

organizadoras  
**Juliana Martins Pinto**  
**Isabel Aparecida Porcatti de Walsh**  
**Vitória Helena Maciel Coelho**

# **FISIOTERAPIA, FAMÍLIA, COMUNIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE**



**experiências, desafios  
e perspectivas**





## AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária responsável: Aline Grazielle Benitez CRB-1/3129

F511  
1.ed.      Fisioterapia, família, comunidade e políticas de saúde:  
            experiências, desafios e perspectivas [livro eletrônico] / organizadoras  
            Juliana Martins Pinto, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, Vitória  
            Helena Maciel Coelho. – 1.ed. – Curitiba-PR, Editora Bagai, 2021.  
            PDF.

Bibliografia.

ISBN: 978-65-5368-004-3

1. Atenção básica à saúde. 2. Fisioterapia. 3. Políticas públicas de saúde.  
4. Saúde pública. 5. Sistema Único de Saúde. I. Pinto, Juliana Martins.  
II. Walsh, Isabel Aparecida Porcatti de. III. Coelho, Vitória Helena Maciel.

12-2021/34

CDD 614.0981

Índice para catálogo sistemático:  
1. Brasil: Políticas públicas 614.0981

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-004-3.13.12.2>

ISBN 978-65-5368-004-3



Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 [www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)

 /editorabagai

 /editorabagai

 [contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)

**JULIANA MARTINS PINTO**  
**ISABEL APARECIDA PORCATTI DE WALSH**  
**VITÓRIA HELENA MACIEL COELHO**  
organizadoras

**FISIOTERAPIA, FAMÍLIA,  
COMUNIDADE E POLÍTICAS  
DE SAÚDE:**  
experiências, desafios e perspectivas



1.<sup>a</sup> Edição - *Copyright*© 2021 dos autores  
Direitos de Edição Reservados à Editora Bagai.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

---

<i>Editor-Chefe</i>	Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Projeto Gráfico</i>	Alexandre Lemos
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOCHAPECÓ Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC - UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPPB Dr. Carlos Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET - CV Dr. Cleidione Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clélia Peretti – PUCPR Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dra. Denise Rocha – UFC Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dr. Jorge Henrique Gualandi - IFES Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya - CUIM-MÉXICO Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenin Resende de Assis - UFLA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPPB Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dr. Marcos Pereira dos Santos - SITG/FAQ Dra. Maria Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UPPel Dra. Patricia de Oliveira - IF BAIANO Dr. Porfirio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Cauica Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - SME/SEED Dra. Sueli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM - CUBA Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

# SUMÁRIO

## **A ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DO IDOSO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS .....13**

Luciana de Cássia Cardoso | Ana Clara de Oliveira Leal | Gabriela Maria Auxiliadora Candido Souza

## **ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL E VALORIZAÇÃO DO SABER TÁCITO NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR INFORMAL.....26**

Fernanda Flávia Cockell | Denise da Costa Di Bartolo | Bernardo de Almeida Rottmann | Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale Ostolin

## **ADOLESCENTES NAS REDES SOCIAIS ..... 41**

Luana de Paula Pimentel | Sheila Maria Pereira Fernandes

## **COVID-19: DESAFIOS PARA A REABILITAÇÃO .....57**

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh | Ana Carolina Otoni Oliveira | Laianne Liliane Peireira Troncha de Castro | Caroline de Oliveira Toffano | Lívia Pires Marra Graffitti | Marilita Falangola Accioly

## **CUIDADO INTEGRAL A PUÉRPERAS A PARTIR DAS AÇÕES DO PROJETO DE EXTENSÃO “ABRACE SEU MUNDO” .....67**

Fernanda Flávia Cockell | Aline Bernardes Alves | Kesia Damascena Winter De Moraes | Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale Ostolin

## **DESEMPENHO FÍSICO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS.....86**

Franciele Daiane Cussolim | Mariana Thays Carvalho | Daiane Aparecida Damasceno | Vitoria Helena Maciel Coelho | Isabel Aparecida Porcatti de Walsh | Juliana Martins Pinto

## **DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EPIDEMIOLOGIA E PERSPECTIVAS PARA A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA .....100**

Adriana Cristina de Araújo Figueiredo | Lara do Nascimento Olimpio | Paloma Cristine Carvalho de Lima | Cristiane Vitaliano Graminha | Vitória Helena Maciel Coelho | Juliana Martins Pinto

## **ENFRENTAMENTO DO DÉFICIT COGNITIVO - UM ROTEIRO PARA RASTREAMENTO E PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 117**

Deborah Laís Nóbrega de Medeiros | José Garcia de Araújo Neto | Larissa de Menezes Albuquerque Coelho | Maria Clara de Araújo Jales | Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa

## **ESTILO DE VIDA E LONGEVIDADE.....130**

Luana Rodrigues Rosseto Felipe | Lislei Jorge Patrizzi Martins

**EVENTOS ADVERSOS EM IDOSOS ATENDIDOS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM  
MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO ..... 143**

Ítala da Silva Martins | Franciele Santos de Oliveira | Laíze Gabriele de Castro Silva |  
Frankly Eudes Sousa Martins | Wanderson da Silva Martins | Ana Carolina Patrício Albuquerque Sousa

**EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE FISIOTERAPIA EM UM  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO E MUDANÇAS EM  
TEMPOS DE COVID-19..... 158**

Thiago Santos de Souza | Andressa Santa Rosa Santana | Cléia Guimarães de Souza | Luiza Monteiro Barros |  
Vania Priamo | Verônica Porto de Freitas

**FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA SAÚDE DA  
CRIANÇA E DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA ..... 175**

Suraya Gomes Novais Shimano | Wellington Fabiano Gomes | Caio Roberto Aparecido de Paschoal Castro |  
Valéria Conceição Passos de Carvalho | Mariana Lourencetti Seccaci

**FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA SAÚDE DO  
ADULTO E DO IDOSO..... 190**

Suraya Gomes Novais Shimano | Wellington Fabiano Gomes | Caio Roberto Aparecido de Paschoal Castro |  
Valéria Conceição Passos de Carvalho | Mariana Lourencetti Seccaci

**FISIOTERAPIA E A POLÍTICA NACIONAL DE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE: (DES) CONSTRUINDO  
PRÁTICAS E SABERES NA ATENÇÃO À SAÚDE ...204**

Verônica Ribeiro Cardoso | Ana Paula Gomes Fernandes | Lara do Nascimento Olimpio |  
Kamila Cristina dos Santos | Caroline Rodrigues Osawa | Juliana Martins Pinto

**FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA  
DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE  
TELESSAÚDE COM IDOSOS ..... 218**

Caroline Rodrigues Osawa | Ana Laura Morilo Pedro | Jael Teixeira de Carvalho | Lara Andrade Souza |  
Mary Lícia Lima | Juliana Martins Pinto

**FISIOTERAPIA NO AMBIENTE ESCOLAR:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....233**

Fernanda Braga de Souza | Josimar Inácio Ferreira | Neide Pereira de Oliveira

**NAS TRILHAS DO PROERD: ATUAÇÃO NO  
ESTADO DO PIAUÍ .....246**

Edimar Campelo Araujo | Paula Maria Aristides de Oliveira Molinari

**O FISIOTERAPEUTA NAS AÇÕES DE COMBATE  
AOS FATORES DE RISCO CÁRDIOVASCULAR .....260**

Vanessa Cardoso Silva | Vitória Helena Maciel

**POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE ..... 274**

Daniilo Cortes Angelo | Gabriella Barbara Feliciano | Geruza Macedo Santos |  
Vanessa Cristina Regis da Silva | Caroline de Oliveira Toffano | Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

**POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA ..... 287**

Amanda Avelar de Resende | Anna Neri Batista da Silva | Lourdes Auxiliadora de Oliveira |  
Luana Janaína Alves | Vinícius Jordão Silva | Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS ..... 300**

Maycon Sousa Pegorari | Daniela Gonçalves Ohara | Caroline de Fátima Ribeiro Silva |  
Areolino Pena Matos | Ana Carolina Pereira Nunes Pinto

**PROGRAMA ITINERANTE DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: QUALIDADE DE VIDA NAS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (ITUIUTABA-MG)..... 316**

Jael Teixeira de Carvalho

**SÍNDROME DE FRAGILIDADE EM IDOSOS COMUNITÁRIOS: ACHADOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR NORDESTINO ..... 330**

Franciele Santos de Oliveira | Laize Gabriele de Castro Silva | Ítala da Silva Martins |  
Frankly Eudes Sousa Martins | José Felipe Costa da Silva | Ana Carolina Patrício Albuquerque Sousa

**SOBRE AS ORGANIZADORAS ..... 345**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 346**

## APRESENTAÇÃO

A presente obra é resultado da colaboração e contribuição de profissionais e pesquisadores brasileiros comprometidos com a saúde da população, reunindo trabalhos originais, teóricos e práticos, que apresentam dados, relatos, e reflexões sobre as diversas possibilidades da atuação fisioterapêutica na Saúde Coletiva. Os textos exploraram os ciclos de vida, discutindo as políticas de saúde e as possibilidades de inovação que devem transformar as relações de cuidado na rede de atenção à saúde. Entende-se a urgência em desconstruir, construir e reconstruir a organização do trabalho do fisioterapeuta na rede, em especial, na atenção básica em saúde, que deve atender grande parte das demandas pós-pandemia e que, atualmente, pode inserir e valorizar o fisioterapeuta como agente estratégico para o enfrentamento dos desafios e garantia da sustentabilidade do sistema de saúde.

No capítulo 1, **A ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DO IDOSO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS**, os autores suscitam reflexões sobre a atuação da Fisioterapia na saúde do idoso, no contexto da atenção primária, incluindo os desafios e perspectivas no cenário pandêmico voltadas para o atendimento remoto (telerreabilitação). No capítulo 2, **ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL E VALORIZAÇÃO DO SABER TÁCITO NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR INFORMAL**, os autores abordam ações de cuidado integral de trabalhadores informais realizadas pelo projeto de extensão “De Braços Dados: funcionalidade e saúde do trabalhador”, discutindo as inquietudes pessoais de duas mulheres negras, que, como docentes, buscam a “educação como prática de liberdade”. No capítulo 3, **ADOLESCENTES NAS REDES SOCIAIS**, os autores discutem a necessidade de desenvolvimento de ações da escola em parceria com a família e da preparação dos professores. No capítulo 4, **COVID-19: DESAFIOS PARA A REABILITAÇÃO**, os autores discutem os impactos e repercussões ocasionados pela COVID-19, assim



como os desafios para a reabilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No capítulo 5, **CUIDADO INTEGRAL A PUÉRPERAS A PARTIR DAS AÇÕES DO PROJETO DE EXTENSÃO “ABRACE SEU MUNDO”**, os autores compartilham as experiências desenvolvidas no projeto, sobretudo priorizando a descrição da criação de vínculos, formação de rede de apoio artificial e orgânica e resgate das práticas ancestrais. No capítulo 6, **DESEMPENHO FÍSICO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS**, os autores ressaltam a importância do monitoramento da funcionalidade em usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial atendidos na Atenção Básica em Saúde. No capítulo 7, **DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EPIDEMIOLOGIA E PERSPECTIVAS PARA A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA**, os autores apresentam a epidemiologia da dor crônica em idosos atendidos na atenção básica em saúde e discute as perspectivas para atuação da Fisioterapia. No capítulo 8, **ENFRENTAMENTO DO DÉFICIT COGNITIVO - UM ROTEIRO PARA RASTREAMENTO E PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, os autores trazem informações acerca da sintomatologia do déficit cognitivo, com seus respectivos instrumentos de rastreio, em especial para algumas situações específicas, e recomendações de atividades sobre o autocuidado aplicáveis ao cenário do comprometimento cognitivo em estágios iniciais. No capítulo 9, **ESTILO DE VIDA E LONGEVIDADE**, os autores descrevem o estilo de vida comum em uma das áreas de maior longevidade com qualidade de vida – Loma Linda / Califórnia – EUA, com a prática dos oito pilares de saúde descritos que, quando utilizadas diariamente e como hábito de vida, podem proporcionar mais vida e mais saúde. No capítulo 10, **EVENTOS ADVERSOS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**, os autores investigam a ocorrência de eventos adversos em idosos atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS), traça o perfil sociodemográfico, avalia a percepção de saúde,

os hábitos de vida e a satisfação dessa população quanto à oferta de serviços de saúde na unidade básica de saúde (UBS). No capítulo 11, **EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE FISIOTERAPIA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO E MUDANÇAS EM TEMPOS DE COVID-19**, os autores apresentam a experiência do **Núcleo de Fisioterapia em um** Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Salvador e região metropolitana, e os impactos da pandemia de COVID-19 no processo de trabalho deste profissional no núcleo de atenção em saúde da família (NASF-AB). No capítulo 12, **FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA SAÚDE DA CRIANÇA E DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**, os autores apresentam como a fisioterapia aquática pode ser utilizada na prevenção primária e de agravos de doenças, na promoção de saúde e na reabilitação da criança e da pessoa com deficiência. No capítulo 13, **FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO**, os autores apresentam como a Fisioterapia Aquática pode abordar as condições que afetam a saúde e a funcionalidade do adulto e o idoso. No capítulo 14, **FISIOTERAPIA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: (DES) CONSTRUINDO PRÁTICAS E SABERES NA ATENÇÃO À SAÚDE**, os autores apresentam e discutem os saberes e práticas da Fisioterapia voltados à promoção da saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, com enfoque nas pessoas, famílias e comunidades. No capítulo 15, **FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE TELESSAÚDE AOS IDOSOS**, os autores compartilham as experiências das ações de promoção à saúde realizadas por meio de telessaúde com idosos usuários da atenção primária à saúde, como estratégia de enfrentamento à pandemia da Covid-19. No capítulo 16, **FISIOTERAPIA NO AMBIENTE ESCOLAR RELATO DE EXPERIÊNCIA**, os autores abordam o componente II do PSE, que define a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, prevendo ações no âmbito da alimentação saudável, prática corporal, saúde sexual

e reprodutiva, cultura de paz, saúde mental e ambiental e desenvolvimento sustentável. O capítulo 17, **NAS TRILHAS DO PROERD: ATUAÇÃO NO ESTADO DO PIAUÍ**, encontra-se estruturado a partir de um processo histórico do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), seguindo-se com uma sessão sobre as drogas no âmbito escolar e discutindo as estratégias de prevenção educativas. No capítulo 18, **O FISIOTERAPEUTA NAS AÇÕES DE COMBATE AOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR**, os autores consideram que apesar de importantes avanços nos programas de saúde destinados ao gerenciamento e prevenção destes agravos, o impacto sobre a saúde da população ainda é pequeno. No capítulo 19, **POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**, os autores apresentam e discutem as principais políticas públicas de saúde relacionadas à saúde da criança e do adolescente no Brasil, destacando as ações de atenção à saúde. Apresenta aspectos sociodemográficos e de adoecimento da criança e adolescente no Brasil, levando em conta fatores culturais e sociais. No capítulo 20, **POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA**, os autores trazem um breve relato do histórico da saúde do trabalhador no Brasil e elenca os aspectos do adoecimento da população trabalhadora brasileira. Traz ainda relatos de experiências realizadas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como possibilidade de abordagens intersetoriais que contemplem as necessidades dos trabalhadores. No capítulo 21, **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS**, os autores verificaram a prevalência e os fatores associados a sintomas depressivos entre idosos comunitários residentes na área urbana do município de Macapá/AP. No capítulo 22, **PROGRAMA ITINERANTE DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: QUALIDADE DE VIDA NAS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (ITUIUTABA-MG)**, os autores relatam a realização da interlocução da UFU/FACIP com entidades representativas da sociedade civil, de maneira a estimular a construção e democratização do conhecimento e

a aproximação da universidade com problemas enfrentados pela comunidade, em especial, com as pessoas com deficiência (PcDs) na cidade de Ituiutaba-MG. O capítulo 23, **SÍNDROME DE FRAGILIDADE EM IDOSOS COMUNITÁRIOS: ACHADOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR NORDESTINO**, contribui com os avanços para a integralidade do cuidado e promoção da saúde do idoso, incentivando o uso de instrumentos válidos e confiáveis para a avaliação de agravos à saúde da pessoa idosa pelos profissionais da saúde.

Desejamos uma excelente leitura e que o conteúdo apresentado possa inspirar e fundamentar a prática profissional de fisioterapeutas na Saúde Coletiva no Brasil.

As Organizadoras

# A ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DO IDOSO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS

Luciana de Cássia Cardoso<sup>1</sup>

Ana Clara de Oliveira Leal<sup>2</sup>

Gabriela Maria Auxiliadora Candido Souza<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

A primeira notificação do vírus SARS-CoV-2 ocorreu em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, e como consequência, o vírus foi espalhando com grande velocidade, atingindo pessoas em todo mundo. Desse modo, em 11 de dezembro de 2020, a doença por coronavírus (COVID-19), foi declarada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2020; KRICHELDORFF, 2020).

Com o objetivo de reduzir a transmissão do vírus, a população foi orientada a realizar o distanciamento e o isolamento social, recomendações essas ainda mais rigorosas para a população idosa, uma vez que o risco de morte por COVID-19 aumenta com a idade, principalmente para aqueles que já apresentavam doenças crônicas. Além disso, a imunosenescência por acarretar maior susceptibilidade às doenças infectocontagiosas, culminam em um prognóstico desfavorável para as doenças crônicas (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Tais medidas de controle da pandemia foram adotadas por muito tempo pela ausência de vacinas, que a partir de 19 de janeiro de 2021, foram disponibilizadas em todo o território nacional para os grupos prioritários, incluindo os idosos (UNA-SUS, 2021), embora, essas medidas de distanciamento social e outras medidas de proteção como a etiqueta respiratória e a higienização contínua das mãos, ainda

---

<sup>1</sup> Doutorado (Neurociências) Educação (UFMG). Professora de Fisioterapia (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4333-8613>

<sup>2</sup> Discente do Curso de Fisioterapia (UFJF). CV: <http://lattes.cnpq.br/1955710596104485>

<sup>3</sup> Discente do Curso de Fisioterapia (UFJF). CV: <http://lattes.cnpq.br/5209571060470613>

devam ser adotadas, tornando-se um hábito contínuo, mesmo após a vacinação, visando a imunização e a redução do risco de complicações pela COVID-19, o risco de contaminação não é descartado (Ministério da Saúde, 2021).

Apesar das vantagens do isolamento e do distanciamento social visando à proteção dos idosos, tais medidas trouxeram consequências na dinâmica das rotinas, qualidade de vida e para a saúde física e mental, sendo importante neste contexto, destacar que essas mudanças acarretaram restrições a realização das atividades físicas coletivas, impactando em alterações metabólicas, cardiovasculares, musculoesqueléticas e cognitivas, predispondo a uma maior vulnerabilidade às infecções, risco de quedas, incidência de sarcopenia, e fragilidade para a população idosa (ABDELBASSET, 2020).

Neste contexto, pode-se afirmar que a reabilitação deve ser considerada como um serviço essencial, uma vez que o atraso ou paralização desta, pode levar a prejuízos para a saúde da população (ADERONMU, 2020).

Levando-se em consideração as necessidades apontadas e a premissa de que o fisioterapeuta possui *expertise* em ofertar assistência e promoção à saúde a população idosa, para além da atuação deste profissional na linha de frente no combate ao vírus, foi implementada a telerreabilitação, como uma opção encontrada para a continuidade da prestação dos serviços de fisioterapia. No entanto, para que a implementação deste serviço ocorresse, algumas barreiras foram encontradas, em especial para a população idosa, como, a falta de conhecimento em informática e o menor acesso às tecnologias, dificultando sua adesão (ADERONMU, 2020).

Este capítulo, no tocante à pandemia, tem como objetivo suscitar a reflexão sobre a atuação da fisioterapia na saúde do idoso, no contexto da atenção primária, incluindo seus desafios e perspectivas no cenário pandêmico, com base em uma revisão da temática voltada para o atendimento remoto (telerreabilitação), que mudou a realidade no que se refere ao atendimento fisioterapêutico nos dias atuais, tornando-se

necessária para uma maior abrangência do conhecimento das práticas relativas a esta profissão, realizada de forma remota, possibilitando traçar perspectivas no contexto atual e futuro, tanto em âmbito acadêmico, quanto profissional.

