades diferenciadas, sequelas funcionais individuais em razão das patologias que apresentavam, como também estavam em diferentes estágios de aceitação da doença.

As colunas em verde escuro indicam o resultado adquirido através da reavaliação dos pacientes com a utilização da COPM, demonstrando a evolução desses pacientes com o tratamento da Terapia Ocupacional. Como é possível observar, todos progrediram de forma excepcional, evidenciando assim que os objetivos terapêuticos estão sendo alcançados. Essa melhora estimável dos pacientes deve-se a vários fatores, entre eles, o método utilizado pelos terapeutas ocupacionais que se fundamentam na prática baseada no cliente, como também pela adesão dos pacientes ao tratamento proposto.

Esse modelo de intervenção em que o paciente é quem delimita os objetivos que gostaria que fossem tratados não é um método exclusivo da Terapia Ocupacional, mas em razão do enfoque desse profissional sobre o ser humano acaba sendo, dentre os profissionais da saúde, o que mais utiliza dessa prática baseada no cliente.

Segundo Sumsion (2003, p. 8):

A Terapia Ocupacional baseada no cliente é uma parceria entre o terapeuta e o cliente. Os objetivos ocupacionais do cliente devem

ser priorizados e ser o centro das avaliações e tratamento. O terapeuta e o cliente trabalham juntos para analisar as questões apresentadas por inúmeros ambientes para habilitar o cliente a preencher suas expectativas.

Essa abordagem proposta pelos acadêmicos de Terapia Ocupacional aos pacientes participantes da pesquisa esclarece essa evolução no tratamento, como também reforça a importância da utilização dessa prática pelos diversos profissionais da saúde.

Outro fator que pode ter contribuído para o sucesso observado na reavaliação dos pacientes foi a excelente adesão destes ao tratamento. De acordo com Silveira e Ribeiro (2005, p. 4),

adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde.

Dessa forma, o vínculo entre o profissional e o paciente deve ser a base para a consolidação e o alcance da reconstrução de vida desses sujeitos.

Por fim, a utilização da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional para analisar a evolução dos pacientes com o tratamento da Terapia Ocupacional foi de grande valia, pois se comprovou através dos resultados obtidos o quanto o tratamento terapêutico ocupacional foi imprescindível para a restauração das capacidades funcionais dessas pessoas, como também a importância desse profissional para o processo de reconstrução de vida do sujeito após o adoecimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa proporcionou aos profissionais da saúde, em especial aos terapeutas ocupacionais, uma visão ampla e detalhada dos aspectos que circundam o adoecimento, como também propiciou reforço científico à profissão ao comprovar a evolução dos pacientes com o tratamento terapêutico ocupacional.

Evidenciou-se através do estudo, que estar diante da doença é um momento muito delicado tanto para quem vive o sofrimento em decorrência das limitações e perdas causadas pela enfermidade, como também para os familiares que muitas vezes não conseguem lidar com a situação. Esses limites, impostos pelo adoecimento, devem ser sentidos, passando pelos estágios de ajustamento para que, em seguida, seja aceita essa nova realidade pelos indivíduos e assim estes possam se adaptar aos tratamentos. Percebeu-se ainda que, quando um sujeito adoce em decorrência de qualquer fator, não é apenas o físico que necessita ser tratado, pois o adoecimento envolve também os aspectos emocionais e sociais.

Esses fatos foram exemplificados, através dos resultados obtidos com a pesquisa, que mostraram o impacto emocional em razão da alteração do cotidiano dessas pessoas, como também as angústias e medos referentes à doença e às limitações ocasionadas por ela. Por isso, faz-se necessário entender os contextos que abrangem o adoecimento do ser humano e que desestabilizam a vida desses sujeitos e seus familiares, sendo essa compreensão de importância incontestável para os profissionais da saúde em geral, pois é nesse momento que essas pessoas chegam para o tratamento e necessitam de atenção integral para que possam reconstruir suas vidas.

Ainda, demonstrou-se através dos resultados obtidos com a pesquisa o papel do terapeuta ocupacional nesse processo de reconstrução de vida, ao dirigir, com todo seu empenho e conhecimen-

to generalista, o tratamento para esses pacientes de forma a suprir cada uma das necessidades que apresentaram. Restabelece-se assim a qualidade de vida desses sujeitos e restaura-se a capacidade de administrarem de forma mais independente possível suas atividades.

Por fim, dentro da atuação em saúde as concepções de atenção baseadas no sujeito devem ser sempre reforçadas, para que não se percam os fundamentos que definem a ação desses profissionais, que é a restauração integral da saúde do homem. O saber, a fala e a percepção do sujeito em relação ao adoecimento devem ser considerados no processo de reabilitação, para que se previna de tratamentos centrados somente nas sequelas fisiológicas. Portanto, os profissionais da saúde devem cada vez mais se desprender dessas práticas reducionistas e aprender a ouvir mais os desejos dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Aidil de Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa:** Propostas metodológicas. 13. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2002.

BRANDÃO, Lenise M. **Psicologia Hospitalar:** Uma abordagem holística e fenomenológico-existencial. Campinas, São Paulo: Livro Pleno, 2004.

CAVALCANTI, Andréa; BENEVIDES, Raquel. O ser humano e a perda da funcionalidade. In: ESCUDEIRO, Aroldo (Org.). **Sobre Perdas.** Fortaleza: LC gráfica, 2010.

CIF. **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde**, 2003. Disponível em: <<http://arquivo.esse.ips.pt/esse/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2011.

CREMA, Roberto. **Saúde e Plenitude**: Um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1995.

DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; BARTALOTTI, Celi-  
na Camargo (Org.). **Terapia Ocupacional no Brasil**: Fundamen-  
tos e Perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S.; NETZ, Sandra Regi-  
na (Trad.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: Teorias e  
abordagens. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

FRANCISCO, Berenice Rosa. **Terapia Ocupacional**. 2. ed. São  
Paulo: Papyrus, 2001.

LYOTARD, Jean François. **A Fenomenologia**. Lisboa: edições 70,  
1986.

MATURANA, Humberto. **Cognição, ciência e vida cotidiana**.  
Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O  
método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa  
e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha. **Terapia Ocupacional**: Um  
enfoque epistemológico e social. São Paulo: UFSCAR, 2003.

MELLO, M. A. F.; MANCINI, M. C. Avaliação das atividades de vida  
diária e controle domiciliar. In: CAVANCANTI, Alessandra; GAL-  
VÃO, Claudia. **Terapia Ocupacional**: fundamentação e prática.  
Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007.

MIRANDA, Clara Feldman; MIRANDA, Márcio Lúcio. **Construindo a relação de ajuda**. Minas Gerais: Editora Crescer, 1983.

PÁDUA, Elisabete M. Marchesini; MAGALHÃES, Lílian Vieira. **Terapia Ocupacional: Teoria e Prática**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2003.

RIBEIRO, José Luiz Pais. **Características Psicológicas Associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto**. 1993. Dissertação (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de ciências da educação, Universidade do Porto, 1993.

RICHARDSON, Roberto Jarry; PERES, José Augusto de Souza et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, Soraya Diniz; ROSSIGALLI, Talitha de Moura; SOARES, Camila Mesquita. Terapia Ocupacional e o contexto familiar. **CADERNOS de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jan.-Abr. 2010, v. 18, n. 1, p. 7-17. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/329/264>>. Acesso em: 20 maio 2011.

SILVIA, Ligia Maria V.; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2011.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz; RIBEIRO Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: Espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2011.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (Org.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SUMSION, Thelma. **Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: Guia para implementação**. São Paulo: Roca, 2003.





# DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL FACILITADO POR DISPOSITIVOS DE TECNOLOGIA ASSISTIVA

*Elisandra Pereira Groth e Lucielem Chequim da Silva*

## RESUMO

No presente artigo apresentam-se os resultados obtidos através da pesquisa realizada no Bairro Alto da Boa Vista, no município de Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul. O público-alvo foram crianças de 0 a 6 anos de idade que apresentaram diagnóstico de paralisia cerebral, e elas estão inseridas no Programa Primeira Infância Melhor (PIM). O estudo foi conduzido através de uma pesquisa do tipo quantitativa e qualitativa, descritiva com objetivos exploratórios. A investigação foi desenvolvida no primeiro semestre de 2011, o instrumento utilizado na coleta de dados foi o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Desse modo, o estudo contou com a participação de três crianças com paralisia cerebral. Diante das necessidades apresentadas, foram confeccionados dispositivos de Tecnologia Assistiva, que contribuíram para o desenvolvimento motor dos sujeitos envolvidos.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil. Tecnologias de Apoio. Terapia Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma pesquisa que foi desenvolvida em 2011, no decorrer da disciplina TFG II, do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria, RS, tendo como tema a Utilização da Tecnologia Assistiva no desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos com paralisia cerebral.

A elaboração de dispositivos de Tecnologia Assistiva teve como foco contribuir com a inserção social e a melhoria da qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral. Pode-se contar hoje com recursos que possibilitam acesso a outros dispositivos que favorecem o posicionamento adequado, a locomoção, as Atividades de Vida Diária (AVDs), a interação com o outro, permitindo assim a quebra de paradigmas e da segregação.

Em vista disso, buscou-se equacionar o seguinte problema de pesquisa: Os dispositivos de Tecnologia Assistiva beneficiam o desenvolvimento motor de crianças com paralisia cerebral?

Assim sendo, o objetivo geral desta proposta foi investigar as possibilidades de intervenção, através do uso de Tecnologia Assistiva em benefício do desenvolvimento motor de crianças com paralisia cerebral. Os objetivos específicos cuja consecução propõe a organização dos argumentos para o trabalho, foram: apurar na literatura possíveis e conhecidos efeitos da paralisia cerebral em crianças com idade de 0 a 6 anos; avaliar a necessidade da utilização de dispositivos de Tecnologia Assistiva, prescrever, confeccionar e treinar o uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva; relacionar os possíveis benefícios da Terapia Ocupacional e da Tecnologia Assistiva, no desenvolvimento de crianças acometidas pela paralisia cerebral.

A importância do tema residiu em difundir conhecimentos sobre as possíveis inter-relações entre limitações impostas pela paralisia cerebral e as potenciais possibilidades ofertadas pelo uso da Tecnologia Assistiva, visando contribuir com o interesse, informação e formação de profissionais de Terapia Ocupacional, assim como a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Segundo Leite e Prado (2004), não é fácil determinar a incidência de paralisia cerebral, justamente pelas dificuldades em se estabelecerem critérios e diagnósticos uniformes, em vista de não ser uma moléstia de notificação compulsória. Na Inglaterra e em países escandinavos, admitia-se, na década de 50, a incidência de 1,5 casos de PC por 1000 nascidos vivos, enquanto nos Estados Unidos, varia de 1,5 a 5,9/1000 nascidos vivos.

Leite e Prado (2004) ainda alertam que, à medida que a mortalidade perinatal caiu em países industrializados, como na Suécia e no Japão, houve um aumento da morbidade, isto é, maior número de casos de paralisia cerebral quanto menor o peso da criança. A prevalência de paralisia cerebral nos países nórdicos mostrou, justamente, uma diminuição no período compreendido entre 1950 e 1970, após haver aumento na melhoria das condições de atendimento aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, com diminuição da mortalidade e subsequente aumento da morbidade entre os sobreviventes.

No Brasil, não há estudos conclusivos a respeito e a incidência depende do critério diagnóstico de cada estudo, sendo assim, presume-se uma incidência elevada devido aos poucos cuidados com as gestantes.

A partir da existência da paralisia cerebral, faz-se conveniente a realização de pesquisas que venham a colaborar com o desenvolvimento motor, social, emocional, contribuindo para o aprendizado formal.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Paralisia Cerebral**

Nas palavras de Lima e Fonseca (2004), a Paralisia Cerebral (PC) é uma encefalopatia crônica infantil, não progressiva, uma disfunção neuromotora que provém de lesões ocorridas em um encéfalo que se encontra em desenvolvimento, podendo levar

a distúrbios como o de motricidade, tônus e postura, apresentando ou não comprometimentos cognitivos. Tais lesões podem ocorrer em qualquer estágio de maturação, surgindo antes dos três anos de idade e tendo causas pré, peri ou pós-natais.

Já os autores Xavier, Noce e Melo (2004), definem paralisia cerebral como uma encefalopatia não progressiva, caracterizada basicamente por distúrbios motores do tônus e da postura, comprometimentos cognitivos, secundários a lesões ou anomalias que atingem o cérebro ainda em desenvolvimento.

Nesse sentido, Zerbinato, Makita e Zerloti (2003, p. 503) enfatizam:

A Encefalopatia Crônica não Progressiva constitui em um grupo de desordens neurológica não progressiva e irreversível, com etiologias e quadros clínicos diversos, em que predominam comprometimentos motores, além deste distúrbio, também podem apresentar prejuízos intelectuais, sensitivos, visuais, auditivos, entre outros.

Levitt (2001) destaca que a paralisia cerebral é o nome comumente usado para um grupo de condições caracterizado por disfunção motora, em razão de uma lesão cerebral não progressiva no início da vida. Assim, a utilização de dispositivos de Tecnologia Assistiva pode facilitar a realização de atos motores, contribuindo com a funcionalidade dos indivíduos.

## **Tecnologia Assistiva**

No Brasil, foi criado um Portal Nacional que se constitui instrumento facilitador de novos conhecimentos, troca de informações e obtenção de novos dados sobre indivíduos que fazem uso da Tecnologia Assistiva. Esse também possibilita o acesso ao

conhecimento sobre pesquisas e projetos de inclusão social em todo o território nacional. Esse portal recebeu o nome de Portal Nacional de Tecnologia Assistiva.

Sua criação permite o maior conhecimento sobre as necessidades das pessoas com deficiência, quais as competências na área da Tecnologia Assistiva, quais as lacunas que existem no país e a partir dos dados obtidos, reunir informações de qualidade para subsidiar políticas públicas em Ciência e Tecnologia, possibilitando a inclusão social.

De acordo com o Comitê de Ajudas Técnicas (2007), a Tecnologia Assistiva é considerada uma área do conhecimento de característica interdisciplinar que envolve produtos, recursos, serviços, estratégias e metodologias que auxiliam e/ou promovem a funcionalidade de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida. Assim, as Tecnologias Assistivas, também conhecidas como Tecnologias de Apoio ou Ajudas Técnicas, ampliam a participação dessa demanda em atividades, buscando a autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão.

Nesse contexto, De Carlo (2004, p. 110) afirma: "Entende-se por Tecnologia Assistiva, qualquer equipamento ou conjunto, comprados, modificados ou feitos sob medida, usado para aumentar, manter ou melhorar o desempenho funcional".

Para Teixeira (2003), a adaptação é um ramo da Tecnologia Assistiva que pode ser definida como qualquer modificação, seja da tarefa, do método, seja do meio ambiente, elevando os níveis de independência e função. O ato de adaptar é promover ajuste, acomodação e adequação do indivíduo a uma nova situação, de forma que essas adaptações facilitem o desempenho ocupacional de seus usuários.

Conforme Pedretti (2004), os termos Tecnologia Assistiva, equipamentos adaptativos e dispositivos assistivos são normalmente usados de forma intercambiável por todos os terapeutas ocupacionais. Os equipamentos e os dispositivos podem ser confeccionados ou adaptados de acordo com a necessidade do cliente.

Para Rocha (2006), todo o equipamento de Tecnologia Assistiva deve ser indicado e prescrito, pertencendo a um processo de reabilitação, em que o seu significado esteja contextualizado na vida de seu usuário e a decisão de seu uso represente um ato de autonomia em decidir sobre o seu modo de viver. Dessa forma, o terapeuta ocupacional é um dos profissionais capacitados a prescrever, confeccionar e treinar o uso desses equipamentos.

