

VOLUME 2
NÚMERO 2

DEZEMBRO 2015

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE FUNCIONAL

DA PROMOÇÃO DA SAÚDE AO CUIDADO ESPECIALIZADA

A Importância do Fisioterapeuta como Agente Educador de Saúde na Unidade Básica de Saúde da Família

*Sânzja Bezerra Ribeiro, Kellen Regina Prorangaba Lima Florêncio,
Wilson Alexandre Cabral Costa*

Analgesia por Estimulação Elétrica Transcutânea no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca

*Jéssica de Lima Santos, Celina Lumi Kushida, Artur Henrique de Souza,
Giulliano Gardenghi*

ARTIGOS

Centros de Atenção Psicossocial: Cobertura da Microrregião de Cruz das Almas – BA

*Brendo Vitor Nogueira Sousa, Vanêssa Hellen Araújo de Jesus, Marcos Alexandro
Figueredo dos Santos, Ohana Cunha do Nascimento*

Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA

*Gláucia Costa Machado ; Ermyro Thiago Rios do Ouro;
Flávia Pontes Guerra de Santana*

Atuação Fisioterapêutica Na Promoção De Saúde: Prática De Educação Postural Em Crianças Institucionalizadas

*Sânzja Bezerra Ribeiro; Suria Monteiro Bezerra;
Amanda de Lima e Silva Gondim; Wilson Alexandre Cabral Costa*



Faculdade Adventista da Bahia

**Revista Brasileira
De Saúde Funcional**
*Da promoção da saúde
ao cuidado especializado*

Volume 2

Número 1
ISSN: 2358-8691

Dezembro 2015

EQUIPE EDITORIAL

CORPO EDITORIAL

Me. Elenilda Farias de Oliveira, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr. Fabiano Leichsenring Silva, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Me. Dayse Rosa Mota Pinto, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Djeyne Silveira Wagmacker, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Ohana Cunha Nascimento, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Editor administrativo Esp. Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves, Núcleo de Tecnologias Educacionais -
Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

BIBLIOTECÁRIO

Uariton Boaventura, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Dr. Maria Rita Sousa Barbosa, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil. Sr.

Samylla Maira Costa Siqueira, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil

DIAGRAMAÇÃO

Kézia F. Campos

WEBSITE

<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF>

Sumário

Volume 2

Número 2
ISSN: 2358-8691

Dezembro 2015

EDITORIAL

Autoplágio: uma questão a ser discutida <i>Jefferson Petto</i>	4
---	---

ARTIGOS

A Importância do Fisioterapeuta como Agente Educador de Saúde na Unidade Básica de Saúde da Família <i>Sânzia Bezerra Ribeiro, Kellen Regina Proragaba Lima Florêncio, Wilson Alexandre Cabral Costa</i>	5
Analgesia por Estimulação Elétrica Transcutânea no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca <i>Jéssica de Lima Santos, Celina Lumi Kushida, Artur Henrique de Souza, Giuliano Gardenghi</i>	15
Centros de Atenção Psicossocial: Cobertura da Microrregião de Cruz das Almas – BA <i>Brendo Vitor Nogueira Sousa, Vanêssa Hellen Araújo de Jesus, Marcos Alexandro Figueredo dos Santos, Ohana Cunha do Nascimento</i>	24
Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA <i>Gláucia Costa Machado ; Ermyro Thiago Rios do Ouro; Flávia Pontes Guerra de Santana</i>	33
Atuação Fisioterapêutica Na Promoção De Saúde: Prática De Educação Postural Em Crianças Institucionalizadas <i>Sânzia Bezerra Ribeiro; Suria Monteiro Bezerra; Amanda de Lima e Silva Gondim; Wilson Alexandre Cabral Costa</i>	46
Diretrizes Para Autores.....	58

EDITORIAL
REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE FUNCIONAL

Da promoção da saúde ao cuidado especializado

AUTOPLÁGIO: UMA QUESTÃO A SER DISCUTIDA

Recentemente recebi um texto intitulado “Similaridade Textual Acadêmica”¹. O texto aborda um problema cada vez mais recorrente no meio acadêmico e científico – o plágio.

Plágio é definido como a apropriação literal e ilegal de mais de 30% de ideias, processos, resultados ou palavras de outro autor, publicados ou não publicados, sem citação ou consentimento do mesmo². Mas, me chamou a atenção quando o autor se referiu ao autoplágio, ou seja, quando um escritor utiliza ilegalmente suas próprias ideias, frases ou conceitos sem citá-las formalmente². Isso porque, quando um pesquisador publica algo em um livro ou revista científica, aquilo não pertence legalmente a ele, e sim, por direito autoral, à revista ou à editora que o publicou. O fato é que inúmeros pesquisadores e escritores passam anos pesquisando e escrevendo sobre variáveis de um mesmo tema. E como pesquisador posso lhes afirmar: como é difícil escrever um texto sobre o mesmo tema sem cair no autoplágio. A pergunta que ecoa é: como evitar isso? Na área da Medicina Clínica, entre 2008 e 2012, os pesquisadores brasileiros publicaram aproximadamente 35 mil artigos³.

Vivemos em uma época que o volume de publicações é cada vez maior. Evitar o plágio, mesmo sem intenção, parece difícil.

É possível, nesse oceano de frases e ideias, escrever textos totalmente originais destituídos de algum tipo de plágio? Principalmente de um autoplágio? Certamente a comunidade acadêmica e científica deve intensificar as discussões para que o equilíbrio prevaleça e os excessos de um lado e outro da questão não ofusquem o brilho do que realmente é o mais importante – a continuidade da pesquisa científica.

A temática desta publicação “Da promoção da saúde ao cuidado especializado” propõe-nos diversos enfoques no cuidado à saúde, desde a atenção primária da saúde, perpassando pelo cuidado especializado nas áreas de cardiovascular, oncologia e saúde mental. O objetivo deste fascículo é contribuir para o avanço do conhecimento científico nestas áreas supracitadas. Desta forma, dedicamos estes manuscritos aos profissionais e estudantes de todos os cursos da saúde que desejam ser indivíduos ativos, analíticos, criativos, conhecedores e capazes de agir com ética e seriedade no cuidado ao cliente.

Boa Leitura!

JEFFERSON PETTO

Doutor em medicina e saúde humana pela Escola Babiana de Medicina e Saúde Pública; Presidente da Comissão Científica do Departamento de Fisioterapia da Sociedade Brasileira de Cardiologia - BA e professor das Faculdades: Social da Bahia e Adventista da Bahia.

REFERÊNCIAS

1. Werneck AL, Castanhole MMU. Similaridade Textual Acadêmica. Revista Arquivos de Ciências da Saúde. 2015;22(1):7-8.
2. Coury HJCG. Integridade na pesquisa e publicação científica. Rev. bras. fisioter. 2012;16(1):v-vi.
3. <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2014/11/1541834-em-20-anos-pais-vai-de-24-a-13-em-ranking-de-pesquisa.shtml>. Acesso em 14/04/2015.

A IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA COMO AGENTE EDUCADOR DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPIST AS AN AGENT OF HEALTH EDUCATION IN FAMILY HEALTH UNITY

SÂNZIA BEZERRA RIBEIRO^{1#}; KELLEN REGINA PRORANGABA LIMA FLORÊNCIO²;
WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA³

¹*Fisioterapeuta. Professora da Faculdade Adventista da Bahia, FADBA; Mestre em Engenharia da Produção; pós graduada em Reeducação Postural Sensoperceptiva e em Saúde Pública.*

²*Fisioterapeuta. Pós-graduada em saúde Coletiva.*

³*Fisioterapeuta graduando*

[#]*sanziar@gmail.com*

RESUMO: A educação em saúde é um campo de conhecimento e de prática que tem se ocupado em promover a saúde e em atuar na prevenção de doenças. O objetivo deste estudo foi verificar a importância do fisioterapeuta como promotor de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Muritiba (BA). Foi utilizada abordagem qualitativa/quantitativa de tipo transversal, sendo entrevistados dez profissionais de saúde, entre eles: (2) médicos, (2) enfermeiros, (5) técnicos de enfermagem e (1) dentista. Os participantes responderam à pesquisa por meio de questionários semiestruturados, que visou a percepção dos profissionais da UBS sobre a atuação da fisioterapia educadora. O resultado da pesquisa evidenciou que, apesar dos profissionais de saúde da UBS reconhecerem a importância do desenvolvimento da educação em saúde, estas atividades ainda não se constituem como prioridade na atuação da fisioterapia. A cidade possui um fisioterapeuta atuante em todo o município e há a atuação de estagiários em fisioterapia. Concluiu-se que ainda existe uma escassez de profissionais fisioterapeutas contratados pelas UBS e que, para dar conta da demanda, contam com a colaboração dos estagiários de fisioterapia. Também existe desconhecimento pela maior parte dos profissionais da equipe de saúde, quanto às atuações da fisioterapia na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Educação em saúde; Unidade Básica de Saúde da Família.

ABSTRACT: Health education is a field of knowledge and practice which has been dealing in promoting health and in the disease prevention. The aim of this study was to investigate the importance of physiotherapist as a provider of health education in Family Health Unity in the city of Muritiba (BA). It was carried a qualitative/quantitative approach cross-type, being interviewed ten health professionals, among them: (2) physicians, (2) nurses, (5) nursing technicians and (1) dentist. Participants answered the survey through semi-structured questionnaires, which aimed at the perception of professionals from Basic Units of Health (BHU) about the educator physiotherapy's performance. The result of this research showed that although health professionals from BHU recognize the importance of developing health education, these activities does not constitute as a priority in the role of physiotherapy. The city has an active physical therapist throughout the city and there is the work of trainees in physiotherapy too. It was concluded that there is still a shortage of physiotherapists professionals hired by BHU, and to keep up with demand, rely on the collaboration of physical therapy interns. There is also a lack of knowledge by most of the health team professionals with regard to performance of physiotherapy in primary care.

KEY WORDS: Physical Therapy Specialty; Health education; Family Health Unity.

INTRODUÇÃO

Com o avanço das organizações de serviço de saúde, surge um novo desafio para a capacitação de todos os profissionais que atuam no serviço de saúde pública: a capacidade de atuar em programas de educação em saúde. Este é um campo de conhecimento e de prática do setor de saúde que tem se ocupado em promover a saúde e em atuar na prevenção de doenças.¹ Analisando historicamente a educação em saúde no Brasil, observa-se que, durante muito tempo, as questões ligadas ao contexto social, econômico e cultural não eram consideradas; sendo a saúde interpretada como responsabilidade individual.

A educação em saúde é um processo dinâmico, cuja pretensão é que as pessoas considerem a saúde como um valor, incentivando a utilização de serviços dessa área, bem como estimulando as pessoas a conseguirem saúde através de seus próprios esforços e ações. A prática do trabalho educativo ocorre através de modelos didático-pedagógicos sanitários, apresentando três modalidades de aplicação: trabalho individual, trabalho de grupos específicos e trabalho com a comunidade, podendo ser desenvolvidos em locais como: consultórios, escolas, creches, Unidade Básica de Saúde, entre outros.²

Por ser uma profissão recente na área da saúde, a Fisioterapia ainda é conhecida muito superficialmente, predominando a ideia de um paradigma reabilitador; quando não de total desconhecimento, pela maioria da população e por grande parte dos demais profissionais de saúde. A inserção da Fisioterapia na rede pública de saúde vem sofrendo a influência de seu surgimento, pois apresenta sua origem e evolução marcada pela reabilitação.³ No entanto, a formação universitária, como especificada pelo Ministério de Educação (MEC), destaca o fisioterapeuta como um profissional generalista; sendo capaz, portanto, de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, não devendo ficar restrito às ações curativas e reabilitadoras.⁴

Sugere que, para se alcançar um trabalho delimitado pela integralidade, é necessário agregar cinco diferentes pontos à prática profissional: a prevenção, a assistência, a recuperação, a pesquisa e a educação em saúde.⁵ É nessa nova perspectiva de atuação profissional que se insere o fisioterapeuta preventivo, como educador e promotor de saúde.

Todo profissional fisioterapeuta que deseja executar a prática social concreta que representa a educação em saúde – além de obter conhecimento sobre a importância da informação, educação e comunicação na construção da cidadania e dos comportamentos com um trabalho pedagógico que valorize a intercomunicação entre o saber popular e o científico – deve conquistar seu espaço na saúde pública, promovendo atenção específica na sua área, mas também agindo como educador e promotor de ideias e ações que contribuam para o controle de enfermidades.⁶

Por definição, Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Algumas das funções do fisioterapeuta são: a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais; prescrever condutas fisioterapêuticas e acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e das condições para a alta do serviço de saúde. Na atenção básica em saúde, pode participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica

de saúde; pode promover e participar de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde; pode participar do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde e participar de órgãos colegiados de controle em saúde.⁷

Conforme o exposto, esse estudo teve como objetivo verificar a importância do fisioterapeuta como promotor de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Muritiba (BA) e como objetivos específicos discutir as atribuições do fisioterapeuta como promotor de educação em saúde na UBS; descrever as peculiaridades e a eficácia da prevenção primária na Unidade Básica de Saúde; demonstrar a visão dos profissionais de saúde em relação ao fisioterapeuta como promotor de educação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Utilizou-se para o desenvolvimento da pesquisa um método de abordagem transversal de caráter qualitativo/quantitativo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significado, motivações, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.⁸

Realizou-se o presente estudo no município de Muritiba – BA, comunidade localizada a cerca de 114 km de Salvador, que integra a região do recôncavo baiano, e os dados foram coletados no mês de setembro de 2009. Segundo informação da Secretaria de Saúde de Muritiba – BA, o município possui oito Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo quatro na zona rural e quatro na zona urbana. A cidade possui um fisioterapeuta atuante em todo o município, além da atuação de estagiários em fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA). Portanto, duas das unidades da zona urbana são frequentadas duas vezes por semana por estagiários em fisioterapia, e para as outras duas unidades há a visita do fisioterapeuta da cidade uma vez por semana.

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais de saúde que trabalham nas unidades da zona urbana e que aceitaram a participação voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). De todos os questionários aplicados, e que cumpriram os quesitos de inclusão, totalizaram 10 profissionais de saúde: dois (2) médicos, dois (2) enfermeiros, cinco (5) técnicos de enfermagem e um (1) dentista.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FADBA e recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba – BA para a sua realização. Para a execução da coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado e autoaplicado, com um roteiro para a orientação, contendo questões abertas (análise qualitativa) e fechadas. Antes da aplicação do questionário, foi realizado um pré-teste com dois profissionais de saúde, que pertenciam à população estudada. Entrevistados posteriormente sobre as dificuldades encontradas, eles relataram não encontrar dificuldades na sua execução. O questionário consta de perguntas claras e objetivas, procurando direcionar sempre a importância da fisioterapia educadora na visão dos profissionais de saúde na Unidade Básica de Saúde.

Para tratamento dos dados utilizou-se a estatística descritiva exploratória, utilizando o Microsoft Office Excel 2003 com o auxílio de tabelas e gráficos para melhor demonstração dos dados.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O estudo foi composto por 10 profissionais de saúde com idade média de 43,4 anos, sendo 60% do sexo feminino. Quanto à profissão, 20% eram enfermeiros, 50% técnicos de enfermagem, 20% médicos e 10% dentistas. A maioria tinha mais de 5 anos de profissão, sendo que 30% deles referiram ter mais de 10 anos atuando como profissional de saúde. 50% desses profissionais relataram já terem trabalhado em alguma outra UBS anterior que contava com a atuação de um fisioterapeuta, como demonstra a Tabela 1.

TABELA 1: Caracterização dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família em Muritiba – BA. Período: Setembro/2009.

Características dos Profissionais de Saúde	Frequência	
	N	%
<i>Idade</i>		
20 a 40	6	60
41 a 60	2	20
> 60	2	20
<i>Sexo</i>		
Masculino	4	40
Feminino	6	60
<i>Profissão</i>		
Enfermeiro	2	20
Téc. Enfermagem	5	50
Médico	2	20
Odontólogo	1	10
<i>Tempo de Profissão</i>		
0 a 5 anos	6	60
5 a 10 anos	1	10
> 10 anos	3	30
<i>Trabalharam em uma UBS com atuação do fisioterapeuta</i>		
Sim	5	50
Não	2	20
Não Responderam	3	30

Fonte: Pesquisa de Campo, 2009.

ATUAÇÃO EDUCATIVA NA UBS

Conforme destacado na Tabela 2, 90% dos profissionais de saúde relataram que em sua unidade há a realização da educação em saúde e 90% desses profissionais relataram que o enfermeiro é o principal profissional responsável por esse trabalho. Destacaram também a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Saúde da Mulher como as principais temáticas abordadas na educação em saúde. Quando questionados se as ações educativas são prioridades do fisioterapeuta na sua unidade, 70% relataram que não, devido à indisponibilidade e a falta de tempo do fisioterapeuta, pois o mesmo não é exclusivo da unidade.

TABELA 2: Atuação Educativa em Saúde das Unidades Básicas de

Saúde da Família em Muritiba-BA. Período: Setembro/ 2009.

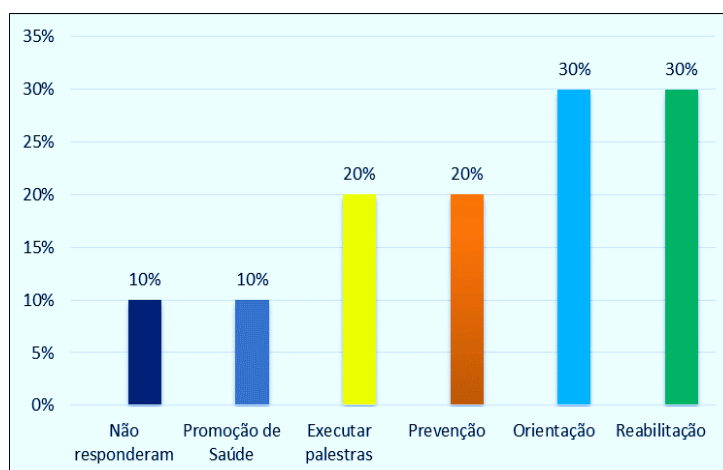
Atuação Educativa na UBS	Frequência	
	N	%
<i>Realização da Educação em Saúde</i>		
Sim	9	90
Não	1	10
<i>Profissional que realiza</i>		
Enfermeiro	9	90
Médico	5	50
Odontólogo	4	40
Agente de Saúde	2	20
Estagiário em Fisioterapia	1	20
<i>Temáticas mais utilizadas</i>		
Diabetes Mellitus	5	50
Hipertensão Arterial	5	50
Saúde da Mulher	4	40
<i>A educação em saúde é prioridade do fisioterapeuta?</i>		
Sim	2	20
Não	7	70
Não responderam	1	10

Fonte: Pesquisa de Campo, 2009.