## DESENVOLVIMENTO

A trajetória da fisioterapia no Brasil passou por diversas mudanças em um curto período de tempo, visto que, foi regulamentada como profissão de nível superior em 1969, momento este em que segundo Bispo Júnior (2013), o sistema de saúde era organizado com base lógica curativa e “hospitalocêntrica”, voltada para a reabilitação física, com caráter secundário e terciário, e não se pensava na prevenção. Porém, tal cenário foi se modificando, e nas últimas décadas mudanças ocorreram em diversos âmbitos, exigindo da área de saúde, um novo perfil de atenção e readequações de suas práticas.

Paralelo a este processo, um avanço ocorreu de forma vertiginosa com relação a abertura de novos cursos de fisioterapia, o que gerou a necessidade de uma nova regulamentação e diretrizes curriculares, como a que ocorreu em 2002, através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Fisioterapia, fortalecendo o ensino deste curso no Brasil.

Considerado um marco na história do curso, as novas DCN definiram princípios e fundamentos, além de condições para a formação de fisioterapeutas em todas as instituições de ensino superior (IES), direcionando deste modo, o perfil do egresso, que deveria contemplar a formação de forma generalista, crítica, reflexiva, além de uma formação humanística, com capacidade de atuação em todos os níveis de atenção a saúde (BISPO JÚNIOR, 2013).

Tais diretrizes fortaleceram as competências e habilidades que contemplassem não somente ações intervencionistas (reabilitação), mas também, de capacidades e habilidades para desenvolver ações de prevenção, promoção e proteção em saúde, tanto no contexto individual quanto coletivo.

Concomitante a estes avanços e aos novos desafios referentes às condições sociais e econômicas no Brasil, houve o fenômeno do envelhecimento da população, que em meados de 2000, passou de 14 milhões, com projeções para 2060 de um número superior a 53 milhões de habitantes (LARA et al, 2018).

Deste modo, este fenômeno tem sido alvo de investigação por parte de diversos pesquisadores, justificado não somente pelos avanços tecnológicos revolucionários que tendem a retardar o processo de envelhecimento, mas também, pelo progresso contínuo de melhoria das condições de saúde (VAUPEL, 2010). Logo, este aumento da expectativa de vida, que se tornou realidade, suscitou a necessidade de se repensar as políticas públicas voltadas para esta população, com vistas a implementação de novas abordagens relativas à saúde e a qualidade de vida, incluindo a intervenção fisioterapêutica.

Neste contexto, e em meio a pandemia por COVID-19, agravaram-se para muitos idosos a perda de sua autonomia e funcionalidade, devido à falta de cuidado e atenção, em decorrência da necessidade do isolamento social, comprometendo a qualidade de vida e potencializando o agravamento de doenças crônicas degenerativas (DCD).

Ainda, em consequência ao período pandêmico vivenciado, a atuação fisioterapêutica na Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se prejudicada, visto que este tipo de atenção, referenciado como porta de entrada prioritária, capaz de prestar serviço para toda a família e comunidade, garantindo condições favoráveis de saúde, qualidade de vida e autonomia dos indivíduos e da coletividade, o que era comumente contemplada pelas ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se apresenta como uma reorientação do modelo assistencial em saúde na APS, foi em quase sua totalidade suspenso.

Na tentativa de ampliar a rede de saúde e, por consequência, ampliar a oferta de serviços à comunidade, o NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) criado em 2008, surgiu com o intuito de solidificar a assistência à família na APS. Este núcleo representado por uma equipe multiprofissional tem por objetivo atuar de forma interdisciplinar, pos-



sibilitando a construção conjunta e, que embora ampla, torna-se mais personalizada para o paciente e sua respectiva condição de saúde/doença, constituindo assim, um apoio especializado dentro da atenção básica, não restrito ao ambulatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

De acordo o Ministério da Saúde (2008), com relação à equipe do NASF, esta é composta por uma equipe multiprofissional que compreende: assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, profissional com formação em arte e educação (arte educador), nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico (ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, clínico, do trabalho, acupunturista), médico veterinário e profissional de saúde sanitária.

Assim, com a criação do NASF, a atuação fisioterapêutica ganhou um novo campo de atividade frente à Atenção Primária, contribuindo tanto no trabalho individual, quanto no coletivo junto à comunidade. Pelo fato do fisioterapeuta ser um profissional de primeiro contato, foi de suma importância a criação deste núcleo, para que as medidas de prevenção e promoção de saúde fossem contempladas de forma mais resolutiva, e possibilitassem assim, ampliar sua atuação quanto às medidas educativas em saúde, com a finalidade de prevenir doenças possíveis de serem evitadas, além de reforçar a importância da mudança de hábitos como preditor de uma vida mais saudável, alterando o foco da demanda da reabilitação propriamente dita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Levando se em consideração que a população idosa é a que mais usufrui dos serviços de saúde ofertados pela APS (IBGE, 2019), com os obstáculos já percebidos anteriormente, associados aos impactos proporcionados pela pandemia, devido à restrição da prestação de serviço, tornou se possível constatar que esta mesma população, que, por sua vez, compõe grupo de risco para a COVID-19, sofreu um maior comprometimento dentro deste cenário.

Deste modo, pensando nas características da doença pandêmica, que se apresenta na maioria dos casos com sintomas leves, se fez e ainda se faz necessário o monitoramento da rede de saúde no período de isolamento, tarefa sumariamente realizada pela APS.

Dessarte, para haver o enfrentamento desta situação, de forma mais resolutiva proporcionando menor prejuízo a oferta de saúde e dos serviços, fez-se necessária, a reorganização na estrutura deste nível de atenção, como a que foi observada nas ações que ocorreram em parceria com os setores de vigilância em saúde, visando monitorar a velocidade da expansão do vírus, além do acompanhamento de casos positivados ou suspeitos (casos leves ou encaminhamento quando pertinente junto ao telemonitoramento); continuidade aos serviços já previamente ofertados pela APS (teleconsulta e telerreabilitação com recursos da telessaúde); apoio social a grupos vulneráveis. E ainda, de acordo o Ministério da Saúde (2015), de forma alternativa, sugerida a criação de ações de educação em saúde virtuais por meio de grupos de *WhatsApp* e a publicação de vídeos nas diversas plataformas digitais, para que o vínculo entre o sistema de saúde e a comunidade fosse mantido, garantindo assim, a entrega e qualidade do serviço, com o foco na constância das ações educativas, devido à instabilidade das atividades presenciais.

Contudo, ainda que diversas possibilidades fossem estabelecidas para respeitar as restrições impostas pela pandemia, alguns serviços foram suspensos, como por exemplo, grupos que ofertavam atividades corporais, cuja maior adesão era justamente da população idosa, sofrendo deste modo, o serviço de fisioterapia um maior impacto das mudanças abruptas de forma negativa, visto que tais atividades coletivas contemplavam a maioria das atividades realizadas por este profissional, na rede de atenção a saúde (CREFITO-1, 2020).

Por estarem inseridas na APS, as atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta neste contexto, devem ocorrer de forma integrada aos demais profissionais das equipes multiprofissionais que atuam na APS, considerando que o trabalho em equipe é a premissa neste processo de trabalho. Desse modo, é importante enfatizar a necessidade de manutenção e/ou readequação dessas atividades no contexto da pandemia, considerando ainda, que o fisioterapeuta possui autonomia para realizar o diagnóstico e traçar a intervenção mais adequada ao paciente, bem como distinguir a eletividade de cada um (CREFITO-1, 2020).

A título de melhor exemplificar, a atuação do fisioterapeuta neste serviço no contexto da pandemia, este pode realizar atividades de suporte clínico-assistencial, como visitas domiciliares, atendimento presencial dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), consulta compartilhada, monitoramento e triagem de casos sintomáticos gripais (CREFITO-1, 2020).

Ademais, com intuito de oferecer maior assistência a população, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio da resolução n° 516/2020, autorizou os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a realizarem atendimentos de modo remoto, através de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento, sendo assim, esta é mais uma atribuição do fisioterapeuta na APS no contexto pandêmico (COFFITO, 2020).

Importante ressaltar ainda que, alguns critérios devem ser considerados para a realização de atividades presenciais, no cenário da pandemia dentro da APS, visto que são importantes para direcionar o fluxo de demandas, com a finalidade de reduzir a exposição desnecessária do fisioterapeuta e paciente. Entre os critérios de prioridade para realização de visita domiciliar ou atendimento presencial estão: a presença de alterações musculoesqueléticas agudas, pós cirúrgico recente por fratura ou amputação, avaliação do grau de incapacidade em hanseníase, afecções neurológicas, pé diabético, condições respiratórias exacerbadas e alterações cardiovasculares pós-COVID-19. Destacando que ao realizar os atendimentos presenciais, os fisioterapeutas devem cumprir as medidas de segurança e prevenção da COVID-19 (CREFITO-1, 2020).

Deste modo, com o surgimento do cenário pandêmico e de seus impactos, principalmente, para a área da saúde, muitos desafios foram trazidos em conjunto. Esses desafios tornam-se ainda mais visíveis em se tratando dos cuidados da pessoa idosa, onde muitos questionamentos passaram a ser feitos e as dúvidas não cessaram, como, manter as atividades de vida diária do idoso? Garantir que a prática de atividade física e a nutrição fossem feitas de forma adequada? Realizar este acompanhamento, sobretudo, se o idoso reside sozinho? E, suprir essas demandas? Tornando imperativas as novas medidas adotadas.

Pensando em estratégias para reduzir a circulação de indivíduos em instalações de saúde, reduzir o risco de contaminação da população e propagação da COVID-19, o atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas e comorbidades, e assistência a indivíduos vulneráveis, principalmente idosos, a telessaúde deve ser considerada como um recurso importante (CAETANO et al., 2020). Além disso, no contexto da APS, tal recurso está sendo utilizado como apoio para o sistema de saúde durante a pandemia (SILVA et al., 2021).

A telessaúde refere-se à prestação de serviços relacionados a assistência à saúde a distância utilizando a Tecnologia de Comunicação e Informação (TCI) e engloba todas as profissões. E o termo telerreabilitação tem sido usado no campo da fisioterapia para descrever a oferta de serviços de reabilitação através da TCI (COTTRELL; RUSSELL, 2020).

Como descrito anteriormente, o COFFITO, concedeu a permissão para o atendimento não presencial aos fisioterapeutas, considerando o contexto da pandemia, oferecendo três modalidades de atendimento. A teleconsulta, que corresponde a consulta clínica registrada e realizada pelo fisioterapeuta a distância, o telemonitoramento, que se refere ao acompanhamento à distância através de equipamentos tecnológicos para aqueles pacientes atendidos anteriormente de forma presencial, e a teleconsultoria, que consiste na comunicação registrada e realizada entre profissionais, gestores e funcionários da área da saúde (COFFITO, 2020).

Segundo o art. 3º do Estatuto do Idoso (2003), é dever da comunidade, da família, da sociedade e do Poder Público garantir o direito à vida, à saúde, à liberdade, à cidadania, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, ações essas dificultadas no cenário atual.

Este comprometimento do direito de liberdade em detrimento da maior segurança do idoso, cerceou um de seus direitos prioritários, o direito a vida, que embora necessário neste contexto pandêmico atual, necessitou de algumas alternativas que veem sendo utilizadas para garantir assistência e saúde da população idosa durante o isolamento social, sendo uma delas o uso da telessaúde, que oferece apoio ao paciente idoso, cuidador e a sua família (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

Eventualmente, a implementação de novas medidas traria consigo barreiras e facilitadores. Com a utilização da telessaúde, foi possível realizar muitos dos acampamentos dos usuários da rede de atenção. Entretanto, é importante ressaltar uma outra reflexão. Quais foram os principais desafios proporcionados por esta nova fase?

Quando pensamos no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua essência, deve-se lembrar que seus princípios são pautados na universalidade, integralidade e equidade. E a partir de então, as medidas alternativas deveriam se adequar. A telessaúde (englobando todo seu leque de serviço - telerreabilitação, teleconsulta, telemonitoramento) deve cumprir esses princípios, sendo, por esta razão, uma tarefa tão desafiadora para o sistema de saúde para que, principalmente a população idosa, fosse contemplada de forma satisfatória.

Visando atenuar estes desafios, foi preciso propor justamente condições que facilitassem o acesso de toda a rede, desde os trabalhadores que compõem as equipes da ESF e NASF, até a comunidade (SARTI et al., 2020).

A acessibilidade à telessaúde pode ser considerada um dos principais desafios a ser enfrentado. Quando direcionamos a população idosa, por se tratar de uma população bastante heterogênea: nível de escolaridade, nível de conhecimento de informática e familiaridade com aparelhos eletrônicos e idade, sendo estes fatores que influenciam diretamente a adesão da pessoa idosa ao serviço, sendo este um dos reveses que esbarra diretamente com um dos deveres do Poder Público para com o idoso. O Artigo 21º do Estatuto do Idoso dispõe sobre o dever do poder público de criar oportunidades que facilitem o acesso do idoso, incluindo também o acesso ao avanço tecnológico. Para que isso ocorra de maneira mais eficaz, associado a este processo da implementação da telessaúde, é imperativo que medidas educativas sejam criadas paralelamente, para que uma maior gama de pessoas possa se beneficiar, para que com o passar do tempo, ao superar a crise vivenciada, seja possível pensar no fortalecimento deste campo dentro do sistema único e universal de saúde presente no país (CAETANO et al., 2020).

Extrapolando para o universo da fisioterapia, o fisioterapeuta inserido na APS pode ainda experienciar seus próprios desafios em se tratando da telerreabilitação como recurso. Este profissional que já enfrentava objeções antes desta atuação remota, como a acessibilidade do paciente e a disponibilidade de recursos para que planos fisioterapêuticos fossem concretizados. Com a chegada deste recurso, vem sendo possível perceber que o processo de adaptação provocou situações de insegurança, principalmente ao usuário, que previamente poderia ser atenuado pelo contato físico e presencial com o fisioterapeuta. Contudo, foi necessário que este profissional, mesmo com toda sua *expertise*, se adaptasse a esta nova realidade, atendendo as possibilidades proporcionadas pela tele-saúde, buscando realizar o processo de telerreabilitação presencial e a distância, para assim, otimizar seu trabalho (MIDDLETON et al., 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num futuro não muito distante, e em acordo as questões aqui elucidadas, no que se refere a fisioterapia, faz se necessário que haja uma maior reflexão acerca do cuidado aos idosos, que foi abruptamente modificado neste cenário de pandemia, o que nos convida a refletir sobre a necessidade de maior capacitação e inclusão digital desta faixa etária, seja através de cursos e oficinas, para o trabalho de educação em saúde (reabilitação), seja contemplados e ofertados pelos profissionais de saúde com apoio da APS, possibilitando oferecer assistência em sua totalidade, de acordo com as suas demandas.

Não podemos deixar ainda, de enfatizar a necessidade da urgente capacitação profissional em telerreabilitação, como parte da atuação fisioterapêutica, incentivados e regulamentados por nossos conselhos e órgãos relacionados a classe, direcionando seus esforços no sentido de proporcionar por meios de cursos preparatórios de atualização, essa capacitação profissional.

Tal reflexão deve ser estendida para a formação acadêmica, em atenção a esta nova realidade, trazendo aos educadores essa reflexão direcionada a atualização da estrutura curricular dos cursos de fisio-

rapia, de acordo com sua realidade, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), visto que a formação do egresso deve contemplar a formação de cunho generalista, de forma crítica e reflexiva, sendo ainda necessário que estes encontrem se preparados com capacidades e habilidades para atuar em todos os níveis e áreas de atenção em saúde, referentes ao campo de atuação do curso de fisioterapia.

Destacando ainda, que a formação acadêmica deverá contemplar novos meios tecnológicos, que estão sendo utilizados como forma de oferecer a reabilitação evoluindo junto aos avanços tecnológicos disponíveis e a mudança do cenário atual, implementando a telerreabilitação como disciplina para a formação acadêmica destes futuros fisioterapeutas.

## REFERÊNCIAS

ABDELBASSET, Walid Kamal. Stay Home: Role of physical exercise training in elderly individuals' ability to face the covid-19 infection. **Journal of Immunology Research**, 2020.

ADERONMU, Joseph Ayotunde. Emerging challenges in meeting physiotherapy needs during COVID-19 through telerehabilitation. **Bulletin of Faculty of Physical Therapy**, v. 25, n. 1, p. 1-4, 2020.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: reflexões, fundamentos e desafios. São Paulo: Hucitec, 2013.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE** (BR). Diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 15 de outubro de 2015.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE** (BR). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial União. 24 jan 2008.

Brasil: **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, 2021. Sistema Único de Saúde. Governo Federal. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>. Acesso em: 17. out. 2021.

Brasília: **UNA-SUS**, 2021. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/vacinacao-contra-a-covid-19-ja-teve-inicio-em-quase-todo-o-pais>. Acesso em: 17. out. 2021.

BROL, A. M. Percepção acerca da atuação fisioterapêutica no Sistema Único de Saúde e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais atuantes no SUS: uma revisão de literatura. **Fisioterapia em Ação - Anais eletrônicos**, [S. l.], p. 15, 2018. Disponível em:

<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/fisioterapiaemacao/article/view/16893>. Acesso em: 19 out. 2021.

CAETANO, Rosângela et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00088920, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTnYRw98Rz3drwpJf/?lang=pt>. Acesso em: 17. out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (-COFFITO). Resolução n. 516. Aprova o atendimento não presencial apenas nas modalidades de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 mar. 2020. Seção I, p. 184. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>. Acesso em: 19. out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (CREFITO-1). **Diretrizes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região- CREFITO-1 para a Atenção Básica**. Recife: CREFITO-1, 2020. 9 p. Disponível em: [http://www.crefito1.org.br/uploads/atualizada\\_diretrizes\\_atencaoprimariasaude.pdf](http://www.crefito1.org.br/uploads/atualizada_diretrizes_atencaoprimariasaude.pdf). Acesso em: 19. out. 2021.

COTTRELL, Michelle A.; RUSSELL, Trevor G. Telehealth for musculoskeletal physiotherapy. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 48, p. 102193, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261082/>. Acesso em: 17. out. 2021.

DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira; SANTANA, Rosimere Ferreira. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare enfermagem*, v. 25, 2020.

ESTATUTO DO IDOSO. Lei n° 10.741, de 1° de outubro de 2003. Dispõe sobre regulação dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Brasília, DF, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm). Acesso em: 17. out. 2021.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; SANTANA, Rosimere Ferreira. Health of the older adults in times of the COVID-19 pandemic. **Cogitare Enferm**, p. e72846-e72846, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>. Acesso em: 17. out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

KRICHELDORFF, Cornelia. Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7662728/>. Acesso em: 17. out. 2021



LARA, R; et al. **Oxidative Stress: In Vitro Comparative Evaluation of the Resveratrol Modulator Capacity in Neuro 2-A Lines and Human Leukocyte Cells**. *Current Trends in Metabolomics*, v. 2018, n. 01, P. 1-8, 2018.

MIDDLETON, Addie et al. COVID-19 pandemic and beyond: considerations and costs of telehealth exercise programs for older adults with functional impairments living at home—lessons learned from a pilot case study. **Physical therapy**, v. 100, n. 8, p. 1278-1288, 2020.

SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. 2020, v. 29, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], e2020166. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>>. Epub 27 Abr 2020. ISSN 2237-9622.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?lang=pt>. Acesso em; 19. out. 2021.

SILVA, Rodolfo Souza da et al. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2149-2157, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n6/2149-2157/>. Acesso em: 17. out. 2021.

VAUPEL, James W. NIH Biodemography of human ageing. **Nature**, v. 464, n. 7288, p. 536–542, 2010.

World Health Organization Regional Office For Europe (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Copenhagen, Dinamarca: WHO/Europe. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>. Acesso em: 17. out. 2021.

# ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL E VALORIZAÇÃO DO SABER TÁCITO NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR INFORMAL

Fernanda Flávia Cockell<sup>4</sup>

Denise da Costa Di Bartolo<sup>5</sup>

Bernardo de Almeida Rottmann<sup>6</sup>

Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale Ostolin<sup>7</sup>

## INTRODUÇÃO

O crescimento do trabalho informal posiciona uma grande parte dos brasileiros à margem de qualquer proteção social-trabalhista. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a taxa de informalidade foi de 40,6% da população ocupada no Brasil em 2021. Apesar do aumento de 8,6% do número de pessoas trabalhando após um ano de sindemia (HORTON, 2020), 80% das vagas criadas foram para serviços informais (IBGE, 2021) em comparação com o mesmo período de junho de 2020.