Parhan e Fazio (2002) ressaltam a importância de os terapeutas manterem-se atualizados sobre as novas opções de tecnologia, função, capacidade e durabilidade, tornando a Tecnologia Assistiva um recurso indispensável à atuação do terapeuta ocupacional.

A Tecnologia Assistiva diante das diversas patologias que acometem a população infantil, como a paralisia cerebral, poderá auxiliar na funcionalidade motora da criança, favorecendo assim novas experiências e novos aprendizados como a execução das Atividades de Vida Diária (AVDs), incentivando o brincar e o lazer, tornando-se assim um agente em seu processo de desenvolvimento. Há então a Tecnologia Assistiva como um possível e importante aliado para o “fazer” do terapeuta ocupacional.

## **Metodologia**

O estudo foi conduzido através de uma pesquisa do tipo quantitativa e qualitativa, descritiva, com objetivos exploratórios. De acordo com Moreira (2002), a pesquisa quantitativa é a coleta de dados que enfatiza números ou informações, a partir dos quais se formulam hipóteses sobre os fenômenos e situações que se querem estudar.

Já a pesquisa qualitativa, conforme Chizzotti (2001), fundamenta-se em dados coletados nas interações interpessoais, na coparticipação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que esses dão aos seus atos. O estudo exploratório permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: crianças com idade entre 0 e 6 anos com diagnóstico médico de pa-

ralisia cerebral que participam do Programa Primeira Infância Melhor do governo estadual. Foram excluídas crianças com malformação congênita não relacionada à PC, doenças cromossômicas e flutuações tônicas que influenciasses a movimentação ou que não apresentasse diagnóstico correspondente à paralisia cerebral.

Primeiramente foi realizado o contato com o serviço, quando foram apresentados os objetivos da pesquisa e, posteriormente, assinado o Termo de Autorização Institucional. Nesse local foi realizada a investigação, prescrição, confecção, orientação e acompanhamento do uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva durante os meses de março a maio de 2011, a fim de coletar dados sobre possíveis benefícios quanto a sua utilização em crianças com paralisia cerebral.

Para coleta de dados foi utilizado o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Este instrumento foi aplicado em dois momentos: durante a avaliação inicial e após a prescrição, confecção e treino dos dispositivos, permitindo assim a comparação dos resultados.

Foi realizada a observação direta da pesquisadora em campo, a fim de coletar dados sobre possíveis benefícios quanto ao uso dos equipamentos de Tecnologia Assistiva. Chizzotti (2001, p. 90) argumenta que

a observação direta é alcançada através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para apanhar as ações dos pesquisados em seu contexto natural a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista.

Os sujeitos participantes consentiram com a pesquisa, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº. 196/96.

## Resultado e discussões

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da utilização de dispositivos de Tecnologia Assistiva, confeccionados de acordo com as necessidades apresentadas pelos estudos de casos realizados com crianças, com diagnóstico de paralisia cerebral. Realizaram-se quatro avaliações, três foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Dentre os casos estudados foram identificados características de Diplegia, Hemiplegia e Quadriplegia.

Foram coletadas informações através de entrevistas com os responsáveis pelas crianças em dois tempos com intervalo médio de 30 dias. A média de idade das crianças foi de 2 anos e 8 meses até 5 anos e 6 meses de acordo com a avaliação do PEDI.

Cada item representa uma tarefa e a habilidade para realizá-la é pontuada como (1), se a criança é capaz e (0), se não é capaz de realizá-la. Avalia habilidades funcionais e sua performance nas áreas de autocuidado (73 itens), mobilidade (59 itens) e função-social (65 itens). Mensura ainda a quantidade de assistência dada pelo cuidador durante a realização dessas tarefas e a possível utilização de adaptações e modificações no ambiente. Na área de assistência do cuidador para autocuidado são 8 itens, mobilidade 7 itens e função social 5 itens. A pontuação varia de 0 - para dependência total até 5 - independência completa (MANCINI, 2005).

Os casos selecionados como amostra desta pesquisa encontram-se descritos a seguir:

### Caso 1

- A, 2 anos e 8 meses.

Apresenta diagnóstico de paralisia cerebral tipo diplérgica. Possui comprometimento dos membros inferiores, porém os membros superiores mantêm-se preservados.



Gauzi (apud LIMA; FONSECA, 2004), define a paralisia cerebral diplégica (PCD) como um comprometimento bilateral dos quatro membros com predomínio nos membros inferiores.

A foi observada no seu contexto geral e em sua residência, diante da realização de suas AVDs (Atividades de Vida Diária). Através do PEDI, foi possível observar que a paciente é totalmente dependente da mãe para realizar sua transferência, porém consegue realizar sua alimentação de forma independente.

Devido à dificuldade de transferência, foi confeccionado um dispositivo de Tecnologia Assistiva que atenda às necessidades de posicionamento e conforto durante atividades como alimentação e brincar. Projetou-se uma cadeira de MDF, que, além de ser um produto ecologicamente correto, utiliza como matéria-prima madeira de florestas plantadas, de forma sustentável. A sigla vem do inglês, *Medium Density Particleboard*, e para o revestimento foram usadas esponjas piramidais, adequadas ao posicionamento e facilitando as exigências motoras da criança.

A cadeira possui um assento anatômico que possibilita acomodação com revestimento de esponja piramidal de fácil modelagem que proporciona contato corporal. Outro item importante, que deve ser levado em consideração, é o encosto que proporciona o processo de posicionamento, para isso foi utilizada esponja piramidal que alivia a pressão. Além disso, a cadeira possui apoios laterais para estabilizar o tronco e minimizar a instalação de futuras deformidades.

A mesa serve como apoio para os braços, sendo um facilitador das funções motoras. Nela a criança interage para brincar e, ao mesmo tempo, a mesa possibilita a realização de suas refeições. A faixa de neoprene® com velcro® foi confeccionada para estabilizar os membros inferiores, evitando a abdução dos mesmos.

Para o apoio dos pés foi feita uma plataforma com revestimento de tecido emborrachado para evitar que o pé deslize, proporcionando assim uma boa acomodação.

Logo após a confecção dos dispositivos de Tecnologia Assistiva, foi realizado o treinamento para os pais e também para o

visitador do PIM (Primeira Infância Melhor), sobre o uso da mesa e da cadeira. Nessa ocasião, foi realizado o segundo momento da avaliação do PEDI.

Através da reavaliação, pôde-se observar evoluções, nas quais A apresentou maior interação para brincar, realizar sua alimentação de uma forma mais adequada e independente, também possibilitou para o visitador do PIM maior interação para execução das atividades propostas pelo Programa. As figuras 1, 2 e 3 exemplificam a avaliação inicial e final, respectivamente.



**Figuras 1, 2 e 3** - Avaliação inicial e final da paciente A.

## Caso 2

- B, com 5 anos e 5 meses, apresenta paralisia cerebral tipo hemiplé-gica. Possui comprometimento do membro superior e inferior do hemicorpo direito mantendo o lado esquerdo preservado.

Nas palavras de Piovesana (2002), a paralisia cerebral hemiplé-gica (PCH) se caracteriza por déficit motor e espasticidade unilateral.

B foi observado no seu contexto geral, em sua residência, na realização de suas AVDs (Atividades de Vida Diária). Através do PEDI, foi possível observar que o paciente é totalmente independente nas AIVDs (Atividades Instrumentais da Vida Diária). Diante da avaliação realizada, foi possível detectar na performance nas áreas de autocui-dado que B apresenta dificuldade na motricidade fina, fazendo com que tenha limitações na realização diária da escovação dos dentes.

Após essa observação, confeccionou-se um dispositivo de Tecnologia Assistiva que facilitasse o desenvolvimento motor

da criança e também que contribuísse para a realização de suas AVDs (Atividades de Vida Diária), realizou-se a confecção de um engrossador para escova de dentes devido à dificuldade na motricidade fina, exemplificado na figura 5.

Para confecção do dispositivo, foi utilizado revestimento de tubo polipex®, escova de dente e adaptado um espelho para melhor visibilidade na realização da tarefa. Na motricidade fina, diante dessa situação e pensando já na futura inclusão escolar, foi confeccionada uma prancha em MDF com bordas nas laterais. Para evitar o deslizamento do material, foram utilizadas ventosas e foram feitas adaptações no lápis com o uso do tubo polipex®, conforme a figura 6.

Na avaliação seguinte, foi possível observar que B tornou-se independente para realizar sua escovação de dentes. Mostrou-se motivado ao receber sua escova, percebendo maior facilidade para realizar a atividade com o equipamento. Durante o processo de confecção, foram também utilizados recursos lúdicos para facilitar o processo de adaptação.

A prancha promoveu a interação nas atividades propostas pelo visitador do PIM (Primeira Infância Melhor), observou-se melhora em sua motricidade fina, o que facilitará a aprendizagem escolar. As figuras 4, 5 e 6 exemplificam a avaliação inicial e final, respectivamente.



**Figuras 4, 5 e 6** - Avaliação inicial e final de B.

### Caso 3

- C, 5 anos e 8 meses.

Apresenta paralisia cerebral tipo quadriplégica. Possui comprometimento cognitivo e alterações motoras que são assimétricas, denotando um comprometimento mais espástico dos membros.

Para Gauzi (apud LIMA; FONSECA, 2004), caracteriza-se a quadriplegia, clinicamente, por aumento do tônus da musculatura extensora e adutora dos membros inferiores e flexora dos membros superiores, sendo os últimos mais acometidos.

Na primeira avaliação, foi observado que C é totalmente dependente da mãe e fica a maior parte do tempo deitado em posição inadequada. Diante dessa situação, foi confeccionada uma calça de posicionamento, utilizando flocos de espuma e calça jeans.

Na segunda avaliação, observou-se que a calça auxiliou C a ter uma posição mais simétrica e maior controle de tronco, interagindo com o que existe a sua volta, conforme ilustrado nas figuras 7 e 8.



**Figuras 7 e 8** - Avaliação inicial e final de C.

Os resultados obtidos podem ser considerados satisfatórios, visto que os participantes envolvidos nos estudos 1 e 2 demonstraram uma melhora no desenvolvimento motor, principalmente em relação à motricidade fina e independência nas questões relacionadas às suas AVDs, já o caso 3, além de obter maior controle de tronco, sugeriu-se encaminhamento para o serviço de Terapia Ocupacional, onde questões relacionadas às disfunções ocupacionais poderão ser trabalhadas com maior afinco.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos através da avaliação do PEDI, foi possível confeccionar dispositivos de Tecnologia Assistiva para o desenvolvimento motor de crianças com paralisia cerebral. Cabe lembrar que os objetivos pretendidos foram alcançados de forma satisfatória.

Destaca-se que a confecção dos dispositivos de Tecnologia Assistiva foi um ponto relevante para a realização dessa pesquisa, pois contribuiu para o desenvolvimento motor de crianças com paralisia cerebral. Por isso, as intervenções preventivas e reabilitadoras são importantes, pois estimulam as capacidades motoras.

Constatou-se, durante a realização deste estudo, que é possível minimizar as limitações impostas pela paralisia cerebral através do uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva. Instrumentos que auxiliam na busca da independência e qualidade de vida dos sujeitos envolvidos favorecem o seu desenvolvimento, facilitam sua interação com o meio e auxiliam os cuidadores nas atividades cotidianas.

Dessa forma, detecta-se a importância do terapeuta ocupacional, pois ele identifica o comprometimento motor que poderá influenciar o desempenho ocupacional satisfatório através de avaliações específicas. De uma forma criativa e utilizando recursos de baixo custo financeiro, esse profissional realiza adaptações que facilitam o desenvolvimento motor, contribuiu para a aquisição da independência e colabora para a sua inserção social.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Coordenadoria Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. **Comitê de ajudas técnicas**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/comite\\_at.asp](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/comite_at.asp)>. Acesso em: 27 set. 2010.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. **Terapia ocupacional reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.

LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. DO. Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. **Rev. Neurociência**, v. 12, n. 1, 2004. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dneuro/.../paralisia\\_cerebral.htm](http://www.unifesp.br/dneuro/.../paralisia_cerebral.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2010.

LEVITT, S. **O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor**. São Paulo: Manole Ltda, 2001.

LIMA, C. L. A.; FONSECA, L. F. **Paralisia cerebral, neurologia, ortopedia, reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 2004.

MANCINI, M. C. **Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI)**: Manual da versão brasileira. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia ocupacional**: capacidades práticas para as disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: Roca, 2004.

PARHAN, D.; FAZIO, L. S. **A recreação na terapia ocupacional pediátrica**. São Paulo: Santos, 2002.

PIOVESANA, A. M. S. G. Encefalopatia crônica, paralisia cerebral. In: FONSECA, L. F.; PIANETTI, G. Xavier C. C. (Org.). **Compêndio de neurologia infantil**. MEDSI, 2002.

ROCHA, E. F. **Reabilitação de pessoas com deficiência**. São Paulo: Roca, 2006.

TEIXEIRA, E. **Terapia ocupacional na reabilitação física**. São Paulo - SP: Roca Ltda, 2003.

XAVIER, C.; NOCE, T.; MELO, R. Paralisia cerebral diagnóstico diferencial. In: LIMA, C. L. A.; FONSECA, L. F. (Org.). **Paralisia cerebral, neurologia, ortopedia, reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2004.

ZERBINATO, L.; MAKITA, L.; ZERLOTI, P. Paralisia Cerebral. In: TEIXEIRA, E. et al. (Org.). **Terapia ocupacional na reabilitação física**. São Paulo: Roca, 2003.





# DEPRESSÃO EM RELIGIOSOS: EXISTE INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE?

*Carine Ribeiro Baldicera, Michele Neves Pinto Trindade  
e Samanta Vitt Martellet*

## RESUMO

O presente artigo intitulado: "Depressão em religiosos: Existe influência da religiosidade e espiritualidade?", é o trabalho final de graduação (TFG), do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA. No artigo propôs-se investigar o índice de depressão em religiosos palotinos e franciscanas na cidade de Santa Maria, RS, Brasil. O público-alvo foram padres, irmãos e seminaristas palotinos de Santa Maria e as irmãs franciscanas. Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: Inventário de Depressão de BECK e a Escala de Religiosidade de Duke. Participaram da pesquisa 35 religiosos, sendo utilizada a metodologia quantitativa. Observou-se que o cultivo da fé faz bem à saúde e ajuda a manter o equilíbrio e também a ter uma melhor qualidade de vida. Assim, entende-se como fundamental a contribuição da Terapia Ocupacional nesse processo, pois rezar, orar, meditar ou silenciar são atividades diárias dos religiosos e religiosas, e a partir desta pesquisa, obtiveram-se respostas significativas quanto ao fato de a fé ajudar a administrar o tempo com atividades relevantes na sua rotina diária.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional. Cotidiano. Devoção.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), a depressão atinge 121 milhões de pessoas do mundo, e no Brasil, estima-se que cerca de 17 milhões de brasileiros tenham essa doença. São inúmeros os estudos no Brasil e no exterior que relacionam menor índice de depressão e de outras doenças mentais em pessoas religiosas ou em pessoas que, de alguma maneira, desenvolvem a espiritualidade. A partir dessas considerações, surgiu o interesse em pesquisar o índice de depressão em religiosos palotinos e franciscanas da cidade de Santa Maria, RS, Brasil, e, ainda, investigar os possíveis motivos que levam os religiosos a não desenvolver depressão e, também, verificar se a espiritualidade tem influência nos índices de depressão.

A depressão já atinge uma a cada dez pessoas no mundo. Recentemente, a Organização Mundial da Saúde classificou a depressão como uma das doenças que mais causam incapacidade e a previsão é de que, em algum momento, um a cada cinco de nós venhamos a desenvolver a doença. Atualmente, tem aumentado, de forma significativa, o número de pessoas que procuram tratamentos médicos, psiquiátricos e psicológicos em busca de ajuda para tratar sintomas de depressão.