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE MEDIANTE A OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste trabalho, 30% dos profissionais de saúde relataram a reabilitação e a orientação como o principal papel do fisioterapeuta na educação em saúde, conforme observamos no gráfico1.

GRÁFICO1: Papel do fisioterapeuta na educação em saúde mediante a opinião dos profissionais de saúde.

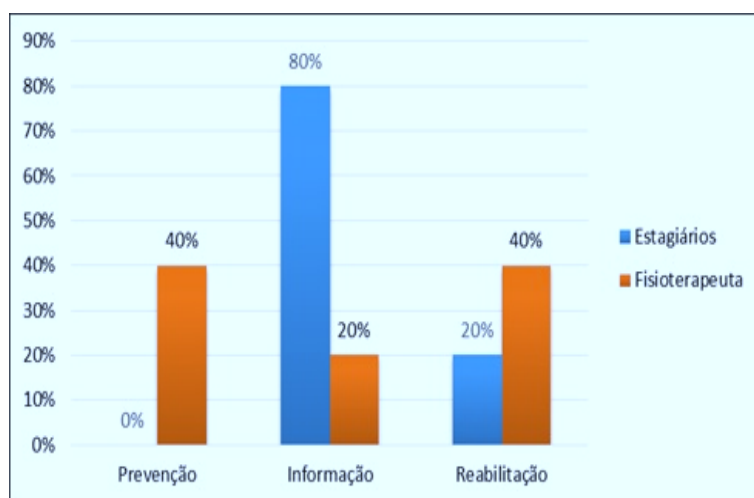


Fonte: Pesquisa de Campo, 2009

COMPARAÇÃO DA OPINIÃO DO PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UBS QUE POSSUEM ATUAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS X UBS QUE POSSUEM A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Ao comparar as opiniões dos profissionais de saúde que atuam nas unidades, é possível observar que 80% deles acham que a atuação dos estagiários de fisioterapia na atenção básica apenas se restringe ao papel de orientar e/ou informar, 40% acham que o profissional fisioterapeuta formado deve atuar na reabilitação, e ainda outros 40% relataram que seu papel é na prevenção. Conforme observamos no gráfico a seguir:

GRÁFICO 2: Funções do fisioterapeuta na educação em saúde na visão de fisioterapeutas e estagiários de fisioterapia



Fonte: Pesquisa de Campo, 2009

DISCUSSÕES

A atuação das temáticas de educação em saúde realmente necessita estar voltadas às particularidades locais, porém não se exclui a necessidade de padronizações de algumas condutas. Em Belo Horizonte, estudantes de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) participam de atividades educativas com grupos de diabéticos e hipertensos; nesse último grupo foram realizadas também atividades aeróbicas, como caminhadas monitoradas.⁹ Apesar da importância do desenvolvimento de ações preventivas e educativas, observa-se que nesse município, estas atividades ainda não se constituem como prioridade na atuação da fisioterapia. Possivelmente isso se deve, ao menos em parte, ao reduzido número de fisioterapeutas atuante na Unidade Básica de Saúde.

Em um estudo feito em Londrina,¹⁰ relata que a atuação dos profissionais na UBS também ocorre apenas um dia na semana e as atividades são desenvolvidas nos domicílios, pois a demanda de pacientes é grande para a quantidade de fisioterapeutas existentes, deixando de lado a educação em saúde. As maiores dificuldades relatadas pelos fisioterapeutas neste estudo se referem à insuficiência de profissionais para atender a demanda, dificuldade também encontrada nos estudos em Curitiba¹¹ e em Cascavel.¹²

O fisioterapeuta inserido na UBS deveria criar vínculos com a comunidade através da educação em saúde.¹³ Também encontrou-se a mesma dificuldade justificada pela dinâmica de trabalho, em que o profissional passa apenas oito horas semanais em cada unidade.¹¹

No presente estudo, 30% dos profissionais de saúde relataram a reabilitação e a orientação como o principal papel do fisioterapeuta na educação em saúde. Observa-se um não entendimento do papel do fisioterapeuta na Unidade Básica de Saúde da Família como educador em saúde por parte de outros profissionais da mesma área. Fato que pode ser explicado, em parte, pela visão trazida da formação e da prática profissional centrada na doença e na abordagem curativista. Apesar do fisioterapeuta ser reconhecido como profissional indispensável na área da saúde, este ainda é visto, muitas vezes, como reabilitador, mascarando com isso uma de suas funções principais, que é a atuação no campo preventivo e de promoção à saúde.¹⁴ A própria origem da Fisioterapia direcionou as definições do campo profissional para atividades reabilitadoras. No entanto, a formação universitária, como especificado pelo Ministério de Educação (MEC), destaca o fisioterapeuta como um profissional generalista, sendo capaz, portanto de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, não devendo ficar restrito às ações curativas e reabilitadoras.⁴

A base de sustentação da maioria das práticas educativas nos tempos atuais é do modelo sanitarista, no qual ainda permanece a ideia de “orientação”, mesmo reconhecendo a complexidade de que se revestem as práticas educativas em saúde, principalmente aquelas que têm como objetivo final mudanças de postura e de comportamentos frente ao processo de saúde. É importante, portanto, a mudança de paradigmas de educação em saúde por meio da informação, para as ações educativas participativas, onde se tem a interação dos saberes científicos e do senso comum e popular.¹

A atuação dos estagiários, na visão dos profissionais de saúde, restringe-se somente a palestras educativas realizadas na unidade sobre orientações posturais, saúde da mulher e do idoso, entre outros. Talvez por estarem sempre dentro da unidade de saúde, não é possível ver a continuação da educação em saúde, que é realizada na casa do cidadão, nas escolas, creches e outros ambientes.

Já nas unidades de atuação do fisioterapeuta, podemos observar que 40% dos profissionais relataram a reabilitação e 40% relataram a prevenção como principais funções do fisioterapeuta na educação em saúde. É fato que o excesso do fluxo de pacientes e o pouco tempo desse profissional na UBS o impedem de realizar a educação em saúde adequadamente.

E outro estudo observou-se que, na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram às áreas de intervenção na fisioterapia, houve um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. Uma vez que se faz necessária na saúde pública o profissional fisioterapeuta dentro da equipe multiprofissional, questiona-se a falta de atuação e a pouca divulgação e subsídio nos municípios brasileiros.¹⁶

A presença do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante à medida que contribui para a educação, através da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação obedecendo aos princípios do atual modelo de saúde e, consequentemente, provocando a melhora na qualidade de vida da população.¹⁷

A Fisioterapia vem encontrando um espaço de atuação amplo dentro da Saúde Pública, porém muitas barreiras ainda são impostas a essa nova prática. O profissional precisa focar sua atenção no indivíduo e na saúde como qualidade de vida. Não se quer dizer com isso que se deva ignorar todo o conhecimento acumulado em relação à terapia e reabilitação, pois, apesar da necessidade em considerar a saúde de maneira ampliada, como qualidade de vida; a doença, a deficiência e as limitações também

fazem parte da existência humana. O que não pode ocorrer é a permanência de uma atenção voltada exclusivamente a estes aspectos, sem considerar o indivíduo, seu contexto e sua condição de sujeito.¹⁸

Para atuar como educador em saúde, o fisioterapeuta deve desenvolver competências de trabalho em equipe, criatividade, liderança, comunicação, autonomia, entre outras, bem como ter uma formação humana, generalista e com visão integral. A graduação, em seu papel formador, deve prover condições para que o estudante possa desenvolver suas capacidades e alcançar as competências necessárias.¹⁹

Por ser uma área jovem e por muito tempo ter se revelado como uma assistência curativista e reabilitadora, é ainda desconhecida por grande parte dos profissionais de saúde quando analisada a educação em saúde como papel importante na atuação do fisioterapeuta, conforme mostrou o estudo.

Os fisioterapeutas na Unidade Básica de Saúde devem agir como educadores e promotores de ideias, para que suas ações contribuam não apenas para o controle das enfermidades; mas, sobretudo, para a melhoria das condições de saúde exercendo a prática social concreta, que representa a Educação em Saúde. Além disso, é preciso reforçar a sensibilização sobre a importância da informação, educação e comunicação na construção da cidadania e dos comportamentos conducentes à saúde. É fundamental que estejam comprometidos com um trabalho pedagógico capaz de valorizar a intercomunicação entre o saber popular e científico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do fisioterapeuta na UBS como educador em saúde é um processo em construção e tem ocorrido de forma gradativa. Aos poucos se percebe que, por meio de sua atuação, pode-se reduzir a demanda de atendimentos e melhorar a qualidade de vida da população.

Apesar das dificuldades encontradas para a realização deste estudo, visto que poucos profissionais aderiram à participação na pesquisa, também existem poucos trabalhos publicados analisando o fisioterapeuta como educador em saúde. Faz-se necessária, portanto, a continuação do estudo como forma de ampliar e aprofundar os conhecimentos, partindo do pressuposto que a fisioterapia tem papel importante na saúde coletiva não só na reabilitação, mas na prevenção e educação em saúde, e que sua vivência irá esclarecer melhor as muitas atribuições que a fisioterapia pode trazer para a saúde coletiva e demais profissionais em saúde que atuam nas UBS.

REFERÊNCIAS

1. Gazzinelli MF, Reis DR, Marques RC. Educação em saúde: Teoria, método e imaginação. Belo Horizonte, ed. UFMG, 2006.
2. Dilly CM, Jesus MC. Processo educativo em enfermagem. São Paulo: Probel Editorial, 1995.
3. Ribeiro KS. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: Reflexões a partir de uma experiência universitária. Fisiot Brasil. 2002 set./out.; 3(5): 311-8.
4. Deliberato PC. Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, 2002.

5. Schwingel GA. Fisioterapia na saúde pública: Um agir técnico, político e transformador. In: Barros, F.B.M. (Org.). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Físio Brasil. 2002; 227-38.
6. Neuwald MF, Alvarenga LF. Fisioterapia e Educação em Saúde: investigando um serviço ambulatorial do SUS. Boletim de Saúde. 2005 jul./dez.; 19(12).
7. Castro SS, Cipriano JG, Martinho A. fisioterapia no programa de saúde da família: Uma revisão e discussões sobre a inclusão. Fisioterapia em movimento. 2006 out./dez.; 19(4): 55-62.
9. Minayo MC. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
10. Maciel RV, Silva PT, Sampaio RF, Drummond AF. Teoria, prática e realidade social: Uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. In: Fisioterapia em Movimento. 2005 jan./mar.; 18(1); 11-7.
11. Gallo DL. A fisioterapia no programa de saúde da família: Percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. Tese (Dissertação de pós-graduação em Saúde Coletiva). Universidade estadual de Londrina; 2005.
12. Tesserolli SL. A inserção do fisioterapeuta no programa de saúde da família. Monografia (especialização). Universidade federal do Paraná, Curitiba; 2003.
13. Almeida DC. Atuação do fisioterapeuta no PSF. Monografia (especialização). Universidade estadual do oeste do Paraná/Ministério da Saúde, Cascavel; 2004.
14. Pereira FW et al. A inserção do Fisioterapeuta na estratégia de saúde da família em Sobral/CE. Sonare, Sobral. 2004 fev./mar.; 5(1): 93-100.
15. Mendes EC, Morais MI. O papel do fisioterapeuta em saúde pública no século XXI: Uma abordagem em parasitologia. Físio Brasil. Rio de Janeiro; 2002.
16. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais, 2ª ed. São Paulo: Manole; 1999.
17. Viana GS, Cicotoste CL. A importância da inserção do profissional fisioterapeuta no programa de saúde da família (PSF): Uma revisão bibliográfica. II Seminário de Fisioterapia da Uniamérica: Iniciação científica; 2008.
18. Ferreira FN et al. Intervenção na comunidade: Relato de caso de uma paciente com AVE. São Paulo: Físio Brasil; 2005.

19. Baena CP, Soares MC. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família. *Fisioter Mov.* 2012 abr./jun.; 25(2): 419-31.
20. Neves LM, Aciole GG. Desafios da integralidade: Revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. *Comunic Saúde Educ.* 2011 abr./jun.; 15(37): 551-64.

ANALGESIA POR ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

ANALGESIA USING TRANSCUTANEAL ELECTRICAL NERVOUS STIMULATION IN THE POSTOPERATIVE OF CARDIAC SURGERY

JÉSSICA DE LIMA SANTOS^{1#}, CELINA LUMI KUSHIDA², ARTUR HENRIQUE DE SOUZA³,
GIULLIANO GARDENGHI⁴

1. Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva
 2. Fisioterapeuta, coordenadora do serviço de Fisioterapia do Hospital ENCORE/GO
 3. Médico, cirurgião cardíaco do Hospital ENCORE/GO
 4. Fisioterapeuta, Doutor em Ciências, Coordenador Científico do Serviço de Fisioterapia do Hospital ENCORE/GO, Coordenador Científico do CEAFI Pós-Graduação/GO e Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Hospitalar do Hospital e Maternidade São Cristóvão, São Paulo/SP – Brasil.
- #jbessica_ls@hotmail.com

RESUMO: Verificar as repercussões do uso da TENS sobre a dor e sobre o comportamento cardiovascular e respiratório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca por esternotomia mediana. Trata-se de um estudo transversal quantitativo incluindo 15 pacientes, submetidos à cirurgia cardíaca por esternotomia mediana, que no primeiro dia de pós-operatório, já extubados, foram avaliados com relação à sensação dolorosa na região do esterno, por meio da escala visual analógica de dor (EVA), à frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SatO₂), pico de fluxo de tosse (PFT), e ao traçado do eletrocardiograma (ECG). Os pacientes foram submetidos a TENS por um período de 20 minutos (frequência de 80 a 110 Hz e largura de pulso entre 50 e 80 µs) e imediatamente reavaliados. A análise estatística dos dados paramétricos utilizou teste “t” de Student assumindo como significantes valores <0,05. Idade: 54±13 anos, 11 do sexo masculino, nenhum dos pacientes apresentou alteração no ECG durante a aplicação da TENS. A sensação dolorosa diminuiu de 4±2 para 1±1 pontos pela EVA (p<0,01). A FC diminuiu de 104±20 para 97±16 bpm (p=0,02). A FR diminuiu de 26±5 para 20±2 rpm (p<0,01). A SatO₂ subiu de 93±2 para 96±1% (p<0,01). O PFT aumentou de 143±64 para 190±80 L/min (p<0,01). **Conclusões:** O uso da TENS foi capaz de minimizar a sensação dolorosa em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Houve melhora significativa de todas as variáveis avaliadas. Não foram constatadas alterações eletrocardiográficas com o uso dessa técnica, que deve ser considerada como alternativa para controle da dor após cirurgia cardíaca.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Torácica; Analgesia; Fisioterapia

ABSTRACT: To verify the effects of the use of TENS on pain and on the cardiovascular and respiratory patients undergoing cardiac surgery by median sternotomy. This is a quantitative cross-sectional study including 15 patients undergoing cardiac surgery with median sternotomy, which on the first day after surgery and already extubated were evaluated in the following parameters: the painful sensation in the sternum region, through visual scale analog pain (VAS), heart rate (HR), respiratory rate (RR), oxygen saturation (SpO₂), peak cough flow (PCF), and

the electrocardiogram tracing (ECG). Patients underwent TENS (frequency of 80 to 110 Hz and pulse width between 50 and 80 μ s) for a period of 20 minutes and were reevaluated immediately. The statistical analysis of parametric data used Student "t" test assuming as significant values $<0,05$. Age: 54 ± 13 years, 11 males, none of the patients had abnormal ECG during the application of TENS. The painful sensation decreases of 4 ± 2 to ± 1 points by VAS ($p<0,01$). FC decreased from 104 ± 20 to 97 ± 16 bpm ($p = 0.02$). FR decreased from 26 ± 5 to 20 ± 2 rpm ($p<0,01$). The SpO₂ rose from 93 ± 2 to $96 \pm 1\%$ ($p<0,01$). The PCF increased from 143 ± 64 to 190 ± 80 L / min ($p<0,01$). The use of TENS was able to minimize the soreness in patients undergoing cardiac surgery. There was a significant improvement in all variables. No ECG changes were observed using this technique, which should be considered as an alternative for pain control after cardiac surgery.

KEYWORDS: Thoracic Surgery; Analgesia; Physical Therapy.

INTRODUÇÃO

A revascularização cirúrgica do miocárdio (RVM) foi introduzida como tratamento da doença isquêmica aterosclerótica coronariana há mais de 40 anos.¹ A esternotomia mediana, abordagem mais utilizada para o procedimento da cirurgia de revascularização, promove alterações significativas da função pulmonar pela consequente instabilidade do tórax superior, leva a alterações da mecânica ventilatória e tosse ineficaz.²

Chung et al³ ressaltam que de 47 a 75% dos pacientes relataram algum tipo de dor no pós-operatório (PO), caracterizando-se como dor aguda, comumente associada a dano tecidual, podendo manifestar-se de forma intensa ou moderada em 40 a 60% dos casos.

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais.⁴⁻⁶

Para que seja possível um adequado manejo da dor, é essencial que a dor seja avaliada sistematicamente em intervalos regulares, permitindo os ajustes necessários ao tratamento. A terapia antálgica deve ser sempre multimodal, com a associação de dois ou mais agentes ou técnicas analgésicas periféricas ou centrais, incluindo os métodos não farmacológicos, pois o sinergismo entre as diferentes técnicas permite o uso de menores quantidades de fármacos, minimizando seus efeitos colaterais e aumentando a sua atividade analgésica.⁷

Lima et al⁸ afirmam que a maioria dos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte queixa-se de dor intensa, capaz de gerar complicações pós-operatórias advindas de respiração superficial como a retenção de secreções, atelectasias e processos infecciosos, bem como a deambulação tardia e o imobilismo podem resultar em trombozes.