Para o trabalhador informal, a ausência dos direitos previdenciários e trabalhistas e a não-inserção no mercado formal corroboram com a intensificação da vulnerabilidade social, uma vez que a condição de cidadania se encontra igualmente atrelada à legitimação do trabalho e à inserção no Sistema de Seguridade Social. A não-inserção às campanhas de prevenção de doenças, de segurança no trabalho e de promoção à saúde, bem como o fato de não ter nenhuma garantia de renda no caso

---

<sup>4</sup> Doutora em Engenharia de Produção (UFSCar). Professora Associada (UNIFESP). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/9338283259338237>

<sup>5</sup> Doutora em Engenharia Biomédica (UFRJ). Professora Substituta (IFRJ). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/5929039577875606>

<sup>6</sup> Estudante do Curso de Fisioterapia (UNIFESP). CV: <http://lattes.cnpq.br/1064183412267782>

<sup>7</sup> Mestre em Ciências da Saúde (UNIFESP). Tutora da Especialização (Unifesp). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/4675570734968007>

de acidente ou doença, intensificam a vulnerabilidade dos trabalhadores informais. A família não é amparada de morte e o direito de aposentadoria poderá não ser alcançado por não conseguir comprovar o tempo de serviço e por dificuldades em contribuir para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A saber, são considerados informais: empregado no setor privado sem carteira de trabalho assinada, empregado doméstico sem carteira de trabalho assinada, empregador sem registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), trabalhador por conta própria sem registro no CNPJ e trabalhador familiar auxiliar (IBGE, 2021).

Uma das maneiras de incluir trabalhadores informais e trazer a categoria trabalho para o centro do olhar terapêutico do fisioterapeuta é inserir o campo de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de ações voltadas para a identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e trabalho, que determinam as formas de adoecer e morrer dos trabalhadores informais, e suas intersecções de raça, gênero e classe social.

Para o Ministério de Saúde (2018), as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da APS com processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde. Aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários devem ser investigados, visando à priorização de problemas de grupos populacionais inseridos em determinada realidade territorial. Em relação aos trabalhadores, os riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho, devem ser considerados.

A APS é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e deve ser coordenadora do cuidado integral de trabalhadores. Contudo, as ações de cuidado com trabalhadores na APS pouco se articulam com as diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ainda pontuais. Segundo Lacerda e Silva *et al.* (2014), isso se deve à sobrecarga de trabalho, a falta de apoio institucional e despreparo das

equipes. Tal despreparo demanda estratégias de educação permanente e intercâmbio de experiências bem-sucedidas.

Sendo assim, é fundamental a educação continuada e permanente de profissionais de saúde no SUS e para o SUS. Todavia, para o cuidado integral de trabalhadores informais, é preciso inserir práticas insurgentes decoloniais na formação de futuros profissionais como um movimento de resistência teórico-prático, político e epistemológico dentro da profissão. Deslocar o lugar social do fisioterapeuta, restrito historicamente ao cuidado de deficiências na função e estrutura, para agente transformador dos fatores ambientais demanda novas habilidades e competências e, principalmente, exige romper com o debate de corpo de uma perspectiva biológica ainda norteado por autores coloniais e brancos.

A profissão é bastante exclusiva, tendo uma visão biomédica restrita do corpo-indivíduo e ainda mais limitada do território-corpo. Há necessidade de caminhos decoloniais para pensar sobre os limites das nossas *práxis* e o lugar do corpo na nossa identidade profissional. A partir disso, é preciso ressignificar o papel da profissão na sociedade, que ainda é desconectado de questões sociais mais amplas, como, por exemplo, as desigualdades cravadas em corpos negros e periféricos ao nascerem, marcados para manter a potência de algumas nações e do capitalismo, e expostos diariamente a situações precárias e nocivas à saúde.

Cabe ao fisioterapeuta na APS realizar o levantamento dentro do território de abrangência sobre os integrantes da família, que são trabalhadores, por sexo, raça, faixa etária e vínculo profissional. Adicionalmente, deve identificar as atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. E, assim, ter condições de transformar a ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometem trabalhadores locais e que vivem no território (COCKELL, 2013).

Através do empenho em integrar Ensino, Pesquisa e Extensão, o capítulo aborda ações de cuidado integral de trabalhadores informais realizadas pelo projeto de extensão “De Braços Dados: funcionalidade e

saúde do trabalhador”, curricularizado no módulo de Fisioterapia na Saúde do Trabalhador (FST) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) desde 2017 e, recentemente, em 2021, ampliado no módulo Fisioterapia do Trabalho do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ). Nesta reflexão, discutimos inquietudes pessoais de duas mulheres negras, que, como docentes, buscam a “educação como prática de liberdade” (HOOKS, 2020). Para tanto, partimos da “escrivência” (EVARISTO, 2017), pois experiências vividas tornam-se sabedoria coletiva quando compartilhadas e transmitidas.

## DE BRAÇOS DADOS COM TRABALHADORES

O projeto de extensão “De braços dados” busca articular ações entre a comunidade acadêmica da Unifesp, serviços e os trabalhadores de Santos voltadas para valorização do saber popular, construção de uma relação dialógica e cuidado integral. É estruturado em frentes: trabalhadores informais em situação de vulnerabilidade social, servidores municipais da Prefeitura de Santos e formação em ergonomia e saúde do trabalhador (Figura 1).

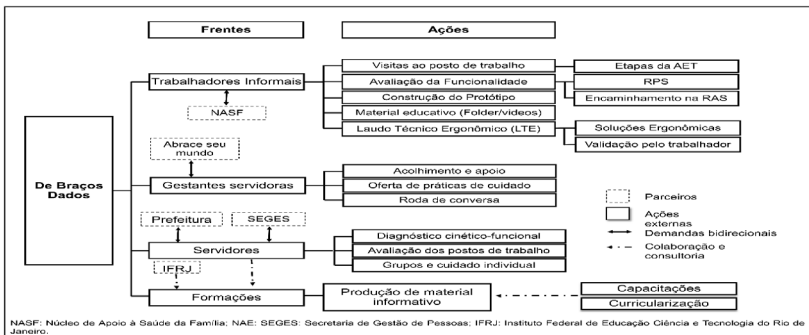


Figura 1. Delineamento do Projeto “De braços Dados” (2016-2021): frentes, ações e parceiros.

Neste capítulo, abordaremos apenas a frente com trabalhadores informais responsável pelas visitas aos locais de trabalho, propondo melhorias no ambiente de trabalho sob a perspectiva do trabalho real e realizando ações capazes de reduzir as suas incapacidades, tendo como

princípio o modelo biopsicossocial e espiritual da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF) e as práticas integrativas e complementares (PICs).

Desde 2016, duplas ou trios de estudantes acompanham um trabalhador informal. Com carga total de 40 horas, o módulo FST é ofertado no 8º termo. Em 2017, foi oficialmente curricularizado com 16 horas de extensão, o que tornou possível olhar os trabalhadores como sujeitos a um adoecimento específico, que exige estratégias singulares de promoção, proteção e recuperação da saúde – ainda pouco frequentes na APS.

Cada grupo de estudantes recebe um roteiro de campo baseado na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) para ajudá-los a desenvolver o olhar da “Atividade” nos campos (COCKELL, 2013). São, no mínimo, 4 campos com os trabalhadores para compreender a demanda e realizar o mapa corporal narrado para contar as histórias de trabalhadores indocumentados (GASTALDO *et al.*, 2019), avaliar a Tarefa/Cargas de trabalho, compreender a Atividade, e validar o diagnóstico com trabalhador.

Por se tratar de um módulo baseado na metodologia de projetos, os estudantes são incentivados a produzir conhecimento e, ao longo do módulo, buscar estratégias de cuidado. Todo projeto é uma proposta, que deve ser conduzida em parceria com o trabalhador e pode mudar de rumo ao longo dos encontros e das experiências vivenciadas. Cada trajetória é única, porém cada grupo deve apresentar os seguintes produtos ao final do projeto: protótipo, Projeto Terapêutico Singular (PTS), folder e o Laudo Técnico Ergonômico (LTE).

**Protótipo:** Toda solução ergonômica de baixo custo criada/confecionada a partir da reciclagem/reutilização de materiais para ser testada e validada pelo trabalhador em sua rotina de trabalho.

**PTS:** baseado na percepção do trabalhador, deve ser categorizado e classificado pela CIF: deficiências de função(b)/estrutura(s); limitações de atividade; restrições de participação social (d) e os fatores ambientais, apontando quando são barreiras (.) ou facilitadores (+). Ao final do PTS,

deve ser encaminhado na RAS, podendo também ser indicado serviços gratuitos oferecidos pelas universidades locais.

**Folder:** o material entregue deve conter linguagem simples, não prescritiva e/ou normativa, podendo ser recurso de vídeo/áudio pelo letramento do trabalhador ou usabilidade. Exemplo: ações de promoção à saúde e/ou redução de danos, pensando em orientações de mecânica corporal e uso de PICs.

**LTE:** o laudo deve conter a descrição de cada situação com fotos, detalhamentos dos aspectos positivos e negativos, solução proposta que precisa ser viável e exequível. Além disso, deve conter o tipo de ação (acompanhar; intervir/adequar, intervenção imediata/urgente) e avaliação do risco pelo trabalhador.

Na Tabela 1, é possível observar a diversidade de trabalhadores acompanhados desde 2016. Diante da pandemia de COVID-19 em 2020, foram acompanhados trabalhadores em *home office*, totalizando 53 situações de trabalho transformadas.

Tabela 1. Trabalhadores acompanhados no projeto “De Braços Dados: funcionalidade e saúde do trabalhador” distribuídos nos anos de 2016 a 2020 e descritos segundo a ocupação, o sexo e o vínculo empregatício.

Ano	Sexo	Ocupação (n)	Total	
			Formal	Infor- mal
2016*	Feminino	Atendente de cafeteria (1), cabeleireira (1), manicure (2)	0	4
	Masculino	Sapateiro (1), vendedor de frutas (1), porteiro (4), nutricionista (1), entregador de água (1)	5	3
2017**	Feminino	Manicure (1), <i>promoter</i> (1)	0	2
	Masculino	Banca de jornal (1), boleira-doceira (1), concertos em geral (1), sapateiro (1), vendedor de frutas (1), vendedor de imóveis (1)	0	6

<b>2018</b>	Feminino	Costureira (3), diarista (1), massoterapeuta (1), pasteleiro (1)	<b>0</b>	<b>6</b>
	Masculino	Boleira-doceira (2), corretor de imóveis (1), <i>promoter</i> (1), vendedor de lanches (1)	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>2019</b>	Feminino	Arquiteta (1), camelô (1), costureira (3), diarista (2), manicure (1), pasteleiro (1), peixeira (1), vendedora de churros (1)	<b>0</b>	<b>11</b>
	Masculino		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2020<sup>e</sup></b>	Feminino	Assistente de vendas (1), contadora (1), costureira (2), engenheira química (2), <i>motogirl</i> (1), pasteleiro (1), professora (1)	<b>3</b>	<b>6</b>
	Masculino	Analista de importação (1), cientista da computação (1)	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>			<b>10</b>	<b>43</b>

\* Em 2016, não era obrigatório que o trabalhador fosse informal. A experiência mostrou dificuldades em modificar os contextos de trabalho quando existia um empregador.

\*\* Em 2017, foi incluída a obrigatoriedade da informalidade, quando o módulo foi curricularizado.

€ Devido à sindemia, foram aceitos trabalhadores formais desde que estivessem em *home office*.

## INFORMALIDADE E REDUÇÃO DE DANOS

No trabalho informal, existe a ideia de que a ausência de uma chefia torna o trabalhador dono de seu tempo. Ledo engano! Se, por um lado, a não subordinação a um superior e a ideia de empreendedorismo o colocam como alguém que pode gerenciar livremente sua atividade laboral, por outro, as inseguranças advindas da falta de suporte legal e manutenção da renda, colocam esse trabalhador sob uma limitada margem de regulação de sua carga de trabalho (longas jornadas e condições de trabalho insalubres). Tal combinação leva a um maior risco de adoecimento e de acidentes, além de gerar um aumento da sobrecarga psíquica pela incerteza na manutenção da renda.

A informalidade limita as possibilidades de se afastar do trabalho, pois ele não estará amparado pelo INSS em caso de infortúnio



(COCKELL e PERTICARRARI, 2011) e a necessidade de gerar renda impede que haja uma plena recuperação em caso de acidentes ou lesões decorrentes da atividade de trabalho ou não. O medo de adoecimento ou de uma incapacidade que o impossibilite de realizar sua atividade, mesmo que temporariamente, também é um fator que gera sobrecarga psíquica e pode levar ao sofrimento. Além disso, a ocorrência de uma lesão, caso não seja incapacitante, não será impeditivo para que aquele trabalhador mantenha sua atividade. Somada à menor oportunidade para o corpo se restabelecer, compensações podem surgir para proteger o segmento lesionado e para que o desempenho da atividade laboral possa ser mantido, criando agravos à sua saúde.

Quando falamos da margem de regulação, não podemos desconsiderar a questão da capacidade de realizá-la. Diante da ocorrência de dor, por exemplo, percebe-se um alerta do corpo a um possível desequilíbrio. No caso de uma lesão, há um desequilíbrio no sistema e uma demanda por recuperação a partir da redução e controle das situações que impõem sobrecarga pelo período necessário ao restabelecimento de suas funções.

Dentro do escopo da ergonomia, uma das recomendações para reduzir a sobrecarga imposta pelo trabalho é o estabelecimento de pausas e limites para o tempo de jornada, além do impedimento do ganho por produção, de forma a garantir ao corpo o descanso necessário para que ele se reorganize e para evitar que os limites de funcionamento equilibrado do sistema sejam extrapolados. Contudo, tais regulações não conseguem ser gerenciadas no trabalho informal, uma vez que os condicionantes sociais e econômicos se interpõem e não há fiscalização, levando a um aumento no volume e tempo de trabalho empregado. Há necessidade de garantir a renda, que sofre flutuações de acordo com a demanda e com a imprevisibilidade do amanhã, em que a ausência de renda irá gerar impactos pela falta de suporte legal.

Apesar de prazeroso e necessário, o movimento não limita o corpo humano – que é um sistema dinâmico que funciona a partir da integração dos sistemas sensoriais e motores para responder ao ambiente e com ele interagir. Por isso, o modo operatório dependerá do meio,

dos objetivos, do resultado esperado e do estado interno do trabalhador (COCKELL, 2013). Logo, além do movimento do corpo, há também a interação social – somos seres sociais, cujas vivências e construções se baseiam na cooperação, sendo este conceito superior ao conceito de competição para a construção da sociedade.

Sendo assim, usamos o exemplo de modos operatórios e não de postura. Postura é apenas um retrato estático de um corpo, que é socialmente determinado. Como fisioterapeuta, é preciso entender qual corpo está se movimentando e quais são as margens de regulação a que esse corpo tem para construir condições de saúde favoráveis (direitos, acesso a serviços, atitudes de terceiros, redes de apoio, burlas e, principalmente, estratégias coletivas). Quanto mais frágeis suas margens de regulação, maior a chance de os resultados serem alcançados às custas do seu estado interno, deteriorando a saúde física e mental (COCKELL, 2013).

Qualquer atividade, que limite a atuação do homem como ser social, sua capacidade criativa ou imponha limites à sua mobilidade, irá trazer impactos em todas as dimensões – física, emocional e social. Muitas vezes, pensamos que recomendar atos e posturas seguras, que reduzam o risco de acidentes e de adoecimento, ou exercícios e alongamentos é o suficiente para assegurar a saúde do trabalhador. Se olharmos apenas para o campo do ideal e não para o real, sem conhecer o contexto, as práticas e orientações serão normativas voltadas a culpabilizar o corpo pelo seu adoecimento, naturalizando as barreiras contextuais e demandando apenas à mudança do sujeito, mantendo a máquina produtiva. Ao atuar sobre o campo da saúde do trabalhador, é preciso considerar o trabalho em todas as suas dimensões – física, cognitiva, psíquica e organizacional – para que haja possibilidade real de equacionar aspectos do trabalho, que contribuem para o adoecimento.

A variedade de condicionantes à saúde que se colocam exige que a equipe da APS reconheça a importância de se analisar e intervir nas situações de trabalho, indo além do tratamento da patologia. A prevenção e redução de danos deve ser foco principal da abordagem à saúde do trabalhador e isso se estende ao universo do trabalho informal.

É preciso entender a situação de trabalho e todas as limitações que ela coloca para a manutenção da saúde. O trabalho que adoce é também fonte de prazer e de construção de identidades, mas alguns corpos são desgastados até serem descartados do mercado do trabalho ou morrem por exaustão. E os corpos negros seguem sendo a “carne mais barata do mercado” desde o ventre materno (trecho extraído de “A Carne”, Música de Elza Soares).

Dentro da APS, é importante estimular ações educacionais e de orientação à saúde e segurança dos trabalhadores informais, seguindo as recomendações da PNSTT de garantia universal de assistência à saúde de trabalhadores com carteira assinada, autônomos e informais. E, assim, prover não só assistência à saúde dentro da visão mais imediata de tratamento das doenças relacionadas ao trabalho e traumas por acidentes ocupacionais, mas também traçar estratégias de orientação sobre boas práticas posturais e de segurança, regulação da carga de trabalho com estabelecimento de pausas, controle do tempo de jornada e divisão de tarefas (dentro do possível para cada atividade desempenhada), melhora do arranjo físico, instrumentos e equipamentos, que minimizem a sobrecarga física para a prevenção, e melhora do conforto do mobiliário e dos instrumentos de trabalho com soluções simples e baratas, utilizando a criatividade e os materiais disponíveis.

Utilizado com pacientes dependentes químicos ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Aids, o conceito “redução de danos” é enriquecedor para o ensino de fisioterapia, trazendo conceitos centrais para o cuidado integral – humanização, pragmatismo, individualismo, autonomia, incrementalismo e responsabilidade com ética (HAWK *et al.*, 2017). Tal proposta auxilia o ensino prático, pois permite diferenciar as práticas baseadas no risco ou apenas em comportamento de risco daquelas voltadas para os grupos de vulnerabilidade social. Um aspecto relevante na utilização de abordagens de redução de danos é sua centralidade no que o sujeito deseja e consegue fazer, sendo possível cuidar das condições de saúde de maneira menos normalizadora e prescritiva, e evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não. Vale ressaltar que, toda e qualquer intervenção no corpo, ainda que

apresente resultados desejados, é incapaz de alterar os contextos. Por isso, cabe, simultaneamente, definir possíveis facilitadores ambientais (redes de apoio, tecnologias, atitudes da família e profissionais de saúde) e estratégias para reduzir injustiças sociais, demandando fazer valer às políticas públicas existentes.

A capacidade de criar soluções dentro do contexto e do ambiente de trabalho ao qual estão inseridos é uma realidade comum aos trabalhadores. O conhecimento empírico e a percepção sobre seus corpos, incluindo a noção de conforto, são aspectos universais, assim como a capacidade de criar soluções para ajustar seu corpo às condições vivenciadas e que podem estar gerando desconforto. Portanto, um mestre de obras pode criar um sistema de polias com as sucatas da obra para levar um saco de cimento até o andar superior da obra que está conduzindo. Um chapeador de aeronaves, por sua vez, pode criar uma cadeira adaptada para fazer os rebites na parte inferior da aeronave, utilizando móveis de escritório e outros itens encontrados no *container* de sucatas da empresa. De maneira similar, uma costureira, que realiza o trabalho em sua casa, pode adaptar a cadeira da cozinha aplicando uma almofada ao assento. E, por último, um marceneiro pode adaptar uma mesa antiga de jantar para que possa realizar seu trabalho em pé, utilizando latas de leite para aumentar a altura da superfície.

Há sabedoria e aplicação dos saberes empíricos em todos os ramos da atividade, independentemente do nível de escolaridade deste trabalhador. A equipe multidisciplinar de atendimento aos trabalhadores informais deve estar atenta à capacidade criativa de buscar soluções e apta a validar tais soluções – e sugerir ajustes, se necessário – a partir da análise das situações de trabalho e das adaptações construídas.