As causas que levam uma pessoa a desenvolver depressão ainda são objeto de estudo, entretanto especula-se que fatores biopsicossocioespirituais sejam os reais desencadeantes da doença. Assim, não há distinção entre as pessoas, abrangendo todas as classes econômicas, todos os tipos de crença, sexo, raças e culturas.

Mas, quais os fatores podem estar por trás do surgimento de um quadro que tem se tornado cada vez mais grave do ponto de vista da saúde e bem-estar do indivíduo? Quais fatores podem colaborar para desencadear um quadro depressivo? O que pode proteger uma pessoa em relação a não vir a ter depressão?

Sabe-se que existem pesquisas de relevância no Brasil e no exterior que evidenciam a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde física e mental. Estudos sugerem que crer em Deus ou em algo transcendente provoca reações no organismo, assim como desenvolver a espiritualidade traz benefícios para a saúde das pessoas.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Hoje em dia, o bem-estar espiritual é instrumento da avaliação do estado de saúde junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais, segundo a proposta da Organização Mundial da Saúde. No Brasil, Dalgarrondo (2008) pontua que, desde a virada do século XIX para XX, vários autores vêm estudando a religiosidade e suas relações com o sofrimento individual e os transtornos mentais.

Koenig (2005) traz que, em uma pesquisa realizada em 2001, na cidade de Nova Iorque, abordou-se a relação entre a prática religiosa com os sintomas depressivos entre 1.855 adultos (40% judeus, 47% católicos). Os pesquisadores concluíram que os judeus estavam mais propensos a fazer consultas na área de saúde mental, usavam mais drogas psicotrópicas e estavam 75% mais propensos a ter depressão. A prática religiosa foi associada a menor depressão entre católicos. A porcentagem de pessoas que não frequentavam nenhum serviço religioso era alta, tanto nas pessoas afetadas por períodos de depressão como nas pessoas que sofriam de depressão persistente.

Em outra pesquisa relevante realizada nos Estados Unidos por Hummer (1999), investigou-se o envolvimento religioso e a mortalidade. O estudo durou nove anos e com uma amostra de 21.204 adultos de todas as idades. Este estudo afirma que pessoas que não frequentavam serviços religiosos viviam, em média, 55 anos além dos 20 anos, comparados com 62 anos para aqueles que os frequentavam uma vez por semana ou mais.

Editada pelo médico e cientista Alexander Moreira-Almeida, a Revista de Psiquiatria Clínica, no ano de 2007, publicou uma edição

inteira abordando a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Nesse fascículo, reuniu os mais importantes artigos do Brasil e do mundo escritos pelos mais conceituados estudiosos na área.

Koenig (2005) relata que há uma estreita relação entre vazio existencial e a depressão. O médico cardiologista paulista e também escritor, Roque Savoli, em seu segundo livro chamado *Depressão – onde está Deus?* relata uma pesquisa realizada há alguns anos na França, ressaltando que 89% das pessoas consultadas admitiam que o homem necessita de algo pelo qual possa viver e 61% afirmaram que havia algo em suas vidas por quem estariam disposto a dar a vida. Isto demonstra claramente que a maioria das pessoas busca dar um sentido maior a sua existência.

De acordo com a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento (OMS, 2000, p. 117-118), define-se depressão como:

Rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição de atividades cotidianas. Apresenta alterações da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição de concentração associadas à fadiga. Observam-se problemas no sono e diminuição do apetite. O humor depressivo pode ser acompanhado por sintomas somáticos como perda de peso e libido, agitação e lentidão psicomotora.

Para o líder espiritual tibetano, Dalai Lama (2000), no livro "A arte da felicidade", a dimensão espiritual de cada pessoa pode estar diretamente ligada a sua crença religiosa, mas há um outro nível de espiritualidade ao qual denominamos de Espiritualidade Básica. Este entendimento se baseia no quanto podemos possuir de qualidades humanas fundamentais, tais como bondade, benevolência, compaixão e interesse pelo outro, sem estarmos necessariamente ligados a alguma religião.

Em sua tese de doutorado, o psiquiatra responsável pelo ambulatório de neuropsiquiatria geriátrica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, Dr. Flávio Xavier (2003), investigou como os idosos definem qualidade de vida. Para a população de idosos, moradora da cidade de Veranópolis, Rio Grande do Sul, qualidade de vida positiva era interpretada como possuir uma renda familiar mínima, suficiente para viver bem, ter uma vida social e uma relação familiar saudável, além disso, para muitas dessas pessoas, a espiritualidade é tida como um fator dos mais determinantes da boa qualidade de vida.

Girardi (2010) nos traz que, nesses últimos anos, a dimensão psicológica e psiquiátrica da depressão tem recebido uma atenção especial, não basta somente orar para sair da depressão, mas é preciso considerar a pessoa na sua dimensão integral. O caminho espiritual é sempre de grande ajuda, mas não podemos deixar de lado a situação psíquico-afetiva em que a pessoa se encontra.

Segundo descreve Koenig (2005), os estudos em populações variadas identificaram algumas relações entre religiosidade e depressão, aproximadamente, cem estudos foram realizados, incluindo 22 estudos de acompanhamento e oito testes clínicos. Dentre eles, dois terços (65%) de estudos observacionais encontraram baixas taxas de transtorno depressivo ou menos sintomas depressivos naqueles mais religiosos, e 68% dos estudos mostraram que quanto maior a religiosidade, menor a depressão. Também estes apontam boa recuperação e apresentam satisfação em viver.

Para entender melhor o objeto de estudo da pesquisa, irmãs franciscanas, padres, irmãos e seminaristas palotinos, de Santa Maria, RS, abordar-se-á sobre a história dos fundadores das duas Congregações citadas.

Conforme Carisma Franciscano (2011), São Francisco de Assis nasceu na cidade de Assis, na Itália, em 1182. No outono de 1205, enquanto rezava ouviu o chamado de Jesus. Deu início a sua vida religiosa, unindo-se à Irmã Pobreza. Em 1224, no Monte Alverne, nos Apeninos, apareceram-lhe no corpo as cinco chagas de Cristo,

no fenômeno denominado “estigmatização”. Foi canonizado dois anos após sua morte.

Segundo Gialdi e Teixeira (2000), a Congregação das Irmãs da Penitência e Caridade Cristã, pequena simples e pobre, surgiu como resposta à necessidade emergente da época: educação de crianças e jovens. Foi criada, em 1835, por Catarina Daemen, que nasceu em Ohé-em-Laak, Holanda.

Stawicki (2007) traz que Vicente Pallotti nasceu em 21 de abril de 1795, em Roma. Em 1818, foi ordenado sacerdote na Basílica de Latrão por D. Frattini. Em 1835, inicia oficialmente a Pia Sociedade do Apostolado Católico com um pequeno grupo de colaboradores. Porém, em 22 de janeiro de 1850, Pallotti morre durante a noite. No dia 22 de janeiro de 1950, Pallotti foi beatificado por Pio XII, e sua canonização foi em 20 de janeiro de 1963, tornando-se então fundador dos padres e irmãos palotinos.

## **Materiais e Métodos**

Na presente pesquisa, adota-se a metodologia quantitativa, a qual, segundo Moreira (2002), caracteriza-se por trabalhar com dados numéricos, descrevendo variáveis quanto suas tendências centrais ou de dispersão e a possibilidade de generalização.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – Unifra, a qual apresenta o nº 1246, Comitê de ética em pesquisa - CONEP/MS registro CEP/UNIFRA: 411.2010.2. A pesquisa contou com 35 participantes, dos seguintes lugares: Centro Universitário Franciscano/UNIFRA - Bairro Centro; Paróquia Nossa Senhora das Dores - Bairro Dores; Faculdade Palotina/FAPAS - Bairro Patronato; Igreja Nossa Senhora da Glória - Bairro Camobi; Paróquia Santo Antônio – Bairro Patronato; Colégio Máximo Palotino - Bairro Cerrito, Casa Provincial, Província Nossa Senhora Conquistadora - Bairro Dores, todos no município de Santa Maria, RS.

Em um primeiro momento, entrou-se em contato com os responsáveis pelas duas instituições, a fim de receber autorização para realização da pesquisa.

Foram entregues 40 questionários, destes, 35 foram respondidos e de 5 não se obteve resposta. A amostra contou com quarenta participantes (n=40), entre eles: padres, irmãos, diáconos, seminaristas palotinos e irmãs franciscanas, ligadas à instituição Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, a partir dos vinte e um anos de idade, todos residentes da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul - Brasil.

Para coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro foi o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* – BDI). Este, segundo Beck et al. (1961), consiste em um questionário de autorrelato, com 21 itens de múltipla escolha, validado e traduzido em diversos idiomas, em vários países, incluindo sintomas e condutas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de zero a três. Nos itens, são levantados questionamentos quanto à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, pensamentos suicidas, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, distorção da imagem corporal, desânimo no trabalho, distúrbios de sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupações somáticas e diminuição da libido.

O segundo instrumento é a escala DUREL. Moreira-Almeida (2008) traz que Koenig publicou a mesma em 2005. Na escala, apresenta-se versão em português de uma breve escala de religiosidade que se tem mostrado muito útil em outras pesquisas, a *Duke Religious Index* (DUREL). A DUREL possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam a desfechos em saúde: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).

Os dois primeiros itens abordam RO, RNO e o último refere-se a RI, os quais foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social.

No período do mês de abril de 2011, foram distribuídos os questionários e no início do mês de maio de 2011 os questionários foram resgatados. Um fator que dificultou a coleta foi o de encontrar os padres em suas paróquias, pois durante o dia estavam ocupados em suas atividades e alguns se encontravam fora da cidade. Para os participantes que não eram encontrados deixava-se recado ou enviavam-se mensagens eletrônicas, e-mail, dos quais sempre se recebeu retorno. Isso facilitou o encontro entre pesquisadora e colaborador, ao entregar o material, já se combinava uma data para recolher. Outros casos aguardou-se o retorno à cidade, Santa Maria, e então o questionário foi respondido.

No total foram distribuídos 40 questionários, dos quais 35 foram respondidos, alguns retornaram em branco, outros dois não foram devolvidos à pesquisadora; entrou-se em contato com estes participantes, porém não se obteve sucesso. Assim, encerrou-se a pesquisa com o que havia recebido: 35 respondidos, 2 não entregaram e 3 entregaram em branco. Durante essas visitas, a pesquisadora conversou com cada participante, exceto dois. Foi uma experiência muito interessante, pois todos foram atenciosos e demonstraram empenho e respeito pelo trabalho, foram solícitos em ajudar no que fosse preciso.

## **Resultados e Discussões**

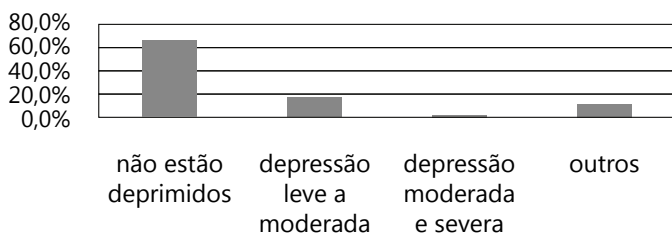
Em um primeiro momento, fez-se análise dos resultados obtidos a partir do Inventário de Depressão de Beck e, após, uma discussão sobre a Escala de Religiosidade de Durel, contextualizado com a intervenção terapêutica da Terapia Ocupacional.

No período de abril a maio de 2011, realizou-se a coleta de dados, a amostra da pesquisa contou com 40 participantes (n=40), incluindo irmãs franciscanas e padres palotinos e seminaristas. Na análise dos resultados, concluiu-se que: (67,5 %) dos participantes não estão deprimidos (n=27); (17,5 %) dos participantes apresentam depressão leve a moderada (n=7), (2,5 %) dos



participantes apresentam depressão moderada e severa (n=1); em (12,5 %), considerou-se outros, uma vez que 2 não entregaram e 3 estavam em branco, totalizando um (n=5).

**Tabela 1** - Resultado da análise do Inventário de Beck.



Um dos objetivos da Terapia Ocupacional é promover a Saúde Mental, o que implica adaptar e equilibrar as tensões presentes na comunidade, evitando que haja rompimento dos mecanismos de interação considerados adequados. A enfermidade passou a ser detectada mediante noção de crise, entendida como indicador do rompimento do equilíbrio, como momento de desajustamento social. A intervenção deveria ocorrer nos momentos que antecederiam a crise, a fim de evitar a eclosão da enfermidade (DE CARLO, 2001, p. 69).

A partir da pesquisa, evidenciou-se que mais da metade dos participantes, 60%, não se encontram deprimidos, levando-se em conta que a tristeza é algo normal na vida dos seres humanos, porém alguns indivíduos não conseguem administrar suas emoções e deixam-se levar pela tristeza que brota de suas almas, perdendo muitas vezes o sentido de viver. Nesta amostra, fica claro que os religiosos possuem um maior autoconhecimento das suas emoções, pois na sua vocação religiosa elaboram, trabalham questões relacionadas ao autoconhecimento.

Na Bíblia (2010, p. 1318), também se encontra uma definição sobre o sofrimento humano, relacionado à depressão: “Minha alma está numa tristeza de morte” (Mt 26,38) o próprio evangelho refere-se aos problemas da alma, as tristezas uma “tristeza mortal”, o que corrobora, muitas vezes para que o sujeito abandone-se. Segundo Catalan (2001), o ser humano desiste de viver, mas por quê? Falta amor? Será que a depressão nasce de uma falta de amor, olhando-se o contexto freudiano “no fundo nada mais é que o amor insatisfeito”. Parece ser esse o nó do problema? No momento da dor, precisa-se de alguém sobre quem depositar nosso fardo como fez Cristo com Simão Cirineu.

A pesquisa aponta uma religiosidade de identidade cristã, a qual se mostra coerente e fiel na sua fé, na qual os religiosos e religiosas optaram pela sua vocação e demonstram coerência com o ideal de vida escolhido.

Na história da Terapia Ocupacional, encontram-se registros que, desde a Antiguidade, entre gregos e romanos, acreditava-se que o trabalho, as artes e o artesanato poderiam curar aqueles que estivessem “possuídos pelo demônio” e a todos os doentes eram oferecidas ocupações com o objetivo de manter o ambiente tranquilo e também para favorecer o contato com os “deuses”. Dessa forma, a Terapia Ocupacional, enquanto área do conhecimento e prática de saúde, interessa-se pela atividade humana e busca entender as relações que esse homem, em sua atividade, estabelece com sua condição de vida e saúde.

Na Terapia Ocupacional, o objeto de estudo é a ocupação humana, seu cotidiano, sua rotina e na vida religiosa pesquisada, percebe-se que a oração, meditação, estudo, leitura e partilha estão inseridas, incondicionalmente, na rotina desse público, possivelmente, acarretando o baixo nível de depressão.

De acordo com o dicionário Aurélio básico da Língua Portuguesa (1998), ressaltam-se alguns conceitos referentes ao objeto de estudo da Terapia Ocupacional tais como:

Atividade (latim *activitas*, -atis, significação activa! [do verbo]) s. f.1. Qualidade do que é ativo!. ≠ INATIVIDADE! 2. Faculdade de exercer a ação!. 3. Exercício ou aplicação dessa capacidade (ex.: atividade física). 4. Fig. Prontidão, rapidez. 5. Fig. Vigor, energia. ≠ INATIVIDADE!, INÉRCIA 6. Ocupação profissional. = PROFISSÃO 7. Realização de uma função ou operação específica (ex.: atividade industrial). 8. Funcionamento, laboração (ex.: a fábrica já não está em atividade). 9. Fenômeno ou processo natural (ex.: atividade sísmica) (p. 70).