A dor originada de procedimentos de rotina do pós-operatório, associada ao grande estímulo nociceptivo da esternotomia, torna-se fonte importante de morbidade e mortalidade neste período, por influenciar a capacidade de tossir, respirar e movimentar-se adequadamente, podendo resultar em atelectasias de lobo inferior esquerdo (90%) e ainda com a ocorrência de pneumonias (29%)^{9,10}

As complicações pulmonares têm sido descritas por vários autores como a maior causa de morbidade no pós-operatório. As principais complicações podem ser a diminuição dos seguintes

parâmetros: volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), capacidade residual funcional (CRF), volume corrente (VC), pressão arterial de oxigênio (PaO₂), e o aumento de atelectasias.¹¹⁻¹³

Vale discorrer em seu estudo que a eletricidade pode ser utilizada na produção da analgesia por meio de estimulação por eletrodos transcutâneos (TENS) fixados à pele e ligados a um gerador de alta frequência e baixa intensidade, através de vias aferentes espinais, segundo a teoria da comporta de Melzack e Wall⁵, em que a substância cinzenta espinal do corno dorsal modula o tráfico sensitivo aferente. A (TENS), através de sua corrente elétrica, estimula as fibras subjacentes sem causar lesões à pele, produzindo parestesias não dolorosas e proporcionando analgesia pós-operatória com evidente redução no consumo de analgésicos.¹⁴ Essa forma de estimulação não produz efeitos sistêmicos, não é invasiva, nem farmacológica, não causa dependência, não apresenta efeitos colaterais e contraindicações absolutas e é um procedimento de baixo custo, além de permitir ao paciente que ele participe mais completamente do tratamento fisioterapêutico.¹¹

Esses achados nos levam a buscar desenvolver diferentes estratégias no tratamento da dor por meio de intervenções não invasivas, como a eletroterapia, que possam interferir na sensibilidade dolorosa, com consequente melhora da função pulmonar.⁶ Considerando a importância da dor na prevenção das complicações respiratórias após as cirurgias cardíacas e na qualidade de vida destes pacientes e que existem dados em literatura mostrando a variabilidade dos parâmetros da eletroanalgesia, optou-se por realizar esse estudo para verificar as repercussões do uso da TENS sobre a dor e sobre o comportamento cardiovascular e respiratório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca por esternotomia mediana.

MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo transversal quantitativo, realizado no Hospital Encore em Aparecida de Goiânia-GO. Baseou-se em uma série de casos, com amostra de quinze¹⁵ pacientes pós-revascularização do miocárdio. Foram incluídos na pesquisa pacientes após o primeiro dia de pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos pacientes com déficit cognitivo, com sintomatologia dolorosa de causa não diagnosticada, com presença de implantes metálicos ou marca-passos, presença de infecção local, pacientes sob efeito de bloqueador neuromuscular, os que fizeram uso de ventilação mecânica não invasiva no período pós-operatório, como a respiração com pressão positiva intermitente (RPPI) e os que não se adaptaram ao uso da TENS. Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação da dor, graduada de zero a dez, onde zero significa ausência de dor e dez, dor muito intensa, sendo aplicada antes e depois do uso do TENS. O Peak Flow Meter da marca Medicate® foi usado para medir o pico de fluxo expiratório máximo, tendo sido realizada a medição antes e depois do uso do TENS. Para demonstração da área de dor foi utilizada a imagem anatômica do corpo humano dividido em áreas e cada área com seu número respectivo. O paciente visualizou a área de dor e apontou com o dedo.

Foi utilizada uma unidade de eletroestimulação que contém a TENS da marca FisioBras®, com dois canais, com eletrodos de silicone, de formato retangular (5 X 3,5 cm). Como meio de contato foi utilizado gel aquoso e, para a fixação, fita antialérgica micropore. Foram utilizados dois canais,

onde os eletrodos ficaram dispostos de forma pericatricial e paralela a 4 cm da incisão cirúrgica. A pele dos pacientes foi limpa com água e sabão e seca a seguir, antes da colocação dos eletrodos. Os pacientes não apresentavam pelos no peito, no caso dos homens, pela realização de tricotomia prévia à cirurgia cardíaca. A duração da aplicação foi de 20 minutos, sendo realizada no 1^a DPO. A frequência utilizada na TENS foi de 80 a 110 Hz, com largura de pulso entre 50 e 80 μ s. A intensidade da estimulação foi modificada de acordo com o relato do paciente, sendo ajustada com base em uma sensação de parestesia intensa que não causou desconforto. A coleta de dados foi realizada após aprovação do comitê de ética indicado pela Plataforma Brasil, sob o número CAAE nº10217013.20000.0030 e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os pacientes foram abordados de forma direta e individual, no primeiro dia de pós-operatório (1^o DPO) na UTI cardíaca e já extubados. Após serem informados sobre os procedimentos aos quais seriam submetidos, foi realizada a coleta de dados. Avaliados antes e após o uso da TENS quanto à sensação dolorosa na região do esterno, por meio (EVA). Avaliou-se também o comportamento da frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SatO₂) e pico de fluxo de tosse (PFT), além do traçado do eletrocardiograma (ECG). A análise estatística dos itens EVA, FC, FR, SatO₂ e PFT utilizou teste t de Student pareado, assumindo como significantes valores $>0,05$. A avaliação de eventuais alterações eletrocardiográficas durante a aplicação da TENS foi realizada de maneira observacional pela equipe de pesquisadores, por meio do monitor de sinais vitais ligado ao paciente, avaliando a derivação II do eletrocardiograma (ECG), incluindo nela a participação de cardiologista com formação específica para interpretação dos traçados.

RESULTADOS

Neste estudo os pacientes apresentavam idade média de 54 ± 13 anos, sendo 11 do sexo masculino e quatro do sexo feminino, em um total de 15 participantes. Todos os pacientes relataram melhora da dor após o uso da TENS.

A Tabela 01, que indica os valores das variáveis estudadas, nos relata melhora significativa da dor de 4 ± 2 para 1 ± 1 pontos pela EVA ($p < 0,01$). A FC diminuiu de 104 ± 20 para 97 ± 16 bpm ($p = 0,02$), e a frequência respiratória diminuiu de 26 ± 5 para 20 ± 2 rpm ($p < 0,01$). A SatO₂ subiu de 93 ± 2 para $96 \pm 1\%$ ($p < 0,01$).

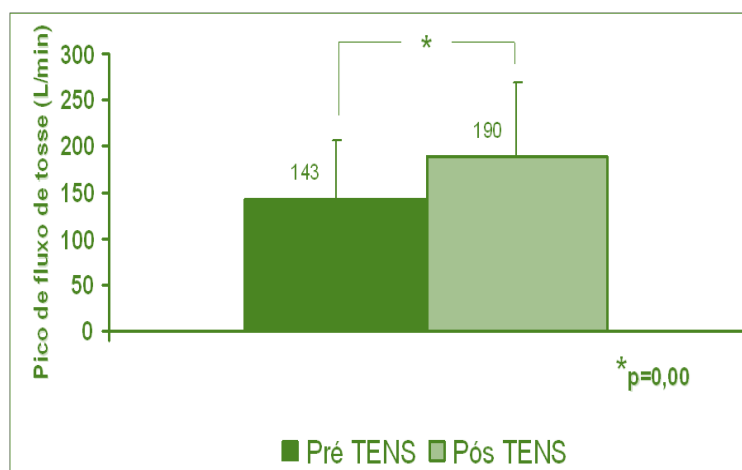
A Figura 01 revela também resultados significantes no pico de fluxo de tosse que, antes da aplicação da TENS nos pacientes pós-cirurgia cardíaca, era baixo, dificultando a tosse. Foi observado nos mesmos pacientes que, logo após 20 minutos de uso da técnica TENS, o comportamento do PFT aumentou de 143 ± 64 para 190 ± 80 L/min ($p = 0,00$). Não foram observadas alterações do ECG durante a realização da TENS. Todos os pacientes mantiveram o mesmo padrão eletrocardiográfico prévio ao início da intervenção.

TABELA 1. Valores das diversas variáveis estudadas, antes e após a aplicação da TENS

Itens Avaliados no Protocolo	Pré (n = 15)	Pós (n = 15)	*p
Dor – EVA (pontos)	4 ± 2	1 ± 1	<0,01
FC (bpm)	104 ± 20	97 ± 16	0,02
FR (rpm)	26 ± 5	20 ± 2	<0,01
SatO2 (%)	93 ± 2	96 ± 1	<0,01

EVA – escala visual analógica de dor; FC – frequência cardíaca; FR – frequência respiratória; SatO2 - saturação arterial de oxigênio. Valor de “p” baseado no teste t de Student (5%)

FIGURA 01. Comportamento do pico de fluxo de tosse antes e depois da aplicação da TENS



DISCUSSÃO

Estudos preliminares evidenciaram que a TENS é efetiva no controle da dor no PO de cirurgia cardíaca.¹⁷ A TENS tem sido usada desde o início da década de 1970 como um complemento para controle da dor aguda e crônica, permitindo maior redução da dor pós-operatória (PO), função e recuperação mais rápida, diminui ingestão de analgésico. Além disso, o tratamento com a TENS é seguro e barato¹⁸. Ressaltando os achados de Gregorini et al¹⁹, os quais evidenciaram em seu estudo melhora da dor após o uso da TENS²⁰, permitindo aos pacientes que realizassem inspirações mais profundas, obtendo melhora da capacidade vital, comparado ao grupo placebo.^{11,14,21} Tais dados corroboram os resultados de nosso estudo, em que a sensação dolorosa relatada pelos pacientes diminuiu com a aplicação da TENS, o que poderia diminuir a necessidade de medicamento analgésico nessa população, permitindo ainda que os pacientes respirassem melhor pela ausência da dor.

Miranda et al²² afirmam que a dor no período pós-operatório é grande influenciador na função pulmonar.

A Tabela 01, que ilustra os valores das variáveis estudadas antes e após a aplicação da TENS, mostra que o valor da FR diminuiu, com concomitante aumento da SatO₂, mostrando que houve melhora no estado taquipneico e melhor ventilação alveolar, diminuindo riscos de atelectasias e outras complicações. Andrade et al²³ verificaram uma associação significativa e correlação positiva entre a dor e a presença de alterações fisiológicas nos pacientes avaliados, onde 45% dos pacientes apresentaram taquipneia. Ressaltando também o estudo de Gregorini et al¹⁹ que evidenciou aumento de 23% do volume corrente, comparado ao grupo placebo, enquanto a frequência respiratória diminuía após o uso da TENS, fazendo que o volume minuto apresentasse discreta melhora. Sasseron et al¹⁶ descreveram que a hipoventilação alveolar decorrente da dor na região da esternotomia é uma causa frequente de atelectasia no pós-operatório, havendo também comprometimento na tosse nesse período.¹² A tosse é um mecanismo complexo de proteção da árvore brônquica, tendo um importante papel na manutenção da via aérea livre de secreção e de corpos estranhos, podendo ser iniciada de forma reflexa ou voluntária e sua efetividade na remoção do muco é dependente da magnitude do pico do fluxo gerado durante a tosse, sendo um PFT mínimo de 160 L/min, necessário para manutenção da clearance brônquica.²⁴ A Figura 1, que ilustra o comportamento do pico de fluxo de tosse antes e depois da aplicação da TENS nos permite constatar que pacientes que fizeram uso da TENS obtiveram aumento significativo do pico de fluxo de tosse (PFT), diminuindo o risco de retenção de secreção nas vias aéreas, e possíveis complicações pulmonares no pós-operatório; o que vai de encontro ao estudo de Fiorellia et al¹⁷ cujo relato aponta que a dor pode inibir a tosse efetiva, a respiração profunda e ainda restringir a mobilização no pós-operatório imediato.¹² Pacientes que fizeram uso da TENS obtiveram melhora com relevância estatisticamente significativa da capacidade vital forçada (CVF) e do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁), quando comparados ao grupo controle¹⁷ Erdogan et al²⁵, em estudo controlado, prospectivo randomizado e duplo cego, onde foi avaliada a eficácia da TENS em cirurgias torácicas, constataram o benefício trazido pela eletroestimulação em seus pacientes, de modo a necessitarem de menos analgésicos opióides e ainda aumentarem a capacidade de tossir durante a fisioterapia.

É importante considerar que a dor influencia as respostas neurovegetativas e que, associada à ansiedade, aumenta a frequência de pulso, o consumo de oxigênio e a sobrecarga cardíaca com apresentação da FC acima de 100 batimentos/minuto, sendo a complicação frequente no pós-operatório.²²

A Tabela 1 nos mostra também que o valor da FC diminuiu significativamente após 20 minutos de uso da TENS, diminuindo a sobrecarga e consumo de oxigênio do miocárdio. Corroborando com a descrição de alguns autores em suas pesquisas, os quais relatam a importância dos sinais vitais para direcionar a sensibilidade algica, pois na ocorrência de dor, repercutem-se modificações nos valores da pressão arterial, nas frequências respiratória e cardíaca.^{22,23,26} O uso da TENS, em nosso estudo, promoveu diminuição da FC associada à diminuição da dor, isso sem apresentar nenhuma alteração no ECG durante a aplicação da técnica. Por desconhecimento das frequências elétricas utilizadas durante a aplicação da TENS, distintas daquelas que norteiam o comportamento elétrico do coração, diversos cardiologistas, intensivistas e cirurgiões cardíacos, em nossa experiência,

apresentam receio quanto à ocorrência de alterações eletrocardiográficas durante a aplicação da TENS em pacientes cardiopatas. A realização desse estudo em nosso serviço serviu como base para que os médicos assistentes compreendessem que não há qualquer efeito colateral relacionado ao uso da TENS em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, desde que esses não tenham implantados dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, como marca-passos ou cardiodesfibriladores implantáveis (DCEI). O uso de correntes elétricas com objetivo analgésico na região do tórax em pacientes cardiopatas portadores de DCEI ainda precisa ser melhor investigado, não sendo recomendado no momento pelos autores desse manuscrito.

Nosso estudo tem importantes limitações. Não foi realizado de maneira a ter um grupo controle TENS placebo ou ainda um grupo recebendo exclusivamente medicação analgésica. Também não foi realizado de maneira randomizada, o que pode interferir nos resultados encontrados. Os pacientes estudados estavam, no momento da aplicação da TENS, há pelo menos quatro horas sem usar nenhum analgésico, mas poderíamos ter a diminuição da dor sendo causada por algum efeito residual de medicamentos prévios utilizados nesse sentido.

CONCLUSÃO

O uso da TENS em uma sessão foi capaz de minimizar a sensação dolorosa em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, permitindo melhora da força muscular respiratória e aumento dos volumes e capacidade pulmonar, diminuindo a sobrecarga do coração e o risco de retenções de secreções pelo aumento do pico de fluxo de tosse. Não foram constatadas alterações eletrocardiográficas com o uso dessa técnica. Deve-se considerar a TENS como alternativa para controle da dor após cirurgia cardíaca, desde que observada a técnica correta de aplicação, conforme descrito nos métodos desse artigo.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira TML, Moraes GMO, Henrique CK, Souza AS, Henrique PG. Letalidade e Complicações da Cirurgia de Revascularização Miocárdica no Rio de Janeiro, de 1999 a 2003. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(3): 303-312
2. Morsch KT, Leguisamo CP, Carmargo MD, Colonel CC, Matos W, Ortiz LDN, Lima GG. Perfil ventilatório dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Dor. São Paulo*, 2013; 14(2):106-10
3. Chung JWY, Lui JCZ. Postoperative pain management: study of patients level of pain and satisfaction with health care providers responsiveness to their reports of pain. *Nurs Health Sciences*. 2003; 3(10):295-299.
4. Kopf A, Patel NB. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. International Association for the Study of Pain, USA, 2011. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf

5. Pedroso RA, Celish KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto contexto - Enferm. 2006;15(2):270-276.
6. Hanke FB, Teresinha RF. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010;19(2): 283-90.
7. Moreira L, Truppel YM, Kozovits FGP, Santos VAS, Atet V. Analgesia no pós-cirúrgico: panorama do controle da dor. Rev Dor. São Paulo, 2013; 14(2):106-10.
8. Lima LR, Stival MM, Maria Alves Barbosa MA, Pereira LV. Controle da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma breve revisão. Rev. Eletr.Enf. [Internet]. 2008;10(2):521-Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a23.htm>
9. Giacomazzi CM, Lagni VB, Monteiro MB. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Braz J Cardiovasc Surg 2006; 21(4): 386-392.
10. Bassalobre JCB, Leandra DMPF, Marcos SRC, Sérgio AM, Ramos RA, Augusto MMS. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2006;21(4): 393-402.
11. Lima PMB, Aciana RT, Farias FB, Carvalho ACA, Silva PNA, Filho NAF, Brito RF. Estimulação elétrica nervosa transcutânea após cirurgia de revascularização miocárdica/ Rev Bras Cir Cardiovasc 2011;26(4): 591-6.
12. Baumgarten MCS, Garcia GK, Frantzski MH, Giacomazzi CM, Lagni VB, Dias AS, Monteiro MB. Comportamento da dor e da função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca via esternotomia. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009; 24(4): 497-505.
13. Alencar JR, Costa RV, Braz MR. Fisioterapia respiratória na disfunção pulmonar pós-cirurgia cardíaca. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2008;23(4): 562-569.
14. Vale NB, TSA. Analgesia Adjuvante e Alternativa. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2006;56(5): 530-555
15. Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory a gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. Science new series.1965;150(3699): 971-979.
16. Sasseron AB, Figueiredo LC, Trova K, Cardoso AL, Lima NMFV, Olmos SC, et al. A dor interfere na função respiratória após cirurgias cardíacas? Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009;24(4):490-6.