Entretanto, surge a inquietação: como perceber uma situação de injustiça, modificando nossas práticas e serviços? O fisioterapeuta precisa compreender que o trabalho extrapola as dimensões físicas, bem como há aspectos imateriais que precisam ser considerados quando se pretende ofertar serviços mais justos. Há uma heterogeneidade de atividades desenvolvidas no mercado informal de trabalho e que demandam

olhares e abordagens muito particulares para manutenção da saúde e redução da ocorrência de patologias. O corpo, seus movimentos e suas motivações (movimento “para que”, “por que”, “como” e “para onde”) são socialmente determinados e historicamente definidos. Entre os trabalhos informais, vamos ilustrar o caso da manicure por ser uma atividade fácil para vislumbrar as cargas existentes.

## TRABALHO DA MANICURE: UM EXEMPLO PARA REFLEXÃO

As desigualdades de gênero e raça antecedem a pandemia por COVID-19, sendo uma construção histórica e social. Há mais mulheres em salões de beleza, como cabeleireiras e manicures, as quais costumam ser mães e chefes de família. Tradicionalmente, recebem por comissão sobre o serviço prestado e o custo dos produtos fica sob sua responsabilidade, sendo a porcentagem da comissão entre 30% e 40% (SOUZA & BORGES, 2020).

O trabalho de manicure possui uma sequência de atividades a princípio pouco variável: lixar e/ou cortar as unhas, umedecer e tirar a cutícula, esmaltar. Eventualmente, se a manicure fizer aplicação de unhas postiças ou algum efeito decorativo nas unhas, haverá um impacto sobre o seu corpo pelo aumento dos movimentos executados ou contrações musculares mantidas. Além disso, ocorre aumento no tempo da tarefa e na atenção necessária, reduzindo o intervalo de tempo entre um atendimento e outro, bem como exigindo readequação da agenda. Entretanto, a forma de atendimento que ela presta insere outras variáveis que precisarão ser consideradas ao analisar o trabalho, uma vez que trarão diferentes impactos sobre sua saúde. Sendo assim, sua carga de trabalho – física, cognitiva, psíquica e organizacional – irá variar caso ela realize atendimento domiciliar, atenda em um salão ou se ela utilizar sua casa como ambiente de trabalho.

**Atendimento domiciliar:** ela precisará se deslocar por várias horas ao longo do dia, correndo risco de acidente de trabalho no trajeto e de eventual violência urbana. Além disso, deverá carregar seu equipamento

e estar atenta para não esquecer nenhum dos itens na casa de sua cliente. Será preciso se adaptar aos diferentes contextos (conforto térmico, iluminação e às cadeiras disponíveis, nem sempre confortáveis e que podem forçá-la a manter o corpo mais curvado para frente do que seria o recomendável). Neste caso, será muito difícil analisar estritamente a postura de trabalho, pois ela varia de acordo com a cliente e os arranjos físicos possíveis em cada casa visitada. No entanto, há uma série de fatores imateriais, que devem ser considerados ao analisar os aspectos do trabalho e que contribuem para o desconforto, e, eventualmente, para a ocorrência de Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Ao formar os fisioterapeutas com o olhar da Atividade, ele passa a incluir a categoria trabalho na anamnese detalhada e a aplicar questionários de percepção e funcionalidade, além de busca compreender o trabalho para transformá-lo.

**Salão:** há maior probabilidade de possuir mobiliário que propicie conforto e atenda à natureza do trabalho executado, com menor sobrecarga física. Entretanto, ela terá menor tempo de pausa, maior volume de clientes atendidas no dia e menor variabilidade de posturas ao longo do dia, tendo em vista que não realizará deslocamentos pela cidade. Caso trabalhe próxima a uma cabeleireira, terá que lidar com eventual desconforto térmico (secadores de cabelo) e inalação de vapores de produtos químicos usados nos cabelos das clientes.

**Ambiente familiar:** ao trabalhar em casa para reduzir gastos ou cuidar dos filhos, poderá haver maior controle sobre muitas das variáveis supracitadas. Todavia pode haver maior interferência dos seus familiares durante os atendimentos, o que pode gerar maior sobrecarga psíquica e favorecer conflitos em sua vida pessoal.

Em qualquer nível de atenção à saúde, é preciso compreender não somente a atividade imediata desempenhada em termos de posturas, repetitividade ou manutenção de cargas estáticas, seja ao prestarmos atendimento a uma manicure ou a qualquer outro trabalhador. Ao desconsiderar a complexidade e o contexto do trabalho, estamos ofertando somente o cuidado parcial, naturalizando a doença como inevitável e

banalizando as injustiças sociais. Ao ampliarmos o olhar do fisioterapeuta e incluirmos intervenções na atividade laboral, passamos a cuidar integralmente dos sujeitos, independentemente da queixa principal e da especialidade profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios gerados pelo Projeto “De braços Dados” podem ser observados tanto para a comunidade, especificamente os trabalhadores informais, quanto para os estudantes, que terão uma aproximação precoce às ações de saúde desde a prevenção até a assistência direta à comunidade, trazendo a perspectiva de território-corpo para os saberes, fazeres e querereres do fisioterapeuta.

Trazer o projeto para a graduação, como parte da estruturação dos 10% do total de créditos curriculares, permitiu multiplicar as ações que aconteciam com servidores e levar a ergonomia também para a comunidade, não mais restrita à indústria ou setor de serviços. Ampliar a proposta para IFRJ mostrou sua viabilidade como parte da formação do fisioterapeuta em outras instituições de ensino. Mais do que propor intervenções de assistência ou atendimento direto para recuperar deficiências historicamente agravadas pelo trabalho, a transformação social alcançada permite ao estudante de fisioterapia vivenciar o cuidado a grupos socialmente desprotegidos, percebendo suas responsabilidades, transformando o trabalho e buscando pela mudança.

O olhar para o território-corpo faz o estudante refletir sobre os impactos do colonialismo e do capitalismo, restabelecendo caminhos decoloniais para pensar sobre os limites das nossas *práxis*. Sendo assim, somos interlocutores, aptos a informar e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento e os caminhos para os direitos ainda existentes. Adicionalmente, temos habilidades e competências para desenvolver, juntamente com a comunidade e instituições públicas, ações direcionadas para a solução dos problemas encontrados, intervindo para a melhoria das condições de trabalho nos domicílios e nos territórios acompanhados.

Precisamos ser a mudança que desejamos tanto na formação quanto na atuação profissional!

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, 2018, 136 p.

COCKELL, F. F. & PERTICARRARI, D. Retratos da informalidade: a fragilidade dos sistemas de proteção social em momentos de infortúnio. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1709-1718, mar 2011.

COCKELL, F. F. *Fisioterapia e Saúde do Trabalhador: rompendo com saberes e fazeres tradicionais*. Fisioterapia & Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

EVARISTO, C. *Becos da Memória*. 200p. Rio de Janeiro: Pallas, 2017.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C. & DAVY, C. Body-map storytelling as research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping, 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>. Acesso: 15 set. 2021.

HAWK, M.; COULTER, R. W.; EGAN, J. E.; FISK, S.; FRIEDMAN, M. R.; TULA, M.; KINSKY, S. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J.*, v. 14, p. 70, out 2017.

HOOKS, B. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2020.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*, v. 396, p. 874, set 2020.

IBGE. PNAD Contínua Trimestral: desocupação recua em quatro das 27 UFs no 2º trimestre de 2021. Disponível em: [sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31486-pnad-continua-trimestral-desocupacao-recua-em-quatro-das-27-ufs-no-2-trimestre-de-2021](https://www.ibge.gov.br/imprensa/2021/agencia-de-noticias/releases/31486-pnad-continua-trimestral-desocupacao-recua-em-quatro-das-27-ufs-no-2-trimestre-de-2021). Acesso em: 13 out. 2021.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E. C.; PESSOA, V. M.; FERNANDES, L. M. M.; GOMES, E. M. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 49, p. 273-288, abr-jun 2014.

SOUZA, M. M. & BORGES, L. de O. Salão parceiro na prática: submissão ou autonomia? *Psicologia & Sociedade*, v. 32, e218817, 2020.



# ADOLESCENTES NAS REDES SOCIAIS

Luana de Paula Pimentel<sup>8</sup>

Sheila Maria Pereira Fernandes<sup>9</sup>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que, com a chegada da tecnologia a sociedade permeia suas relações pelos meios de comunicação que, por sua vez, possibilitam a troca de informação acessível e universal. A população adolescente se relaciona com a tecnologia de forma constante, sempre ‘conectada’ com seus *notebooks*, *tablets*, *ultrabooks* e aparelhos celulares que proporcionam acesso a redes sociais como: *Instagram*, *Whatsapp*, *Facebook* e *Twitter*. O fluxo do compartilhamento de fotos e vídeos é muito alto, e na maioria das vezes as imagens reproduzem ‘fenômenos de beleza’ que não condizem com a realidade, exposição de partes íntimas do corpo e etc.

De acordo com Prensky (2001), independente da classe social ou cultural, os adolescentes, enquanto “nativos digitais”, se relacionam com as tecnologias móveis digitais e com o ciberespaço de forma quase simbiótica.

As peculiaridades desse “mundo virtual” e a velocidade em que os adolescentes pautam as relações têm sido grandes focos de estudo na contemporaneidade, e têm ocasionado dúvidas e discussões entre pais e filhos, professores e alunos e todos aqueles que têm a responsabilidade e participação na tarefa de orientar jovens atualmente.

Ainda neste contexto os autores Palfrey; Gasser (2008) explanam que os “nativos digitais” possuem uma persona *online*, possível graças a recursos tecnológicos como aparelhos *Blackberry* ou *I-Phone* e a redes de relacionamentos que lhes permitem levar uma vida *online* e *offline* durante todo o dia.

---

<sup>8</sup> Especialista em Psicologia do Trânsito (UNIALFA).

CV: <http://lattes.cnpq.br/9598326592571227>

<sup>9</sup> Doutoranda em Educação (PPGDEU). CV: <http://lattes.cnpq.br/9902562422228230>

## ARCABOUÇO TEÓRICO DA CONCEPÇÃO DE ADOLESCÊNCIA ATRAVÉS DOS SÉCULOS

Quando o termo ‘adolescência’ entra em discussão, emergem várias teorias que levam a distintas concepções a respeito, que se definem em razão do lugar, história e cultura em que se está inserido. Na maioria das vezes é indicada como fase de afastamento da família, crises, conflitos, vulnerabilidade, agitação devido à emergência sexual e outros pontos negativos. Por outro lado, destacando alguns pontos positivos desta fase, pontua-se vasta energia, movimento, disposição e etc. (PILETTI; ROSSATO; ROSSATO, 2014).

No caso de os jovens prolongarem os laços de dependência familiar, cultivando, ao mesmo tempo, um universo cultural distinto do da família de origem, essa convivência, forçadamente prolongada, pode traduzir-se por conflitos familiares de alguma intensidade. Aliás, as dificuldades de constituição de um «lar», em idades socialmente consideradas como as mais apropriadas, fazem que alguns jovens rejeitem — em alguns casos, não sem a contrariedade da família — o modelo tradicional de casamento e optem por relações pré-matrimoniais ou «uniões livres», ou, ainda, adiram ao aborto, às relações precárias, ao divórcio e às chamadas variantes da vida sexual (PAIS, 1990, p. 142)

Desta forma no que tange ao significado gramatical “etimologicamente, o termo *adolescere* tem sua origem no latim (*ad*: para+*olescere*: crescer), significando crescer para, modernamente, vem sendo utilizado para definir uma fase do desenvolvimento humano que se inicia com a puberdade” (PILETTI; ROSSATO; ROSSATO, 2014, p. 154).

Diante do contexto a palavra *adolescência* para a atual sociedade refere-se a “uma categoria que a define como fase preparatória para a entrada no mundo adulto, comumente caracterizada por alterações fisiológicas, psicológicas, cognitivas e sociais, que proporcionam amadurecimento sexual, produtivo, cognitivo e político” (PILETTI; ROSSATO; ROSSATO, 2014, p. 155).

Nesta mesma linha de raciocínio faz-se interessante pontuar que a construção do significado da adolescência na era moderna foi produto de uma série de transformações através dos períodos da antiguidade clássica, idade média, romanticismo, revoluções burguesas, etc.

Na antiguidade pensadores influentes como Sócrates, já se referiam aos adolescentes como indivíduos negativos e sem conhecimento. Para reforçar esta idéia Lírio (2013, p. 74) expõe a concepção de Sócrates sobre os jovens de sua época:

Nossa juventude é mal-educada, zomba da autoridade e não tem nenhuma espécie de respeito para os mais velhos. Nossas crianças de hoje, não se levantam quando um ancião entra numa sala, respondem a seus pais e tagarelam em lugar de trabalhar. São simplesmente más (SÓCRATES, p. 470-399 a.C. apud LÍRIO, 2013, p. 74).

Na Antiguidade Clássica quanto na Idade Média, a adolescência não era reconhecida como hoje e era confundida com infância ou adúltera jovem, porém, algumas características físicas já eram identificadas.

Em alguns períodos nos quais as condições de vida colocavam-se desfavoráveis, a título de exemplo, “durante as grandes guerras na Idade Média, séculos V a XV, essa fase se retrai e por vezes desaparece, fazendo com que o indivíduo passe do final da infância para a fase adulta, quase que sem perceber a adolescência” (DAVIM et al., 2009, p. 135).

Para reforçar este pensamento Libanio (2004) aponta que se realizava um caminho sem interrupções da infância para a adúltera, o qual se concretizava através de cerimônias religiosas e ainda, somente eram reconhecidas três idades que eram infância, adúltera e velhice.

Permanecendo com os ensinamentos de Libanio (2004, p. 36) nesta época “com facilidade as crianças deixavam suas casas para ir trabalhar como aprendizes de artesãos ou como empregados (as) e os jovens gozavam de uma liberdade de movimento que hoje seria inconcebível”.

Com a revolução industrial que trouxe consigo mudanças em todos os aspectos da vida cotidiana, sobre o contexto abordado não foi diferente, uma vez que a formação deste jovem “passa a ser mais con-

trolada e direcionada, onde a educação começa a ter uma base escolar, a família passa por uma reconfiguração, tornando-se gradativamente nuclear em vez de extensiva, o que começa a proporcionar uma maior intimidade entre pais e filhos” (LÍRIO, 2013, p. 75).

Proceder à explicação das transformações que têm afectado a juventude quando referida a uma fase de vida, ou seja, quando referida a um processo que se desenvolve num período determinado de tempo, isto é, que se inscreve numa duração, é um dos desafios que se colocam à sociologia. A juventude, quando aparece referida a uma fase de vida, é uma categoria socialmente construída, formulada no contexto de particulares circunstâncias económicas, sociais ou políticas; uma categoria sujeita, pois, a modificar-se ao longo do tempo (PAIS, 1990, 146).

Somente no início do século XX a adolescência passa a ser reconhecida pelas diversas classes sociais e com uma imagem nitidamente diferenciada e específica do desenvolvimento humano, localizada entre a infância e a vida adulta (FEIXA, 1999 apud PILETTI; ROSSATO; ROSSATO, 2014).

Desde então estudiosos começaram a se interessar por esta fase do desenvolvimento e assim, gradativamente, começaram a surgir contribuições significativas para a psicologia da adolescência.

Em 1904, Stanley Hall escreveu “Adolescence” e a partir de então a adolescência se torna objeto de estudo, especialmente para a Psicologia, caracterizada como um período de “tempestade e tormenta”. Hall compreendia esta fase como um período marcado por turbulências e instabilidade emocional em consequência da puberdade e da maturidade sexual (LÍRIO, 2013).

No ano seguinte, Freud foi o primeiro a abordar o desligamento psicológico do adolescente em relação aos pais como uma experiência de luto, salientando ainda que é uma contribuição que se faz de suma importância neste contexto.

Ao mesmo tempo em que estas fantasias claramente incestuosas são superadas e repudiadas, completa-se

uma das mais significativas e também uma das mais dolorosas realizações psíquicas do período puberal: o desligamento da autoridade dos pais, um processo que, sozinho torna possível à oposição tão importante para o progresso da civilização, entre a nova geração e a velha (FREUD, 1996, p. 234 apud MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 261).

De acordo com Shaffer; Kipp (2008) nesta fase o desenvolvimento físico é apoiado em mudanças significativas. Inicialmente a criança muda radicalmente em tamanho e forma ao entrar no “estirão de crescimento da adolescência” e alcança a puberdade atingindo a maturidade sexual, tornando-se capaz de conceber, além de crescer mais em estatura e peso em que o corpo assume aparência de um ser adulto.

No que se refere aos impactos psicológicos da puberdade pontua-se que estes tendem a se diferenciar nos meninos e nas meninas, como mencionam autores nas culturas ocidentais ao destacarem que “as meninas costumam passar a se preocupar com sua aparência e como as outras pessoas responderão a ela e os meninos esperam ser altos, peludos, bonitos e com características atléticas” (CAUFFMAN; STEINBERG, 1996, s.p. apud SHAFFER; KIPP, 2008, p. 155).

Adolescentes que estão amadurecendo física e sexualmente não apenas passam a sentir-se diferentes, mas também passam a ser vistos e tratados diferentemente pelas pessoas. Apesar de em nossa sociedade não existirem ritos de passagem universais para marcar a transição da infância para a adolescência e da adolescência para a idade adulta, as mudanças da puberdade podem ainda assim possuir consequências sociais (SCHELEGEL; BARRY, 1991 apud. SHAFFER; KIPP, 2008).

Nesta fase os pares se tornam cada vez mais importantes e pode-se dizer que tem certa superioridade aos pais, os adolescentes adotam os valores, atitudes, estilos de roupa e linguagem dos seus pares. A interferência destes ergue-se em oposição direta a dos pais/cuidadores, resultando em fortes conflitos à medida que os pais tentam fazer prevalecer a sua autoridade (SANTROCK, 2014).

A partir da necessidade de cristalizar suas identidades adultas e afirmarem-se como indivíduos autônomos, os jovens deixam de utilizar pais ou adultos em geral como modelos de identificação e passam a buscar novas pautas identificatórias no seu 'grupo de iguais'. Assim se faz natural e espontânea a formação de grupos, uma vez que esta pode propiciar a troca de experiências entre os membros e uma melhor identificação dos limites entre o eu e o outro, através da compreensão das motivações conscientes e inconscientes, a resolução da crise de identidade, modos de sentir, pensar e agir, favorecendo a resolução da crise de identidade, centro da problemática adolescente (OSÓRIO, 1989).

É importante destacar ainda que algumas das características da adolescência se conservam e revelam-se de suma importância no que tange ao desenvolvimento saudável dos jovens, como a título de exemplo: a necessidade de encontrar um lugar seguro no grupo que lhes forneça um sentimento de pertença; a necessidade de identificar/adotar tarefas importantes e reconhecidas no grupo e que garantam o respeito ao adquirir competência; a necessidade de se sentir como uma pessoa válida; a necessidade de segurança nos relacionamentos com as outras pessoas, em especial nos relacionamentos mais próximos (HAMBURG, 1999 apud PAULO, 2013).

## O ADOLESCENTE E AS REDES SOCIAIS

Faz-se interessante citar que devido ao avanço do uso da internet entre adolescentes e crianças cada vez mais novas, torna-se fundamental compreender as especificidades dessa nova realidade.

A tecnologia integrou-se e a potencialidade de se comunicar/relacionar por meios virtuais com todo o mundo e foi a grande descoberta compartilhada dentro e fora da família. Locais como salas de bate-papo e os sites de relacionamento tornaram-se uma extensão dos espaços cotidianos do jovem, assim como o telefone celular passou a ser um aparelho acessível a maioria dos jovens. Frente a esse fenômeno, observa-se que as relações no campo virtual trazem na adolescência,

possibilidades de refúgio estratégico, que corresponde a necessidades desse período do desenvolvimento (WAGNER et al., 2009).

Pois é recomendável, como nos pedem, determinam e recomendam que a cabeça esteja na terra, na assim chamada realidade, naquilo a que se referem os jornais e os noticiários de televisão, e não fora daqui, no mundo da lua, flutuando nas nuvens (GANBINI, 2010, p. 150).