Cotidiano (latim *quotidianus*, -a, -um) adj 1. De todos os dias; que acontece diariamente. = DIÁRIO 2. Que é muito comum ou banal. s. m. 3. Conjunto das ações! praticadas todos os dias e que constituem uma rotina. = DIA A DIA 4. O que acontece todos os dias (p. 184).

Rotina (francês *routine*, de *route*, caminho) s. f.1. Caminho já trilhado ou sabido. = ROTINEIRA 2. Prática constante, em geral. = COSTUME, ROTINEIRA 3. Hábito de fazer uma coisa sempre do mesmo modo. = ROTINEIRA 4. Índole conservadora ou oposta ao progresso. = CONSERVADORISMO ≠ INOVAÇÃO 5. Sequência de instruções ou de etapas na realização de uma tarefa ou atividade (p. 578).

A partir desses conceitos, pode-se obter um melhor entendimento sobre o objeto de estudo da Terapia Ocupacional e entender as práticas diárias dos religiosos, pois estes possuem seu trabalho e não descuidam do hábito da oração.

A escala de Durel possui cinco itens que captam três dimensões da religiosidade que mais se relacionam à saúde.

A primeira questão trata da religiosidade organizacional, a qual diz respeito à participação em atividades religiosas em grupos, sendo que esta possui duas alternativas variantes, questões 1 a 6, onde se verifica que os religiosos vão ao templo mais de uma vez por semana  $n=31$  (77,5%) ou uma vez por semana  $n=2$  (5%), mas as demais não foram respondidas  $n=2$  (5%).

Na segunda questão, interpreta-se a religiosidade não organizacional, a qual se refere à frequência de atividades religiosas

individuais n=13 (32,5%), meditam e rezam mais de uma vez ao dia e n=17 (42,5%) fazem-no diariamente, e o restante das respostas totaliza-se n=2 (5%) e n=1 (2,5%).

As três últimas dizem respeito à religiosidade intrínseca. A partir das respostas, n=23 (57,5%) sentem a presença de Deus como verdade em sua vida, e n= 10 (25%), em geral, consideram a presença de Deus como verdade em suas vidas, e n=2 (5%) nenhuma resposta.

Na quarta questão, os religiosos respondem sobre suas crenças ou experiências religiosas, n=19 (47,5%) acreditam realmente que suas crenças religiosas estão por trás da sua maneira de viver; alternativa 2 n=14 (35%), geralmente a sua crença está na sua maneira de viver e para finalizar a alternativa 4 n= 1 (2,5%), nenhuma resposta n=1 (2,5%).

Na análise da última questão, que se refere à vivência da religião em todos os aspectos de suas vidas, os participantes responderam que é totalmente verdade o esforço para viver a religião em todos os aspectos da vida, n=19 (47,5%), em geral, é verdade viver a sua religião em todos os aspectos da vida, a alternativa 1 com n=14 (35%) e, para finalizar, a alternativa 4 com n=1 (2,5%) e nenhuma resposta n=1 (2,5%).

Entende-se que:

O fato de decidirem-se com mais conhecimento de si mesmo e do mundo do trabalho traz uma motivação e um interesse muito maior pela atividade a ser desenvolvida. Em geral esse tempo gasto para pensar e refletir proporciona um amadurecimento maior do jovem em relação a si mesmo e à escolha realizada (SOARES, 2002, p. 29).

No total da amostra, a religiosidade teve um efeito positivo em relação ao equilíbrio entre fé e razão, pois se sabe que ambos são necessários para se ter uma boa qualidade de vida e saúde física e mental. Na literatura atual, encontra-se um novo vocábulo o *Co-*

*ping* (enfrentamento) religioso. Tal vocábulo pode significar lidar, manejar, adaptar-se ou enfrentar algo. Trata-se de um processo de interação estressante que exceda os recursos do indivíduo. Quando as pessoas utilizam-se da sua fé para enfrentar as situações difíceis e angustiantes, as quais também podem ser chamadas de resiliência, um termo originário das ciências físicas e significa a capacidade de alguns materiais de resistir pressão e choque.

Fleck et al. (2009) referem que estudos atuais realizados em diferentes países ocidentais registram que a depressão é um transtorno frequente e sua prevalência anual, na população em geral, varia de 3 a 11%. Uma outra pesquisa, realizada em 14 países, mostra a prevalência acima de 10% da população com casos de depressão. Nos resultados da população em geral, leigos mostram que: a depressão é mais frequente em mulheres; a depressão é um transtorno crônico e recorrente; e é um transtorno incapacitante e ainda pouco diagnosticado pelo médico não psiquiatra.

Frankl (2008, p. 100) afirma que,

quem conhece as estreitas relações existentes entre o estado emocional de uma pessoa e as condições de imunidade do organismo, compreenderá os efeitos fatais que poderá ter a súbita entrega ao desespero e ao desânimo.

Segundo Koenig (2005), os instrumentos usados para mensurar a espiritualidade, atualmente, avaliam-na em termos de crenças e práticas religiosas, de boa saúde mental e de valores humanos. De acordo com tal abordagem, a definição da espiritualidade, giraria em torno do significado e propósito de vida, conectividade social, tranquilidade, harmonia, bem-estar, contentamento e conforto. Gratidão, capacidade de perdoar, autodisciplina e outros valores humanos positivos. Do mesmo modo, seriam aceitos como indicadores de espiritualidade, ou seja, como de um ser humano mentalmente sadio.

Percebe-se que o assunto depressão é atual, porém com poucos subsídios de tratamento alternativo, escuta, atividades, trabalhos manuais, organização da rotina, prevalecendo o uso de medicação. Comparando-se a amostra pesquisada com os dados da população em geral, verifica-se que o índice de depressão dos religiosos é menor do que o restante da população. A religião e a espiritualidade são atividades humanas que satisfazem o ser humano e dão sentido à vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A depressão é uma doença comum nos dias atuais, a qual traz consequências negativas na vida do indivíduo, no seu desempenho funcional e também nas relações interpessoais.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que a depressão também atinge religiosos, entretanto, quando comparados com a população geral, esse índice é inferior. Esses dados corroboram como estudos anteriores que evidenciam a influência positiva da religião na saúde mental.

Os religiosos que colaboraram com este estudo possuem como atividade diária a oração, o estudo, a leitura, a meditação, a partilha, e a caridade. Esse aspecto aponta para a possibilidade da inserção da atividade religiosa no cotidiano dos indivíduos, assim como a prática da meditação e oração contribuem para o bom estado mental, uma vez que essa rotina também afasta essa população de maus hábitos.

O profissional da Terapia Ocupacional e outros profissionais da área da saúde devem abordar, na prática clínica, as questões que norteiam a fé em todos seus aspectos. Por ser um profissional que trabalha com uma visão holística do ser e está apto a organizar ou reorganizar o cotidiano do paciente, considerando sua crença, explorando essas habilidades, em seu favor como forma de fortalecê-lo e que, a partir disso, encontre formas de superar suas dificuldades e assim encontrar um sentido para sua vida.

Por fim, os resultados deste estudo demonstram que a fé beneficia as condições de saúde mental, diminuindo os índices de depressão em religiosos, bem como a prática religiosa diária, independentemente da religião professada no cotidiano do sujeito e fortalece a autoestima, a socialização, assim como a prática da oração ou meditação reforçam as condições de saúde mental dos indivíduos. A busca do sentido da vida, por meio de uma devoção religiosa, beneficia corpo, mente e alma.

## REFERÊNCIAS

AURÉLIO, **Dicionário Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1998.

BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, 4:53-63, 1961.

BÍBLIA SAGRADA. 191. ed. São Paulo, Editora: Ave-Maria, 2010.

CATALAN, Jean-François. **Depressão e vida espiritual**. São Paulo: Paulinas, 2001.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. v. 1. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE CARLO, M. M. R. DO P.; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil**, São Paulo: Plexus, 2001.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 31, (Supl I), 2009.

FRANCISCANO, Carisma. **São Francisco de Assis...irmão Sol**. Disponível em: <<http://carisma.franciscano.zip.net/São Francisco de Assis/>>. Acesso em: 21 maio 2011.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 52. ed. São Leopoldo: Sinodal, Petrópolis: Vozes, 2008.

GIALDI, Frei Silvestre; TEIXEIRA, Frei Celso Mario. **Perfil Franciscano**: 500 anos de presença no Brasil. Petrópolis, RJ: FFB, 2000.

GIRARDI, Pe. Agenor. **A depressão e a espiritualidade**. Porto Alegre: Rainha dos Apóstolos. Ed. nº. 1026, Ano 87, p. 30-31. out. 2010.

HUMMER, R. A. et al. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**, n. 36, p. 273-285. 1999.

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: Por quê, quando como e o quê. São Paulo: Editora Jornalística Ltda, 2005.

LAMA, D. **A arte da felicidade**. Tradução Waldéa Barcellos. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

MOREIRA, D. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 2002. p. 152.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

SOARES, D. H. P. **A escolha profissional do jovem ao adulto**. São Paulo: Ed. Summus, 2002.

STAWICKI, Stanislaw, SAC. **A Cooperação, paixão de uma vida**: vida e maneira de viver de Vicente Pallotti (1795-1850), Funda-



dor da União do Apostolado Católico. Tradução Pe. Júlio Endi Akamine, SAC – Santa Maria: Biblos, 2007.

XAVIER, F. et al. A definição dos idosos de Qualidade de vida. **Rev. Psiq. Clín.**, n. 1, p. 31-39, mar. 2003.



# AQUISIÇÃO DE FUNCIONALIDADE NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM INDIVÍDUOS COM LESÃO TRAUMÁTICA DE MEMBRO SUPERIOR

*Flaiane Trojahn Gressler e Lucielem Chequim da Silva*

## RESUMO

Este artigo é resultado do estudo de caso de dois sujeitos acometidos por lesão traumática do membro superior. Foi desenvolvido a partir do Trabalho Final de Graduação do curso de Terapia Ocupacional. Objetivou-se não só identificar os benefícios obtidos por pacientes submetidos a tratamento terapêutico ocupacional após processo cirúrgico decorrente de lesão traumática no membro superior, assim como identificar a demanda de indivíduos com lesão traumática de membro superior atendidos no Hospital São Francisco de Assis, localizado no município de Santa Maria – RS, no ano de 2010. A coleta de dados quantitativos foi realizada no banco de dados do HSFA, e os dados qualitativos, durante as intervenções realizadas no Laboratório de Ensino Prático da UNIFRA e em um consultório de Fisioterapia. As sessões ocorreram de forma individual, semanalmente, com duração de 1 hora cada atendimento, no período de três meses. Os resultados obtidos foram redução e prevenção de rigidez articular, controle efetivo de edema, presença de amplitude de movimento articular ativa, redução da algia. Observa-se a necessidade de inserção do profissional de Terapia Ocupacional na equipe de reabilitação do membro superior na rede hospitalar do município de Santa Maria.

**Palavras-chave:** Lesão traumática. Membro superior. Pós-operatório. Terapia Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

Quando se fala em saúde, o conceito de ausência de enfermidade é o primeiro pensamento que ocorre, mas seu significado vai além de apenas não estar doente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), carta de princípios de 07 de abril de 1948, implicando o reconhecimento do direito e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p. 36).

Baseado nesse princípio e na necessidade do constante aperfeiçoamento dos profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção e especificidades, deu-se o desenvolvimento desta pesquisa. O município de Santa Maria, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, é referência regional no atendimento médico – hospitalar devido ao Hospital Universitário (HUSM), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e demais entidades que prestam atendimento a convênios e particulares. Dessa forma, faz-se necessária a implantação de novos serviços de saúde como subsídio à rede hospitalar.

Este estudo deu-se de forma qualitativa e quantitativa, objetivando verificar o nível funcional no desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD's) adquirido por indivíduos que sofreram lesões traumáticas do membro superior, submetidos a procedimento cirúrgico. Também foi possível identificar a demanda de indivíduos com lesão traumática de membro superior atendidos no Hospital São Francisco de Assis, com sede no município de Santa Maria – RS, o qual abriga o Estágio Curricular do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Da mesma forma, pôde-se analisar a necessidade do uso de dispositivos de tecnologia assistiva no período pós-operatório, como forma de minimizar e/ou prevenir possíveis sequelas no membro afetado; avaliar a possibilidade de potencializar o restabelecimento das

funções perdidas em espaço de tempo reduzido; identificar os benefícios obtidos por pacientes submetidos a tratamento terapêutico ocupacional após processo cirúrgico.

O Hospital citado serviu como base para a coleta dos dados quantitativos presentes na referida pesquisa, estando esse sob nova administração desde dezembro de 2009. A instituição caracteriza-se como hospital geral de pequeno porte e média complexidade. No último ano, período compreendido entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010, prestou 1.299 atendimentos, entre eles cirurgias de membro superior. Cerca de 31,6% desses atendimentos correspondem a cirurgias no membro superior, relacionadas a algum tipo de trauma. Considera-se um dado relevante, já que a referida instituição não possui unidade de pronto atendimento, prestando serviço apenas a conveniados e particulares.

A partir desses dados estudou-se a participação do terapeuta ocupacional no processo de reabilitação de indivíduos que sofreram algum tipo de lesão traumática no membro superior e os ganhos funcionais adquiridos nas atividades de vida diária desses sujeitos, após participarem da pesquisa. O tema abordado ressalta a importância que esse segmento corporal representa. Não é difícil encontrarmos casos de lesão traumática no membro superior onde o indivíduo obteve pobre resultado funcional após ser submetido a procedimentos reconstrutivos, muitas vezes, pois, mesmo tendo atendimento adequado o indivíduo pode apresentar dificuldades e/ou restrições na mobilidade, o que prejudicará seu desempenho, sendo este o foco da atuação do terapeuta ocupacional.

A Terapia Ocupacional não se limita ao tratamento de patologias dos membros superiores, pois sua atuação contempla o ser humano de forma única sem segmentá-lo, independentemente do meio em que está inserido.

Se observarmos o desenvolvimento de um recém-nascido saudável, percebemos que, gradativamente, ele adquire habili-

dades psicomotoras, conforme a complexidade exigida em cada faixa etária necessárias à sobrevivência. Mesmo antes de aprender a deambular, consegue explorar seu corpo e o ambiente externo, segurar objetos, sentar, manter-se em pé segurando em algo, expressar sentimentos através de gestos, entre outros.

Como refere Ferrigno (2007), o nosso corpo é sensível aos prazeres e sofrimentos, pois ao mesmo tempo em que é o produto, constrói as alterações necessárias para a sobrevivência. Nossa anatomia e fisiologia permitem condições para atingirmos objetivos e projetos de vida, desde que as condições ambientais e históricas assim os possibilitem.

Essa relação com o meio proporciona um ambiente de aprendizagem experimentado através das sensações como uma forma de interação entre o interno e o externo. "As relações entre o homem e os objetos e entre os próprios homens estabelecem-se pelas mãos" (FERRIGNO, 2007, p. 20).

Os membros superiores merecem atenção especial, pois como foi referido são responsáveis por executar tarefas como uma simples higienização da face até atividades mais complexas como esculpir alguma peça de decoração ou o trabalho de um relojoeiro que exige precisão. Uma lesão, independente da gravidade, pode interferir no potencial de independência e, consequentemente, na realização das atividades da vida diária. Alguns fatores que podem influenciar o déficit de funcionalidade são: deformidades, ossificações heterotróficas, dor, alteração da sensibilidade (TEIXEIRA, 2003). Durante tarefas simples do cotidiano executamos inúmeros movimentos, repetidas vezes ao longo do dia. É comum não dar tanta importância para movimentos simples como segurar uma caneta, higienizar a face ou até mesmo fazer uma elevação do braço.