17. Luchesa CA, Guega FH, Sousa LCG, Santos JLV, Aquim EL. Papel da eletroanalgesia na função respiratória de pacientes submetidos à operação de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(3):391-396. .
18. Fiorelli A, Morgillo F, Milione R, Pace MC, Passavanti MP, Laperuta P, Aurilio C, Santini M. Control of post-thoracotomy pain by transcutaneous electrical nerve stimulation: effect on serum cytokine levels, visual analogue scale, pulmonary function and medication. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery.* 2012; 41: 861–868.
19. Gregorini C, Cipriano GJ, Moraes LA , Nelson JRB, França GB. Estimulação elétrica nervosa transcutânea de curta duração no pós-operatório de cirurgia cardíaca . *Arq. Bras. Cardiol.*2010; 94(3):345-351.
20. Sbruzzi G, Azeredo SS, Vidaletti DS, Correa CC, Della RMP. Estimulação elétrica nervosa transcutânea no pós-operatório de cirurgia torácica: revisão sistemática e metanálise de estudos randomizados. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012; 27(1):75-87.
21. Cipriano G, Carvalho ACC, Bernardelli GF, Peres PT. Short-term transcutaneous electrical nerve stimulation after cardiac surgery: effect on pain, pulmonary function and electrical muscle activity. *Interact Cardio Vasc Surg.* 2008; 7: 539-43.
22. Miranda ADFA, Silva LF, Caetano JA, Sousa AC, Almeida PC. Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(2): 327-33.
23. Andrade EVD, Barbosa MH, Barichello E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):224-9.
24. Freitas FS, Parreira VF, Ibiapina CC. Aplicação clínica do pico de fluxo da tosse: uma revisão. *Rev Fisioter Mov.* 2010;23(3): 495-502.
25. Erdogan M, Erdogan A, Erbil N, Karakaya H, Demircan A. Prospective, randomized, placebo-controlled study of the effect of TENS on postthoracotomy pain and pulmonary function. *World J Surg.* 2005; 29: 1563-70.
26. Chaves LD, Leão ER. Dor: 5º sinal vital – reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004.75-85.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COBERTURA DA MICRORREGIÃO DE CRUZ DAS ALMAS – BA

PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS: MICROREGION COVERAGE OF CRUZ DAS ALMAS - BA

BRENDÓ VITOR NOGUEIRA SOUSA^{1#}; VANÊSSA HELLEN ARAÚJO DE JESUS¹;
MARCOS ALEXANDRO FIGUEREDO DOS SANTOS¹; OHANA CUNHA DO NASCIMENTO²

¹*Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia.*

²*Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia e pós-graduanda em Saúde Mental.*

Professora da Faculdade Adventista da Bahia e Assistente de Pesquisa no Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência - NNEPA/ UEFS.

[#]*Email: brendovitor@hotmail.com*

RESUMO: A Reforma Psiquiátrica possibilitou o declínio do modelo hospitalocêntrico. A partir dessa nova perspectiva, surgiram os modelos substitutivos; entre eles destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo princípio é a inserção do indivíduo em sofrimento psíquico no contexto social, tendo acesso à assistência ética e holística. O presente artigo tem como objetivo analisar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial da microrregião de Cruz das Almas entre os anos de 2008 e 2012. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, feito através de dados secundários e que abrange a cobertura dos CAPS da microrregião de Cruz das Almas nos anos de 2008 a 2012. A coleta, feita em março de 2015, foi possível através do acesso ao banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A análise para avaliação da cobertura consiste na fórmula do indicador CAPS/100.000 habitantes. Somente os municípios que possuem número igual ou superior a 20 mil habitantes foram abordados, totalizando assim 6 municípios: Cachoeira, Conceição da Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe e Muritiba, pois somente estes possuem, no mínimo, um CAPS. Como resultados, salienta-se que a microrregião alcançou ótimos índices de cobertura, pois cada município mencionado atingiu bons resultados durante o período estabelecido de cinco anos. No entanto, devido ao grande número de habitantes, é necessária a expansão desse serviço para outros municípios, a fim de que a oferta desta assistência atenda, de forma mais abrangente, a outras comunidades circunvizinhas.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental; Cobertura de Serviços de Saúde; Hospitais psiquiátricos.

ABSTRACT: The Psychiatric Reform enabled the decline of the hospital-centered model. From this new perspective, emerged substitute models, with emphasis on Psychosocial Care Centers (CAPS), whose principle is the insertion of the individual in psychological distress in the social context, with access to ethical and holistic care. This article aims to analyze the coverage of Psychosocial Care Centers of Cruz das Almas microregion between 2008 and 2012. It is a quantitative cross-sectional study using secondary data covering the coverage of -CAPS from microregion of Cruz das Almas from 2008 to 2012. The data collection held on

March 2015 occurred through access to database of the Information Department of Unified Health System (DATASUS). The analysis for assessment of the coverage is the formula indicator CAPS/100.000 inhabitants. Only municipalities which have number equal to or greater than 20,000 inhabitants have been covered, totaling 6 municipalities: Cachoeira, Conceição da Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe and Muritiba, because only these ones have at least one CAPS. As a result, it is noted that the microregion cited achieved great coverage rates as each municipality mentioned have reached good results a period of five years, however due to the large number of inhabitants the expansion of this service is required for other municipalities making the provision of this assistance meets the other surrounding communities more broadly.

KEYWORDS: Mental Health Services; Health Services Coverage; Hospitals Psychiatric.

INTRODUÇÃO

Desde os períodos pré-históricos, a loucura era tratada de forma distinta nas diversas civilizações, seja enquanto maldição divina, bênção ou, posteriormente, enquanto adoecimento mental. No entanto, as metodologias para lidar com a loucura tendiam à segregação e, ao excluir os indivíduos com transtornos mentais do convívio com a comunidade, enclausurava-os em espaços que subestimavam a condição de existência humana.

Em diversas partes do mundo, o século XX foi um período de intensas transformações para a construção social e científica da loucura. No Brasil, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Foi através desse movimento que passou a protagonizar e a construir, após vários cenários de lutas, a denúncia dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construção coletiva da crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico em sua assistência.¹

Como ápice do processo de reintegração social desses indivíduos, a desinstitucionalização foi outorgada a partir da consolidação e construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. No entanto, o que se espera de tal reforma não é somente a transferência do doente mental para além dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou até mesmo que fique entregue à própria sorte; esperam-se muito mais conquistas, como: o estabelecimento da cidadania, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o protagonista de seu próprio tratamento, sem a ideia de cura como única solução. Dessa forma, buscando a autonomia e reintegração do sujeito à família e, conseqüentemente, à sociedade.²

A partir de então, surgiram os modelos substitutivos com objetivo principal de inserir o indivíduo em sofrimento psíquico novamente nos espaços de convivência e, nesse intermédio, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) assume especial importância no panorama de novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar.³

O CAPS é um serviço substitutivo, de atenção em saúde mental, que tem evidenciado efetividade na substituição da internação de longas datas por um tratamento que não encarcera os pacientes isolando-os de suas famílias e da comunidade. Assim, o primeiro CAPS do país surge em março de 1987, com a inauguração do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, na Cidade de São Paulo, e representa a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos indivíduos com transtornos mentais (psicóticos e neuróticos graves) atendidos na rede pública. O ideário desses centros é constituído a partir de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo binômio ambulatorio-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação de sua clientela. Assim, para os CAPS se tornarem realmente novos serviços, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico, torna-se necessário que o atendimento ofertado esteja comprometido com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao “status quo” representado pela atenção ofertada e conveniada pela rede pública de saúde mental, sobretudo nos ambulatorios e hospitais psiquiátricos.⁴

Por fim, justifica-se compreender se este serviço vem atendendo às reais demandas da população em destaque através de sua cobertura. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo analisar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial da microrregião de Cruz das Almas entre os anos de 2008 e 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal descritivo, feito através de dados secundários online, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e que abrange a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial I (CAPS) de alguns municípios do Recôncavo Baiano, especificamente na microrregião de Cruz das Almas e cuja população é superior a 20 mil habitantes. São eles: Cachoeira, Conceição de Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe e Muritiba, estudados entre os anos de 2008 e 2012.

A coleta de dados ocorreu em março de 2015 e foram utilizadas as variáveis: ano, municípios da microrregião de Cruz das Almas com pelo menos um CAPS e número de habitantes de cada município mencionado. Para a análise dos dados obtidos, utilizamos a fórmula de cobertura que se baseia no indicador CAPS/ 100.000 habitantes, que pretende refletir o estado e as modificações para o processo de implementação. Os parâmetros de cobertura são calculados da seguinte forma: $((N^{\circ} \text{ CAPS I} \times 0,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ de CAPS III} \times 1,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS ia}) + (N^{\circ} \text{ CAPSS ad})) \times 100\,000 / \text{pela população total residente de cada município no ano considerado}$. Os valores de referência do indicador citado explicitam que: maior de 0,70 considera-se uma cobertura muito boa; entre 0,50 e 0,69 uma boa cobertura; entre 0,35 e 0,49 uma cobertura regular/baixa; 0,20 a 0,34 uma baixa cobertura e $< 0,20$ uma cobertura insuficiente ou crítica, conforme descrito no Quadro 1.^{5,6}

QUADRO 1. Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes

Cobertura muito boa	> 0,70
Cobertura boa	0,50 e 0,69
Cobertura regular/baixa	0,35 e 0,49
Cobertura baixa	0,20 a 0,34
Cobertura insuficiente/crítica	< 0,20

Fonte: Superintendencia de Atenção Integral à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, SESAB 2011

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As modalidades de CAPS se determinam pela capacidade de atendimento e pela clientela atendida, sendo divididas em: CAPS I - atendem aos municípios com populações entre 20.000 e 50.000 habitantes, caracterizando assim unidades de pequeno porte, as quais se dedicam a cuidar de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, e transtornos decorrentes do uso do álcool e de outras drogas; o CAPS II atende aos municípios com populações de 70.000 a 200.000 habitantes, nele são oferecidos serviços de médio porte, atendendo ao mesmo tipo de clientela já citada no CAPS I, sua capacidade é de 360 atendimentos por mês, funcionando em cinco dias úteis na semana; o CAPS III é a modalidade mais complexa da rede e o único que funciona 24 horas durante os 7 dias da semana, incluindo feriados. Esse tipo está mais presente nas grandes metrópoles brasileiras, realiza curtas internações de no máximo 7 dias e possui capacidade para 450 atendimentos mensais.⁷

O CAPSi (infantil) é especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, como portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por conta de sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. São destinados a municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionam durante cinco dias úteis na semana e geralmente têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Há ainda o CAPSad (álcool e drogas) – especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas – também são destinados para municípios com mais de 200.000 habitantes ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou por serem cenários importantes, que necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental, funcionam durante os cinco dias úteis da semana, tendo capacidade de realizar até 240 acompanhamentos por mês.^{7,8}

Percebe-se que todas as modalidades do CAPS e sua atuação nos municípios seguem o critério de perfil populacional; mas, devido a sua natureza local e comunitária, cabe aos gestores locais e a toda a comunidade analisar se o serviço realmente está atendendo ou não às demandas de saúde mental de seus respectivos municípios.^{7,8}

O Gráfico1 permite avaliar a cobertura da microrregião de Cruz das Almas ao longo dos anos, segundo o quantitativo populacional. Essa Microrregião possui em média nove municípios com aproximadamente 250 mil habitantes, de acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2012. No entanto, somente os municípios que possuíam número igual ou superior a 20 mil habitantes em 2012 foram abordados.

O município de Cachoeira, como descrito no Gráfico1, manteve uma cobertura considerada muito boa, de acordo com os parâmetros estabelecidos, em todos os anos pesquisados, chegando à cobertura total de 1.53 do referido período. Já o município de Conceição da Feira não possuía nenhum tipo de CAPS nos anos de 2008 e 2009, pois não tinha alcançado o critério mínimo de 20 mil habitantes. Esse critério só foi alcançado a partir de 2010, quando atingiu uma cobertura considerável, mantida até 2012. Sua cobertura total com relação aos cinco anos chega a 1.47, número considerado muito bom.

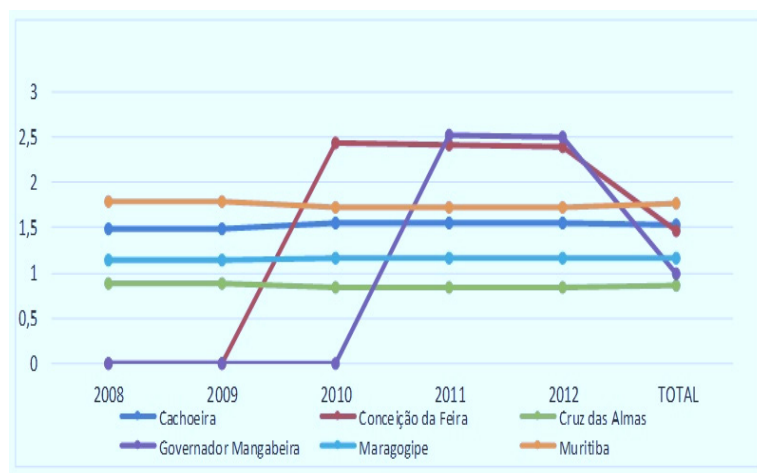
O CAPS de Cruz das Almas é o que possui a menor cobertura de toda a microrregião, mas ainda assim é considerado muito bom, de acordo com os parâmetros já citados, chegando a alcançar o valor de 0,86. Porém é preciso intervir numa tentativa de aumento dessa cobertura, pois se trata de um CAPS único para atender uma população com mais de 50 mil habitantes.

A implantação do CAPS de Governador Mangabeira ocorreu no ano de 2011, alcançando assim uma cobertura altíssima, 0,99 que, de acordo com os parâmetros estabelecidos, demonstram uma cobertura muito boa.

No município de Maragogipe a cobertura foi crescente nos anos de 2008 a 2010. Embora não tenha havido aumento nos anos de 2011 e 2012, mesmo assim seus níveis alcançaram ótimos resultados chegando a uma cobertura total de 1.16 no período estabelecido. O município de Muritiba teve um pequeno aumento nos anos de 2008 para 2009; porém, a partir de 2010 houve uma regressão que permaneceu até o ano de 2012. Apesar dessa pequena diminuição, sua cobertura sempre obteve resultado satisfatório, sendo este município o líder de cobertura de toda a microrregião chegando a 1,76 em sua totalidade no período proposto.

Nos anos de 2007 e 2008 pouquíssimos CAPS foram credenciados na Bahia. Nesse mesmo período o Ministério da Saúde fornece dados sobre a cobertura do estado com o parâmetro de 0,51 CAPS/100 mil habitantes situando-o entre os de cobertura regular/boa, o 11º entre os melhores dos 27 Estados da Federação. No entanto, tal parâmetro melhor se adequa em estados menores e com maior densidade populacional, o que não é o caso da Bahia, por ter uma grande dimensão geográfica e, além disso, 95% dos seus municípios possui uma população abaixo de 100.000 habitantes. Isso significa que o parâmetro citado também utilizado nesta pesquisa penaliza a Bahia, pois é insuficiente e inadequado.⁹

GRÁFICO 1. Cobertura da população segundo Centros de Atenção Psicossocial I da Microrregião de Cruz das Almas - BA entre 2008 a 2012



Fonte: Ministério da Saúde; DataSUS.

Os seis municípios descritos na Tabela 1 possuem no mínimo um CAPS, cabendo aos habitantes dos municípios, com população inferior a 20 mil habitantes, buscar o atendimento no município mais próximo, fazendo-se cumprir a regionalização proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰

Na atual política de saúde mental, o CAPS ocupa um lugar de extrema importância dentro da rede de saúde, sendo um papel estratégico para a mudança da lógica do cuidado e como articulador da rede, já que a composição do serviço inclui as pessoas, suas existências e seus sofrimentos¹¹ Entretanto, a implementação desse serviço ainda tem sido considerada insuficiente no país, no que se refere ao número, como também ao modo de funcionamento, e em que medida este funcionamento se aproxima do ideário da reforma psiquiátrica.¹²

O Ministério da Saúde, por meio de seus documentos, revela que a cobertura dos CAPS passou de 21% em 2002 para 53% no final de 2008, mostrando assim um aumento significativo. Neste último ano citado, o país contava com 1.290 CAPS distribuídos de forma desigual entre os estados e entre 266 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes.¹³

Já no ano de 2011 o Ministério da Saúde faz referência à existência de 1.742 CAPS de forma geral em todo o país. Nesse mesmo ano, de acordo com o indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes, a região norte alcançou uma cobertura de 0,45 (regular/baixa) a menor de todas as regiões do Brasil, seguida da região centro-oeste com 0,53 (cobertura boa), sudeste com 0,63 (cobertura boa), nordeste com 0,87 (cobertura muito boa) e sul com 0,91 (cobertura muito boa), sendo as duas últimas que alcançaram maiores índices de cobertura em todo o país.

A Bahia, em 2002, possuía uma cobertura extremamente crítica com um índice de 0,08; porém, com o decorrer dos anos e com a ampliação dos serviços, passou a alcançar uma boa cobertura: no ano de 2007 com o índice de 0,52, e uma excelente cobertura com o índice de 0,87 em 2011.¹⁴

Assim, embora os indicadores de cobertura se mostrem razoáveis, a existência apenas do CAPS I

(sinalizado em unanimidade na Tabela 1), não é suficiente para atender todos os públicos nas suas diversidades e particularidades, requerendo uma consolidação do apoio matricial como estratégia de assistência, suporte da rede básica, centrada no Programa de Saúde da Família, entre outras formas de oferta de serviços de saúde e encaminhamento que permitam a resolutividade dos problemas externalizados pela população.

TABELA 1. Número de habitantes por ano, número e tipo de CAPS dos municípios da Microrregião de Cruz das Almas que possuem tal serviço de saúde mental.