Dessa forma é colocado com clareza pela autora que as redes sociais estão presentes na vida dos adolescentes de forma frequente, uma vez que a adolescência é uma fase de incertezas e o sujeito tende a procurar “pares”, para ser aceito e valorizado. Assim, entende-se que o mundo virtual propicia que os adolescentes supram essa necessidade de agrupamento.

De acordo com Pempek; Yermolayeva; Calvert (2009) um tipo de aplicação *online* que tem crescido rapidamente e prevalecendo popularidade nos últimos anos é a rede social na Internet. Sites de redes sociais como: *Facebook*, *MySpace*, *Friendster*, *Live Journal*, e *Bebo*, são comunidades de internet baseadas em membros que permitem aos usuários postar um perfil de informações, como um nome de usuário e fotografia, e permitem comunicar-se com os outros de formas inovadoras, tais como envio de mensagens públicas ou privadas *online* ou compartilhamento de fotos.

Ainda neste contexto vale salientar que, independentemente da forma como o uso das redes sociais interfere no cotidiano dos jovens, processos centrais na adolescência continuam se desenvolvendo. Para fortalecer esta concepção o mesmo autor coloca que:

Embora a forma com que a juventude sempre gasta seu tempo mudou na era da informação, tarefas de desenvolvimento central da adolescência e início da vida adulta permaneceram constantes. Características principais do desenvolvimento do adolescente incluem a formação de identidade, o desenvolvimento de relações íntimas e o poder do grupo de pares (PEMPEK; YERMOLAYEVA; CALVERT, 2009, p. 227).

Diante deste cenário é possível constatar que as redes sociais, como sendo mecanismos para que um indivíduo se apresente ao âmbito ‘social’, por sua vez, influem sobre a noção de si mesmo de determinado sujeito. Assim, Carlos et al. (2012, p. 2) pontua que “a percepção sobre a noção de si é marcada pelas relações com o grupo e os processos de identificação que nele ocorrem e sendo as redes sociais propriedades de pertencimento social o autoconceito é influenciado por interações nestes ambientes”.

Livingstone (2009 apud. CARLOS et. al. 2012) apresenta alguns pontos para reflexão sobre as redes sociais, elucidando a possibilidade de promoverem ambientes propícios para algumas necessidades características do processo do adolescer.

Os perfis nos sites de redes sociais são importantes espaços de possibilidade para novos “ritos de passagem”, experimentações emocionais e sexuais, singularização das subjetividades e equilíbrios das rebeldias e conformações, próprios da adolescência (LIVINGSTONE, 2009, s/p apud CARLOS et al. 2012, p. 5).

Segundo PEMPEK; YERMOLAYEVA; CALVERT (2009, p. 228) a “auto revelação pode servir a dupla finalidade de: desenvolvimento de identidade, onde o feedback externo a partir de pares podem ajudar o indivíduo a esclarecer o sentido de auto e desenvolvimento de intimidade”.

Para reforçar esta ideia o autor Rotenberg (1995, s.p apud CARLOS, 2012, p. 10) aponta que:

A autorrevelação dos adolescentes é determinante para a socialização e o desenvolvimento. Em ambas as situações, os adolescentes encontram-se sob pressão, tanto para aprender a gerenciar suas impressões quanto para desenvolver relações íntimas, para além do seio familiar. Neste momento de amadurecimento e construção gradativa de autonomia, os sites de redes sociais podem ser espaços importantes de aprendizado sobre a autoexpressão, incluindo aí a autorrevelação entre pares (ROTENBERG, 1995, s.p. apud. CARLOS, 2012, p. 10).



Por outro lado, Mello (2011, p. 248) salienta que “os usos que os indivíduos fazem da internet e das redes sociais são múltiplos, mas passam pela superexposição como tentativa de criar uma referência”.

Desta forma entende-se que a exposição está relacionada à pretensão de produzir algo sobre si, e que no caso do adolescente é mais forte uma vez que percorre a busca de uma identidade.

Efetivamente, a velocidade com que a mídia eletrônica se transforma está fazendo com que pessoas e discursos estejam em muitos lugares ao mesmo tempo, distâncias sejam abreviadas, imagens e sons circulem vertiginosamente, capitais se reúnam, pessoas se “aproximem” virtualmente e, por que não dizer, realmente? (ZDRADEK; BECK, 2019, p. 12).

De acordo com Carlos et al. (2012, p. 13) ao invés de apenas revelar a privacidade, para produzir relações íntimas e conquistar validação social, “a revelação de adolescentes nas redes sociais parece também estar relacionada a uma exposição de si como estratégia de autoconstrução”.

A partir desta concepção é importante considerar o “reconhecimento nos olhos alheios e, sobretudo, o cobiçado troféu de ser visto. Progressivamente nota-se que na sociedade contemporânea, é preciso aparecer para ser” (SIBILIA, 2008, p. 111).

Contudo, é de suma importância abordar sobre as relações que as redes sociais proporcionam. Assim para Recuero (2009), tais redes favorecem relações superficiais, que podem ou não se estender:

As redes sociais promovem comunicações sociais casuais, ignorando os laços afetivos que são construídos ao longo do tempo, podendo tornar-se profundos ou simplesmente resumir-se a conversações momentâneas e sem muito conteúdo particular, de cunho impessoal geralmente não consegue criar laços mais fortes e duradouros (RECUERO, 2009, p. 94).

Para reforçar essa ideia Perigo (2013) salienta que:

O valor da rede social virtual de cada utilizador está exponencialmente ligado ao número de pessoas que se encontram nessa rede. Como se pode verificar, a desig-

nação de “amigo” nas redes sociais é usada de forma bastante alargada, pois basta que um utilizador aceite um pedido de amizade de outro indivíduo para que este figure na sua “lista de amigos” (PERIGO, 2013, s.p).

Este mesmo autor relata que a lista de amigos virtuais de uma pessoa para a grande maioria é considerada como espelho da sua popularidade *online* e ainda há pessoas que se colocam um tanto mais populares do que outras, ou seja, quanto mais ‘amigos’ compoem esta lista mais estimada se é, contando ainda que uma das atividades mais praticadas pelos internautas nas redes sociais virtuais é navegar pelos perfis à procura de pessoas com um determinado perfil para lhes enviar pedidos de amizade e, assim, estabelecer algum tipo de contato com elas (PERIGO, 2013).

Do ponto de vista de Damasceno; Rampazo; Jaconini, (2015) nas redes sociais, é possível verificar muitas divulgações do corpo. Em vista disto, surge uma preocupação com esta atitude dos jovens que é cada vez mais precoce, pois muitos não conhecem os perigos das redes sociais e não têm a maturidade necessária para lidar com o que aparece nesta.

Ainda é importante considerar que, por mais que a internet proporcione recursos para aprendizagem, socialização, entretenimento e comunicação, ela também coloca o sujeito em situação de risco, desta forma faz-se interessante a compreensão de algumas vulnerabilidades.

Torna-se necessário colocar em questão essas imagens, pois, quando arraigados nesses “modelos” socialmente construídos, corremos o risco de analisar os jovens de forma negativa, enfatizando as características que lhes faltariam para corresponder a um determinado modelo de “ser jovem”. Dessa forma, não conseguimos apreender os modos pelos quais os jovens, principalmente se forem das camadas populares, constroem as suas experiências (DAYRELL, 2003, p. 333).

O acesso à rede tem potencializado a exposição a riscos *online*, alguns deles comuns também no mundo *offline* tais como *bullying*, pornografia, contato com estranhos, aliciamentos, racismo, etc. No cenário mundial, começamos a nos deparar “com o fantasma de mais uma intensificação da cultura midiática pelo crescimento global da internet

e pela promessa (alguns diriam ameaça) de um mundo interativo, em que tudo e todos podem ser acessados, instantaneamente” (SILVERTONE, 2002, p. 17).

Cabe destacar ainda que segundo o pensamento de Neves (2008, p. 11), “acompanhando a natureza própria da Internet, os conceitos de risco e oportunidade apresentam-se fluidos e em permanente revisão, estando longe de alcançar uma definição consensual aos olhos de filhos e pais”.

A juventude tem trafegado cada vez mais em ambientes distintos. Como já característico desta fase, as fronteiras entre o permitido e o proibido, o acessível e o inacessível são bastante flexíveis, uma vez que os impulsos primordiais do adolescente são o desafio e a descoberta, e desta forma nos diversos contextos de desenvolvimento que o cercam como a família, os amigos e etc., há significativa presença e influência da tecnologia (WAGNER et al., 2009).

## O PAPEL SIGNIFICATIVO DA ESCOLA SOBRE O ADOLESCENTE E A VIRTUALIDADE

Outro ponto que merece ser destacado é a presença de ações na escola no que tange a esta problemática. Os professores trabalharem ações que promovam o uso responsável da internet é crucial, à medida que incentivem a prevenção quanto às vulnerabilidades, o uso saudável da tecnologia, a valorização do ‘real’ ao invés do ‘virtual’, o fortalecimento das relações interpessoais e etc.

Diante do exposto faz-se interessante expor que “a escola não é somente o local onde as crianças e adolescentes desenvolvem aprendizagens e processos educacionais, mas também onde se promovem relações interpessoais importantes para facilitar o seu desenvolvimento pessoal e social” (RUINI et al., 2009 apud CAMACHO et al. 2010, p. 102).

As clássicas tarefas da educação escolar estão presentes, mas as tecnologias de comunicação e interação impõem novos desafios para a organização da aprendizagem e cobram a redefinição da autoridade docente frente à relação com o saber e aos papéis sociais de professores (os que somente ensinam?) e estudantes (os que somente

aprendem?). Encontra-se em jogo a própria produção de sentidos de presença na escola e a razão de ser estudante para jovens que, em grande medida, estabelecem a comparação entre as tramas multidirecionais, ágeis e dinâmicas das redes sociais e as hierárquicas relações e lentas formas de aprender e se relacionar que se cristalizaram na forma escolar (CARRANO, 2017, p. 396).

Não só no meio científico ou educacional, esta preocupação se revela em toda sociedade sendo tema recorrente na mídia que questiona a escola, os pais, os métodos educacionais, bem como a relevância dos conteúdos antigos e a urgência de novos conteúdos diante das novas formas de comunicação humana que foram desenvolvidas e popularizadas nos últimos anos.

Nesta mesma linha de pensamento é importante salientar a postura adotada por Barros et al. (2009), no que tange ao papel da escola, ressaltando que, enquanto instituição, fortalece o cidadão para sua qualificação no mercado de trabalho. Porém este modelo já não corresponde às expectativas nem do mercado, nem da realidade contemporânea que espera capacidade de reflexão, de pró-atividade, de autonomia intelectual e criatividade.

Mais que isso, a realidade supõe uma pessoa que não pare de estudar na escola, mas que nela aprenda e desenvolva a competência de adquirir conhecimentos novos o tempo todo, com discernimento sobre o turbilhão de informações que diariamente se multiplicam na Internet. Não basta ler, não basta compreender o que se leu; é necessário saber avaliar se a informação obtida é original ou repetitiva, inócua ou intencional, contraditória ou coerente. Para reforçar esta concepção Baptista et. al. (2008 apud CAMACHO et al. 2010, p. 102) aponta que:

A escola é responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais, representando um papel essencial no processo de socialização da criança e do adolescente. É capaz de juntar diversas comunidades de pares e promover a autoestima e o desenvolvimento harmonioso entre os jovens, constituindo-se um espaço privilegiado de encontros e interações (BAPTISTA et al., 2008, s.p. apud. CAMACHO et al., 2010, p. 102).

Assim percebe-se que não se pode ignorar a questão do jovem e a virtualidade uma vez que, este relacionamento envolve a sociedade como um todo, áreas da saúde, política, educação e etc., enfim todos são responsáveis pela condução de crianças e adolescentes no uso sadio e responsável do espaço cibernético. No que tange aos benefícios de se introduzir as redes sociais nas escolas de forma sadia Araújo (2010) coloca que:

Ao introduzir o uso das redes sociais na escola, podemos junto com elas inovar o cotidiano das atividades da escola em relação aos seguintes aspectos: atratividade, interatividade, inovação, diversidade, entre outros, os quais, sem dúvida podem servir como elemento motivador dos alunos em relação a sua aprendizagem (ARAÚJO, 2010, p. 7).

Ainda sobre o contexto escolar faz-se interessante destacar que os professores como profissionais que lidam com as crianças e adolescentes na maioria do tempo em que lhes é dedicado a escola, devem também se preparar e se capacitar para orientar futuras problemáticas que por ventura possam surgir, como, por exemplo, uma adolescente que teve fotos íntimas divulgadas e disseminadas nas redes virtuais, desta forma tal profissional pode esclarecer questões sobre a procura de apoio psicológico, jurídico e etc., bem como elaborar trabalhos de prevenção, orientação, discussão sobre o tema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com este estudo que a exposição exacerbada nas redes sociais relaciona-se a busca por pares, associada também a outros fatores que contribuem para tal fenômeno, como a percepção de que indivíduos que postam fotos expondo o corpo atingem mais pares do que aqueles que não o fazem, ou seja, no ímpeto de chamar atenção e de buscar aceitação, o jovem apela para a sexualidade. Elucidou-se ainda o impacto que o fato de não atingir tais pares dentro das redes sociais traz a autoestima do sujeito.

Em relação à escola percebeu-se a necessidade de desenvolvimento de ações, uma vez que os alunos estão desinformados sobre o assunto e de certa forma banalizando o perigo, o que lhes coloca em situação de risco. Salientando ainda que esta deve ser parceira da família, uma vez que é a primeira responsável pela condução ética dos filhos.

Desta forma cabe à escola a realização de programas que incentivem o bom uso das redes sociais enfocando ainda nas consequências danosas oriundas do mau uso, sendo este um trabalho que deve estar frequentemente inserido na escola. Faz-se interessante citar ainda que é de suma importância a preparação dos professores, para que estes sejam capazes de adequar o espaço da sala de aula ao espaço virtual, preparando aulas e pesquisas que façam um uso inteligente dos recursos, maximizando as capacidades cognitivas dos alunos e ainda para que estes possam ser capazes de orientar seus alunos quanto às vulnerabilidades.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Verônica Danieli de Lima. **O impacto das redes sociais no processo de ensino e aprendizagem.** (FUNDAJ), 3º Simpósio Hipertexto e Tecnologias na Educação, Redes Sociais e Aprendizagem. Pernambuco: UFPE, Anais Eletrônicos, 2010.

BARROS, Mauro Virgílio Gomes de et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica.** 2009.

CARLOS, J. R.; NEJM, R.; MIRANDA, T. Auto-revelação em ambientes digitais: reflexões sobre a privacidade de adolescentes em sites de redes sociais. In: SIMPÓSIO EM TECNOLOGIA E SOCIABILIDADE, 2., 2012, Salvador, **Anais...** Salvador: UFBA, 2012.

CAMACHO, Inês et al. A escola e os adolescentes: Qual a influência da família e dos amigos? **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente.** Lisboa, n.º 1 (2010).

CARRANO, Paulo. Redes sociais de internet numa escola de ensino médio: entre aprendizagens mútuas e conhecimentos escolares. **Perspectiva,** Florianópolis, v. 35, n. 2, p. 395-421, abr./jun. 2017.

DAMASCENO, Francisco das Chagas da Conceição; RAMPAZO, Leandra Fernandes; JACONINI, Roselainy Luzia. Tema transversal orientação sexual: a exposição do corpo e os usos da tecnologia pelos adolescentes na escola estadual 19 de maio da Alta Floresta/MT. **Revista eletrônica da faculdade da alta floresta (REFAF),** v.1 n.4 p.48 a 61, 2015.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista Rene**, v.10, n. 2, p. 131-140, 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view-File/500/pdf>>. Acesso em 15 jan. 2015 às 14:00h.

DAYRELL, Juarez. O jovem como sujeito social. **Revista Brasileira de Educação**, n.24, set-dez, 2003.

GANBINI, Roberto. Com a cabeça nas nuvens. **Rev. Pro-Posições** [online], Campinas, v. 21, n. 2, pp. 149-159, 2010.

LIBANIO, João Batista. **Jovens em tempos de pós-modernidade: considerações socio-culturais e pastorais**. 1 ed. São Paulo: Loyola, 2004.

LÍRIO, Luciano de Carvalho. **Adolescer em um contexto fundamentalista pentecostal gaúcho**. 2013. 149 f. Dissertação (Mestrado em Religião e Educação) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2013. Disponível em: <[http://tede.est.edu.br/tede/tde\\_arquivos/1/TDE-2013-09-05T025652Z-428/Publico/lirio\\_lc\\_t\\_m265.pdf](http://tede.est.edu.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2013-09-05T025652Z-428/Publico/lirio_lc_t_m265.pdf)>. Acesso em 14 set. 2015 às 05h14min.

MELLO, Fernanda Cristina Carvalho. Eu, você e todos nós. **Revista Estudos de Sociologia**, v.16, n. 30, p. 245-249, 2011. Disponível em: <[seer.fclar.unesp.br/estudos/article/download/3898/3579](http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/download/3898/3579)>. Acesso em: 25 jan. 2015 às 21h: 12min.

MONTEIRO, Kátia Cristine Calvacante; LAGE, Ana Maria Vieira. A depressão na adolescência. **Revista Psicologia em Estudo**, v.12, n.2, p.257-265, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141373722007000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722007000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 dez. 2015 às 22h 52min.

NEVES, Marta Guerreiro Dias. **Crianças e comunicação online: pistas para uma prevenção precoce do risco**. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Departamento de Sociologia). 2008.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Adolescente Hoje**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PAIS, José Machado. A construção social da juventude – alguns contributos. **Análise Social**, vol. XXV, n. 105-106, 1990. P. 139-165.

PALFREY, Jonh; GASSER, Urs. **Born Digital – Understanding the First Generation of Digital Natives**. 1ed. New York: Perseus Books, 2008. Disponível em: <[http://pages.uoregon.edu/koopman/courses\\_readings/phil123-net/identity/palfreygasser\\_born-digital.pdf](http://pages.uoregon.edu/koopman/courses_readings/phil123-net/identity/palfreygasser_born-digital.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2016 às 15h25min.

PAOLO, Elizabeth Gaspar di. **O acolhimento de emergência de crianças e jovens em perigo na percepção das adolescentes**. 2013. 117f. Dissertação (Mestrado em Riscos e Violências nas Sociedades Atuais: Análise e Intervenção Social) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2013. Disponível em: <<http://recil>>.

ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/5035/Tese%20.pdf?sequence=1>. Acesso em 21 fev. 2016 às 12h 21min.

PEMPEK, Tiffany.; YERMOLAYEVA, Yervdokyia; CALVERT, Sandra. College students' social networking experiences on Facebook. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 30, n. 3, p. 227-238, 2009. Disponível em: <<http://cdmc.georgetown.edu/wp-content/uploads/Facebook2009.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2016 às 14h 20min.

PERIGOS e **prevenção nas redes sociais**. Internet Segura, 2013.

PILETTI, Nelson; ROSSATO, Solange Marques; ROSSATO, Geovanio. **Psicologia do Desenvolvimento**. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2014.

PRENSKY, Marc. Digital natives, digital immigrants. **NCB University Press**, v. 9, n. 5, p.1-15, 2001. Disponível em: <<http://www.nnstoy.org/download/technology/Digital+Natives++Digital+Immigrants.pdf> >. Acesso em: 22 jul. 2016 às 14h42min.

RECUERO, Raquel. **Redes Sociais na internet**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

RIBEIRO, José Carlos; FALCÃO, Thiago; SILVA, Tarcízio. **Mídias sociais: saberes e representações**. Salvador: EDUFBA, 2012.

SANTROCK, John W. **Adolescência**. 14. ed. Texas: AMGH, 2014.

SHAFFER, David Reed; KIPP, Katherine. **Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência**. 6. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

SILVERSTONE, Roger. **Por que estudar a mídia?**. São Paulo: Layola, 2002.

SIBILIA, Paula. **O show do eu: a intimidade como espetáculo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

WAGNER, Adriana et al. **Adolescência e Comunicação Virtual**. 1. ed. Rio Grande do Sul: Sinodal, 2009.

ZDRADEK, Ana Carolina Sampaio; BECK, Dinah Quesada. Proposições de uma investigação com jovens através das mídias digitais. **Interfaces da Educação**, Paranaíba, v.10, n.30, p. 7-29, 2019.