Segundo Pedretti (2004, p. 876), "a mão é vital para a função e aparência humanas. Ela realiza flexão, extensão, oposição e preensão milhares de vezes diariamente, permitindo o desem-

penho das atividades necessárias". Para que isso ocorra, é necessário que haja equilíbrio no recrutamento dessa musculatura. Quando isso não acontece, algumas estruturas são sobrecarregadas e, conseqüentemente, ocorre o adocimento dessas, restrição nos movimentos e dor. Os indivíduos acometidos por alguma lesão nesse segmento podem ter dificuldades ou impedimento em realizar essas atividades simples e cotidianas. Para desempenhá-las de modo pleno é necessário, de acordo com Pedretti (2004), que os movimentos do membro superior sejam coordenados para a função máxima. O movimento de cada segmento é essencial para as atividades diárias, sendo o punho a articulação-chave da posição da função. A esse mesmo segmento também podemos atribuir outras tarefas.

Pedretti (2004) menciona que a mão toca, conforta e expressa emoções, assim como pode ser considerada como uma extensão do cérebro: fisiológica, psicológica e esteticamente. "A mão produz o gesto, é linguagem universal, é a palavra do surdo, é o olhar do cego" (FERRIGNO, 2007, p. 20). Dessa forma, lesões que acometem o membro superior podem comprometer não somente o desempenho das atividades cotidianas, mas a saúde mental, ocupacional e social dos indivíduos lesionados. Mesmo sem especialização, o terapeuta ocupacional é capaz de tratar lesões do membro superior, capacitando o indivíduo para executar as atividades cotidianas com o máximo de independência e autonomia. Segundo Trombly (2005), o terapeuta ocupacional tem conhecimento específico sobre o diagnóstico, as limitações da estrutura ou função física e o impacto que esta pode ter nas atividades diárias. Além disso, possui capacitação para avaliar e tratar pessoas com disfunção funcional.

Assim, este estudo vem como oportunidade de ampliação do campo de atuação do profissional de Terapia Ocupacional na região central do estado do RS, bem como de alternativa de tratamento pré e pós-operatório para casos de cirurgias recons-

trutivas decorrentes de lesão traumática no membro superior. Isso porque se sabe que no município de Santa Maria – RS, ainda não se dispõe de serviços terapêuticos ocupacionais nessa área, ficando muitas vezes os indivíduos lesionados sem atendimento direcionado e adequado. Por isso, leva mais tempo para o restabelecimento de sua funcionalidade. Quanto mais tardia for essa recuperação, o risco do aparecimento de sequelas aumenta, tornando o indivíduo mais dependente na execução de suas atividades da vida diária (AVDs).

## **Metodologia**

A pesquisa foi desenvolvida pela acadêmica do nono semestre do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano sob supervisão da professora orientadora. Este estudo possui características quantitativas e qualitativas. A pesquisa quantitativa busca identificar e manipular variáveis que determinam a relação causa-efeito (MARTINS, 2010). A pesquisa qualitativa, através das intervenções, permite ao pesquisador elaborar conhecimentos científicos, buscando compreender o objeto em determinado aspecto da realidade de seu contexto (MARTINS, 2010; GOLDIM, 2000; FLICK, 2009).

Os dados quantitativos foram coletados através da análise do banco de dados do hospital investigado, após a autorização do setor administrativo. Com isso, foi possível contabilizar a demanda atendida, na instituição, de casos em que houve lesão traumática do membro superior submetidos a procedimentos cirúrgicos, no período compreendido entre janeiro a dezembro de 2010. Para Goldim (2000), a pesquisa quantitativa verifica o efeito de intervenções realizadas sobre a realidade, contribuindo para o aprimoramento da qualidade da pesquisa em saúde.

Já os dados qualitativos foram coletados através da triagem com pacientes encaminhados ao Laboratório de Ensino Prático



do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA e também a um consultório de Fisioterapia, localizado no município de Formigueiro/RS. Após identificação da demanda, foram selecionados os candidatos participantes. Dos quatro indivíduos que foram encaminhados, somente dois pacientes adequaram-se aos objetivos da pesquisa, ambos do sexo masculino, com 48 e 58 anos, acometidos por lesão com objeto perfuro cortante.

Os pacientes foram entrevistados e avaliados, funcionalmente, antes e depois do processo de reabilitação Terapêutica Ocupacional. A adesão à pesquisa se deu mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Além da avaliação física/funcional detalhada utilizou-se outra, baseada na Medida de Independência Funcional (MIF), a qual é um instrumento de análise que tem o objetivo de quantificar a carga de cuidados demandada por uma pessoa para realizar as tarefas da vida diária (RIBERTO, 2004). Com os sujeitos da pesquisa foram realizados estudos de caso individual. O número de intervenções restringiu-se à disponibilidade dos indivíduos pesquisados, sendo realizada uma sessão semanal, com duração de uma hora cada, no período de três meses. Os atendimentos foram realizados no Laboratório de Ensino Prático do Centro Universitário Franciscano e no consultório de Fisioterapia, localizado no município de Formigueiro/RS.

## **Apresentação dos Casos**

### **Sujeito A:**

Paciente A, 58 anos, destro, sexo masculino, agricultor, sofreu lesão por objeto perfuro cortante na face ventral, zona anatomocirúrgica III, no membro superior direito, possuindo como sequelas: fratura da 5ª metacarpofalangiana, amputação do 2º quirodáctilo, subluxação das articulações metacarpofalangia-

nas do 3° e 4° quirodáctilos, lesão dos nervos mediano e ulnar, ruptura dos flexores do 2° ao 5° quirodáctilo. Foi submetido a três procedimentos cirúrgicos. Em um primeiro momento, osteossíntese do 5° metacarpo utilizando fio de Kirschner. Quatro meses após foi realizada a tenorrafia e neurorrafia, posteriormente tenólise dos flexores, sendo essas realizadas pelo mesmo cirurgião. O encaminhamento do sujeito A e o início das intervenções terapêuticas ocupacionais ocorreram posteriormente à retirada dos pontos. De acordo com a primeira avaliação físico/funcional, o sujeito A apresentou edema, rigidez articular em flexão das metacarpofalangianas, interfalangianas proximais e interfalangianas distais do 3° ao 5° quirodáctilos, com ausência de amplitude de movimento (ADM) ativo nessas, conforme a tabela 1; parestesia a partir da zona III; e algia ao manipular o membro afetado.

Para melhor visualizar o grau de lesão, seguem imagens radiográficas feitas na data do evento.



**Figura 1** - Exame radiográfico do membro superior direito – vista anteroposterior.

A seguir as figuras 2 e 2.1 demonstram o grau máximo dos movimentos de flexão e extensão ativos solicitados durante a triagem.



**Figura 2** - Flexão máxima pós tenólise.



**Figura 2.1** - Extensão máxima pós tenólise.

## Sujeito B:

Paciente *B*, 48 anos, destro, sexo masculino, trabalhador de uma cooperativa de grãos da região de Santa Maria/RS, sofreu lesão corto contuso na face ventral do membro superior esquerdo, zona III, possuindo como sequelas: amputação do polegar, nível articular metacarpofalangiana e ruptura dos tendões flexores do 2º quirodáctilo, lesão do nervo mediano com parestesia a partir da zona III. Foi submetido a duas cirurgias reconstitutivas: inicialmente, ocorreu reimplante do 1º quirodáctilo e seis meses depois, tenorrafia, sendo que esta foi apenas do flexor profundo do 2º quirodáctilo e neurorrafia. O último procedimento cirúrgico teve o acompanhamento da pesquisadora.

A seguir, as figuras 3 e 3.1 ilustram momento do teste funcional durante a triagem.



**Figura 3** - Flexão máxima antes da tenorrafia.



**Figura 3.1** - Extensão máxima antes da tenorrafia.

Durante as intervenções com os sujeitos A e B, foram utilizados diversos recursos, dentre eles, massagem local, crioterapia, termoterapia, mobilização ativa e passiva, dessensibilização, cinesioterapia, tratamento de rigidez articular, tratamento e cuidados cicatriciais, confecção de órteses progressivas (somente sujeito A) e prescrição de exercícios para realização no ambiente doméstico. Para Schtt e Bengtson (2002), todas essas técnicas somadas irão prevenir e reduzir o edema, ajudar na cicatrização dos tecidos, aliviar a dor, permitir o relaxamento da musculatura, prevenir o uso incorreto ou o próprio desuso, evitar que as articulações fiquem rígidas e desenvolver novamente as funções motoras e sensitivas.

A formação de aderência restritiva que limita a excursão tendinosa é frequente, apesar dos avanços feitos na cirurgia e reabilitação do tendão flexor. "A aderência ocorre quando a superfície do tendão é danificada, seja pela lesão original ou pela manipulação cirúrgica" (FREITAS, 2006, p. 185).

Em ambos os casos, a lesão ocorreu na zona III, o que, segundo Sobania (2000), aumenta a possibilidade de melhores resultados.

Ao total ocorreram 13 intervenções terapêuticas ocupacionais com ambos os sujeitos. Como o sujeito A fora encaminhado após tenólise, não foi possível ter maiores informações sobre o protocolo utilizado pelo cirurgião, mesmo após algumas tentativas de estabelecer contato com ele. Já o sujeito B passou por novo procedimento cirúrgico durante a pesquisa, pois foi possível a ele realizar duas intervenções pré-operatórias. O programa de reabilitação de ambos os sujeito baseou-se na aplicação do método de Kleinert-Duran.

## **Discussão dos Resultados**

De acordo com os dados quantitativos coletados através do banco de dados do Hospital São Francisco de Assis (HSFA), referentes ao ano de 2010, foram prestados 1.299 atendimentos. Desses, 31% foram relacionados a algum tipo de procedimento cirúrgico envolvendo o membro superior. Surpreendentemente, 51,3% dos casos foram em indivíduos do sexo feminino e 48,7% em indivíduos do sexo masculino. Esses dados vão de encontro à experiência clínica, que relata que o homem está mais suscetível a situações de risco no trabalho, no trânsito e também a casos de violência urbana. Assim, estaria mais propenso a sofrer acidentes na mão (FONSECA, 2006).

O relatório quantitativo dos dados fornecido pelo HSFA foi agrupado com base no diagnóstico declarado nos prontuários, classificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10. Os atendimentos relacionados à lesão no membro superior foram descritos da seguinte forma: fraturas no membro superior-29,2%; trauma de tendão-14,6%; luxação e entorse-4,8%; amputação-2,5%; trauma do ombro e braço-2,5%; trauma de nervo-2,5%; lesão do ombro-5%; síndrome do manguito rotador-26,8%; síndrome do túnel do carpo-4,8%; queimadura-4,8% e ferimentos de membro superior-2,5%. Essas lesões acometeram 2,4% dos indivíduos com idade  $\leq$  20 anos, 14,6% com idades entre 21 e 40 anos; 41,5%

com idades entre 41 e 60 anos e 41,5% com idades entre 61 e 80 anos. Esse é outro dado interessante que contraria a estatística, pois se estima que haja maior incidência de indivíduos lesionados com idades entre 20 e 40 anos por estarem em idade produtiva, o que, dependendo da atividade laboral, aumentaria as chances de ocorrência e lesões por trauma.

Ao longo do estudo foi possível observar dois estágios distintos na fase de reabilitação pós-operatória. Em ambos os casos, houve preocupação com a possibilidade de formação de aderências. O programa de mobilização precoce pós-operatória de Kleinert-Duran, o qual é referenciado em bibliografias conceituadas e direcionadas à reabilitação de extremidades do membro superior, contribui para a obtenção de resultados favoráveis na reabilitação.

Para um bom resultado funcional, alguns fatores como o tempo da lesão do processo de reconstrução, o encaminhamento para a reabilitação e o controle efetivo do edema podem ser determinantes para a aquisição da funcionalidade, pois o edema representa uma reação inflamatória, resultante de uma perturbação no equilíbrio da pressão normal de filtração capilar (CHAVES; ARAÚJO; BRANDÃO, 2008) o que acaba prejudicando o movimento durante a execução das atividades diárias. Outro fator considerável é a presença da dor, um problema comum na reabilitação, podendo causar atitude protetora e excessiva do membro lesado e descoordenação do padrão motor (SCHUTT; BENGTSON, 2002).

O sujeito A foi encaminhado ao atendimento terapêutico ocupacional após o procedimento de tenólise realizado um ano depois de ser acometido pela lesão. Os resultados obtidos pelo sujeito A podem ser evidenciados através da mensuração goniométrica da amplitude do movimento articular (ADM) ativa das articulações metacarpofalangianas do 3º, 4º e 5º quirodáctilos nos movimentos de flexão e extensão onde houve ganho significativo superior a 10º, redução do quadro algíco e ausência de edema. Nas demais articulações, não houve alteração devido à presença de rigidez articular, assim como também não houve alteração nos quesitos, força, tipos de pinças nem melhorias na funcionalidade, nas ativi-

dades de vida diária. A seguir, na tabela 1, demonstra-se o comparativo da mensuração goniométrica da ADM entre as articulações do membro superior esquerdo e direito. As demais articulações não constam na tabela, pois não houve progresso.

**Tabela 1** - Evolução da ADM do sujeito A.

Mensuração das metacarpofalanganias					
3° MCF					
MSE			MSD		
Movimento	Inicial	Final	Movimento	Inicial	Final
F	DN	DN	F	12°	20°
E	DN	DN	E	10°	12°
4° MCF					
MSE			MSD		
Movimento	Inicial	Final	Movimento	Inicial	Final
F	DN	DN	F	12°	47,5°
E	DN	DN	E	5°	17,5°
5° MCF					
MSE			MSD		
Movimento	Inicial	Final	Movimento	Inicial	Final
F	DN	DN	F	25°	55°
E	DN	DN	E	5°	12°

Já o sujeito B foi encaminhado à triagem sete meses depois da data do evento e duas semanas antes da cirurgia de tenorrafia e neurorrafia. Foi-lhe possível realizar duas intervenções pré-operatórias e acompanhamento da cirurgia. Os resultados obtidos pelo sujeito B podem ser confirmados através da mensuração goniométrica da ADM ativa da articulação metacarpofalanganiana do 2° quirodáctilo no movimento de flexão ativa, onde houve ganho de 40°, assim como redução do quadro algíco e redução do edema no pós-operatório. O 1° quirodáctilo encontra-se em



fase de reabilitação pré-operatória, a fim de atingir as condições ideais para a cirurgia reconstrutiva. A seguir, a tabela contendo o comparativo da ADM entre as articulações do membro superior esquerdo e direito. As demais articulações ainda não apresentam evolução mensurável, pois o músculo flexor profundo possui força insuficiente para a realização do movimento completo de flexão nas articulações IFP e IFD.

**Tabela 2** - Evolução da ADM do sujeito B.

Mensuração das metacarpofalanganias					
2° MCF					
MSE			MSD		
Movimento	Inicial	Final	Movimento	Inicial	Final
F	0°	40°	F	DN	DN
E	DN	DN	E	DN	DN
IFP					
MSE			MSD		
Movimento	Inicial	Final	Movimento	Inicial	Final
F	0°	0°	F	DN	DN
E	DN	DN	E	DN	DN
IFD					
MSE			MSD		
Movimento	Inicial	Final	Movimento	Inicial	Final
F	0°	0°	F	DN	DN
E	DN	DN	E	DN	DN

Acredita-se que devido ao reduzido tempo disponibilizado para a pesquisa, a partir da aprovação do Comitê de Ética da instituição, ainda é muito cedo para apresentar dados referentes ao desempenho ocupacional dos sujeitos em questão. Portanto, as intervenções terapêuticas ocupacionais priorizaram a prevenção da aderência dos tendões e a melhoria da amplitude

de movimento ativa. Isso porque, de acordo com Boscheinem-Morrin (2002, p. 42), referindo-se ao protocolo de Kleinert-Duran, "os três primeiros meses são substanciais para o ganho de amplitude ativa, sendo que ganhos adicionais ocorrem por volta dos 12 a 18 meses seguintes".