Município	Número de habitantes por ano					Nº e tipo de CAPS
	2008	2009	2010	2011	2012	
-	-	-	-	-	-	-
Cachoeira	33.495	33.781	32.026	32.150	32.270	1 CAPS I
Conceição da Feira	19.891	20.119	20.391	20.612	20.826	1 CAPS I
Cruz das Almas	56.766	57.100	58.606	59.045	59.470	1 CAPS I
Governador Mangabeira	20.539	20.670	19.818	19.873	19.836	1 CAPS I
Maragogipe	43.620	43.923	42.815	43.967	43.114	1 CAPS I
Muritiba	27.866	27.755	28.899	28.922	28.944	1 CAPS I

Fonte: Ministério da Saúde; DataSUS e Secretária da Saúde do Estado da Bahia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A microrregião de Cruz das Almas não deixa a desejar no que diz respeito à cobertura dos CAPS, já que os municípios mencionados evidenciaram bons resultados durante os cinco anos propostos pela pesquisa. No entanto, é preciso levar em consideração que alguns municípios dessa microrregião ainda não possuem nenhum tipo de CAPS por conta do número de habitantes, propondo a necessidade contínua de avaliação populacional para averiguar o alcance do critério estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Mesmo com os fatores acima citados, dados oficiais utilizando indicadores de cobertura e sua evolução temporal relevam uma tendência à diminuição de oferta de leito em hospitais psiquiátricos e a expansão da rede dos CAPS ao longo dos anos.¹⁵ Com isso, pode-se observar que a real proposta da reforma psiquiátrica vem sendo galgada no que diz respeito à substituição do modelo asilar. Devemos, contudo, pensar realmente de que forma esse processo vem acontecendo e se está ocorrendo de maneira planejada; só assim, pode-se saber se a desinstitucionalização vem incidindo de forma ética e satisfatória.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

2. GONÇALVES, A. SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(2): 48 – 55.
3. ONOCKO-CAMPOS, R. FURTADO, J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Maio de 2006; 22(5): 1053 – 1062.
4. SCHRANK, G. OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *RevEscEnferm USP*. 2008; 42(1): 127 – 134.
5. ESTADO DA BAHIA. Rede de Atenção Psicossocial Cobertura de Saúde Mental por Microrregião de Saúde. Bahia, 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PCzsRda-EvwJ:www1.saude.ba.gov.br/dipro/pacto/download/OFICINA_SIS-PACTO_26.07.2012/Serie_hist/17%2520Cobertura%2520CAPS%2520Micro%2520SAJ%2520e%-2520Cruz.doc+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acessado em 10 de dezembro de 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados □ 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acessado em 11 dezembro de 2015.
7. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. SILVA, A. A importância do CAPS na consolidação do novo modelo de Saúde Mental Brasileiro. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010silva-amp.pdf>>. Acessado em 12 de dezembro de 2015.
9. RABELO, A. COUTINHO, D. Análise da saúde mental no estado da Bahia – 2008. *Gaz. Méd. Bahia*. 2008; 78(2): 104-119.
10. ESTADO DA BAHIA. Rede de Atenção Psicossocial Cobertura de Saúde Mental por Microrregião de Saúde. Bahia, 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PCzsRda-EvwJ:www1.saude.ba.gov.br/dipro/pacto/download/OFICINA_SIS-PACTO_26.07.2012/Serie_hist/17%2520Cobertura%2520CAPS%2520Micro%2520SAJ%2520e%-2520Cruz.doc+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acessado em 10 de dezembro de 2015.
11. BARRETO, S. O processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas em um CAPS. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10907/1/5555555555.pdf>>. Acessado em 13 de dezembro de 2015.
12. NUNES, M. TORRENTÉ, M. OTTONI, V. NETO, V. SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência

Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. vol. 24, n. 1, jan. 2008, p. 188-196. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/18.pdf> > Acessado em 13 de dezembro de 2015.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 5, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf>. Acessado em 13 de dezembro de 2015.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados nº10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

15. GONÇALVES, V. ABREU, P. CANDIGALO, R. SARAIVA, S. LOBATO, M. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. Rev. Psiquiatr. RS. 2010; 32(1): 16-18.

ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA: ENFRENTAMENTO DA DOENÇA PELOS PACIENTES EM FEIRA DE SANTANA-BA

NURSING HOST TO CANCER PATIENTS: REFLECTIONS IN FIGHTING THE DISEASE FOR THE AFFECTED IN FEIRA DE SANTANA, BAHIA

GLAUCIA COSTA MACHADO^{1#}; ERMYRO THIAGO RIOS DO OURO²; FLÁVIA PONTES GUERRA DE SANTANA³

¹*Enfermeira. Especialista no formato residência em Enfermagem Hospitalar com ênfase na Saúde do Idoso. Pós-graduanda em Urgência e UTI. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA.*

²*Acadêmico do 10º período do curso de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA.*

³*Enfermeira especialista em UTI Adulto. Docente da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA, articuladora de práticas hospitalares para o curso de graduação em enfermagem da FADBA, integrante do Núcleo de Pesquisa NUPES - UEFS. #glancia.cm@hotmail.com*

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa que objetivou investigar como tem se dado o acolhimento de enfermagem a pacientes oncológicos e quais os reflexos evidenciados no enfrentamento da doença pelos acometidos em Feira de Santana-BA. Participaram da pesquisa 8 pacientes em tratamento oncológico de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia de Feira de Santana-BA. Os dados foram coletados no período de outubro de 2014, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Emergiram quatro categorias: Atendimento de enfermagem; Sentimentos durante o tratamento; Reflexos do atendimento de enfermagem; Qualidade da assistência de enfermagem. Constatou-se que os reflexos do acolhimento têm sido positivos, pois têm auxiliando os pacientes a enfrentarem melhor a condição patológica em que se encontram.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Oncologia; Enfrentamento.

ABSTRACT: It is a descriptive study in a qualitative approach which aimed to investigate how has been the nursing reception to patients with cancer and what are the consequences evidenced in the process of coping with the disease by the affected in Feira de Santana, Bahia. The participants were 8 patients undergoing cancer treatment in a High Complexity Oncology Unity in Feira de Santana-BA Data collection occurred in October 2014 through interview with open questions, analyzed according the content analysis technique based on Bardin. Four categories emerged: Nursing Care; Feelings during treatment; Reflections of nursing care; Quality of nursing care. It was found that the reflections of reception nursing have been positive, because has helped the patients to face their pathological condition.

KEY WORDS: User Embrace; Medical Oncology; Adaptation Physiological.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença de caráter multicausal, isto é, resultante das interações entre fatores externos e genéticos, causadores de uma série de mutações no código genético das células normais e que levam ao aparecimento da doença. No Brasil, o câncer é um problema de saúde pública, constituindo a segunda causa de morte, sendo considerada uma doença crônica com efeitos físicos, psicológicos e espirituais.¹

O tratamento da doença evoluiu nas últimas décadas, ampliando as possibilidades de recuperação do paciente, com cirurgia, radioterapia, quimioterapia, entre outros. Contudo, as contraindicações e as limitações ainda são inúmeras, sendo necessário avaliar as condições de cada paciente. Durante a terapêutica, o paciente pode precisar de suporte multiprofissional, para ajudar a superar as alterações que o tratamento impõe, sobretudo em sua autoestima e qualidade de vida. Nesse aspecto, a enfermagem assume valiosa contribuição, e de forma humanizada e acolhedora, pode estabelecer um vínculo que auxiliará o paciente a enfrentar o tratamento.²

Os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer devem ser individualizados, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas. O paciente está fragilizado e com uma perspectiva de sobrevida reduzida; por isso, diante de um diagnóstico de uma doença neoplásica, a sua perspectiva se torna bem restrita e provoca sempre algum grau de sofrimento. O enfermeiro deve se aproximar mais desse paciente, estabelecendo maior comunicação, a fim de identificar suas necessidades e contribuir para lhe proporcionar melhor qualidade de vida. A pessoa com câncer precisa de ajuda da enfermagem na identificação de seus problemas, para que possa enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções para eles.³

Com base nessas informações, o presente trabalho se propôs a verificar de que forma o acolhimento de enfermagem a pacientes oncológicos irá refletir no enfrentamento da doença pelos acometidos em Feira de Santana-BA. Portanto, o estudo justifica-se por sua relevância para os profissionais de Enfermagem já atuantes, bem como para os que pretendem trilhar os caminhos da assistência na área da oncologia, assim também para os que atuam diretamente nos hospitais e clínicas, órgãos responsáveis pela viabilização da saúde à população. Esse estudo se faz pertinente também em função da necessidade de aprimoramento das competências e habilidades práticas assistenciais de enfermagem, no cuidado holístico aos pacientes oncológicos e consulentes.

O trabalho objetivou investigar como tem sido o acolhimento de enfermagem a pacientes oncológicos na cidade de Feira de Santana-BA e quais os reflexos evidenciados pelos acometidos no enfrentamento da doença.

METODOLOGIA

O presente estudo foi concebido a partir de uma abordagem qualitativa, útil para avaliar resultados individuais dos participantes de um programa, serviço ou atividade; para responder a questões sobre como, o quê e por quê; para avaliar a dinâmica interna de processos e atividades, entre outros fatores. Trata-se de um estudo descritivo, cujo foco foi detalhar minuciosamente os reflexos do acolhimento de enfermagem a pacientes oncológicos, o que ficou evidenciado a partir do relato de cada entrevistado.

A pesquisa, ocorrida em outubro de 2014, foi realizada em uma Instituição Federal habilitada pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Essa unidade está localizada em Feira de Santana, município brasileiro do Estado da Bahia, que possui aproximadamente 606.139 habitantes e está situada a 108 quilômetros da capital Salvador. A população estudada foram 08 de todos os pacientes com diagnóstico confirmado de câncer e que estão cadastrados na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e em tratamento em Feira de Santana-BA. Como a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc [...] o objetivo da amostra é produzir informações aprofundadas e ilustrativas, seja pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações.⁴

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, de forma que foi possível analisar como tem sido o acolhimento de enfermagem aos pacientes oncológicos, e de que forma esse acolhimento tem refletido no enfrentamento da doença pelos pacientes acometidos.

O estudo foi realizado pela técnica de análise de conteúdo de Bardin, que é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) das mensagens.⁵

Realizadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas e os dados coletados organizados, considerando o que é único, descartável ou recorrente. Em seguida, os agrupamos em categorias e subcategorias, de acordo com os objetivos e questões do estudo, buscando estabelecer articulações entre o conteúdo expresso pelos participantes da pesquisa, o pesquisador e o referencial teórico da investigação, visando responder as indagações referendadas nos objetivos, sem perder de vista a complexidade do fenômeno estudado.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos maiores de 18 anos, pacientes com diagnóstico confirmado de câncer, que estão em tratamento em Feira de Santana-BA há, no mínimo, 30 dias e que em algum momento já foram atendidos por enfermeiros (as), mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Quanto aos critérios de exclusão, foi eliminada da pesquisa a população de indivíduos menores de 18 anos, pacientes que não tinham o diagnóstico confirmado de câncer, e que não estavam em tratamento em Feira de Santana-BA há pelo menos 30 dias, os que nunca foram atendidos por enfermeiros (as), e os que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Quanto às exigências éticas e científicas fundamentais para sua realização, ressaltamos que o presente trabalho atendeu a todas as recomendações previstas na resolução 466/12 do Ministério da Saúde (MS), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Atendendo aos princípios e aspectos éticos, a pesquisa atendeu aos critérios dignidade, autonomia, privacidade e sigilo, uma vez que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia e aprovado com Certificado de Aceite e Apreciação Ética nº 35525514.8.0000.0042. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde estavam expostos os objetivos da pesquisa, bem como a garantia do anonimato, já que a identificação desses sujeitos pesquisados se deu pelo uso de um código para cada entrevistado (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), de acordo com a ordem cronológica da pesquisa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 08 participantes, 5 eram mulheres. Todos com grau de instrução que variava entre 1º e 2º grau incompleto. O Tempo de Tratamento (TT) variou de 2 meses a 3 anos, no período entre 2011 e 2014, sendo devidamente distribuídos dessa forma:

TABELA 1: Distribuição dos participantes segundo sexo, tempo de tratamento e quantidade.

Sexo masculino (M); sexo feminino (F)	Tempo de tratamento (TT)	Quantidade de participantes
F	1 ano	1
M	1 ano e 3 meses	1
F	2 anos	2
F	3 anos	1
M	7 meses	1
F	03 meses	1
M	2 meses	1

Fonte: tabela elaborada a partir da devida distribuição dos participantes considerando o sexo; TT e quantidade.

Todos os participantes da pesquisa já foram atendidos pela equipe de enfermagem, o que viabilizou a realização das entrevistas. Em seguida, as entrevistas foram divididas em categorias e subcategorias, conforme demonstra a tabela abaixo:

TABELA 2: Categorias e sub-categorias do estudo

Categorias	Subcategorias
Atendimento de enfermagem	· Satisfação
	· Acolhimento
Sentimentos durante o tratamento de enfermagem	· Fragilidade
	· Segurança
Reflexos do atendimento de enfermagem	· Orientação
	· Conforto
	· Esperança
Qualidade da assistência de enfermagem	· Diálogo/ escuta
	· Bom atendimento

Fonte: tabela elaborada a partir da análise minuciosa das falas dos entrevistados.

As categorias foram identificadas como consequência do emprego paradigmático abrangendo, na visão dos pacientes oncológicos em tratamento, os resultados referentes ao acolhimento de enfermagem. O atendimento foi prestado em uma Unidade de Alta Complexidade em oncologia, com vistas a responder os seguintes objetivos: identificar as razões pelas quais o acolhimento de

enfermagem pode refletir de forma positiva ou negativa no enfrentamento à doença e apontar as evidências encontradas em relação aos aspectos positivos e/ou negativos do acolhimento de enfermagem a pacientes oncológicos em tratamento em Feira de Santana-BA. Foram selecionadas 04 categorias que emergiram das entrevistas individuais com os pacientes, as quais serão discutidas nesta seção.

CATEGORIA 1 – ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Os depoimentos sobre o relacionamento com a equipe de enfermagem foram expressos de forma positiva e contentável. Os pacientes declaram sua satisfação com o atendimento prestado por uma equipe competente, responsável e atuante segundo as necessidades de seus clientes, o que proporciona ao usuário um ambiente “familiar”, minimizando o estresse que a doença e o tratamento possam proporcionar. Quanto à satisfação pelo atendimento recebido, cinco dos entrevistados expressaram:

“A gente é sempre bem recebido, bem atendido, não tenho nenhuma queixa contra o trabalho delas aqui de forma nenhuma” (P 1).

“A enfermagem aqui é nota dez, parece que a gente está em casa, é muito bom, é uma referência muito boa” (P 4).

“Aqui para falar a verdade todo mundo me trata bem graças a Deus, tanto é que eu gosto do povo daqui de dentro como de lá da APC, o povo me trata muito bem, eles explicam tudo direitinho ouve a gente e tudo [...] o que eu tenho pra falar é isso, que meu tratamento está sendo ótimo” (P5).

“[...] Não tem o que dizer as meninas aqui são ótimas, minha médica é muito boa, me trataram todos como se estivessem tratando uma criança” (P6).

“Quando eu chego aqui as meninas sempre me atendem, não tem esse negócio de deixar aquela pessoa de lado e não atender, a gente tem que esperar porque são muitas pessoas, tem que ter paciência e todo mundo é atendido na sua vez, na sua hora então não tenho do que reclamar não” (P 8).

Quanto ao acolhimento de enfermagem aos pacientes em tratamento oncológico, é preciso considerar que acolher envolve uma atitude de relacionamento com o outro, envolve ouvir, procurar compreender, tentar responder os questionamentos do outro e também a capacidade de se colocar no lugar do outro, saber que poderíamos ser nós ou um ente querido na mesma situação.⁶

Veja o que dizem cinco dos entrevistados a respeito de como se sentem ao entrar em contato com a equipe de enfermagem:

“Eu me senti acolhida” (P2).

“Me senti bem, fui bem acolhida né, me passou segurança” (P3).

“Eu me senti confortável sabe, muito bem acolhida, [...] eles estão sempre procurando ajudar e incentivar as pessoas que precisam de apoio” (P4).

“Eu posso dizer, eu nunca senti nenhuma deficiência por parte deles aí, não posso... tanto o atendimento interno, no caso a enfermagem aqui dentro, como o atendimento de balcão o pessoal lá fora da recepção trata a gente muito bem, entendeu, eu não tenho do que queixar” (P7).

“Eu me senti bem acolhida, eles aqui sabem como tratar cada um na sua maneira de estar doente né, eles tratam bem mesmo, eu gostei da maneira como eles me trataram foi ótimo” (P8).

As falas descritas acima confirmam que a maneira como a equipe de enfermagem da Unidade de Alta Complexidade, onde foi realizada a pesquisa, tem desenvolvido um trabalho concernente ao acolhimento aos pacientes com câncer de forma satisfatória, evidenciando que este fator é um reflexo positivo no enfrentamento da doença.

O acolhimento é uma das principais ações para que haja humanização à saúde, ressaltando

especialmente a boa recepção, a resolutividade no sentido de ouvir o usuário do serviço, a fim de conhecer melhor suas necessidades.⁸

Considerando as entrevistas expostas, e em concordância com o autor supracitado, vale ressaltar que o acolhimento de enfermagem influencia significativamente o paciente acometido por uma neoplasia, pois, quando prestado de forma satisfatória, proporciona ao cliente melhor adesão ao tratamento, redução do estresse ocasionado pela condição em que este se encontra, sendo, portanto, um fator decisivo na forma de enfrentamento da doença.

CATEGORIA 2 – SENTIMENTOS DURANTE O TRATAMENTO

A presente categoria emergiu das respostas dos pacientes aos questionamentos realizados pelos pesquisadores; nela é possível perceber, através das entrevistas, o sentimento dos pacientes durante esse processo doença/tratamento, bem como o reflexo da assistência de enfermagem no enfrentamento da doença pelos acometidos. Nas três primeiras falas fica evidente a fragilidade que os entrevistados expressam ao falarem da condição em que se encontram. Quanto à fragilidade apresentada:

“Quando você sabe no primeiro momento você perde seu chão, mexe com você sabe, com as suas estruturas emocionais, assim, a preocupação também é porque isso afeta a família” (P1).

“A gente sabe que quando chega aqui eles vão ouvir, mesmo não sendo certo, vão entender, vão dá continuidade, é uma forma assim de você se sentir seguro” (P1).

“Apesar da alegria do povo, do incentivo deles, da palavra amiga, [choro]... eu pedi muita força, mas o fato de vir fazer o tratamento é o que me entristece, só isso. Eles fazem o que podem, é de mim mesmo isso, sei lá. Às vezes eu não me acostumei pelo fato de ter que fazer tratamento, acho que é isso... em casa estou bem, estou alegre, mais quando chego aqui, mesmo com todo acolhimento, eu me sinto um pouco triste, abatida” ” (P2).