# COVID-19: DESAFIOS PARA A REABILITAÇÃO

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>10</sup>

Ana Carolina Otoni Oliveira<sup>11</sup>

Laianne Liliane Peireira Troncha de Castro<sup>12</sup>

Caroline de Oliveira Toffano<sup>13</sup>

Lívia Pires Marra Graffitti<sup>14</sup>

Marilita Falangola Accioly<sup>15</sup>

## INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 na China foram detectados casos de pneumonia desconhecida que se disseminou rapidamente por vários países, acarretando uma taxa elevada nos índices de mortalidade em consequência da alta dos números de contaminados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de emergência em saúde, diante dos avanços das notificações da doença (VELAVAN; MEYER, 2020), sendo necessário instituir as medidas essenciais para prevenção e enfrentamento (WHO, 2020).

Segundo Werneck e Carvalho (2020), esse momento de pandemia representa um dos maiores desafios já enfrentados em escala global. A forma de transmissão do SARS-CoV-2, pode ocorrer por contato, gotículas, aerossóis, fômites, oro-fecal, pelo sangue. Os indivíduos aco-

---

<sup>10</sup> Doutorado em Fisioterapia (UFSCar). Docente do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia (UFTM/UFU). CV: <http://lattes.cnpq.br/6822687114757615>

<sup>11</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/7006280475308235>

<sup>12</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/8427282818341639>

<sup>13</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/1117261766071925>

<sup>14</sup> Especialização em Saúde Pública (UNICERP). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/1054317892612999>

<sup>15</sup> Doutorado em Ciências da Saúde (FAMERP). Docente do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia (UFTM/UFU). CV: <http://lattes.cnpq.br/2839648359867363>

metidos pela COVID-19 principalmente os que necessitaram de longos períodos de internação, tem apresentado diversas sequelas respiratórias e funcionais devido a inflamação pulmonar e perda funcional. Na maioria dos casos, esses indivíduos continuam relatando sintomas gripais, fraqueza muscular, cansaço, formigamento em membros e dor no peito.

O fato de vivenciarmos no nosso cotidiano um período de pandemia, tem despertado um sinal de alerta pelo elevado número de sequelas ocasionadas pela COVID-19. As sequelas podem demandar maior tempo de afastamento do trabalho e dificuldade para o retorno das atividades de vida diária (AVD's). Para reduzir esses impactos causados pela COVID-19, se faz necessário o acompanhamento, ainda que de forma remota, visto que a alternativa tem se mostrado eficiente em diversos contextos e segura para o tratamento (SAKAI et al., 2020). As tecnologias de saúde digital ajudaram substancialmente a tornar o sistema de saúde mais resiliente e eficiente, fornecendo soluções para uma ampla gama de processos em várias áreas da saúde (ANTHONY, 2021).

De acordo com Frota et al. (2021), as sequelas deixadas por uma pandemia são maiores do que os números de morte. Campos et al. (2020), destacam a importância da abordagem multidisciplinar, sendo essencial a atuação do fisioterapeuta tanto na atenção hospitalar, ambulatorial e na atenção primária à saúde, para otimizar a independência funcional, a qualidade de vida e a reintegração do indivíduo à sociedade (SILVA; SOUSA, 2020).

Este capítulo tem como objetivo discutir os impactos e repercussões ocasionados pela COVID-19, assim como os desafios para a reabilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **REPERCUSSÕES DA COVID-19 NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A saúde pública mundial vem enfrentando um dos maiores e mais herméticos desafios em decorrência do período de pandemia da COVID-19. As diversas fragilidades e potencialidades para a resolução de emergências em saúde foram declaradas, suscitando importantes mudanças

nos sistemas de saúde. Rapidamente uma construção histórica de décadas de perspectiva pública foram apontadas como responsáveis pelos ainda crescentes números da COVID-19 no Brasil (SILVA; RUIZ, 2020).

Segundo Lima (2020), no Brasil as estratégias elaboradas no decorrer da pandemia tentam acentuar as críticas apresentadas ao SUS. Nesses casos, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990), serve de referência para fortalecer ainda mais a integralidade e a universalidade das ações e serviços de saúde através da ampliação do financiamento e fortalecimento do SUS, criando as necessárias condições para melhoria de suas estruturas, para enfrentar os impactos na saúde provocados pela pandemia.

De acordo com Farias et al. (2020), na tentativa de controle foram incorporados protocolos que visam o distanciamento e isolamento social. Esses protocolos reduzem a exposição dos indivíduos à doença, e impedem que o SUS venha ao colapso, conseguindo oferecer assistência básica de saúde a todos os indivíduos que necessitam. Segundo Correia, Luck e Verner (2020), as estratégias de distanciamento social oferecem grandes benefícios para sociedade, pois ao evitar o contato, haverá consequentemente a redução do número de infecções, permitindo ao sistema de saúde absorver a demanda nos três níveis de atenção, evitando a sobrecarga dos serviços de saúde.

A complexidade do enfrentamento à COVID-19 destaca a necessidade de ampliar as políticas públicas orientadas para a justiça social na confrontação da crise econômica, sanitária e social. A Constituição de 1988, apresenta objetivos que reforçam que o enfrentamento dessa crise deve combinar simultaneamente políticas e ações sobre os determinantes e condicionantes da saúde (LIMA, 2020).

Nesse contexto, o coronavírus gera um volume de casos com gravidade suficiente para sobrecarregar os serviços de saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Essa sobrecarga ao sistema intensifica a necessidade de fortalecer os serviços públicos de saúde nesse momento de enfrentamento, priorizando as bases do SUS e preparando o setor especializado para a grande demanda de casos graves e recur-

para o cuidado adequado das sequelas da COVID-19 (ARAÚJO; OLIVEIRA; FREITAS, 2020).

## AS SEQUELAS DA COVID-19

As sequelas da COVID-19 podem acarretar inúmeras alterações e dependem do grau de comprometimento. Apesar de serem mais evidentes em pacientes que desenvolveram quadro clínico grave, aqueles indivíduos que não necessitaram de internação e apresentaram a forma moderada da doença também podem ter algum grau de alteração funcional (FRAGA-MAIA et al., 2021; HEYDARI et al., 2020).

O COVID-19 afeta o sistema respiratório ocasionando um quadro de fibrose pulmonar. Porém, o sistema cardiovascular também pode sofrer lesões miocárdicas significativas, miocardite relacionada à infecção levando a redução da função sistólica e arritmias (OPAS, 2020). No entanto, Ahmad e Rathore (2020) destacam que o sistema neurológico pode ser afetado e acarretar em complicações, principalmente em indivíduos gravemente enfermos. o comprometimento neurológico pode ocorrer em virtude de uma doença generalizada, das alterações metabólicas que a infecção pode ocasionar, da insuficiência cardiorrespiratória, da invasão direta do vírus ou de uma resposta autoimune ao mesmo.

A fraqueza muscular, os problemas pulmonares e o descondição físico são disfunções comuns que em conjunto com as alterações respiratórias levam redução da capacidade funcional. A redução do condicionamento físico e a intolerância ao exercício associado à atrofia muscular e a alteração cardiopulmonar provocada pelo período de imobilidade pode justificar a fraqueza muscular atribuída a esses pacientes (SILVA; PINA; ORMOND, 2021). As queixas de fadiga e fraqueza muscular são frequentes, e suas incidências giram em torno de 50% (CIPOLLARO et al., 2020).

Os pacientes que são submetidos ao processo de intubação e são ventilados mecanicamente em unidade de terapia intensiva (UTI) desenvolviam deficiências físicas e fraqueza. O uso da ventilação mecânica invasiva por longos períodos resulta em complicações musculoesqueléticas.

A perda de massa e a atrofia muscular podem ser notadas na primeira semana de internação, e são agravadas nos pacientes que apresentam insuficiência de múltiplos órgãos, sepse ou permanência prolongada na UTI. Outras alterações musculoesqueléticas que resultam em redução do condicionamento físico incluem dor prolongada, perda de massa muscular e dispneia (APPLETON et al., 2015; STEVENS et al., 2009).

Embora COVID-19 seja nova, relatos confirmam que houve surtos anteriores de CoV-SARS, e pacientes que passaram pelo processo de internação sofreram disfunções musculoesqueléticas que exigiram reabilitação. Cerca de 6% - 20% dos indivíduos após alta hospitalar apresentou padrão restritivo leve a moderado consistente com fraqueza muscular (LEE et al., 2003). Após a alta, sobreviventes da infecção por COVID-19 sofreram um impacto no estado de saúde, mais de 70% dos participantes de um estudo do grupo UTI e 60% dos participantes do grupo da enfermaria relataram a presença de fadiga relacionada à doença como o sintoma mais comum. Outro sintoma partilhado entre os grupos foi a dispneia (65,6% no grupo de UTI e 42,6% no grupo de enfermaria). A redução da capacidade para as AVD's e a diminuição para prática de atividade física também são semelhantes à fadiga (HALPIN et al., 2020).

O desenvolvimento de distúrbios mentais também é evidenciado. O isolamento social, sofrimento e medo pelo risco potencial de morte ocasionam as sequelas psicológicas da COVID-19. Em pacientes internados ou em reabilitação esse risco é ainda maior podendo ultrapassar 60%, abrangendo depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (CAMPOS et al., 2020).

## **A NECESSIDADE E OS DESAFIOS PARA A REABILITAÇÃO PÓS COVID -19**

O impacto ocasionado pela COVID-19 destaca um cenário desafiador para a organização da sociedade e dos sistemas de saúde. As sequelas provocadas pela mesma podem refletir no desempenho das

AVD's, funcionalidade e no retorno para as atividades laborais (DEAN et al., 2020).

Nesse sentido, a reabilitação é um componente importante para recuperação de pacientes após eventos de saúde, sendo indicada para os pacientes com COVID-19, atuando para diminuir o risco de incapacidades, perda de funcionalidade e morbidade (YANG; YANG, 2020; SALAWU et al., 2020; SHAN, 2020).

Segundo Frota et al. (2021) é razoável sugerir que a maioria dos pacientes principalmente aqueles submetidos a períodos longos de internação precisarão de um programa de reabilitação multiprofissional, visto que as complicações musculoesqueléticas descritas na literatura resultaram em comprometimentos importantes.

Ainda, Silva, Pina e Ormond (2021), destacam que a reabilitação pós COVID-19 tem grandes benefícios no estágio de recuperação da doença, proporcionando aumento da força muscular, melhora da aptidão respiratória, ganho de resistência, e auxilia na reinserção do indivíduo a sociedade.

As disfunções respiratórias e motoras dependem da evolução e da gravidade da doença. A prescrição de exercícios inclui: exercícios aeróbios de baixa intensidade, treinamento de força com resistência progressiva, treinamento de equilíbrio e exercícios respiratórios (YANG; YANG, 2020).

Assim, a reabilitação é primordial para recuperação dos déficits físicos, funcionais, mentais e melhorar a qualidade de vida, promovida por meio de uma equipe multidisciplinar, com o intuito de otimizar a independência e capacidade do paciente. A recuperação deve contemplar: fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e apoio psicossocial, levando sempre em consideração as necessidades subjetivas de cada indivíduo (RAWAL, 2017; SILVA; PINA; ORMOND, 2021; SANTANA; FONTANA; PITTA, 2020).

No entanto, a oferta de atendimento no setor de reabilitação e os pontos referências para atenção ambulatorial apresentam uma escassez importante e não oferecem estrutura para absorver o fluxo

de usuários com complicações secundárias à infecção da COVID-19 (FALVEY; KRAFFT; KORNETTI, 2020). A atenção de média e alta complexidades tem distribuição desigual no país limitando ainda mais o acesso aos serviços e capacidade de reabilitação limitada, apesar da garantia da universalidade e integralidade do acesso ao sistema de saúde (SCHRAMM et al., 2018).

Ainda, as recomendações para a reabilitação perpassam por alguns fatores que podem comprometer a adesão e o direcionamento dos indivíduos ao tratamento, como a falta de experiência e orientação da equipe de saúde, sedentarismo, dificuldades de deslocamento, falta de acesso, situação econômica e a disponibilidade de serviços de reabilitação (POLASTRI et al., 2020).

Recentemente a telereabilitação se destacou em decorrência da pandemia. Essa prática facilita a prestação de serviço da fisioterapia em todas as áreas de atuação, realizada à distância ou fora do local de atendimento, utilizando a tecnologia de telecomunicações. O aperfeiçoamento desse recurso deve ser individualizado para cada caso na reabilitação motora, respiratória e cognitiva, na melhora da mobilidade e marcha e no treinamento de força e resistência. Durante os atendimentos remotos pode ser realizada prescrição de exercícios terapêuticos, educação em saúde, acompanhamento e monitoramento das evoluções, promoção de independência (SERÓN et al., 2020).

Evidências demonstram que o uso da telereabilitação pode produzir benefícios como a redução do tempo de atendimento, os custos de transporte para pacientes e profissionais de saúde, e melhorias na qualidade do cuidado com as populações rurais, que muitas vezes convivem com escassez e dificuldades de acesso a serviços de saúde (ANTHONY, 2021). Entretanto, algumas questões despertam um alerta quanto a falta de capacitação dos profissionais e usuários para o uso da tecnologia, segurança das informações, acesso restrito a equipamentos e redes de internet. O uso da telereabilitação pode não ser viável para todos, sendo fundamental adaptar e verificar novos modos de oferecer o serviço de reabilitação (DANTAS; BARRETO; FERREIRA, 2020).

Por se tratar de tem recente, estudos vêm sendo realizados e possibilitarão maior entendimento sobre a doença, suas sequelas e os resultados dos programas de reabilitação, evidenciando os métodos mais eficazes, evitando perdas econômicas e sociais e reestabelecendo a funcionalidade e qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muitos desafios para a prestação de serviços de reabilitação no SUS quanto às sequelas da COVID-19, uma vez que estas representam grande demanda dos serviços de saúde, nos níveis de atenção primária e média complexidade. Apesar das deficiências, a importância do SUS no enfrentamento da pandemia tem sido inquestionável, reforçando a necessidade de mais recursos para financiá-lo adequadamente.

## REFERÊNCIAS

- AHMAD, I.; RATHORE, F. A. Neurological manifestations and complications of COVID-19: A literature review. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 77, p. 8-12, 2020.
- ANTHONY, J. N. R. Implications of telehealth and digital care solutions during COVID-19 pandemic: a qualitative literature review. **Informatics for Health and Social Care**, v. 46, n. 1, p. 68-83, 2021.
- APPLETON, R. T.; KINSELLA, J.; QUASIM, T. A incidência de síndromes de fraqueza adquiridas na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **J Intensive Care Soc.**, v. 16, p. 126-36, 2015.
- ARAÚJO, J. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M.; Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, 2020.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.
- CAMPOS, M. R. et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.11, 2020.
- CIPOLLARO, L. et al. Musculoskeletal symptoms in SARS-CoV-2 (COVID-19) patients. **Journal of Orthopaedic Surgery and Research**, London, v.15, n.178, p.1-7, 2020.
- CORREIA, S.; LUCK, S.; VERNER, E. Pandemics Depress the Economy, Public Health Interventions Do Not: Evidence from the 1918 Flu. **SSRN**, 2020.



DANTAS, L. O.; BARRETO, R. P. G.; FERREIRA, C. H. J. Digital physical therapy in the COVID-19 pandemic. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 24, n. 5, p. 381-383, 2020.

DEAN, E. et al. Translating COVID-19 Evidence to Maximize Physical Therapists' Impact and Public Health Response. **Physical Therapy**, v. 100, n. 9, p. 1458-1464, 2020.

FALVEY, J. R.; KRAFFT, C.; KORNETTI, D. The Essential Role of Home- and Community-Based Physical Therapists During the COVID-19 Pandemic. **Phys Ther.** v.100, n. 7, p.1058- 1061, 2020.

FARIAS, L. A. B. G.; COLARES, M. P.; BARRETOTI, F. K. A.; CAVALCANTI, L. P. G. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 2, p. 2455, 2020.

FRAGA-MAIA, H.; PINTO, E. B.; ALELUIA, Í. R. S.; CAVALCANTE, L. L. R.; PEDREIRA, R. B. S.; SILVA, T. de J.; SOUZA, T. S.; PINTO, J. M.; PINTO JUNIOR, E. P. **Fisioterapia e COVID-19**: das repercussões sistêmicas aos desafios para oferta de reabilitação. Salvador: Edufba, v. 1, 2021.

FROTA, A. X. et al. Functional capacity and rehabilitation strategies in Covid-19 patients: current knowledge and challenges. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 54, 2021.

HALPIN, S. J.; MCIVOR, C.; WHYATT, G.; ADAMS, A.; HARVEY, O.; MCLEAN, L. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. **Journal of Medical Virology**, p. 1-10, 2020.

HEYDARI, K. et al. Clinical and paraclinical characteristics of COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. **MedRxiv**, [s. l.], 2020.

LIMA, N. T.; et al. **Boletim Observatório Covid-19**. Observatório Covid-19. Fio-cruz. 2020.

LEE, N.; HUI, D.; WU, A. et al. Prognóstico, resultado e sequelas. **Respirologia**, v. 8, p. 36-40, 2003.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa COVID 19**. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 17 de nov. de 2021.

POLASTRI, M. et al. COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three. **The European Respiratory Journal**, Copenhagen, v. 55, n. 6, 2020.

RAWAL, G.; YADAV, S.; KUMAR, R. Post-intensive care syndrome: an overview. **J Transl Intern Med**, v. 5, p. 90-2, 2017.

SAKAI, T. et al. Remote rehabilitation for patients with COVID-19. **J Rehabil Med**, v. 52, 2020.

SALAWU, A.; GREEN, A.; CROOKS, M. G.; BRIXEY, N.; ROSS, D. H.; SIVAN, M. A Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of COVID-19 Survivors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, p. 1-13, 2020.

SANTANA, A.V.; FONTANA, A.D.; PITTA, F. Reabilitação pulmonar pós-COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n.1, 2021.

SERÓN, P.; OLIVEROS, M. J.; FUENTES-ASPE, R.; GUTIÉRREZ-ARIAS, R. Efectividad de la telerehabilitación en terapia física: protocolo de una revisión global en tiempos que exigen respuestas rápidas. **Revista Biomédica**, v. 20, n. 7, p. 7970, 2020.

SCHRAMM, J. M. A.; CAMPOS, M. R.; EMMERICK, I.; SABINO, R.; SORIO, L. F.; COSTA, M. F. S. et al. **Relatório de pesquisa: Projeto Carga do Diabetes e acesso ao tratamento e serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul: um instrumento para gestão, organização e planejamento dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018.

SILVA, L. C. O.; PINA, T. A.; ORMOND, L. S. Sequelas e reabilitação pós-COVID19: revisão de literatura. **Revista das Ciências da Saúde e Ciências aplicadas do Oeste Baiano-Higia**, v. 6, n. 1, p. 169-184, 2021.

SILVA, R. M. V.; SOUSA, A. V. C. Fase crônica da COVID-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. **Fisioter Mov.**, v. 33, 2020.

SILVA, W. M. F.; RUIZ, J. L. S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

SHAN, M.X.; TRAN, Y.M.; VU, K.T.; EAPEN, B. C. Postacute inpatient rehabilitation for COVID-19. **BMJ Case Rep**, p. 1-3, 2020.

STEVENS, R. D.; MARSHALL, S. A.; CORNBLATH, D. R. et al. Uma estrutura para diagnosticar e classificar fraquezas adquiridas na unidade de terapia intensiva. **Crit Care Med**, v. 37, p. 299-308, 2009.

VELAVAN, T.P.; MEYER, C. G. THE COVID-19 epidemic. **Tropical Medicine and International Health**, v. 25, n. 3, p. 278-280, 2020.

WHO. World Health Organization. **Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19):** Interim guidance [Internet]. Geneva; 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

YANG, L. L.; YANG, T. Pulmonary rehabilitation for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Science Direct**, v.6, n.2, 2020.