O objetivo de verificar a aquisição de funcionalidade adquirida pelos sujeitos pesquisados ainda não foi atingido, pois mesmo melhorando o quadro clínico desses, não houve alteração no desempenho das atividades de vida diária. Para que o objetivo geral da pesquisa seja verificado, é necessário continuar com as intervenções terapêuticas ocupacionais, cumprindo com o protocolo ou até que os ganhos funcionais sejam mensuráveis, a fim de avaliar os reais benefícios obtidos pelos sujeitos da pesquisa nas atividades de vida diária.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os objetivos conquistados até o momento estão previstos no protocolo utilizado pela pesquisadora. Alguns fatores como o tempo necessário para atingir os objetivos propostos foram insuficientes, mas possibilitaram a redução e controle eficiente do edema pós-cirúrgico. Também houve ganho significativo de ADM ativa, mesmo sendo insuficiente para o desempenho funcional satisfatório nas AVDs. Foi reduzido consideravelmente o aparecimento da rigidez articular, assim como houve diminuição do quadro algico.

Com isso, no presente artigo, apresenta-se o profissional de Terapia ocupacional na reabilitação de casos de lesão traumática do membro superior aos demais profissionais da área da saúde. Seus conhecimentos e técnicas são voltados para o tratamento de disfunções ocupacionais na realização das atividades da vida diária. Mesmo sendo regulamentada há 42 anos, a Terapia Ocupacional ainda é pouco conhecida na região central do estado do Rio Grande do Sul, mas isso vem sendo modificado através de relatos dos usuários beneficiados por esse serviço.

Portanto, neste estudo sugere-se a inserção do profissional de Terapia Ocupacional na equipe de reabilitação de membro superior dos hospitais da região de Santa Maria/RS como alternativa a complementar o trabalho do médico cirurgião. Com essa parceria e um trabalho integrado pode-se potencializar o resultado funcional de sujeitos acometidos por esse tipo de lesão e promover o retorno às atividades cotidianas em espaço de tempo reduzido, compatível com o grau de lesão. Da mesma forma, ser o profissional indicado para a manutenção da amplitude do movimento articular no período pré-operatório, preparando o sujeito para o procedimento de reparação, assim contribuindo para a obtenção de resultados funcionais mais eficientes.

## REFERÊNCIAS

BOSCHEINEN-MORRIN, J.; DAVEY, V.; CONOLLY, W. B. **A mão: Bases da Terapia**. 2. ed. Barueri. SP: Ed. Manole, 2002.

CHAVES, M. E. A.; ARAÚJO, A. R.; BRANDÃO, P. F. O papel da crioterapia na inflamação e edema. **Revista: Fisioterapia Brasil**. Minas Gerais, v. 9, n. 2, p. 130-134, maio/abr., 2008. Disponível em: <<http://www.atlanticaeditora.com.br/>>. Acesso em: 08 jun. 2011.

FERRIGNO, I. S. V. **Terapia da Mão**. São Paulo: Ed. Santos Ltda., 2007.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, N. C. R. et al. Traumas da mão: estudo retrospectivo. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, v. 41, n. 5, p. 181-186, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.rbo.org.br/>>. Acesso em: 09 jun. 2011.

FREITAS, P. P. **Reabilitação da Mão**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

LUFT, C. P. **Minidicionário de Língua Portuguesa**. 13. ed. Rio Grande do Sul: Ed. Ática, 1997.

MARTINS, R. B. **Metodologia científica**. Curitiba, Juruá, 1. ed. (2004), 5ª reimpressão, 2010.

PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para Disfunções Físicas**. Tradução Lúcia S. F. de Mello e Claudio A. Roch et al. Revisão científica Ângela G. Marx. São Paulo: Roca, 2004.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **ACTA FISIATRICA**, v. 11, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br>>. Acesso em: 02 nov. 2010.

SCHUTT, A. H.; BENGTON, K. A. Reabilitação da mão. In: DE LISA, J. A.; GANS, B. M. (Org.). **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática**. Tradução Cristina Uras Breternitz. São Paulo: Manole, 2002.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis, Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007, ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

SOBANIA, L. C.; LITE, V. M. Lesões dos flexores. In PARDINI, A. G. (Ed.). **Traumatismos da mão**. Rio de Janeiro: Medsi, p. 317-350, 2000.

TEIXEIRA, E. et al. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, 2003.

TROMBLY, C. A.; RANDOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 5. ed. São Paulo: Ed. Santos Ltda, 2005.



# **SOBRECARGA DOS CUIDADORES SIGNIFICANTES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES VINCULADOS AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE SANTA MARIA-RS**

*Dayane Oliveira Durlo e Vanessa Medeiros Pinto*

## **RESUMO**

Estudos apontam que o ato de cuidar pode gerar sobrecarga no cuidador significativo, haja vista que nem sempre esta pessoa possui o devido preparo físico, mental, emocional e até mesmo financeiro para desempenhar tal tarefa. Por isso, neste artigo, apresenta-se a análise da sobrecarga vivenciada pelos cuidadores significantes de crianças e adolescentes com transtornos mentais (TM) vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial. A partir de uma entrevista aberta semiestruturada, realizada com seis participantes, que abordou a compreensão sobre TM, identificação dos fatores que interferem no cotidiano dos cuidadores, determinação dos tipos de sobrecarga que os cuidadores estão submetidos e reflexão sobre a possível contribuição da Terapia Ocupacional para esta população. O material foi submetido à análise qualitativa, havendo estruturação em categorias temáticas, indicando os resultados obtidos. Os resultados comprovam que os cuidadores significantes sofrem diferentes tipos de sobrecarga, necessitando-se, portanto, de tratamento específico para essa população.

**Palavras-chave:** Cuidadores. Transtornos mentais. Sobrecarga.

## INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compõem um dos tipos de serviços substitutivos em saúde mental, que surgiram a partir da reforma psiquiátrica e das políticas de desinstitucionalização cuja premissa básica era de substituir o modelo de tratamento hospitalocêntrico.

Esses serviços atendem a pessoas com transtornos mentais através de uma abordagem voltada à reabilitação psicossocial, evitando muitas vezes uma internação em unidade psiquiátrica e, com isso, a responsabilidade passa a ser do cuidador significativo e não mais apenas da instituição e/ou profissionais da saúde envolvidos.

Os transtornos mentais atingem aspectos psíquicos, emocionais e até mesmo físicos, tornando assim, o paciente dependente de um cuidado maior por parte do seu cuidador significativo. Será utilizado o termo cuidador significativo, pois este referencia àquele cuidador que mantém algum laço afetivo e que faz parte das relações sociais do indivíduo cuidado.

Esse cuidado excessivo e sem o devido preparo pode gerar grande impacto na estrutura familiar, alterando sua dinâmica, haja vista que esses transtornos comprometem a vida social, a saúde, as finanças, o desempenho profissional, a rotina, o cotidiano e outros infinitos fatores da vida dos cuidadores. O espectro de comprometimento na vida das pessoas que cuidam rotineiramente do indivíduo com transtorno mental difere de um cuidador a outro, dependendo da relação estabelecida, da cultura, do entendimento sobre o transtorno, e isso constitui a experiência da sobrecarga vivenciada.

Em virtude dessa situação, surge o intuito de se realizar um estudo que busque analisar a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores significantes de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Para tanto, procura-se investigar a percepção dos cuidadores significantes acerca do transtorno mental, identificar os fatores que interferem no cotidiano dos cuidadores,



determinar quais tipos de sobrecargas os cuidadores estão submetidos e refletir sobre a possível contribuição da Terapia Ocupacional para essa população.

A intenção desta pesquisa foi contribuir positivamente para a atenção voltada aos cuidadores em questão, bem como com os profissionais que vierem a interessar-se pelo tema versado. Além disso, salienta-se a necessidade de maior número de publicações que tratem do assunto sob a ótica da Terapia Ocupacional.

Este estudo tem como tema: cuidadores e sobrecarga, e como delimitação, discutir a respeito da sobrecarga vivenciada por cuidadores significantes de crianças e adolescentes com transtorno mental através do olhar da Terapia Ocupacional, nesta questão, tendo como problema: qual a sobrecarga a que estão submetidos os cuidadores significantes de crianças e adolescentes com transtornos mentais?

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Transtornos Mentais (TM) em Crianças e Adolescentes:**

No final da década de 70, inicia, no Brasil, a reforma psiquiátrica, que tem a pretensão básica de alterar a forma de tratamento clínico de pessoas com transtornos mentais, substituindo, de maneira gradual, as internações por tratamentos que possibilitem a integração do doente na comunidade.

Segundo Valladares (2004, p. 78), a reforma psiquiátrica se reflete em:

Um processo contínuo de reflexões e transformações das maneiras de se lidar com a loucura, com a diferença e com o sofrimento mental, mudanças essas que ocorrem ao mesmo tempo nas áreas assistências, culturais e conceituais.

Referem-se, sobretudo, às transformações nas relações que a sociedade, ou sujeitos e as instituições estabelecem para a superação do estigma, da segregação e desqualificação do doente mental, tentando construir um "imaginário social", diferentemente do que existiu ao longo dos anos, que enfocava a periculosidade, a irrecuperabilidade e a incompreensão da pessoa portadora de doença mental.

Nessa perspectiva, de substituição dos manicômios, surgem serviços ambulatoriais de saúde mental e centros de atendimento extra-hospitalar como residenciais terapêuticos, NAPS (núcleo de atenção psicossocial), CAPS (centro de atenção psicossocial), entre outros.

Conforme o Ministério da Saúde (2010),

o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

De acordo com Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial devem "realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes" (BRASIL, 2004, p. 125).

O termo “transtorno” é usado para referir-se a um grupo de sinais e sintomas ou comportamentos, clinicamente identificáveis, associado, na maior parte dos casos, a sofrimento e interferência nas funções pessoais.

Os transtornos mentais e de comportamento são descritos na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) entre a codificação F00- F99, sendo que os transtornos específicos da infância e adolescência estão nos blocos F80- F89 (transtornos do desenvolvimento psicológico) e F90- F98 (transtornos emocionais e de comportamento com início na infância e adolescência).

De acordo com Kaplan (1992, p. 1),

os transtornos mentais são patologias com manifestações psicológicas ou comportamentais associadas a comprometimento do desempenho devido a perturbações biológicas, sociais, psicológicas, genéticas, físicas ou químicas.

Entre as patologias classificadas como transtornos mentais, estão diagnósticos como: demência, esquizofrenia, retardo mental, autismo, transtorno de ansiedade, dependência química, entre outros.

Independentemente do transtorno mental, o fato é que a maioria das pessoas que apresentam problemas mentais, principalmente crianças e adolescentes, necessitam incessantemente de atenção, vigilância, orientação, enfim, cuidados por parte do seu responsável.

Pode-se dizer que o ato de cuidar faz parte do cuidado humano, porém “é permeado, muitas, vezes, por um despreparo psicológico e emocional que gera, em várias ocasiões, conflito, insatisfação, insegurança e desespero no cuidador” (COSTENARO; LACERDA, 2001, p. 34).

Considerando isso, percebe-se que os cuidadores significantes, que não apresentam conhecimentos e preparo necessários, podem

apresentar experiências de sobrecarga, e que estas, por sua vez, precisam ser vistas e tratadas por profissionais competentes.

Alude-se ao cuidador significante como sendo aquele

encontrado na pessoa do familiar, do amigo, do vizinho, do colega, do compadre e outros que, de alguma forma, apresentam-se como aqueles que compõem a rede social de relações básicas do indivíduo que está sendo cuidado (COSTENARO; LACERDA, 2001, p. 33).

Para Martins, apud Costenaro e Lacerda (2001, p. 33), “significante é a pessoa expressiva, que apresenta o ponto de apoio, que participa, conhece, informa e se expressa responsável pela situação”.

Normalmente, o cuidador é tido como base, alicerce, ponto de apoio do seu dependente e não são raras as vezes que a sua situação física, psíquica e emocional não é questionada ou ponderada, fazendo com que este ser cuidador se desestruture, se desgaste, se sobrecarregue por cuidar do outro de maneira contínua.

O nível de estresse vivenciado pelo cuidador, bem como “o nível de comprometimento produzido pelo transtorno mental pode ser avaliado a partir do fato de ter atingido a autonomia e independência da pessoa enferma” (ROSA, 2003, p. 291). Reporta-se aqui à autonomia como sendo a faculdade que a pessoa tem de governar-se e autodeterminar o desempenho de suas atividades. Já independência, de acordo com Jacobs (2006, p. 55), refere-se à capacidade de “possuir recursos adequados para executar as tarefas diárias”.

Sendo assim, quanto menos autonomia e independência o enfermo possui, mais será solicitado o provimento de cuidados e, conseqüentemente, maior será a sobrecarga experimentada pelo cuidador.

Entretanto, sabe-se que em se tratando de crianças e adolescentes com transtornos mentais, os cuidados exigidos já são ineren-

tes à própria fase de desenvolvimento pela qual estes se encontram, tornando inevitáveis as preocupações por parte de quem cuida.

Contudo, no que diz respeito ao ato de dispensar cuidados constantes, Rosa (2003, p. 297) enfatiza que prover cuidado,

requer inicialmente um mínimo de conhecimento, além de um trabalho intenso na dimensão da aceitação do transtorno mental, de seu manejo sintomatológico e no convencimento do próprio portador de transtorno mental de que precisa de tratamento.

Todavia, sabe-se que nem sempre o cuidador significativo está apto a cuidar, e esse despreparo pode ser gerador da sobrecarga física, emocional ou mental da pessoa responsável pelo paciente em questão.

A pessoa com transtorno mental exige cuidados em suas atividades de vida diária, como: preparar seu alimento, alimentar-se, vestir-se adequadamente, realizar sua higiene pessoal, cuidar do ambiente em que vive, administrar suas medicações, organizar seu tempo, entre outros afazeres diários.

Os terapeutas ocupacionais são de fundamental importância, já que trabalham com déficits físicos, mentais e sociais; com tudo que discute ou ameaça a funcionalidade do homem, para que este não seja excluído da sociedade e, através de atividades específicas, ajudar a alcançarem seu nível máximo de funcionalidade e independência (CARIOLI, 2006).

## **Metodologia**

### **Tipo de pesquisa**

Esta pesquisa caracterizou-se por ser um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, sendo assim deno-

minada por interpretar as respostas/resultados de acordo com a subjetividade dos sujeitos envolvidos.

Segundo Minayo (2002, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos pesquisados”.

## **Campo de pesquisa e população**

O campo investigado foi o Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência do município de Santa Maria-RS (CAPSi), sendo a população pesquisada constituída por 6 cuidadores significantes de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial mencionado.

## **Contatos e critério de seleção**

Inicialmente foi realizada uma visita ao campo de pesquisa, a fim de apresentar a pesquisa e obter o consentimento para sua realização. Após anuência da equipe local, os cuidadores das crianças e adolescentes com transtornos mentais graves vinculados a esse serviço foram indicados pelos profissionais de saúde do local, sendo então escolhidos de forma proposital, levando-se em consideração aqueles que já haviam demonstrado sentir algum tipo de sobrecarga ou estresse.

Conforme Turato (2003, p. 357), na amostragem proposital,

o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais possam trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta.

O contato com esses cuidadores foi realizado via telefone, a fim de marcar dia e horário para a entrevista, informar os objetivos da pesquisa, bem como sua forma de realização.