A descoberta do diagnóstico de câncer em um indivíduo provoca no seio familiar uma sucessão de mudanças, enfrentando um grande conflito emocional, pois, como o câncer possui o estigma social de doença incurável, as perspectivas da vida dessa família são abaladas pelo sentimento de temor da experiência inesperada que terão que viver.⁷

Quando o indivíduo sabe que é portador de câncer é, em geral, aterrador, pois, apesar dos avanços terapêuticos, permitindo uma melhoria na taxa de sobrevida e qualidade de vida, permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutiladora e mortal. Dessa forma, fica clara a necessidade e a propriedade de intervenções de enfermagem que auxiliem as pessoas no enfrentamento da doença e suas consequências, visando à reabilitação e melhoria da qualidade de vida⁸

Ressaltamos, que, na busca pela sobrevivência, o estigma de morte que a doença carrega contribui para que o paciente se torne mais vulnerável a emoções e sensações de terminalidade da vida, o que faz com que este experimente angústias dentro de si nunca vivenciadas; além de gerar desgaste e estresse que abalam todas as estruturas, inclusive a familiar. Por isso, a forma de acolhê-lo faz toda a diferença, pois nesse momento é essencial que a equipe saiba ouvir, esclarecer e acompanhar decisões de forma ética, a fim de favorecer um tratamento de qualidade nessa relação paciente e profissional, o que tem sido feito pela equipe de enfermagem da Unidade em estudo. Pode-se perceber essa reflexão na fala do P1. Nas demais, é possível perceber que a referida equipe tem se desdobrado para atender às necessidades de seus pacientes, o que tem refletido de forma positiva no enfrentamento da doença, mesmo que para alguns isso se mostre de forma mais discreta como está explícito na entrevista do P2.

Nas três últimas entrevistas, ficou evidente como os pacientes se sentem em relação à segurança, após o atendimento com a equipe de enfermagem.

“Senti bem, fui bem acolhida, né; me passou segurança” (P3).

“Eles me passavam muita segurança, entendeu, isso aí me deixa mais confortável” (P4).

“Aí você tem a possibilidade de ainda poder sonhar, e quando você não pode mais sonhar, que você sabe que não, mesmo que não tenha jeito, mas eles sempre passaram pra gente essa segurança, isso é muito importante para um paciente, para ele se sentir seguro, porque a insegurança atrapalha” (P7).

Geralmente o paciente oncológico é reconhecido como sendo especial, fragilizado, inseguro, requerendo para o seu cuidado, além de um saber técnico-científico, uma sensibilidade dirigida ao humano ali envolvido, apontando, em sua totalidade uma grande dificuldade na construção do vínculo à própria estigmatização da doença. Dentro do contexto terapêutico, a qualidade e a forma de vínculo são de extrema importância por influenciar tanto no desenvolvimento quanto na qualidade do processo, pois, sem vínculo, a terapia não acontece. Assim, na busca da empatia pela construção desse vínculo, observa-se a tentativa da maioria dos profissionais em dizer a verdade e ser honesto com o paciente. Pois é esse desenvolvimento de confiança e de segurança, referente às informações a serem repassadas ao paciente que fará com que o tratamento tenha boas condições de sucesso I.⁹

É fundamental que a clareza e veracidade dos fatos dentro das perspectivas éticas sejam expostas aos pacientes sobre sua real condição, encorajando-os a não desistir, e lutar contra a doença. Essa forma de enfrentamento está diretamente relacionada com o acolhimento oferecido pelos profissionais da equipe multidisciplinar; em especial a equipe de enfermagem, pois esta dedica maior tempo na assistência aos pacientes oncológicos durante todo o processo de diagnóstico e tratamento. A equipe de enfermagem pode, portanto, ser considerada como uma das principais “protagonistas” no fornecimento de um cuidado de qualidade ao paciente oncológico, como tem feito a equipe de enfermagem da Unidade de Alta Complexidade da pesquisa. Pode-se inferir que o desenvolvimento da confiança e a comunicação clara com os pacientes refletem de forma positiva no enfrentamento da doença, pois eles se sentem seguros, como deixaram claro nas três últimas entrevistas dessa categoria.

CATEGORIA 3 - REFLEXOS DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

A presente categoria foi concebida a partir das respostas dos entrevistados, na qual fica evidente, nas quatro primeiras falas, a relevância do conhecimento que os acometidos devem ter em relação a sua condição. É claro que esse conhecimento deve ser adquirido através das orientações fornecidas pelos profissionais que os acompanham e por outras fontes que eles busquem por iniciativa própria. Essa busca por informações tem o objetivo de encontrar a melhor forma de superar a doença, através, também, de tratamentos alternativos, não comprovados cientificamente. Já em relação ao conforto, que é um dos elementos pertinentes dentro do plano de cuidado da assistência de enfermagem, três dos entrevistados relataram que se sentiram confortáveis com os serviços recebidos, o que confirma a existência desse elemento no atendimento ao paciente.

Quanto à orientação/conhecimento sobre sua condição patológica, quatro dos entrevistados se expressam da seguinte forma:

“[...] Pelo conhecimento que eu tenho, e talvez outras alternativas e assim vai, o que quer dizer que a doença não possa evoluir, que eu possa vir a óbito, a gente não pode descartar nenhuma hipótese, porém, essa outra hipótese hoje em dia ela não me afeta tanto. [...] O conhecimento lbe ajuda [...] porque já sabe aonde você vai focar, e o que você deve fazer para melhorar seu organismo. E quando você não tem nenhum conhecimento, aí fica vulnerável, fica à mercê do que vier, é diferente, aí as pessoas entram em depressão, ficam naquele quarto” (P1).

“[...] Às vezes, eu tenho dúvidas em alguma coisa e eles me orientam tudo, não falta nada, nada, psicólogo, tudo que você precisar de bom e de melhor. Tudo de bom!” (P4).

“Eu ficava indeciso, por que até então eu não sabia da gravidade, depois que eu fiz os exames que constatou, aí você começa a cair na real, [...] no hospital, os médicos e enfermeiros fizeram eu me sentir mais seguro, devido o tratamento dela conversar [...] o paciente não pode ficar sem saber o que está acontecendo porque eu acho que aquilo até atrapalha uma eventual cura, [...] mas as enfermeiras, o pessoal da enfermagem sempre parece ter um dom de tratar o paciente” (P7).

“[...] Me ajudam através do medicamento, me aconselhando, me ajudando, dando força, né, para cada dia superar, é isso aí” (P8).

No contato diário com a equipe, o papel da enfermagem é fundamental na orientação ao paciente; muitos desejam aprender tudo o que podem sobre sua doença, as opções de tratamento, a ação dos quimioterápicos, os efeitos da radiação nas células e suas consequências, e sobre os aparelhos utilizados no decorrer do tratamento. Agindo dessa forma, se tornam participantes ativos nas decisões relacionadas aos seus cuidados. Cabe ao enfermeiro indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento, a fim de minimizá-los, orientar e acompanhar o paciente e a respectiva família e manter em mente que as ações de enfermagem devem ser individualizadas, considerando-se suas características pessoais e sociais.¹⁰

A assistência de enfermagem à mulher com câncer e seus familiares deve permitir a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas como, por exemplo, questões inerentes à sexualidade, feminilidade e reprodução; além do comprometimento físico e emocional da mulher e toda sua família. Os cuidados de enfermagem devem também auxiliar os pacientes e familiares a identificar e mobilizar fontes de ajuda, informações, busca de soluções dos problemas; permitir tomadas de decisões sobre o tratamento proposto e levar a pessoa ao autocuidado dentro do possível. A educação em saúde, realizada pelos enfermeiros, é responsável por criar condições de melhora na percepção e compreensão da doença por parte do paciente e, assim, gerar estratégias de enfrentamento com resultados positivos e o aumento da adesão ao regime terapêutico.¹¹

Percebe-se através das entrevistas citadas que o conhecimento sobre a doença, o tratamento e seus efeitos sobre o organismo é a chave para a participação ativa do paciente, pois viabiliza possibilidades de outras formas alternativas de enfrentamento da doença; assim como diminui ansiedade e incertezas, reduzindo também a insegurança e angústia internalizadas, fazendo com que os indivíduos desenvolvam suas atividades cotidianas e outras relacionadas a lazer e espiritualidade, por exemplo. Dessa forma, aumenta a capacidade individual de enfrentamento da doença e adesão ao tratamento com consequente melhora da qualidade de vida, desviando o foco da condição patológica em que se encontra.

A equipe de enfermagem torna-se um importante articulador dessas informações e orientações, sendo responsável por desenvolver um trabalho de educação em saúde, juntamente com o paciente e seus familiares, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida.

Nas entrevistas ficou evidente que a equipe de profissionais em questão tem desenvolvido seu papel na assistência aos pacientes oncológicos e isso tem refletido satisfatoriamente na forma de enfrentamento da doença.

Já relacionado ao conforto, foi possível perceber que três dos entrevistados mencionaram a forma pela qual a equipe de enfermagem tem disponibilizado este elemento a eles:

“Quando a gente chega aqui, diante de tanto carinho de tanta atenção, e assim, o ambiente também limpo né, então me ajuda muito” (P 3).

“Aqui foi uma bênção que fizeram esse negócio aqui me ajudam com tudo, se preciso de uma palavra, carinho amor, tudo! Tudo de bom”! (P 4)

“Eu não tenho o que falar, acho que eu dei sorte, eu e todo mundo, porque eu vejo muito bem o carinho que o pessoal trata todos, e isso é muito importante na cura e restabelecimento da saúde” (P 7).

Para a obtenção do conforto, faz-se necessária a construção de um ambiente externo favorável: caloroso, atencioso, amoroso, que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, que inclua a presença de profissionais que transmitam segurança e empatia e carinho. O carinho pode ser proporcionado pelos profissionais ou familiares e amigos, pois esta prática significa cuidado humano e culmina na sensação de segurança, proteção e bem-estar. A ajuda, o apoio, a confiança, a simpatia auxiliam na conquista do conforto e da recuperação da saúde, por isso devem ser adotados como formas terapêuticas.¹² Tais elementos são evidenciados nos relatos dos entrevistados acima citados.

Por fim, o elemento esperança também tem sido relevante, na forma de lidar com a nova realidade ocasionada pela descoberta diagnóstica do câncer e no processo de tratamento. Esta característica está presente no acolhimento de enfermagem, como expressam dois dos entrevistados:

“Eles me ajudam me dando tudo bem na hora certa, eles me chamam, nunca me atenderam mal, eu também não me preocupo não, eu entrego tudo na mão do Senhor ali, que se tiver de dar certo dá, se não, é que Jesus não quis que desse certo né, mais vai dar, que Jesus é tão bom, é tão maravilhoso” (P5).

“Você conversar com aquele paciente entendeu, isso é muito importante você não pode tratar o paciente nunca como se ele fosse um doente terminal, ele tem que sentir seguro e que vai sair dali” (P7).

Os pacientes têm ânsia de solidariedade, porque a enfermidade, muitas vezes, humilha, corrói o sentido do “eu”, tornando-os vulneráveis à palavra do médico. Assim, associando a verdade a seus discursos, a equipe pode saciar o desejo de solidariedade do paciente com diálogos terapêuticos e tentativas de resgate de uma “esperança” ética, que, inclusive, pode ajudar a instalar uma busca interna de cura, pois é necessário ser verdadeiro, dando conforto e esperanças, mesmo quando o prognóstico seja ruim, é importante que ele lute com a sua fé⁹.

A fé expressa pelos pacientes concede a eles o conforto e esperança que foge do alcance de todos, inclusive dos profissionais de saúde. Estes têm sido elementos relevantes no enfrentamento da doença, em que a equipe de saúde poderia estar encorajando e sensibilizando os pacientes a desenvolverem, de forma ética e prudente, o renascimento de suas esperanças, no intuito de obter uma possível resposta satisfatória durante o tratamento da doença.

CATEGORIA 4 – QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A qualidade da assistência prestada aos pacientes oncológicos está diretamente relacionada à forma como estes irão reagir ao tratamento e enfrentar a doença, sendo, portanto, necessário que

os profissionais da equipe multidisciplinar tenham consciência dessa relação e desenvolvam um trabalho em que assista a cada um em sua particularidade respondendo às reais necessidades. Sabendo disso, a presente categoria fez-se necessária para refletirmos como tem sido desenvolvido o trabalho da equipe de enfermagem, considerando como indicador de qualidade o atendimento. Esta categoria foi possível de ser identificada nas cinco primeiras entrevistas; o diálogo/escuta, nas três subseqüentes e, por último, a qualificação dos profissionais atuantes na área oncológica.

No que tange a qualidade no atendimento da Enfermagem e às necessidades dos pacientes:

“Sim, minhas necessidades estão sendo atendidas e muito [...] Só quero agradecer e divulgar o serviço prestado por vocês aqui, porque é um serviço que você não encontra nem em capitais” (P4).

“Quando a gente descobre assim é muito difícil, então foi muito bom, e me ajudou a fazer o tratamento, a não desistir” (P 2).

“sou bem tratada e graças a Deus, nunca tive problema nenhum, eles me atendem direitinho, cuidam de mim, fazem o que pode” (P 6).

“O pessoal me tratou muito bem, não tenho de que me queixar, porque o pessoal da enfermagem são pessoas que eu acredito que claro né, são treinadas e até agora eu não tenho o que dizer, sempre as minhas decisões, necessidades são respondidas” (P 7).

“O atendimento é bom, é excelente, os meninos e as meninas me trataram bem, gostei, não tenho do que reclamar” (P 8) .

Essas observações condizem com o papel da equipe de enfermagem envolvida diretamente na assistência ao paciente oncológico, pois devem oferecer o atendimento sob a perspectiva interdisciplinar, reconhecendo as necessidades do paciente e ofertando-lhes cuidados humanizados, além de proporcionar o alívio dos principais sintomas estressores, respeitando suas preferências e decisões durante todo o tratamento⁷.

A citação e as entrevistas acima evidenciam a relevância da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente oncológico, pois estes necessitam de cuidados especializados que englobem e atendam suas expectativas, considerando suas respectivas peculiaridades, que os ajudem a não desistir, que forneçam o suporte necessário no processo de tratamento e recuperação.

Referente ao diálogo/escuta foi dito que:

“Tem sido bom. E sempre que eu venho, sou bem atendida e quando necessário elas vêm e conversam comigo e tudo. Perguntam se eu estou bem, se eu não estou, se estou sentindo alguma coisa; conversam, me escutam, dão uma palavra de ânimo, e também atendem direitinho” (P2).

“Conversaram comigo direitinho, a enfermeira, o médico, eles me falam tudo” (P6).

“Conversavam calma senhor, vai dar tudo certo, e eu desesperado porque, poxa, não é fácil você ir ao sanitário urinar e ver fezes saindo pela urina” (P7).

O enfermeiro deve promover maior aproximação com esse paciente, alcançando-o por meio da comunicação, para identificar suas necessidades e proporcionar melhor qualidade de vida. A importância do relacionamento paciente, equipe de enfermagem e família, no processo de cuidar, inclui a maneira como é dada a notícia, a clareza com que é abordado o assunto, a abertura que é dada ao paciente e a sua família, para que assim se possa conversar sobre o seu sofrimento, sentimentos, dúvidas, recuperação. A pessoa com câncer precisa de ajuda da enfermagem na identificação de seus problemas, para que possa enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções para eles.³

A consulta de enfermagem tem sido valorizada como importante instrumento do cuidado no que concerne à educação em saúde; é um instrumento de trabalho do enfermeiro em que há sempre a possibilidade de “escuta” ao paciente e seus familiares. É possível que o foco da doença seja minimizado incentivando o exercício do autocuidado, bem como a assistência às demais necessidades humanas básicas. Quando o enfermeiro assume o papel de facilitador deste processo e oportuniza a mudança do foco da atenção, percebe-se como resultado positivo a melhora da autoestima, uma maior adesão aos tratamentos e a constância na busca pelo prazer de viver, apesar dos sofrimentos vivenciados no transcorrer do tratamento da doença.¹³

Nesta unidade de significação, os enfermeiros expressam o modo de cuidar das clientes, a partir do diálogo. Falam com detalhes que existe uma maneira especial de estar tratando de cada uma das queixas, dúvidas e receios que os clientes trazem na consulta. De modo geral, os enfermeiros querem passar algo mais para eles; mais do que apenas orientações sobre o que vai acontecer no tratamento. Com o desenrolar do atendimento em consulta, viabiliza tempo para escutá-los, atenção para suas colocações, apoio para os problemas, valorizando as mínimas coisas que o cliente revela nesse espaço relacional¹⁴

Percebe-se através das falas obtidas por meio das entrevistas, e das citações que o diálogo, quando presente entre os enfermeiros e os clientes, torna-se um instrumento poderoso que reflete diretamente na forma de enfrentamento da doença pelos acometidos, pois este permite que a pessoa envolvida participe ativamente do processo de tratamento, que entenda sua condição e busque viver de forma que a doença não lhe cause impacto tão devastador, favorecendo dessa forma a melhora da qualidade de vida de seus clientes e familiares.

Por último, tratou-se da relevância da mudança no modelo assistencial e do novo perfil de profissionais que vem surgindo, como expresso na entrevista de um dos participantes.

“[...] hoje em dia os profissionais de saúde que vêm se formando vêm com outra mentalidade, e ntenden? já são pessoas mais abertas, são pessoas altamente mais treinadas, então são pessoas que hoje em dia... A pessoa tem tudo para obter sua cura, se não tiver, é porque realmente Deus não quis” (P7).

Nos últimos anos, o enfermeiro tem ampliado sua atuação junto ao paciente com câncer exigindo-lhe a aquisição de novos conhecimentos técnicos científicos. A assistência nessa área requer habilidades técnicas, interpessoais e conhecimentos específicos que implicam compreender os mecanismos da doença e dos tratamentos e oferecer educação e saúde aos pacientes, familiares comunidades e dominar novas tecnologias para o processo de cuidar. Para que a enfermagem possa aperfeiçoar suas intervenções, necessita, além da base de conhecimentos técnico-científicos, atender às exigências e necessidades dos usuários e dos próprios serviços de saúde. Para isso, é necessário considerar o impacto que a doença e seus tratamentos causam nos indivíduos envolvidos e procurar fornecer caminhos que possam suprir as suas necessidades.⁵ Percebe-se que novo modelo assistencial tem sido desenvolvido ao longo do tempo e que a forma de auxiliar o paciente na doença tem evoluído, refletindo positivamente no enfrentamento da condição patológica em que se encontra, melhorando o seu estado geral, empoderando-os do conhecimento sobre a doença, tratamento e condutas que devem adotar frente a algumas adversidades, estabelecendo vínculos que favoreçam o estabelecimento de confiança entre o paciente e o profissional da equipe multidisciplinar como a ponte para o sucesso no processo de tratamento e eventual cura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas através das entrevistas possibilitaram compreender que, ao descobrir-se com um câncer, a pessoa vivencia uma trajetória na qual durante a maior parte dela, sente-se fragilizada, angustiada, desesperançosa, e fragmentada, pois como evidenciado durante todo o estudo, o câncer é uma doença estigmatizada como sinônimo de morte; sendo assim, a sensação de terminalidade chega para todos, causando sofrimento para o indivíduo e sua família.