# CUIDADO INTEGRAL A PUÉRPERAS A PARTIR DAS AÇÕES DO PROJETO DE EXTENSÃO “ABRACE SEU MUNDO”

Fernanda Flávia Cockell<sup>16</sup>

Aline Bernardes Alves<sup>17</sup>

Kesia Damascena Winter De Morais<sup>18</sup>

Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale Ostolin<sup>19</sup>

*“Povoada  
Quem falou que eu ando só?  
Nessa terra, nesse chão de meu Deus  
Sou uma, mas não sou só  
Povoada  
Quem falou que eu ando só?  
Tenho em mim mais de muitos  
Sou uma, mas não sou só”  
Sued Nunes*

## INTRODUÇÃO

Na trajetória de uma experiência individual, surgiu a luta e o movimento por um coletivo de apoio informal a mães moradoras dos morros de Santos-SP, mães universitárias e servidores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Diante do desejo de ressignificar a vivência de uma maternidade solitária, uma docente negra do curso de

---

<sup>16</sup> Doutora em Engenharia de Produção (UFSCar). Professora Associada (UNIFESP). Coordenadora do Projeto Abrace seu mundo. CV: <http://lattes.cnpq.br/9338283259338237>

<sup>17</sup> Fisioterapeuta (UNIFESP). Fisioterapeuta na Atenção Primária (São Vicente-SP). CV: <http://lattes.cnpq.br/8320195639914464>

<sup>18</sup> Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento (MACKENZIE). Fisioterapeuta (UNIFESP). Vice-coordenadora do Projeto Abrace seu mundo. CV: <http://lattes.cnpq.br/2225012919598791>

<sup>19</sup> Mestre em Ciências da Saúde (UNIFESP). Fisioterapeuta. Tutora da Especialização (UNIFESP). Colaboradora do Projeto Abrace seu mundo. CV: <http://lattes.cnpq.br/4675570734968007>

Fisioterapia da Unifesp idealizou o projeto de Extensão “Abraça seu mundo: estreitando vínculos parentais” em 2016.

O projeto apresentou técnicas de vínculo parental como via de aproximação e fortalecimento dos envolvidos. Em uma proposta singular, sua natureza acadêmica está pautada na indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, envolvendo a comunidade e construindo redes de apoio para além dos equipamentos de saúde (CAAE 78025717.4.0000.5505).

Ao refletir sobre o público-alvo da linha de cuidado Materno-Infantil, cabe destacar que o puerpério é uma condição transitória na vida da mulher de grande impacto. Há mudanças fisiológicas, alterações hormonais, privação de sono, possíveis transtornos psicológicos, declínios cognitivos e profundas transformações na dinâmica sociocultural (ALVES, PEREIRA & COCKELL, 2019). Além disso, incluem-se as atribuições da maternidade, a presença do neonato e a responsabilidade da amamentação somadas às intersecções de raça, classe social e gênero, que afetam sua funcionalidade e a tornam ainda mais vulnerável (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Compreende-se que atuar nesta linha de cuidado traz melhoria dos índices de saúde, transformações dos determinantes sociais das doenças e organização dos serviços de saúde, afetando positivamente os indicadores de saúde materno-infantil. Entre os programas, destacam-se incentivo ao aleitamento materno, hospitais e unidades de saúde amigas da criança e a estratégia Mãe-Canguru (CONDE-AGUDELO & DÍAZ-ROSSELLO, 2016; BRASIL, 2011). Contudo, as disparidades regionais, socioeconômicas e étnicas persistem apesar do progresso geral alcançado (VICTORA *et al.*, 2011). Sendo assim, foi preciso pensar ações coletivas voltadas às puérperas vulneráveis, capazes de (re)significar a construção dos vínculos parentais e o cuidado, bem como reivindicar conhecimentos através do discurso humanizador, que confronte e resista à dominação (COLLINS, 2019). Portanto, o capítulo tem como intuito compartilhar as experiências desenvolvidas no projeto, sobretudo priorizando a descrição da criação de vínculos, formação de rede de apoio artificial e orgânica e resgate das práticas ancestrais.

## NÓS NA REDE, NÓS POR NÓS

A rede de apoio é essencial no suporte à puérpera em suas demandas, sejam elas consequência da amamentação ou não. Composta por familiares, amigos, vizinhos e profissionais da saúde, a rede de apoio promove apoio emocional, instrumental, informativo, presencial e auto-apoio (SOUSA, FRACOLLI & ZOBOLI, 2013). Existem várias definições de redes sociais nas mais diversas áreas de saber e dotados de modos de pensar distintos (ARAÚJO *et al.*, 2019). Evidências científicas comprovam que estratégias baseadas, principalmente, no apoio presencial têm maior probabilidade de sucesso na amamentação exclusiva e na sua manutenção (MCFADDEN *et al.*, 2017), criação de vínculo mãe-bebê e autoconfiança para desempenhar os cuidados consigo mesma e com o bebê (PRATES, SCHMALFUSS & LIPINSK, 2015). Todavia, surge a inquietação: como construir uma rede, resgatando o cuidado coletivo?

Novos desafios na área da saúde surgem “todos os dias, enquanto alguns dos antigos desafios persistem inalterados” (VICTORA *et al.*, 2011). Promoção, proteção e apoio aos riscos relacionados à morbimortalidade materno-infantil requerem soluções para as demandas através de tecnologias sociais com resultados alcançados diretamente atrelados à construção coletiva (BOCCOLLINI *et al.*, 2017). Dependendo do tipo de ancoragem social disponível, o período de adaptação à nova vida e às novas demandas do bebê será favorável ao aleitamento materno e à funcionalidade dos envolvidos (ALVES, PEREIRA & COCKELL, 2019).

Em resposta à demanda social e em busca de maior justiça no cuidado, o projeto procura oportunizar a transformação social através do acolhimento. Para que uma rede fosse construída artificialmente, as ações foram estruturadas em três frentes com base em visitas domiciliares à puérpera (escuta e rastreamento de dificuldades), difusão das técnicas parentais (*sling*, *shantala*, ofurô), apoio à amamentação, fortalecimento de espaços informais e multiplicadores pró-aleitamento materno, conforme pode ser observado na Figura 1.

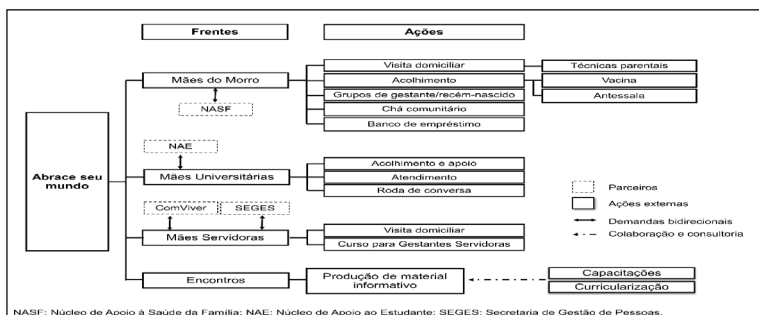


Figura 1. Delineamento do Projeto “Abraça seu mundo” (2016-2021): frentes, ações e parceiros.

Rollins *et al.* (2016) afirmam que “o mundo ainda não é um ambiente que apoia e possibilita a amamentação para a maioria das mulheres que desejam amamentar”. Por isso, medidas de suporte têm papel central nas intervenções e o caminho para o desenvolvimento de práticas de fraternidade, comunhão e reconciliação das interrelações de cuidado é na potência comunitária, baseado nas epistemologias Bantus e Yorubas. Pensar o corpo e o cuidado em uma perspectiva decolonial significa reconhecer que “é preciso uma aldeia para se educar uma criança”. Abraçar, mais do que um ato corporal de envolver algo ou alguém com os braços, mantendo-o junto ao peito, significa dispor-se em torno de, cercar, envolver e circundar. Sendo assim, é estar aberto ao Ubuntu, “eu sou porque você é”.

Não se trata apenas de uma rede de apoio, mas de um *aquilombamento* para (re)existir diante das iniquidades. Por isso, o nome “Abraça seu Mundo” se refere a um coletivo, que se abraça numa relação de interdependência construtiva, quando, muitas vezes, “tudo, tudo, tudo que *nôiz* tem é *nôiz*” (trecho extraído de “Principia”, música de Emicida). Quando cuidamos de corpos, cuidamos também dos “nossos”, pois é no encontro que nos afetamos e nos permitimos ser afetadas a partir do toque e do trabalho vivo em ato, de “corpos-indivíduos” e de “corpos-coletivos”. Além disso, na perspectiva racializada de cuidado, “o corpo é meu território, mas o território é também meu corpo” de saberes, fazeres e quererem como Fisioterapeuta!

## ESTRATÉGIAS DE CUIDADO CORPO-TERRITÓRIO

A maioria do conhecimento científico ocidental parte do conhecimento racional, sistemático e com validade universal – distante dos corpos das puérperas acompanhadas pelo projeto. A utilização de saberes africanos, ameríndios e indianos para pensar o cuidado, por sua vez, tem como ponto de partida uma perspectiva decolonial de conhecimento – ainda ausente na formação do Fisioterapeuta. O colonialismo da nossa profissão fez com que o *Outro* fosse visto como objeto de cuidado (corpo biomecânico) ou amostra de pesquisa, não como *Sujeito* (corporificado) de resistências e de histórias que demandam cuidados singulares.

O impulsionamento de saberes decoloniais favorece a formação humanizada e estratégias de enfrentamento, bem como o encorajamento à mobilização social. Cuidar de maneira integral requer dar sentido para o movimento humano, seja através da música ou da dança, de rituais de cuidado e auto-cuidado ou ainda de atividades impregnadas de sentido para os sujeitos. Portanto, é preciso compreender nossas *práxis* em todos os níveis de atenção, pois “teoria e prática são inseparáveis” e caminho para a *práxis* autêntica, que possibilita refletir sobre a ação e proporciona, assim, uma educação para a liberdade (FREIRE, 1987, p. 38).

As técnicas propostas *sling* (HALLENBECK, 2018; BRASIL, 2011), ofurô (PERINI *et al.*, 2014) e *shantala* (RIBEIRO-LIMA & CAVALCANTE, 2020) são transculturais e ancestrais, contribuindo com desenvolvimento infantil, reduzindo efeitos da extero-gestação, favorecendo a amamentação exclusiva/prolongada e fortalecendo a relação materna/familiar.

Para além da replicabilidade de técnicas comprovadamente eficazes, o resgate do cuidado ancestral foi uma estratégia de vínculo entre a equipe e a família, proporcionando escuta, aproximação, troca e “toque compaixão” (PEREIRA, 2004) e, assim, qualificando o cuidado integral da saúde em rede. Não se trata da oferta de práticas assistencialistas pontuais, pois, ao aproximar para ofertar as técnicas, se iniciava o vínculo. Por vezes, havia troca de vivências e de relatos reais de outras

mães e, em outras, ações de redução de danos para diminuir restrições de participação social e limitações de atividades (CHENDI, ALVES & COCKELL, 2020) até que políticas públicas sejam efetivas.

Não ter indiferença frente ao sofrimento, naturalizando as injustiças sociais, foi um objetivo a ser continuamente alcançado. Cabe ressaltar que compaixão significa modificar contextos e ofertar serviços mais justos, de modo que mães que desejam amamentar consigam mesmo a despeito das barreiras ambientais, como a não oferta de leite materno nas creches do município ou ausência de licença maternidade.

Ao longo dos anos, com a expansão do projeto, somou-se ações de acolhimento na antessala, na vacina, nos grupos de gestante e recém-nascido nas unidades de saúde, chás de bebê comunitários, rodas de conversa na universidade, curso de gestante para mães servidoras, produção de material informativo (redes sociais, folders, banners), produções científicas e as demais articulações que compõe o cuidado em saúde, como pode ser observado na Figura 1.

No caso específico da Atenção Primária à Saúde (APS), o projeto é apresentado às mães no grupo de gestantes na antessala do pré-natal (organizado pelo estágio/serviço) e na sala de vacinação, na qual ocorre o acolhimento (escuta qualificada e diálogo), o estímulo à mamalgesia (MOURA *et al.*, 2021) e a sensibilização sobre o projeto (pré-natal particular ou alto risco).

Mães que desejassem apoio recebiam em casa uma dupla de extensionistas, com suporte das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A equipe realizava, no mínimo, uma visita/família, retornando de acordo com as necessidades/desejos para apresentar e orientar às práticas de vínculo parental, sobretudo, realizar a escuta dos envolvidos. Fundamentadas na ideia de comunidade, as orientações também são destinadas aos personagens envolvidos nessa rede de apoio adjacente à mulher, a fim de estabelecer vínculos (mãe-bebê, pai-bebê, mãe e pai, família-equipe do projeto, equipe e serviços) e a ampliação da rede de suporte do binômio mãe-bebê.



A atenção na funcionalidade do binômio mãe-bebê, a partir da interação dinâmica entre a condição de saúde e o contexto (CHENDI, ALVES & COCKELL, 2020), fez com que o projeto baseia suas teorias em duas formas de saber: “uma localizada no corpo e no espaço que ele ocupa” e outra que transcende esse espaço. Na comunidade “as pessoas se tornam mais humanas e empoderadas”. Os diálogos permitem a “interação, conexão e encontro”, com raízes profundas nas tradições orais de matrizes africanas (COLLINS, 2019, p. 414-16).

O projeto conta com um “Banco de Empréstimo de *slings*”, que pode ser retirado nas Unidades Básica de Saúde (UBS), e tornou a prática acessível e capaz de corresponsabilizar mães/comunidade, sendo “potente recurso de cuidado, e, em soma, uma estratégia de criação de vínculo entre equipe de saúde e população adscrita” (FREITAS & ALVES, 2019). Bombas de leite materno, almofadas de amamentação, colheres dosadoras e copos 360° podem ser emprestados/doados diante de demandas específicas, como de bebês prematuros, mães adolescentes e trabalhadoras informais. Assim, a participação da comunidade é promovida, seja pela doação a outras mulheres ou no cuidado do material recebido. Portanto, trata-se de tecnologias e inovações de cuidado, compreendendo que essa mulher precisa se sentir cuidada, abraçada e, principalmente, respeitada em suas escolhas para que possa cuidar e nutrir um recém-nascido.

Em relação ao cuidado das mães universitárias da Unifesp/Baixada Santista, o projeto passou a ser um interlocutor entre as mães e a universidade, oficializando para a instituição demandas e buscando alternativas para a permanência estudantil. Com o passar dos anos, a equipe iniciou o acompanhamento por meio de atendimentos individuais, apoio e escuta virtual e rodas de conversa conforme as demandas, com apoio do Núcleo de Apoio Estudantil (NAE). Como pontos positivos, o manual da mãe universitária foi desenvolvido e mães apoiadas buscaram fazer parte do projeto ou das pesquisas desenvolvidas. Como limitantes, ainda não são um coletivo e demandas de infraestrutura (trocaador, sala de apoio à amamentação e espaço de descanso) permanecem sem resolução.

Como parte da equipe era de servidoras municipais, o serviço de Medicina do Trabalho passou a demandar apoio em ações pontuais e encaminhar casos, mas a maior demanda segue sendo da APS.

## ESTRATÉGIAS TERRITÓRIO-CORPO

As lutas precisam se “fazer movimentos” para conquista de direitos e reconhecimento, mas como “contornar” as disparidades sociais e ressignificar o sentido de território-corpo no cuidado em saúde? Quando os “movimentos se articulam”, requerem outras forças sociais – institucionais ou não. Para a realização das ações, uma “aldeia” foi constituída ao longo dos anos por duas equipes: interna (docentes, técnicas administrativas, estudantes) e externa (profissionais da rede e demais voluntários). A equipe é multiprofissional, com predomínio de mães entre os participantes não-universitários, sobretudo mulheres comprometidas com a justiça e que acreditam que é na ação que a transformação acontece. Sendo assim, “o(s) nós” da rede são feitos por mulheres, que entendem que tudo começa, primeiramente, mudando a vida cotidiana, passando a ser uma referência e colo para outras mulheres até que o entorno se modifique.

Unir multiplicadores que compreendessem os princípios norteadores do projeto – como o respeito e valorização do território, o resgate de uma visão ética, humanista e de justiça na redução das iniquidades sociais – foi o maior desafio, principalmente em um ambiente acadêmico centrado na carreira e no “Eu”. Os abismos existentes entre a universidade e a comunidade, entre a Fisioterapia e os territórios-corpo, entre a APS e o cuidado demandaram visões sistêmicas, um “pensar longitudinal” e intersetorial, os quais são possíveis através da formação de multiplicadores.

O projeto se multiplica através da continuidade, do apoio entre mães e da formação pelos Encontros/Capacitações. Cada família apoiada ao agradecer a equipe, recebia sempre a resposta de fazer o mesmo por outra mãe se assim desejasse, assim caminhamos juntas e nos (re) conectamos ao território-corpo. Mudanças reais da cultura local e subjetividades, maior pressão ao poder público e solicitações dos serviços passaram a ocorrer quando mais pessoas acreditavam na proposta.

A partir das solicitações, o projeto foi sendo ampliado para além do acolhimento direto à população. E, assim, tornou-se um campo de prática real para formação em saúde de estudantes, bem como educação permanente e continuada de equipes de saúde/educação, reivindicando o conhecimento e um discurso humanizador, que confronta e resiste ao pensamento acadêmico social e político ocidental eurocêntrico, no qual verdades absolutas interpretam o que é a maternidade e um grupo hegemonicamente branco domina os saberes e dita regras de conduta.

Ainda, o projeto permite fluxo de informações e compartilhamento de estratégias, qualificando a formação de graduandos de saúde e de profissionais da rede e sensibilizando a comunidade sobre o puerpério. No espaço de formação, em conformidade com o Plano Nacional de Educação (PNE, 2014-2024) em que a graduação deve priorizar 10% de extensão voltada à comunidade, o projeto fez parte de duas unidades curriculares (UC) na Unifesp: Fisioterapia e Serviço Social (carga horária de 12 horas/cada), mas, por divergências de filosofias, optamos por seguir apenas com quem acredita nos princípios norteadores e no apoio sem interesses pessoais ou de pesquisa, retirando o projeto da proposta de curricularização.

No âmbito da mobilização social e formação de apoiadores, foram organizados encontros com carga teórico-prática e certificação (palestrantes e multiplicadores) (Quadro 1). As vagas disponibilizadas são proporcionalmente para academia, serviços e sociedade, valorizando trocas de diferentes fazeres-saberes-quereres, envolvendo o coletivo no cuidado integral do binômio mãe-bebê. Espaços de diálogo e formação com temas decididos pela equipe ou por demanda, repetindo capacitação sobre técnicas parentais e amamentação a cada renovação da equipe.

Ampliou-se as capacitações ao envolver lideranças comunitárias e religiosas, serviços de assistência social e de educação, pois eles propuseram conhecer e multiplicar a proposta do projeto em outros espaços. Os encontros foram organizados de forma a atender as particularidades do local, buscando trocas de vivências, referências reais e compartilhamento de estratégias. Nas capacitações, o projeto é apenas colaborador

e/ou consultor pedagógico, compartilhando as tecnologias e inovações sociais desenvolvidas.

Em resposta às formações, ampliou-se o apoio matricial para unidades dos Morros através do trabalho em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2018. A confecção dos *slings* passou a ser feita pela Prefeitura de Santos, além das oficinas e práticas de manejo. Contamos com as diversas articulações intersetoriais, que aproximaram o projeto a outros territórios, bem como levaram à participação do Grupo de Trabalho de Aleitamento e capacitação dos ACS.

Quadro 1. Descrição das atividades de formação de multiplicadores e educação continuada/permanente (2016-2021).