## **Instrumentos para coleta de dados**

Após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) do Centro Universitário Franciscano-Unifra e autorização para a realização da pesquisa por parte do Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria-RS, foi entregue a cada participante da pesquisa o termo de consentimento, no qual entrevistados receberam todas as informações sobre o estudo.

Após a aceitação e a assinatura do termo, foi realizada a entrevista semiestruturada contendo quatro questões abertas, em que os participantes puderam responder com suas próprias palavras, fornecendo dados objetivos e subjetivos.

As entrevistas foram conduzidas individualmente em uma sala cedida pelo próprio campo de pesquisa, sendo gravadas em aparelho de mp3 e, posteriormente, foram transcritas na íntegra em forma de texto, havendo análise dos dados e, conseqüentemente, obtenção dos resultados.

## **Análise dos dados**

A análise e interpretação dos resultados foram realizadas de acordo com objetivos da pesquisa, em duas fases:

1. Análise Preliminar da Informação: inclui a leitura compreensiva dos textos produzidos nas entrevistas e a seleção dos "segmentos" relevantes do texto.
2. Análise do Conteúdo: compreende a definição de dimensões e categorias de análise definidas nas entrevistas e após a elaboração de matrizes de resultados.

## Considerações éticas

Todas as informações pessoais alcançadas no decorrer da pesquisa foram dirigidas confidencialmente, sendo utilizadas somente para fins de pesquisa, não acarretando em qualquer prejuízo ou dano adicional. Em momento algum o nome das pessoas envolvidas foi mencionado, sendo utilizados somente como via de comunicação entre a pesquisadora e/os participantes.

Este estudo não ofereceu riscos à saúde física ou mental dos participantes, todavia, caso algum participante viesse a sentir-se lesado em decorrência da pesquisa, a pesquisadora se responsabilizaria pelo encaminhamento ao serviço público de saúde pertinente. O entrevistado pôde renunciar da pesquisa a qualquer instante e por qualquer razão, sem que houvesse necessidade de maiores explicações.

## Resultados e Discussões

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos através da pesquisa e as discussões desses, a partir da entrevista aplicada aos cuidadores significantes dos pacientes vinculados ao CAPSi de Santa Maria, RS.

A equipe de saúde que compõe o local da pesquisa indicou oito cuidadores que, possivelmente, ofereceriam dados substanciais a esta pesquisa. Desses, apenas seis participaram da pesquisa, sendo que dois dos cuidadores eram homens e os outros quatro eram mulheres. Isso nos leva a perceber que o ato de cuidar é designado, na maioria dos casos, às mulheres.

Portanto, torna-se oportuno mencionar o que Rosa discorre sobre o assunto:

A maternagem (cuidado de pessoas), embora seja uma condição determinada cultural e ideologicamente às mulheres, é internalizada



por ela durante seu processo de socialização como seu ser. Desta forma, a mulher tende a assumi-la a ponto tal de comprometer sua individualidade, pois, socialmente, amaternagem também foi associada ao despojamento, à renúncia e ao autosacrifício da individualidade feminina (ROSA, 2003, p. 276).

Inicialmente, serão expostos os resultados obtidos em cada questão e na sequência será apresentada a discussão a respeito de cada um, elencando com autores pertinentes ao assunto.

Cabe ressaltar que o presente estudo apresenta uma amostra reduzida e também uma população bastante específica, e, portanto, não é possível generalizar os dados obtidos durante a pesquisa.

Salienta-se que os participantes foram identificados como: cuidador 1 (C1), cuidador 2 (C2), cuidador 3 (C3), cuidador 4 (C4), cuidador 5 (C5) e cuidador 6 (C6); para que seja mantido o sigilo.

Os resultados foram divididos em quatro categorias, sendo elas: 1. compreensão acerca dos transtornos mentais, 2. fatores que interferem nas atividades do cotidiano do cuidador, 3. sobrecarga a que estão submetidos e 4. sugestões para o serviço de saúde mental.

## **1. Compreensão Acerca dos Transtornos Mentais**

A questão de número um indagou o que os cuidadores entendiam por transtornos mentais (TM). De acordo com Kaplan (1992, p. 1), os

transtornos mentais são patologias com manifestações psicológicas ou comportamentais associadas a comprometimento do desempenho devido a perturbações biológicas, sociais, psicológicas, genéticas, físicas ou químicas.

Nas respostas foi possível observar que todos os seis entrevistados demonstraram dúvidas quando questionados a respeito do conceito de TM, expressando dificuldade em formular uma resposta.

No estudo, dois dos cuidadores não souberam descrever o que são os transtornos mentais, através de falas como:

*Eu não sei o que é. E assim, mais é porque os médicos não dão a orientação certa, não explicam direito pra gente o que é. (C4)*

*Bom, não sei direito o que é. (C6)*

Isso nos leva a perceber que mesmo o cuidador primário, ou seja, aquele que dispensa cuidados rotineiros e participa ativamente da vida do paciente em questão, inclusive no que se refere aos cuidados médicos, não tem um entendimento claro e conciso do que este paciente apresenta.

Os demais entrevistados demonstraram dificuldades ao formular respostas concretas e convergentes:

*Eu falo que não é doença, é considerado um distúrbio, que pode ser ocasionado por várias coisas, por vários fatores.*

*Então eu acho assim, o transtorno mental é um distúrbio, um distúrbio nervoso, um distúrbio emocional, um distúrbio psicológico, um distúrbio psíquico até. (C1)*

Nesse relato, nota-se que o cuidador reconhece o TM como um distúrbio, mas não o classifica como doença. Aparentemente, para esse entrevistado, a palavra “transtorno” é tida com um sentido mais pejorativo e estigmatizante.

*Eu acho que é um problema psiquiátrico né, um problema que precisa ser tratado. (C2)*

Este entrevistado (C2) acredita que os TM devem e podem ser tratados, mas ainda assim não demonstra compreensão coesa no que se refere a esse tema.

*As pessoas me falam que é doente da cabeça ... só que pra mim é uma falha na cabeça. (C3)*

Já na fala deste entrevistado (C3), pode-se perceber a falta de erudição que ele apresenta pelo assunto, apesar da tentativa de formular uma resposta adequada, observa-se que o cuidador é leigo a respeito dos TM, não apresentando uma boa compreensão sobre a pergunta.

*Eu acho que a pessoa tem problema assim, de saúde. (C5)*

A resposta de C5 é apresentada de maneira muito vaga, sendo que o TM, neste caso, foi atribuído apenas à saúde, mas não esclarece claramente o que é um TM.

Considera-se que a falta de conhecimento acerca da patologia apresentada por quem dispensa cuidados, bem como seus sintomas e manejos adequados, pode implicar diretamente na qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, no estresse causado naquele que cuida.

Ainda durante esta questão, foi questionado se os entrevistados acreditavam que a criança/adolescente pelo qual são responsáveis apresentava TM.

Salienta-se que todos os pacientes, pelo qual os entrevistados em questão são responsáveis, estão vinculados e recebem atendimento em um centro de reabilitação psicossocial (CAPS) e, de acordo com Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial devem "realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes" (BRASIL, 2004, p. 125).

Considerando que psicossocial é um termo relativo a interações interpessoais e sociais que influenciam comportamento e

desenvolvimento (JACOBS, 2006, p. 80), as crianças e/ou adolescentes que frequentam este centro de atenção para atendimento, apresentam alguma alteração psicológica ou comportamental, tendo assim algum tipo de TM.

Apesar disso, nem todos os participantes da pesquisa acreditam que os pacientes tenham TM. Talvez isso se deva à falta de consciência ou noção do que essa criança ou adolescente apresenta.

*[...] não considero que a S. tenha transtorno mental, eu não considero isso de jeito nenhum. (C1)*

*Ah, eu não digo que seja mental, eu imagino que ele tenha um transtorno em alguma parte do cérebro... (C4)*

No relato de C4, ainda se percebe que a palavra “mental” é atribuída como algo demasiadamente nocivo, sendo que o entrevistado, provavelmente, desconhece o verdadeiro sentido desse termo.

Contudo, três cuidadores significantes, C2, C5 e C6, admitem que o paciente, pelo qual se responsabilizam, tenha transtorno mental.

*Eu acho que é um transtorno mental sim. (C2)*

*Olha, eu logo no começo achava que não era. É, hoje em dia acho que sim, mas eu acho que é mais por causa da medicação, ela não era assim. (C5)*

Nesse relevante relato de C5, obtemos a resposta de que o cuidador acredita que a paciente tenha TM. Contudo, é interessante ressaltar que este cuidador, na questão anterior, não soube responder o que é um TM. Talvez essa crença se deva ao fato de o cuidador ter escutado falar que a criança tem algum transtorno, e não que ele de fato pense nessa possibilidade.

*Acho que ele deve ter um transtorno mental, porque tem dias que ele ta bem e outros dias ele começa a derrubar as coisas, atirar coisas sabe, eu acho que aquilo é um transtorno. (C6)*

A fala acima nos leva a perceber que o entrevistado sente-se confuso em relação ao TM e aos sinais que o paciente apresenta, já que nesta questão respondeu que acha que acriança/adolescente tem TM, e, no entanto, na questão anteriormente respondida, C6 não soube responder o que seria TM. Apenas um dos participantes não tem certeza da resposta.

*Eu não sei dizer direito. (C3)*

Possivelmente essa dúvida seja ainda um reflexo da falta de informação e compreensão sobre o que realmente é uma pessoa com transtorno mental.

Alguns dos cuidadores tentam até mesmo justificar o fato de seu paciente ter algum problema que o difere dos outros, conferindo isto a algum fato ocorrido. Neste tipo de atitude o cuidador remete a culpa a si próprio ou a algum fator que ele acredita ser o desencadeante do transtorno.

*Talvez aconteceu algum deslocamento, alguma dificuldade, porque eu não pude dar a assistência necessária... não pude acompanhar o desenvolvimento dela... talvez de eu não ter o acompanhamento necessário... o que aconteceu faça muita falta hoje p/ a S., mas ela não tem um transtorno mental. (C1)*

No decorrer desse discurso, C1 demonstrou que crê que a sua ausência, em fase importante da vida da paciente, fez com que ela desenvolvesse o TM. Possivelmente este entrevistado se sinta culpado pelo que a paciente apresenta.

*E eu pra mim quando foi que ela ficou mais do jeito que ela ta foi quando ela tomou a medicação. (C5)*

Nessa fala, verificamos que o entrevistado acaba culpabilizando a medicação como fator desencadeador do transtorno ocorrido com a criança.

Apresentar uma explicação para os sintomas que o paciente apresenta pode ser uma maneira de facilitar a aceitação desse fato, que acaba por diferenciar a criança/adolescente do demais.

## **2. Fatores que Interferem nas Atividades do Cotidiano do Cuidador Significante**

A pergunta de número dois foi referente aos fatores, relacionados ao paciente, que interferem nas atividades de cotidiano e/ou rotina do cuidador significativo em decorrência do cuidado que o paciente necessitava. Nesse contexto, cotidiano é o conjunto de atividades singulares, particulares de cada pessoa. "A singularidade do sujeito se manifesta na práxis cotidiana, isto é, na concretude da vida cotidiana" (GALHEIGO apud CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

Já o conceito de rotina é tido como sendo aquelas atividades que fazemos todos os dias, de maneira quase que automática e que é comum a todas as pessoas.

Nas respostas relacionadas a esta questão, foi possível constatar que o fator que mais limita o cuidador de realizar suas atividades é a dependência apresentada pelo paciente. A independência, de acordo com Jacobs (2006, p. 55), refere-se à capacidade de "possuir recursos adequados para executar as tarefas diárias".

Isso foi citado como sendo o que mais interfere no cotidiano e estressa os cuidadores durante o desempenho de suas ocupações diárias, verificável em falas tais como:

*Ele não fica sozinho um segundo sequer. (C4)*

Observa-se que C4 demonstra desejo em ter algum tempo para si e que se sente desconfortável por ter que ficar junto ao paciente em tempo integral.

*[...] a gente ensina a lavar as roupas dela, ela não lava, ela amontoa, ela coloca fora pra não lavar, deixa encardida... Eu acho que adolescente tem que cuidar das suas coisas (C5)*

No relato de C5 fica nítida a vontade que o cuidador tem de que a paciente desempenhe suas tarefas diárias de maneira independente e, com isso, venha a depender menos dos cuidados prestados.

*... aí ele me pede água, ele me pede isso, ele me pede aquele outro..." (C6)*

Torna-se interessante destacar que o papel do terapeuta ocupacional é justamente tornar o indivíduo o mais autônomo e independente possível, ou seja, fazer com que o seu paciente seja menos subordinado aos cuidados de outrem.

Outros dois entrevistados atribuíram interferência nas suas atividades devido ao comportamento dos pacientes. Os comportamentos são as ações desempenhadas pelo indivíduo, passíveis de observação (WHITE; FREEMAN, 2003).

*Às vezes a gente tem que deslocar pra atender a S., deixa de fazer alguma coisa... ai, eu fico assim bem preocupada porque ela tem umas crises horríveis. (C1)*

O comportamento dos pacientes interfere porque os cuidadores significantes deixam muitas vezes de realizar algumas atividades por estarem na presença da criança/adolescente com TM e isso pode gerar atritos, constrangimentos e nervosismo nos cuidadores significantes.

*O que interfere é o comportamento. (C2)*

*[...] a gente termina sofrendo preconceito também pelo comportamento do filho, porque quem não compreende fala essa mãe não consegue educar, essa mãe não consegue impor limites, a mãe não ta cuidando bem ou essa mãe é omissa que não ta conseguindo agir com o filho. (C2)*

### 3. Sobrecarga a que estão Submetidos os Cuidadores Significantes

Algumas crianças/adolescentes com TM, bem como seus cuidadores, sofrem com o estigma das outras pessoas, que não compreendem a situação. O termo estigma é oriundo do grego e significa "atravessar, fazer uma marca", tendo sido criado para referir-se aos sinais corporais com os quais se procurava evidenciar algo de extraordinário ou ruim na moral do *status* de quem os apresentava (AMP, 1996).

Na questão número três, buscou-se investigar qual é a sobrecarga que os cuidadores significantes acreditam que sofreram ou ainda sofrem, levando em consideração as problemáticas apresentadas devido à constante presença da criança/adolescente com TM.

Ressalta-se que nem sempre a pessoa envolvida tem a real noção de qual área da sua saúde é a mais acometida. Por isso, foram apresentadas alternativas para resposta a esta questão, sendo elas: física, psíquica, emocional, financeira, social, profissional, entre outras.

Essa foi à questão central do estudo, já que é relativa ao objetivo geral proposto na pesquisa. Ficou evidenciado que as sobrecargas mais sentidas pelos participantes da pesquisa foram: emocional, física, financeira e mental.

*Principalmente o emocional, a carga é muito grande, ela às vezes tá naquele momento dela e ela fala coisas muito pesadas pra nós. (C1)*

Este entrevistado, C1, demonstra sobrecarga emocional porque se sente ferido, magoado por não compreender o motivo de a paciente projetar seu nervosismo, sua agressividade.

*E aí eu tenho que te dizer que é todos, tudo é sobrecarga...Interfere num todo, porque quando tu não consegue te relacionar de uma forma normal assim com as pessoas de ir e vir, e tudo tem que ser conforme um planejamento do ano, em relação a trabalho, em relação a até*



*o próprio convívio social mesmo porque tu depende de deixar o filho com tranquilidade ou se leva junto é uma situação bem constrangedora pra gente e para as outras pessoas.. na questão física então tem vezes assim que a gente fica com o corpo todo doído. Mas na verdade envolve todo o tipo de sobrecarga. (C2)*

Na fala do entrevistado C2, observa-se que ele sente-se bastante desconfortável quando está na companhia do paciente com outras pessoas. Além disso, é possível perceber que este cuidador necessitou abdicar de várias coisas em sua vida para poder cuidar de maneira adequada do paciente.