Compreendendo isso, a maneira como abordar e acolher o paciente oncológico torna-se essencial para: a adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, o resgate da dignidade, a reinserção no seio familiar e social, continuidade e desenvolvimento de suas atividades rotineiras, favorecendo dessa maneira a evolução no enfrentamento da doença pelos acometidos, auxiliando-os a lutarem e encontrar dentro de si esperança que os impulse a buscar a cura.

Para tal, faz-se necessário que a equipe multidisciplinar, com ênfase na equipe de enfermagem, desenvolva dentro do processo de trabalho estratégias que contemplem as necessidades dos pacientes relativas ao acolhimento, à solidariedade à segurança, à esperança, carinho, amor e assistência humanizada. Além disso, que valorize o ser singular que cada um é; que o atenda considerando sua individualidade; que, de fato, responda satisfatoriamente suas necessidades, pois durante todo o processo, desde a descoberta do diagnóstico, perpassando o tratamento e chegando ao desfecho da doença, quer seja para a cura, quer seja para o óbito, é o enfermeiro que estar presente com o paciente e familiar. Ressaltamos que não menos importante, o apoio à família também é indispensável.

Por outro lado, na ausência dos elementos supracitados, o paciente oncológico sucumbe em sua dor, desfalecendo suas forças de lutar, favorecendo o desenvolvimento da doença. Nessas condições, sua atenção estará focada apenas na sua condição patológica, esquecendo-se do seu potencial, deixando escorregar por entre os “dedos” a chance de lutar e vencer a doença.

Conclui-se que o presente estudo evidencia a positividade do acolhimento de enfermagem a pacientes oncológicos e seus reflexos no enfrentamento da doença, sendo estes positivos, pois a forma como tem se dado, de fato tem auxiliando aos pacientes a enfrentarem melhor a condição patológica que se encontram. Tal positividade deve-se em grande parte a alguns elementos presentes durante as consultas ou qualquer outro contato que os usuários dos serviços de saúde oncológica tenham com a equipe de enfermagem, sendo estes: um atendimento satisfatório com diálogo, escuta, com o estabelecimento de vínculos entre paciente e equipe de profissionais; conforto e segurança transmitidos para o indivíduo durante um dos momentos mais difíceis de sua existência. Dessa forma, não foi possível perceber em momento algum, durante as entrevistas realizadas, reflexos negativos a respeito do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem da Unidade onde foi realizada a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Mohallem AGC, Rodrigues AB [Orgs]. Enfermagem Oncológica. Barueri, SP: Manole; 2007.
2. Leite MAC, Nogueira DA, Terra FS. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(6): 1082-9.

3. Silva MEDC, Silva DC, Dantas ALB, Araújo DOR, Duarte IS. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico no hospital: revisão integrativa, 2012.
4. Gerhardt, TE, Silveira DT [Orgs]. Métodos de Pesquisa. 1 ed. Porto Alegre: editora da UFRGS; 2009.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
6. Bragança ATNM. O acolhimento como promoção da saúde entre pacientes com câncer, Natal RN; 2006.
7. Capello EMCS, Vendramini MMV, Salotti SRA, Guimarães HCQCP. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. J Health Sci Inst. 2012; 30(3):235-40.
8. Amâncio NAM, Campos LNM. O papel do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico. Revista Tecer. vol. 2 nº 3. Belo Horizonte; novembro 2009.
9. Silva RCV, Cruz EA. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Esc. Anna Nery vol.15 nº 1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011.
10. Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49(4): 209-214.
11. Panobianco MS, Pimentel AV, Almeida AM, Oliveira ISB. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3): 517-523.
12. Rosa, LM, Mercês NNA, Santos VEP, Radünz V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer, Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):410-4.
13. Anjos ACY, Magnabosco P, Borges DO, Campos CS. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico antineoplásico: um relato de experiência. Em Extensão Vol.10 nº 1. P.107-112 Uberlândia jan/jun 2011 .
14. Alcântara L FFL, Malveira EAP, Bequ GV. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. R Enferm UERJ 2004; 12:259-64.
15. Buetto LS. Os significados de ser enfermeiro especialista em oncologia. Ribeirão Preto: 2009.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE: PRÁTICA DE EDUCAÇÃO POSTURAL EM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

PHYSIOTHERAPY CARE IN HEALTH PROMOTION: PRACTICES OF POSTURAL EDUCATION FOR INSTITUTIONALIZED CHILDREN

SÂNZIA BEZERRA RIBEIRO^{1#}; SURIA MONTEIRO BEZERRA²; AMANDA DE LIMA E SILVA GONDIM²;
WILSON ALEXANDRE CABRAL COSTA³

¹Fisioterapeuta. Professora da Faculdade Adventista da Bahia, FADBA; Mestre em Engenharia da Produção, pós graduada em Reeducação Postural Sensoperceptiva e em Saúde Pública.

²Fisioterapeuta. Pós-graduado em Saúde Pública.

³Fisioterapeuta graduando

#sanziaar@gmail.com

RESUMO: O presente trabalho pretende criar e aplicar um método de educação postural em crianças institucionalizadas. A educação em saúde deve ser iniciada desde a primeira infância. As instituições de educação infantil devem estabelecer, de modo bastante firme, vínculos com serviços básicos de saúde da região em que estão inseridos e o profissional fisioterapeuta pode atuar como promotor em saúde através de práticas em educação postural. A metodologia do trabalho inclui uma pesquisa longitudinal, do tipo qualitativa, uma revisão bibliográfica e um programa de prevenção promovendo a educação na saúde em crianças institucionalizadas com idade de 4 (quatro) e 5 (cinco) anos. O programa foi executado através de uma escola de posturas, as crianças foram submetidas a uma jornada de 10 (dez) aulas práticas e teóricas, de forma lúdica, com duração de 45 minutos cada, duas vezes por semana. As crianças foram reavaliadas após o término do estudo e um ano depois. Tanto na avaliação como na reavaliação as crianças que participaram da escola de postura retiveram 100% (cem por cento) do aprendizado. Assim, percebe-se a importância da criação de uma escola de postura para as crianças institucionalizadas, prevenindo-as de futuros desequilíbrios posturais e, consequentemente, das queixas algícas.

PALAVRAS-CHAVE: Postura; Educação em saúde; Pré-escolar.

ABSTRACT: The present study intends to create and apply a postural education method in institutionalized children. The health education must be initiated from early childhood. The institutions of childhood education must establish, quite firmly, links with basic health services in the region in which they are placed, and the physiotherapist can act as a health promoter through practices in postural education. The methodology includes a longitudinal research, qualitative type, a literature review and a prevention program promoting health education for institutionalized children aged 4 (four) and five (5) years old. The program was implemented through a Back School and the children underwent a journey of ten (10) practical and theoretical classes, in a playful way, lasting 45 minutes each one, twice a week. The children were revalued after the end of the study and one year later. Both in assessing and revaluation, children who participated in the Back School retained 100% (one hundred percent) of learning. Thus, we can see the importance of creating a Back School for institutionalized children, preventing future postural imbalances and consequently the pain complaints.

KEYWORDS: Back School; Health education; Early childhood.

INTRODUÇÃO

O crescente ingresso de crianças pequenas em instituições de educação coletiva, mais conhecidas como creches, tem recebido sérias críticas, principalmente no setor de saúde, por não serem consideradas ambientes adequados. Verifica-se, portanto, a necessidade de se debater sobre o assunto, principalmente ao lidar com os complexos processos de saúde.

A educação em saúde deve ser iniciada desde a primeira infância. As instituições de educação infantil devem estabelecer, de modo bastante firme, vínculos com serviços básicos de saúde da região em que estão inseridos. Essa articulação mostra-se fundamental, pois a instituição poderá identificar, discutir e elaborar localmente os projetos de saúde. Decorrentes dessa interação, deveriam resultar sérios esforços relacionados ao processo de formação de educadoras e demais funcionários sobre aspectos básicos em saúde. A formação fará com que instituição e educadores passem a assumir ativamente seu papel de agente de saúde, tornando-os mais aptos a diagnosticar precocemente e encaminhar mais adequadamente as diferentes doenças que possam vir a acometer as crianças. Sendo assim, de maneira pedagógica e lúdica, deve-se desenvolver trabalho com as crianças, mesmo as bem pequenas, desenvolvendo hábitos corretos de higiene pessoal e do ambiente, atividades que promovam o conhecimento do próprio corpo e prevenção de doenças.¹

Em crianças com idade escolar, observam-se padrões de postura ao sentar, carregar mochilas e até mesmo da marcha inadequada, bem como da permanência na posição sentada por até 6h, com pequenos intervalos em pé, podendo levar a alterações posturais, fadiga e dorsalgias crônicas. Daí a necessidade de medidas preventivas, no sentido de avaliar precocemente as alterações posturais e de educar essas crianças sobre as posturas adequadas ao estudar, carregar objetos escolares e para a prática de exercícios físicos orientados, evitando-se o comprometimento do sistema musculoesquelético do corpo.²

As escolas mostram-se cada vez mais preocupadas com as questões saúde/doença. Os programas atuais de saúde, desenvolvidos no âmbito escolar estadual, estão voltados para a saúde bucal, ocular, auditiva, mental, nutricional, vigilâncias sanitária e epidemiológica, além de educação para a saúde. Esta última inclui temas de prevenção e controle de agravos da saúde física, mental e social, sem abordar a educação postural.

Nesse sentido, é importante ressaltar a necessidade de fazer uso de uma abordagem que desenvolva a conscientização dos participantes acerca dos conteúdos e práticas trabalhadas ao longo do programa. Dessa forma, abordagens pedagógicas objetivam uma educação problematizadora e, portanto, conscientizadora. Essas abordagens poderão, além de instruir e orientar, viabilizar uma prática transformadora, capaz de promover uma ação mais eficaz no processo de educação postural.³

No contexto atual do ensino, todas as possibilidades de potencializar a educação nos mais diversos âmbitos aos quais a sua prática se destina merecem ser consideradas. A utilização de abordagens pedagógicas que priorizem inovações, como superações da abordagem tradicional de ensino, que apenas reproduz e reforça ideologias e relações dominantes da sociedade, tem sido razão de intensas reflexões e discussões, diante da preocupação em melhor atender às exigências sociais referentes ao processo de ensino-aprendizagem.³

O número de escolares com alterações na coluna vertebral é crescente. Vários estudos mostram grande incidência de alterações posturais durante a fase escolar. Como os desvios posturais podem ter início em idade precoce, atualmente um número crescente de crianças já apresenta desconforto associado à postura inadequada. Esses padrões viciosos de postura sentada, com início precoce, são

de difícil solução, se o tratamento for tardio, o que enfatiza a necessidade da projeção de mobiliários adequados, juntamente com um trabalho precoce de educação postural no âmbito escolar.³

No decorrer dos anos, o corpo adapta-se a qualquer postura utilizada por longos períodos: os tecidos do lado das concavidades das curvaturas encurtam-se e das convexidades alongam-se, causando um desequilíbrio muscular. Sabendo-se que prolongadas posturas assimétricas podem acarretar alterações posturais. A adoção de uma boa postura – que despense menor esforço muscular e protege as estruturas de suporte contra traumas – será uma forma de prevenção das alterações posturais, bem como de educação, de avaliação postural precoce e de adequação do mobiliário escolar.²

A escola de postura tem como finalidade a autoeducação e a compreensão dos fatores etiológicos da dor nas costas visando o autocuidado. Trata-se de um método Terapêutico-pedagógico, que é composto por informações teóricas, práticas de exercícios terapêuticos e relaxamento. As informações teóricas facilitam maior conhecimento sobre o corpo, suas estruturas anatômicas (ossos, articulações, músculos e nervos) e mecanismo de ação do movimento, da respiração, do sono e da dor. Os exercícios terapêuticos visam promover maior flexibilidade corporal, harmonia e equilíbrio postural e fundamentam-se na biomecânica da coluna vertebral e em princípios cinesiológicos, a prática de relaxamento ajuda a diminuir a tensão muscular e emocional, estimulando o autoconhecimento.⁵

Sendo assim, esse estudo teve como objetivo mostrar a atuação do fisioterapeuta como promotor em saúde, através das práticas em educação postural em crianças institucionalizadas, além de desenvolver e aplicar um projeto de educação postural utilizando métodos de ensino e aprendizagem em crianças na educação primária.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa longitudinal, em que foi realizado um acompanhamento por um período de 51 dias (de 24 de setembro a 15 de novembro de 2009). É uma pesquisa quantitativa, cujo programa de prevenção visa promover a educação na saúde em crianças institucionalizadas numa creche do município de Cachoeira-BA, com idades de 4 a 5 anos.

Foram incluídas na pesquisa crianças com idade entre 4 (quatro) e 5 (cinco) anos, de ambos os sexos. Foram excluídas do rol da amostra crianças que possuísssem deficiência cognitiva e/ou doenças mentais, deficiências auditivas e visuais graves, não corrigidas, que impedissem a compreensão e resposta aos comandos. Atendendo a estes critérios, mantiveram-se no estudo 29 crianças; porém, no segundo momento da avaliação, apenas 18 destas se mantiveram matriculadas na creche. Elas permanecem na creche durante todo o dia (das 08:00h às 16:00h), na companhia de duas professoras: uma responsável pela educação das crianças de 4 anos; e outra, pelas crianças de 5 anos.

O projeto foi executado através de um programa de escola de posturas (Quadro 1) sendo as crianças submetidas a uma jornada de 10 (dez) aulas práticas e teóricas, de forma lúdica, com duração de 45 minutos cada, duas vezes por semana. Todas as aulas foram realizadas através de abordagens lúdicas, objetivando maior atenção das crianças, bem como maior receptividade nas atividades desenvolvidas. Após as aulas, as crianças eram avaliadas através de um teste elaborado apenas com imagens. A aplicação do mesmo teste se repetiu após um ano, verificando-se assim que houve aprendizado. Segundo Luckesi (2005, p.111), a avaliação da aprendizagem é um ato rigoroso

de acompanhamento da aprendizagem do educando, ou seja, ela permite tomar conhecimento do que se aprendeu e do que não se aprendeu e reorientar o educando para que supere suas dificuldades e carências na medida em que o que importa é aprender.

Utilizou-se a estatística não paramétrica, direcionada para amostras pequenas e que não atende aos pressupostos de normalidade. Foi usado o Software Microsoft Office Excel 2003 para a codificação e criação dos gráficos.

QUADRO 1: Programa de escola de postura adaptado para as crianças institucionalizadas.

Aula 1 Apresentação Tema: Esquema corporal Prática: Teatro (encenação teatral baseada no livro: O tiro da Bruxa)
Aula 2 Tema: Coluna vertebral – Localização e anatomia Prática: localizar a coluna vertebral no corpo do colega.
Aula 3 Tema: dor na coluna Prática: história com material ilustrativo, conscientizando sobre a importância da prática da atividade física, orientando e ensinando de uma forma simples como andar, carregar a mochila e sentar-se corretamente, em especial durante as atividades escolares que consomem grande parte do dia da criança.
Aula 4 Tema: Orientações posturais Prática: Teatro com marionetes.
Aula 5 Tema: Orientações posturais (revisão e continuação) Prática: encenação teatral sobre o tema, usando as crianças como personagens, fazendo com que elas demonstrassem os hábitos corretos de postura.

QUADRO 1: Programa de escola de postura adaptado para as crianças institucionalizadas. (continuação)

Aula 6
Tema: Alongamento/ atividade física
Prática: exercícios de alongamento.
Aula 7
Tema: Alongamento (revisão e continuação)
Prática: alongamento + música de conscientização corporal visando identificação dos segmentos corporais.
Aula 8
Tema: respiração
Prática: exercícios respiratórios
Aula 9
Tema: Estilo de vida saudável (alimentação e exercício físico)
Prática: pintura de itens saudáveis para alimentação, prática de exercício físico, etc.
Aula 10
Tema: Orientações gerais + autocuidado
Prática: jogo da memória (abordando todos os assuntos)

FIGURA 1: Atividades desenvolvidas na Escola de Postura.



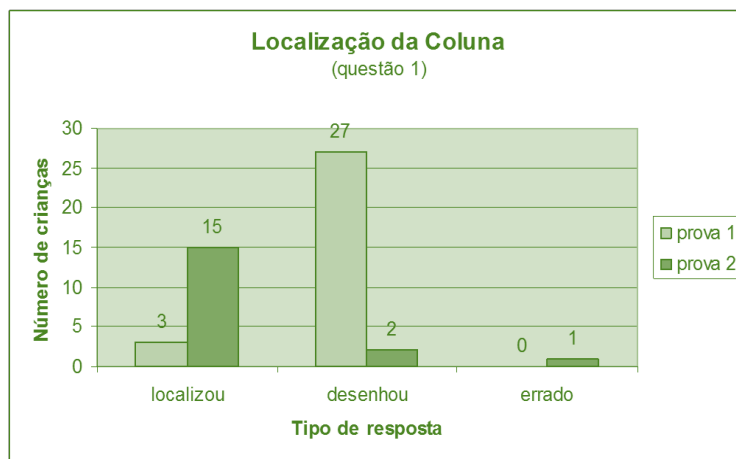
Fonte: Pesquisa de campo

RESULTADOS

Através da pesquisa de campo foram obtidas informações sobre o nível de aprendizado em relação a postura e consciência corporal nas crianças institucionalizadas da Creche, do município de Cachoeira-BA.

O gráfico 1 apresenta a resposta das crianças à primeira questão do miniteste. Nessa questão foi pedido que elas localizassem a coluna vertebral em uma figura ilustrativa do corpo humano.

GRÁFICO 1: Localização da coluna.

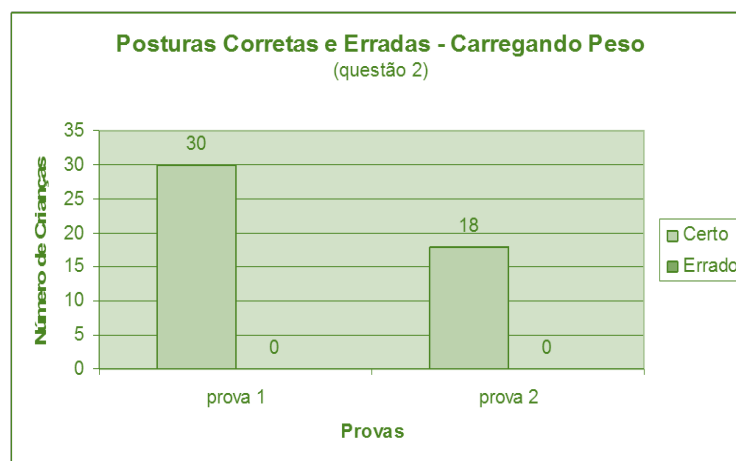


Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Nesta tabela pode-se observar que, logo após o programa de educação postural, todas as crianças responderam de forma correta e, após 1 ano, na reaplicação do teste, apenas uma criança não respondeu corretamente, o que demonstra bom aproveitamento desse conhecimento.

Os gráficos 2 e 3 demonstram a conscientização das crianças quanto a posturas corretas. A solicitação feita foi que sinalizassem a figura que possuía a posição correta ao sentar na cadeira carregando peso nas mãos.

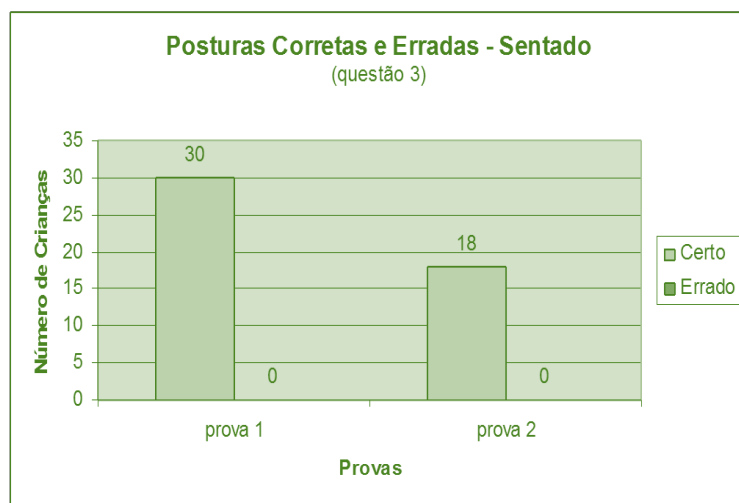
Gráfico 2: Posturas Corretas e Erradas – Carregando Peso.



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

Como pode ser observado no gráfico 2, nos dois momentos da avaliação, todas as crianças responderam corretamente ao que lhes foi proposto, demonstrando assim excelente aproveitamento.

Gráfico 3: Posturas Corretas e Erradas – Sentado.



Fonte: Pesquisa de campo, 2009

No gráfico 3 observa-se que todas as crianças acertaram quanto à postura correta para a posição sentada.

Durante as avaliações as crianças sentaram juntas nas mesas e ajudavam os colegas quanto à localização da coluna e qual a figura certa a ser assinalada, principalmente no decorrer da segunda prova, pois estavam presentes novas crianças.

É importante destacar que, ao perceber que algumas crianças não tinham conhecimento do que havia sido ensinado previamente, durante o programa de educação postural, as crianças que possuíam esse conhecimento passaram a ser multiplicadoras ativas desse processo ao ajudar na execução do teste.

As avaliações das novas crianças que estavam presentes na segunda prova foram descartadas, pois as mesmas não participaram das aulas.

DISCUSSÃO

Este estudo visou mostrar a atuação do fisioterapeuta em um ambiente institucionalizado, diferenciado, portanto, dos espaços de atuação profissional. Teve como objetivo promover a saúde de crianças predispostas a problemas de postura. O estudo de Yamada et al (2014), que evidenciou um elevado número de crianças e adolescentes com escoliose (54,15%), nos mostra quão importante é a educação postural precoce em crianças.⁷

Importante fator de risco para os problemas de postura em crianças está no uso de mochilas. Na fase do desenvolvimento musculoesquelético, o uso de mochila escolar com sobrepeso pode prejudicar a postura corporal, devido aos ajustes necessários para compensar esse sobrepeso.⁸ Percebeu-se que, apesar de as crianças pouco usarem suas mochilas nas costas tanto para chegar ou sair da creche, pelo fato de serem ainda muito pequenas (4-5 anos), tanto os pais quanto seus filhos, tiveram melhor

conscientização do uso correto do transporte da mochila e maior preocupação por parte dos pais em corrigir e fiscalizar possíveis posturas incorretas de seus filhos (as).

O lúdico tem sido considerado um elemento chave dos programas de educação para a primeira infância. Os tutores têm a tendência natural de brincar com seus alunos e criam ambientes que permitem a brincadeira ser educativa e proveitosa.⁹ Tornando-a forte ferramenta para que o fisioterapeuta possa usar de forma criativa a transmissão do conhecimento para um público infantil.

Assim, entendemos que o docente deve buscar novas estratégias de ensino, capazes de extrapolar o simples repassar de conhecimento, despertando uma consciência crítica no aluno que, possivelmente, ajudará a alicerçar novo conhecimento. Para tanto, acreditamos que a formação do profissional deve privilegiar situações de aprendizagem concedendo atitudes criativas, críticas e transformadoras.¹⁰ O curso de Fisioterapia precisa, portanto, ter em seu currículo de graduação disciplinas que contemplem essa habilidade de interação com diferentes cenários da educação em saúde, despertando no futuro profissional atitudes criativas, críticas e transformadoras.

Ao ensinar crianças, o conhecimento que se produz, se mantém e se difunde nos intercâmbios com os outros. Os conhecimentos são produzidos e permanecem armazenados de alguma forma na mente, gerando intercâmbios, assim, elas se comunicam e aperfeiçoam esses conhecimentos através das trocas com os demais, no processo de compartilhá-los e contrastá-los com o que os outros pensam ou sabem.¹¹

O teatro pode ser uma importante ferramenta para a educação dos estudantes, uma vez que, devidamente utilizado, auxilia no desenvolvimento da criança, promove a socialização e a melhora da aprendizagem. O teatro também incomoda no sentido filosófico, porque estimula o pensamento e a modificação da realidade instaurada.¹² O que, de fato, ficou evidente neste trabalho, quando essa linguagem de arte foi utilizada como um dos métodos de intervenção. O aprendizado pode ter sido beneficiado pelo fato de que as crianças estão em idade escolar, entre 5 e 10 anos, correspondendo ao período operacional concreto, ou “idade da razão”. É nessa fase que elas manifestam a capacidade de passar das premissas às conclusões. Como consequência das operações concretas, gradualmente, as crianças começam a entender, entre outras coisas, o relógio, o calendário, o tempo histórico e a distinção entre causalidade física e psicológica.¹²

Neste trabalho, a intervenção da fisioterapia na educação em saúde usando o teatro e as brincadeiras lúdicas possibilitou melhor memorização do aprendizado, pois, após 1 ano, as mesmas crianças conseguiram localizar a coluna e correlacionar com as posturas corretas tanto carregando peso quanto sentadas, além de compartilharem o aprendizado com os outros colegas, tornando-se multiplicadoras do conhecimento.

A memória imediata das crianças para coisas que elas entendem pode ser tão boa ou melhor que a memória imediata dos adultos, mas as crianças são mais sugestionáveis que os adultos. Elas atentam para itens que os adultos podem considerar irrelevantes.¹³ Brinquedos e brincadeiras são formas privilegiadas de desenvolvimento e apropriação do conhecimento da criança e, portanto, instrumentos indispensáveis da prática pedagógica e componentes relevantes de propostas curriculares.¹⁴

Estes achados revelaram que medidas de intervenção baseadas em educação postural promovem maior conhecimento em escolares sobre postura, podendo provocar mudanças significativas nos hábitos, e que escolares têm boa aceitação a programas de educação propostos por fisioterapeutas.¹⁵ Uma das formas de aprendizagem ocorre quando as crianças reproduzem a conduta que está sendo feito por outro, principalmente nessa idade.⁹

Estudos mostram que tanto a postura como a marcha podem ter repercussões importantes no uso inadequado da mochila.¹⁶ A fisioterapia educativa tem papel fundamental quando, de forma precoce, é ensinada à criança, o que ficou evidenciado neste trabalho.

A Secretaria da Saúde do Brasil registrou, no Censo Escolar 2000, a existência de 181.504 escolas destinadas ao ensino fundamental e reconhece a faixa etária como privilegiada para formação de valores e hábitos favoráveis à saúde. Revela ainda a necessidade de desenvolver medidas educativas integradas e coesas para essa população, de modo que alcance sucesso e impacto.¹⁵ A fisioterapia tem conquistado espaço nas diversas instituições fora do ambiente regular de atuação, como hospitais e clínicas, nos últimos anos, não só pelo conhecimento específico do sistema musculoesquelético, mas pelo seu amplo conhecimento em desenvolver medidas educativas integradas e coesas, quer sejam preventivas quer sejam de reabilitação.

Estudos comprovam, através de instrumentos de coleta de informações (Ex. aplicação de questionários), de avaliações e de observações que grande parte dos desvios posturais em escolares é agravado pelas más posturas em salas de aula e que existe todo um contexto que influencia para o agravamento do problema: forma de se sentar em sala de aula; tempo passado em má postura no ambiente escolar; peso da mochila; a forma como os escolares transportam o material escolar; atividades de vida diária, posição ao ver televisão, dormir, pegar objetos no chão e hábito de ler e/ou escrever na cama. As crianças passam boa parte das aulas sentadas em cadeiras e sem nenhum acompanhamento, alongamento ou qualquer intervenção diária.^{17,18,19}

A atuação da Fisioterapia na saúde escolar ainda é pouco explorada e a atenção profissional do fisioterapeuta deve estar voltada a aspectos preventivos que envolvam cuidados com a postura durante as atividades escolares.¹⁵

O impacto positivo dos programas de intervenção precoce sobre desenvolvimento da criança e posterior desempenho escolar justificam a necessidade da identificação precoce das crianças com risco de atrasos e a consequente intervenção antes que o atraso ou desvio se instale.²⁰ Sendo assim, junto aos professores, o fisioterapeuta tem papel importante no ambiente escolar, uma vez que poderá atuar na educação e promoção de saúde, bem como propor mudanças e inovações.²¹ Percebeu-se ao longo das intervenções maior preocupação dos professores no cuidado e orientação quanto a determinadas posições sentadas das crianças, o que também pode ter contribuído para a fixação do aprendizado após 1 ano. A interação entre professor-fisioterapeuta-família pode trazer melhores benefícios no processo de aprendizado.

Baseado nessas informações e nos achados deste estudo, sugere-se a participação do fisioterapeuta em programas voltados à prevenção primária da população, visando a educação para hábitos posturais saudáveis.¹⁵

CONCLUSÃO

É importante preparar a criança desde a primeira infância para um estilo de vida saudável com bons hábitos preparando-as para o protagonismo em saúde e para o exercício da cidadania. Ficou evidenciado, através desse trabalho de educação postural, a influência positiva exercida nas crianças institucionalizadas da Creche X, pois foi perceptível a mudança no comportamento delas durante o período em que as aulas eram ministradas: as mesmas ajustavam a sua postura logo que as aulas começavam e respondiam corretamente as perguntas que lhes eram dirigidas.

A Fisioterapia ainda é pouco atuante no campo escolar, o que denota a necessidade de maior atenção, especialmente em relação aos aspectos preventivos posturais.²² Diante das evidências apresentadas, destaca-se a relevância científica e social de se investigar os principais desvios posturais da coluna vertebral. A atuação do fisioterapeuta como promotor de saúde é essencial nas práticas de educação postural nas diferentes faixas etárias, podendo ser implantado como forma promotora de saúde dentro de diferentes instituições. O uso de atividades lúdicas, através de músicas, histórias e gravuras são métodos práticos e eficazes na educação postural em crianças, prevenindo assim futuros agravos.

É necessário que novos estudos sejam realizados de forma mais detalhada e concisa, bem como a confecção de um manual prático ilustrativo, para facilitar a execução de futuros programas de educação postural em crianças institucionalizadas nessa faixa etária, e para que as professoras e fisioterapeutas possam obter materiais e métodos capazes de viabilizar uma educação continuada.

REFERENCIAS

1. Amorim KS et al. Binômios da saúde-doença e cuidado educação em ambientes coletivos de educação da criança pequena. Rev.bras. de crescim. e desen. humano. São Paulo, 2000.
2. Rego AR, Scartoni FR. Alterações posturais de alunos de 5ª e 6ª séries do Ensino Fundamental. Fitness Performance 2008; p.10.
3. Guedes BN et al. A metodologia da problematização na escola de postura da UFPB: um processo emancipatório na prática da educação gerontológica. Rev Eletr de enfer 2007; 9(2). Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a02.htm>> acesso em: 18.06.07.
4. Kunzler M, Noll M, Antonioli A, et al. Associação entre postura sentada e alterações posturais da coluna vertebral no plano sagital de escolares de Lajeado, RS. 2014 jan./mar; 38(1): 197-212.
5. Laat E. Estudos de episódios lombálgicos e condições de trabalho em militares. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2005; 110f.
6. Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem na escola: reelaborando conceitos e recriando a prática. 2 ed. Salvador: Malabares, 2005; p.111.
7. Yamada EF, Chiquetti EM, Castro AA. Alterações posturais em crianças e adolescentes institucionalizados. Rev bras Ci e Mov 2014; 22(3): 43-52.
8. Rech GC, Roldo JG, Debacco NS, et al. Alterações posturais e adaptações na coluna vertebral em escolares decorrentes do sobrepeso da mochila escolar. II Cong Pesq e Ext da FSG, Caxias do Sul; 2014.
9. Spodek B, Saracho ON. Ensinando crianças de três a oito anos. Trad de Claudia Oliveira Dornel-

les. Porto Alegre: Artmed 1998; p.228.

10. Staccarini JM, Esperidião E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. Rev Latino-Americana de Enfer. Ribeirão Preto, 1999; 7(5).

11. Delval J. Aprendendo na vida e aprender na escola. Trad de Jussara Rodrigues. Porto Alegre: Artmed 2001; p.17–20.

12. Cardoso AR, Vasconcelos TB, Josino JB, Arcanjo GN. Ensino de hábitos posturais em crianças: História em quadrinhos versus teatro de fantoches. Rev Bras Promoç Saúde. Fortaleza, 2014 jul/set.; 27(3): 319-26.

13. Lewis M, Wolkmar F. Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência. 3 ed. Trad. Gabriela Giacomet. Porto Alegre: Artmed, 1999.

14. Kishimoto TM. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997; p.11.

15. Fernandes SM et al. Efeitos de sessões educativas no uso das mochilas escolares em estudantes do ensino fundamental I. Rev Bras Fisiot. São Carlos, 2008; 12(6).

16. Noronha M, Martins R, Alves S. A influência do peso da mochila escolar na variação angular do joelho. Rev Ciênc Saúde ESSCVP. 2014; vol.6.

17. Bueno RC, Rech RR. Desvios posturais em escolares de uma cidade do Sul do Brasil. Rev paul pediatri. São Paulo, 2013; 31(2). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822013000200016&script=sci_arttext> Acesso em 08 de outubro de 2013.

18. Souza JR, Sampaio RM, Aguiar JB, Pinto FJ. Perfil dos desvios posturais da coluna vertebral em adolescentes de escolas públicas do município de Juazeiro do Norte – CE. Fisioter Pesqui. São Paulo, 2011 out./dez.; 18(4). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502011000400003-&script=sci_arttext> Acesso em 08 de outubro de 2013.

19. Benine J, Karolczak AP. Benefícios de um programa de educação postural para alunos de uma escola municipal de Garibaldi, RS. Fisioter Pesqui. São Paulo, 2010 out./dez.; 17(4). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000400012>> Acesso em 08 de outubro de 2013.

20. Guimarães FA, Assis CD, Vieira ME, Formiga CK. Avaliação de material didático elaborado para orientação de cuidadores e professores de creches sobre o desenvolvimento infantil. Journal of Human Growth and Development 2015; 25(1): 27-40.

21. Tagliaril C et al. Análise da acessibilidade dos portadores de deficiência física nas escolas da rede

pública de Passo Fundo e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. Rev Neuroc 2006; 14(1).

22. Junior JV, Sampaio RM, Aguiar JB, Pinto FG. Perfil dos desvios posturais da coluna vertebral em adolescentes de escolas públicas do município de Juazeiro do Norte – CE.

23. Fisioterapia e Pesquisa. São Paulo, 2011 out./dez.; 18(4): 311-6.

DIRETRIZES PARA AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Funcional assume os moldes da Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de abril de 2010.

A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde.

A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 11.794/08), sendo obrigatório o envio da carta de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animal (CEUA).

1. EDITORIAL

O Editorial que abre cada número da Revista Brasileira de Saúde Funcional comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos editores, que podem publicar uma ou várias opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

2. ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos.

Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo), Conflito de Interesse (condicional a natureza e/ou financiamento da pesquisa) e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 18 páginas A4, em espaço 1,5, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word.

Figuras: Máximo de 08 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

Máximo de autores – 06 autores

3. REVISÃO

Os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas na área de saúde funcional e ciência do movimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares. O artigo de revisão deve ter, no máximo, 30 (trinta) páginas e 100 (cem) referências.

4. RELATO DE CASO

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 20.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de três tabelas e três figuras.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.
- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.
- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

PÁGINA DE APRESENTAÇÃO

A PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO TRAZ:

- O título do trabalho em português e inglês;
- Resumo e palavras-chave: em português e inglês, não podendo ultrapassar 300 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão;
- Abaixo do respectivo resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

EXEMPLOS:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
2. Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em “Comentários ao editor”.
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
7. Li o item “Diretrizes Para Autores”

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.