*Ah, é mais no social porque assim, eu não posso conhecer as pessoas com eles... tem que tá sempre pensando aonde que eu vou arrumar dinheiro porque tem vezes que eu tenho faxina, mas como ele levanta muito agitado não dá pra mim ir. (C4)*

O entrevistado C4 relata que há sobrecarga social, porque se sente privado em sair e fazer novas amizades e também sobrecarga financeira, visto que, dependendo do estado em que o paciente se encontra, o cuidador acaba por não poder trabalhar como gostaria, acarretando em problemas financeiros.

*Eu tenho horas que me dá vontade de ficar num lugar assim, deitada, quieta sabe, sem me envolver com ele. (C6)*

Percebe-se que a sobrecarga física ocorre, dependendo muito de qual é o transtorno mental que o paciente apresenta, sendo mais observada quando o paciente age de forma mais agressiva e demanda de força física para sua contenção. É claro que a maioria dos cuidadores não domina técnicas de contenção física a pacientes psiquiátricos; daí a dificuldade em realizar um manejo adequado em situações de crise do paciente.

A questão social também foi citada com bastante evidência, visto que muitos cuidadores significantes enfrentam problemas ao saírem com os pacientes. Alguns sofrem estigma, outros têm medo de agressão contra o paciente e há ainda os que sofrem preconceito da própria família, preferindo então afastar-se dessa, para evitar confrontos maiores.

O estresse mental e/ou emocional também foi colocado com ênfase, pois os cuidadores nos raros momentos em que se distanciam da criança/adolescente permanecem preocupados com a situação, os perigos iminentes e o bem-estar desse paciente.

Também se salienta que os cuidadores são, em sua maioria, as próprias mães dos pacientes, fato que faz com que o cuidado seja dispensado todos os dias e estas pessoas não tem um período para si, para sua individualidade, para espairecer. Isto pode gerar um grande estresse mental e emocional.

#### **4. Sugestões para o Serviço de Saúde Mental**

A última pergunta, a de número quatro, fez alusão ao serviço de saúde mental que os cuidadores já estão recebendo e o que eles gostariam que fosse melhorado. A intenção nesta questão não foi evidenciar possíveis pontos negativos do serviço, mas sim tornar possível a permanência e/ou obtenção de tratamentos adequados à saúde dos cuidadores significantes que frequentam esse local.

Nas respostas de três participantes ficou claramente explícito que eles apreciam o serviço que já vem sendo oferecido, bem como os profissionais que nele atuam. É importante salientar que, em alguns relatos, os entrevistados creem que os profissionais dão o seu melhor, mas fica implícita a ideia de que o serviço pode ser melhor caso haja mais profissionais atuando no local, de acordo com a demanda apresentada.

*O CAPS tem feito o melhor com a equipe que ele tem, com o que o governo tem mandado na questão profissional, porque os profissionais*

*que tem aqui sempre tem melhorado e procurado fazer o impossível para atender a toda a demanda. (C2)*

*Tem uma funcionária aqui que é como se fosse da família. (C3)*

*O que elas podem fazer por nós, elas fazem. (C4)*

Em se tratando dos atendimentos que já estão sendo realizados, os participantes relataram que são feitas reuniões semanais com os familiares, porém poucos comparecem devido ao horário, que não é compatível com aquele que esses familiares levam as crianças/adolescentes. A sugestão, neste caso, é que essas reuniões ocorram concomitantemente, no período em que os pacientes estão sendo atendidos. Logo, deveria haver profissionais para os atendimentos dos pacientes, e algum outro profissional para atender à demanda dos familiares.

*Ela oferecia também acompanhamento em grupos para os familiares, só que eu tinha era a dificuldade nos horários né... agente tinha comentado se não tinha como ter o atendimento quando a gente vinha trazer as crianças pra pessoas não ter que ta vindo. Então a minha sugestão é que quando as crianças estão sendo atendidas a gente tenha o acompanhamento. (C1)*

*Aqui tem psicóloga de grupo, só o problema é o horário. Aí fica ruim, e como é que a gente vai trazer as crianças também. (C4)*

*para os familiares, reunião tem, mas é muito difícil eu vim na reunião. Porque geralmente nas reuniões, como eu te falei, a minha filha trabalha né, e é só com ela que eu posso contar pra deixar o guri, eu não posso deixar com mais ninguém. (C6)*

Com relação às sugestões de melhoria dos serviços, atendimentos e profissionais, foi possível verificar que os cuidadores sentem falta de alguns profissionais que não constam na equipe

local neste momento. Foram pedidos: médico especialista, fonoaudióloga, assistente social e terapeuta ocupacional. O assistente social e o terapeuta ocupacional não foram citados na fala do participante com estes nomes, todavia, foram solicitadas atividades próprias especificamente desses profissionais, conforme será abordado posteriormente.

*[...] a gente sente falta aqui é um psiquiatra, isso aí ta fazendo falta. (C1)*

*[...] a gente ta aguardando, não temos nem médico no momento né, então a gente ta tentando conseguir um médico. (C2)*

*Na prioridade, agora, por exemplo, não tem um médico né. (C6)*

*[...] tem que botar uma pessoa, aquela que vai nas casas(assistente social, foi falado após o termino da gravação). (C3)*

*Um médico em primeiro lugar que nós estamos sem e agora uma "fono", porque ele precisa. (C4)*

*[...] eu só acho assim que aqui tinha que ter umas atividades, pra ela (pcte) no caso, pra aprender mais as coisas né... sei lá, alguma coisa de culinária, alguma coisa (habilidades do terapeuta ocupacional). Então você queria atividades que ajudem no dia a dia? Sim, sim. (C5)*

Tendo em vista que a resolução do CREFITO N°. 316, de 19 de Julho de 2006, resolve:

Artigo 1° - É de exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, no âmbito de sua atuação, avaliar as habilidades funcionais do indivíduo, elaborar a programação terapêutico-ocupacional e executar o treinamento das funções para o desenvolvimento das capacidades de desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais

de Vida Diária (AIVDs) para as áreas comprometidas no desempenho ocupacional, motor, sensorial, perceptivo-cognitivo, mental, emocional, comportamental, funcional, cultural, social e econômico de pacientes.

A Terapia Ocupacional poderia contribuir no tratamento dos pacientes, trabalhando as questões de comportamento e responsabilidade na execução das atividades de vida diária, já que o fator dependência foi o mais citado entre os entrevistados. Tornar o paciente mais independente, além de ser tarefa primordial para o terapeuta ocupacional (TO), pode minimizar a sobrecarga emocional e mental dos cuidadores, sendo então possível atingir dois objetivos concomitantemente.

Além disso, o TO poderia realizar atividades em grupo ou individuais, quando necessário, para esclarecer dúvidas e orientar os cuidadores nas questões sobre TM, bem como aliviar as tensões e sobrecargas apresentadas, para que estes, ao retornarem ao domicílio com o paciente, sintam-se menos desgastados e mais preparados, confiantes e munidos de conhecimentos básicos para proverem cuidados constantes à criança ou ao adolescente pelo qual são responsáveis.

Logo, salienta-se que o trabalho da Terapia Ocupacional, nesta área de conhecimento e neste campo em específico, é de grande importância e que as atividades aqui sugeridas seriam apenas o início de um longo trabalho, sendo que as intenções e contribuições não se esgotam nesta pesquisa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos dados obtidos, da sua análise e discussão, baseando-se nos objetivos propostos, discorre-se acerca de suas conclusões. Cabe lembrar que os objetivos pretendidos foram: analisar a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores significantes

de crianças e adolescentes com transtornos mentais; investigar a percepção dos cuidadores significantes acerca do transtorno mental, identificar os fatores que interferem no cotidiano dos cuidadores, determinar a quais tipos de sobrecargas os cuidadores estão submetidos e refletir sobre a possível contribuição da Terapia Ocupacional para essa população.

A análise dos dados evidenciou, ao contrário do esperado, que não há apenas um tipo específico de sobrecarga que mais se apresenta nos cuidadores significantes, mas prevalecem as sobrecargas do tipo: física, mental, emocional e financeira.

Em relação ao que prejudica as atividades cotidianas dos cuidadores, o fator mais relatado, envolvendo os cuidados que a criança e/ou adolescente requer, foi a dependência, podendo esta estar diretamente relacionada a causa dos desgastes mentais e emocionais supracitados.

Todavia, como já havia sido previsto, os cuidadores, por unanimidade, não sabem o que significa um transtorno mental. Contudo, mesmo esses, que desconhecem o assunto, demonstraram frustração pelo fato de não terem um diagnóstico fechado e também por não receberem informações sólidas a respeito dos que seus pacientes apresentam. Muitos expressaram angústia em não saber e tratam os sintomas sem ao menos estarem cientes para que realmente estavam buscando atendimento especializado.

Sobre o tratamento oferecido no Centro de Atenção Psicossocial frequentado, a maioria demonstrou satisfação e apreço, o que indica que os profissionais que ali executam seu trabalho, fazem-no da melhor maneira possível, dentro das possibilidades. E através das sugestões feitas pelos participantes, foi possível pensar em estratégias para a melhoria dos serviços, principalmente no que se refere à atuação da Terapia Ocupacional com essa clientela.

Visto que até o presente momento não há um profissional terapeuta ocupacional (TO) prestando atendimento no campo pesquisado, teve-se a intenção de explicitar a importância desse

profissional neste local, tanto para atender às crianças/adolescentes com TM, quanto para atender aos cuidadores que os acompanham, que em concordância com estudos anteriores, apresentam-se sobrecarregados por cuidarem incessantemente de crianças e/ou adolescentes com TM.

Com isso, ressalta-se que os objetivos almejados inicialmente na pesquisa foram alcançados, as dúvidas foram esclarecidas e a reflexão acerca da contribuição do terapeuta ocupacional foi apresentada.

## REFERÊNCIAS

ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (AMP). **Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos para la práctica de la psiquiatría**. Anexo: Normas para situaciones específicas. Madrid: WPA; 1996.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar - Ética do Humano**: Compaixão pela Terra. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF, 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **CAPS**. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1)>. Acesso em: 16 jan. 2010.

CARIOLI, A. V. **Psicoterapias**: Abordagens Atuais. Porto Alegre, RS, 2 ed. Artmed S. A., 2006. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/25819/1/caps---centro-de-ateno-psicosocial-/pagina1.html>>. Acesso em: 16 jan. de 2010.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional**: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuidado cuidador?** Santa Maria-RS: Biblioteca do Centro Universitário Franciscano, 2001.

JACOBS, K.; JACOBS, L. **Dicionário de Terapia Ocupacional.** 4. ed., São Paulo: Roca, 2006.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Manual de Psiquiatria Clínica.** Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1992.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 21. ed., Petrópolis: Vozes, 2002.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.** Porto Alegre-RS: Artes Médicas Sul LTDA, 1993.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** São Paulo-SP: Cortez, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VALLADARES, A. C. A. (Org.). **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental.** São Paulo: VETOR, 2004, 78 p.

WHITE, J. R.; FREEMAN, A. S. **Terapia Cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos.** São Paulo: Roca, 2003.



## Minicurrículo dos autores

### **Aline Maria Dalcin Cordeiro**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011).

### **Ana Paula Flores Colpo**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Residência em andamento no Programa de Residência Multiprofissional Integrada (HUSM-UFSM) 2012.

### **Carine Baldicera**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Residência Integrada em Saúde em andamento (Grupo Hospitalar Conceição).

### **Carlos Eduardo Matheis**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Atua no Centro de Reabilitação do Hospital São José - Giruá/RS.

### **Cristiane Wagner**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Residência em andamento no Programa de Residência Multiprofissional Integrada (HUSM-UFSM) 2012.

### **Daniela Bosquerolli Prestes**

Terapeuta Ocupacional graduada pelo Centro Universitário Metodista - IPA (2004); Pós-graduada em Ergonomia pela Universidade Gama Filho (2006). Atualmente é colaboradora da Universidade do Estado de Santa Catarina, atuando principalmente nos seguintes temas: inclusão escolar, tecnologia assistiva, dificuldade de aprendizagem, equoterapia, retirada de emergência, enduro equestre, esporte adaptado e segurança.

### **Daniela Tonús**

Terapeuta Ocupacional - IPA (2004). Docente do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA. Especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2008). Aperfeiçoamento no método Neuroevolutivo Bobath pela Associação Brasileira de Fisioterapia em Neurologia - ABRADIMENE( 2008). Mestre em Reabilitação e Inclusão pelo Centro Universitário Metodista - IPA (2010).

### **Dayane Durlo**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2010). Atualmente atua no estado de Santa Catarina em diversas áreas de conhecimento.

### **Elisandra Pereira Groth**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Residência em andamento no Programa de Residência Multiprofissional Integrada (HUSM-UFSM).

### **Emanuelle Togni**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Residência em Gestão e Atenção Hospitalar em Andamento - UFSM.

### **Fernanda Mello Duarte**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011).

### **Flaiane Trojahn Gressler**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Atua nas APAEs de Três Passos e Tenente Portela/RS.

### **Juliane Paz Schons**

Graduada em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Atua como Terapeuta Ocupacional na Atenção Domiciliar, onde atende crianças, adolescentes, adultos e idosos. Também atua no Centro Interdisciplinar de Atenção à Saúde e ao Bem-estar - INTERAGE.

### **Karen Mírian Lahutte Seeger**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011).

### **Laura Segabinazzi Pacheco**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2009). Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2012). Analista do Seguro Social - Terapeuta Ocupacional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), GEX - Santa Maria/RS atuando no Serviço de Reabilitação Profissional. Docente no curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA.

### **Luana Har Simões**

Terapeuta Ocupacional graduada pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011).

### **Lucielem Chequim da Silva**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2008). Mestre em Design pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Linha de Pesquisa Tecnologia Assistiva e Reabilitação Física. Docente do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano.

### **Michele Neves Pinto Trindade**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2008), especialista em Saúde Mental - RIS/GHC (2010). Mestrado em andamento em Reabilitação e Inclusão pelo Centro Universitário Metodista - IPA . Professora substituta do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), atuando com a Terapia Ocupacional Social e Comunitária.

### **Mônica Siqueira Lemos**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2011). Atua em atendimentos domiciliares.

### **Samanta Vitt Martellet**

Terapeuta Ocupacional - IPA (2002). Especialista em Psicodrama - FFFCMPA (2006). Formação em Terapia Cognitiva e Comportamental - IPQ-USP (2006). Mestre em Teologia - Educação Comunitária EST (2008). Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional - UNIFRA. Docente do Curso de Pós-graduação - Especialização em Saúde Coletiva - UNIFRA.

### **Silvani Vargas Vieira**

Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA (2008). Docente do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA. Especialista em Saúde Coletiva - UNIFRA. Atua na Associação dos Portadores de esclerose múltipla de Santa Maria e região - APEMSMAR.

### **Vanessa Medeiros Pinto**

Mestre em Reabilitação e Inclusão em Instituição Metodista. Graduada em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário Metodista - IPA, em 2005 em Porto Alegre-RS. Docente do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, em Santa Maria-RS. Linha de pesquisa saúde mental, reabilitação, inclusão escolar e social.

### **Vera Lucy Duarte Costa de Barcellos**

Terapeuta Ocupacional graduada pelo Instituto Porto Alegre (IPA) em 1997. Especialista em Reabilitação com Ênfase em Comunitária pelo IPA em 2001. Especialista em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS em 2001. Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA).

“Para ser grande, sê inteiro;  
nada teu exagera ou exclui  
sê todo em cada coisa,  
põe quanto és no mínimo que fazes,  
assim em cada lago, a lua  
toda brilha porque alta vive”

Fernando Pessoa



ISBN 978-85-7909-033-2



9 788579 090332