<b>Tema (mês/ano: carga horária)</b>	<b>Atividades (Ambiente)</b>	<b>Participantes</b>
Os princípios teóricos e práticos do banho de ofurô, da massagem terapêutica <i>shantala</i> e do <i>sling</i> <sup>ε</sup> (Set/2016: 4h)	Oficina de <i>sling</i> , <i>shantala</i> e ofurô (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 2 professoras, 2 palestrantes, 1 coordenadora <b>Público-alvo (vagas):</b> 6 extensionistas, 6 profissionais da rede, 6 graduandos, 4 pós-graduandos (24 vagas)
Intervenções para melhorar as práticas de amamentação <sup>ε</sup> (Out/2016: 2h)	Determinantes sociais da Amamentação (texto disparador) (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 2 palestrantes, 1 professora, 1 coordenadora <b>Público-alvo (vagas):</b> 6 extensionistas, 6 profissionais da rede, 6 membros da comunidade, 6 mães ou lideranças (24 vagas)
Histórias de amamentação <sup>ε</sup> (Mai/2017: 6h)	Histórias de amamentação: 6 relatos; Exposição “Amamentar é uma obra de arte” (Projeto Mamar) (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 6 palestrantes, 2 coordenações <b>Público-alvo (vagas):</b> 6 extensionistas, 6 profissionais da rede, 6 membros da comunidade, 6 mães, 6 vagas para servidores (30 vagas)

Aspectos emocionais no puerpério <sup>€</sup> (Jun/2017: 3h)	Aspectos emocionais no puerpério; Relato da blogueira “Parir-se ao parir” (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 2 extensionistas, 2 palestrantes, 1 mediadora, 1 coordenadora <b>Público-alvo (vagas):</b> 6 extensionistas, 6 profissionais da rede, 6 membros da comunidade, 6 mães ou lideranças, 6 vagas para servidores (30 vagas)
Formação de multiplicadores <sup>€</sup> (Set/2017: 4h)	A extergestação e os benefícios do <i>sling</i> ; Apoiando a amamentação; Ofurô e seus benefícios; Rede de apoio no puerpério (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 3 palestrantes, 1 coordenadora <b>Público-alvo (vagas):</b> 6 extensionistas, 10 graduados, 6 profissionais da rede, 8 mães ou lideranças, 6 pós-graduandos, 4 vagas para servidores (40 vagas)
Mães na Universidade <sup>€</sup> (Nov/2017: 3h)	Roda de conversa: desafios de ser uma mãe, direitos, dificuldades, dilemas, apoios e estratégias; Projeto “mães no Enem” (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 3 mães universitárias, 1 coordenadora, 1 palestrante <b>Público-alvo (vagas):</b> 12 graduandos, 12 membros da comunidade geral, 12 servidores da Unifesp (36 vagas)
Promovendo a amamentação <sup>€</sup> (Ago/2018: 3h)	Educação continuada em saúde sobre estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 1 palestrante, 2 coordenadoras <b>Público-alvo (vagas):</b> 6 graduandos, 6 extensionistas, 12 profissionais de saúde, 6 pós-graduandos, 6 servidores (36 vagas)
Formação de multiplicadores <sup>€</sup> (Abr/2019: 5h)	Formação de Multiplicadores; A extergestação e os Benefícios do <i>Sling</i> ; Maternidade e o Retorno ao Trabalho; Puerpério e Redes de Apoio; Apoando a Amamentação (Presencial: Unifesp)	<b>Equipe:</b> 4 palestrantes, 2 coordenadoras <b>Público-alvo (vagas):</b> 6 graduandos, 6 profissionais de saúde, 6 líderes comunitários, 6 ACS, 6 servidores da Unifesp, 12 residentes, 8 mães (54 vagas)

<p>Mãe servidora <sup>ε,θ</sup> (Mai/2019: 3h)</p>	<p>Apresentar a proposta do projeto “Mãe servidora”; Amamentação; Importância das vacinas; Sessão de massoterapia (Presencial: Bistrô Calixto)</p>	<p><b>Equipe:</b> 4 extensionistas, 4 estagiários, 3 voluntários, 4 coordenadoras, 9 palestrantes <b>Público-alvo (vagas):</b> 30 mães servidoras, 5 profissionais (35 vagas)</p>
<p>Tecendo o cuidado com a mulher-mãe <sup>ε</sup> (Nov/2019: 5h)</p>	<p>Apresentação Musical (Projeto de extensão Timbre); Pilateando e Expressões corporais; Lanche comunitário; Meditação (Projeto de extensão Meditando no <i>Campus</i>); Reconexão com feminino; Cuidar-te; Oficinas de brincar (Presencial: Unifesp)</p>	<p><b>Equipe:</b> 4 palestrantes, 4 facilitadores, 5 mediadores, 7 colaboradores, 5 extensionistas, 2 coordenadoras <b>Público-alvo (vagas):</b> 30 mães da região e da Unifesp, com filhos pequenos e/ou abrigadas (30 vagas)</p>
<p>Universidade, maternidade e parentalidade <sup>β</sup> (Nov-Dez/2020: 5h)</p>	<p>Roda de conversa (Virtual: <i>Google meet</i>)</p>	<p><b>Equipe:</b> 5 extensionistas, 5 mães, 1 professora, 1 enfermeira <b>Público-alvo (vagas):</b> 10 mães e 1 pai universitários (11 vagas)</p>
<p>Acolhendo mães <sup>β</sup> (Nov-Dez/2020: NA)</p>	<p>Acolhimento presencial e suporte por meio de grupo virtual (Presencial e virtual: <i>WhatsApp</i>)</p>	<p><b>Equipe:</b> Equipe de enfermagem <b>Público-alvo (vagas):</b> 25 mães em vulnerabilidade social residentes nos morros de Santos (25 vagas)</p>
<p>Nós na rede: nós por nós <sup>ε</sup> (Dez/2020: 2h)</p>	<p>Chá comunitário virtual Redes de apoio: fortalecendo ações na comunidade dos Morros (Virtual: <i>Facebook</i>)</p>	<p><b>Equipe:</b> 2 palestrantes, 4 facilitadores, 6 extensionistas, 2 coordenadoras <b>Público-alvo (vagas):</b> 25 gestantes da região dos Morros e 03 mães da Unifesp (28 vagas)</p>
<p>Apoio parental <sup>ε</sup> (2016-2019: NA)</p>	<p>Aconselhamento em aleitamento materno, ensino das técnicas e apoio presencial – 2 visitas, no mínimo (Presencial: domicílio e NAE)</p>	<p><b>Equipe:</b> 6 extensionistas, 6 ACS, 1 professora <b>Público-alvo (vagas):</b> 98 puérperas da Baixada Santista e 22 puérperas adolescentes</p>

Apoio parental <sup>β</sup> (2020-2021: NA)	Aconselhamento em aleitamento materno e entrega das colheres dosadoras (Presencial: SEUB e domicílio)	<b>Equipe:</b> 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 biomédica <b>Público-alvo (vagas):</b> 26 puérperas da Baixada Santista
Acolhimento e Apoio na Universidade <sup>€</sup> (2016-2019: NA)	Aconselhamento, construção da grade, apoio para retorno às aulas (Presencial: NAE; virtual: <i>WhatsApp</i> )	<b>Equipe:</b> 1 extensionista, 1 enfermeira, 1 professora <b>Público-alvo (vagas):</b> 2 professoras, 3 servidores, 12 mães universitárias, sendo 2 pós-graduandas e a irmã de uma docente
Apoio parental <sup>β</sup> (2020-2021: NA)	Entrega dos <i>sling</i> e <i>meitai</i> , incluindo orientações sobre o uso e os cuidados (Banco de empréstimo) (Presencial: SEUB e domicílio)	<b>Equipe:</b> 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 biomédica <b>Público-alvo (vagas):</b> 12 puérperas da Baixada Santista
Colhendo abraços <sup>β</sup> (Nov-Dez/2021: NA)	Distribuição quinzenal de cesta de alimentos <i>in natura</i> (Presencial: domicílio)	<b>Equipe:</b> 1 professora, 1 nutricionista <b>Público-alvo (vagas):</b> 2 mães da Baixada Santista
Vínculos parentais <sup>β</sup> (Nov/2020: 1h)	Oficina do brincar (Virtual: <i>Google meet</i> )	<b>Equipe:</b> 1 extensionista, 1 mãe, 1 fisioterapeuta <b>Público-alvo (vagas):</b> 1 mãe, 1 criança (3 vagas)
Vínculos parentais <sup>β</sup> (Nov-Dez/2020: NA)	Entrega de <i>kits</i> para o “brincar” (Presencial: domicílio)	<b>Equipe:</b> 1 professora <b>Público-alvo (vagas):</b> 10 crianças, 8 mães (18 vagas)
Vínculos parentais <sup>β</sup> (Nov-Dez/2020: 0,2h cada)	Contação de histórias (Virtual: <i>WhatsApp</i> )	<b>Equipe:</b> 4 extensionistas <b>Público-alvo (vagas):</b> 10 crianças (10 vagas)
Vínculos parentais <sup>β</sup> (Dez/2020: 0,8h)	Ação Cuidar-te (Virtual: <i>Google meet</i> )	<b>Equipe:</b> 4 extensionistas <b>Público-alvo (vagas):</b> NA

<p>Promoção e Capacitação em Aleitamento Materno<sup>y</sup> (Abr-Jun/2019: 4h práticas, 16h teóricas)</p>	<p>Amamentação: manejo clínico, preparação (corpo e ambiente), condições Especiais de lactente/nutriz, prematuridade; problemas precoces e tardios das mamas; redes de apoio e retorno ao trabalho; amamentação assistida; posturas/técnicas de vínculo parental (Presencial: SEUB Morro Nova Cintra)</p>	<p><b>Equipe:</b> 1 palestrante, 1 colaborador, 1 ministrante, 2 coordenações <b>Público-alvo (vagas):</b> 14 servidores de saúde da Unidade, 06 ACS, 10 vagas para profissionais de saúde do NASF Morros, 6 pessoas da Unifesp (estudantes, professores e técnicos administrativos) (36 vagas)</p>
<p>1º Curso para Gestantes Servidoras<sup>y,*</sup> (Ago-Nov/2019: 20h)</p>	<p>Aleitamento Materno; Calendário de vacinas Mamãe e Bebê; Alimentação na Gestação e Introdução Alimentar; Tipos de Parto; Mudanças físicas e emocionais na gestação e pós-parto; Técnicas Parentais; Cuidados com o bebê; Redes de apoio na gestação e pós-parto (Presencial: Prefeitura de Santos)</p>	<p><b>Equipe:</b> 7 extensionistas, 11 palestrantes, 4 coordenadoras <b>Público-alvo (vagas):</b> Mães gestantes servidoras da Prefeitura de Santos (20 vagas)</p>
<p>Nascer na Baixada Santista<sup>z,¶</sup> (Jun/2017: 3h)</p>	<p>Debate do filme Renascimento do Parto (Presencial: Unifesp)</p>	<p><b>Equipe:</b> 3 extensionistas, 1 coordenadora, 7 palestrantes <b>Público-alvo (vagas):</b> 100 membros da comunidade geral, 50 membros da comunidade Unifesp (150 vagas)</p>
<p>Métodos Contraceptivos e planejamento<sup>z,¶</sup> (Ago/2019: 2h)</p>	<p>Conversa sobre caminhos a percorrer para ter acesso aos métodos contraceptivos no SUS (Presencial: Unifesp)</p>	<p><b>Equipe:</b> 2 extensionistas, 1 palestrante, 7 colaboradoras, 2 coordenadoras <b>Público-alvo (vagas):</b> 35 membros da comunidade geral, 15 membros da comunidade Unifesp (50 vagas)</p>



Educação Permanente dos ACS <sup>4,9</sup> (Nov/2019 a Fev/2020: 20h)	Aleitamento materno; Técnicas parentais; Manejo e aconselhamento às puérperas durante as visitas domiciliares; Redes de apoio na gestação e pós-parto (Presencial: Prefeitura de Santos)	<b>Equipe:</b> 2 extensionistas, 1 coordenadora, 7 integrantes do GT Aleitamento Materno <b>Público-alvo (vagas):</b> ACS da Prefeitura de Santos (121 vagas)
--	--	--

€: Encontros promovidos pelo projeto de extensão “Abraça seu mundo”; £: Cursos de formação promovidos pelo projeto de extensão “Abraça seu mundo”; ¥: Eventos coordenados pelo projeto de extensão “Abraça seu mundo” em parceria com projetos externos; β: Ações realizadas pelo projeto de extensão “Abraça seu mundo” com apoio financeiro do fundo Baobá; θ: Parceria: Prefeitura de Santos \*: Parceria com ComViver; ¶: Parceria com Partejar Santista; φ: Parceria com Ciranda materna. ACS: Agente Comunitário de Saúde; NA: Não se aplica; NAE: Núcleo de Apoio ao Estudante; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SEUB: Seção Unidade Básica; SUS: Sistema Único de Saúde; Unifesp: Universidade Federal de São Paulo.

## SINDEMIA

Diante do contexto sindêmico (HORTON, 2020) e de retrocessos das políticas públicas, as redes de apoio no puerpério, que já eram frágeis, se tornaram quase inexistentes, demandando intervenções capazes de diminuir as desigualdades de raça e classe social com efeitos importantes a longo prazo na saúde e desenvolvimento da criança e na saúde da mãe.

O apoio virtual se fez presente em todo isolamento social para àquelas que procuraram a equipe, mas não sabíamos quantas mulheres tinham interrompido a amamentação, pois acesso à internet e às mídias sociais são privilégios. Com apoio financeiro do Fundo para Equidade Racial Baobá, no edital “Primeira infância no contexto da Covid-19”, foi possível resgatar caso a caso, dando prioridade para mães negras, adolescentes, estudantes e em situação de vulnerabilidade social.

A primeira infância passou a vivenciar um ambiente ainda mais vulnerável e com maior fragilidade dos vínculos parentais. Vivenciar o puerpério, longe de sua família e sem uma aldeia é o que acontece para muitas de nós, mas com isolamento social e os riscos reais de contaminação, muitas perderam o apoio dos avôs e avós. Ou ainda a família se

afastava dos mais velhos ou assumia os riscos de contaminá-los, quando não coabitavam os mesmos espaços.

Sendo assim, era preciso pensar o (re)encantamento pela vida, o ressentimentar em tempos de sindemia! Um desafio foi aproximar o trabalho em saúde vivo em ato em encontros virtuais, que consigam ressignificar abraços. Para tanto, as ações foram replanejadas incluindo encontros via *google meet* com mães universitárias, grupos *whatsapp* com gestantes, teleatendimento individual e, presencialmente, ações de acolhimento na vacina, ensino das técnicas na antessala e busca ativa das mães vulneráveis. O chá comunitário, que acontecia presencialmente, foi reorganizado – denominado “nós na rede: nós por nós” – via *live* na página do projeto no *Facebook*, contando com apoio de doações de todo país, mas, sem as trocas de afeto, que grupos permitiam. Apesar dos espaços virtuais contribuírem para a continuidade do cuidado, abraços são insubstituíveis e precisam ser presenciais!

Almejamos também mudanças de legislação, políticas e fiscalização, requerendo ações na macropolítica e na micropolítica. Sem políticas públicas efetivas na sindemia, a fome e o desemprego atingiram as mães acolhidas. Diante das vulnerabilidades observadas, o projeto apoiou ações de economia solidária com mães. Foram ofertados pelo serviço de saúde da Nova Cintra cursos gratuitos e o banco de empréstimo, antes restrito a materiais de amamentação, passou a contar com equipamentos/insumos para auferirem renda com pequenos artesanatos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do projeto *Abrace seu mundo: estreitando vínculos parentais*, uma rede iniciada artificialmente tornou-se orgânica e capaz de mudar políticas públicas. Para ampliá-la e manter sua capilaridade e potência, pessoas engajadas são “nós” importantes. Com a sindemia e morte de duas mães multiplicadoras, perdemos abraços que acolhiam e faziam a diferença e passamos a refletir “sobre nós”.

Ainda que, inicialmente, o nome “técnica parentais” tenha sido utilizado para assegurar legitimidade acadêmica, demonstramos como

o resgate de “técnicas ancestrais” e do sentido de comunidade ressignifica o sentido de território-corpo. Independente das terminologias, o projeto partiu de modelos distintos de sociedade e de justiça, tendo o apoio como estratégia central e um sistema de cuidado, que olha para o contexto e se articula com os serviços formais e os movimentos sociais.

Apesar dos avanços recentes nas políticas públicas, como a criação do disque amamentação durante a pandemia pelo município de Santos, o debate para oferta de leite materno nas creches municipais, e o banco de empréstimo na APS, pouco avançamos na vigilância epidemiológica sobre aleitamento na região, na redução dos índices de mortalidade materno-infantil e no apoio dos profissionais médicos. Por ser uma ação informal, o projeto não ocupa o lugar do Estado, pelo contrário, une forças e desejos comuns para pressionar o poder público na oferta de serviços mais justos. Por outro lado, resgatar a “aldeia perdida” permite construir caminhos coletivos de cuidado e fortalecer lutas existentes. Sendo assim, o capítulo reforça, para além da descrição de técnicas comprovadamente eficazes segundo a literatura, que o “como fazer” é tão ou mais relevante do que a técnica em si e deve ser priorizado na *práxis*, assegurando a centralidade das tecnologias leves e leves-duras na Fisioterapia.

O projeto demonstra que a Fisioterapia deve buscar melhorar a funcionalidade de puérperas, não somente promovendo, prevenindo e habilitando “corpos”, mas também vidas, histórias e contextos a partir de perspectivas decoloniais do território-corpo. A mobilização do coletivo e a formação de multiplicadores resultam em impactos superiores às atitudes individuais e isoladas, reverberando em transformações sociais. A capacidade de mobilizar as redes sociais é, portanto, fundamental para oferecer serviços mais justos. Como dito na canção de Sued Nunes, “a terra é povoada, mas a gente também é terra que povoa”, onde a capilarização da rede demonstra que “tenho em mim mais de muitos, sou uma, mas não sou só”. E, a partir disso, formam-se pessoas destinadas à atenção integral e coletiva, capazes de agir e refletir sobre o mundo para modificá-lo através de abraços fortes e potentes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. B.; PEREIRA, T. R. C. P. & COCKELL, F. F. Avaliação de funcionalidade de puérperas de acordo com a rede de apoio: Relatório PIBIC Iniciação Científica. Santos, 2019.

ARAÚJO, E. T. H.; ALMEIDA, C. A. P. L.; VAZ, J. R.; MAGALHÃES, E. J. L.; ALCANTARA, C. H. L.; LAGO, E. C. Utilização de redes sociais para coleta de dados em produções científicas na área da saúde: revisão integrativa da literatura. **Aquichan**, v. 19, n. 2, p. 1-12, mar 2019.

BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M.; MONTEIRO, F. R.; VENÂNCIO, S. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 108, nov 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru. 2. ed. Brasília, 2011.

CHENDI, J. V.; ALVES, A. B.; COCKELL, F. F. Técnicas de vínculo parental: perspectivas sobre a funcionalidade da mulher no puerpério. Relatório PIBIC Iniciação Científica. Santos, 2020.

COLLINS, P. H. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Boitempo Editorial, 2019.

CONDE-AGUDELO, A. & DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane database of systematic reviews*, n. 8, 2016.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra, 1987.

FREITAS, J. H. S. & ALVES, A. B. Banco de empréstimo de slings na atenção básica: parceria nas e a fortalecimento do binômio mãe-bebê. III Encontro dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família da Região Metropolitana da Baixada Santista – RMBS, 2019.

HALLENBECK, S. Mobility, Moms, and the Babywearing Phenomenon. **Women's Studies in Communication**, v. 41, p.359-369, feb 2019.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Lancet**, v. 396, p. 874, set 2020.

MCFADDEN, A. *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.

MOURA, Z. S. C. *et al.* Amamentação como protocolo de alívio da dor no momento da vacinação em recém-nascidos. **Research, Society and Development**, v. 10, p. e40710313550, 2021.

PEREIRA, K. R. Toque compaixão. Publicações LTDA, 2004, 139p.

PERINI, C.; SEIXAS, M. C.; CATÃO, A. C. S. M.; SILVA, G. D.; ALMEIDA, V. S.; MATOS, P. B. C. Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 6, p. 785-792, abr/jun 2014.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Esc Anna Nery**, v. 19, p. 310-315, jun 2015.

RIBEIRO-LIMA, T. V. & CAVALCANTE, L. I. C. Shantala para promoção da saúde e conforto de bebês: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.48, p. e2375, mai 2020.

ROLLINS, N. C.; LUTTER, C. K.; BHANDARI, N.; HAJEEBHOY, N.; HORTON, S.; MARTINES, J. C.; PIWOZ, E. G.; RICHTER, L. M.; VICTORA C. G. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epid. Serv. Saúde**, v. 387, p. 25-44, 2016.

SILVEIRA, C.; PARPINELLI, M. A.; PACAGNELLA, R. C.; ANDREUCCI, C. B.; FERREIRA, E. C.; ANGELINI, C. R.; BUSSADORI, J. C.; SANTOS, J. P.; ZANARDI, D. M.; CECCHINO, G. N.; SOUZA, R. T.; COSTA, M. L.; CAMARGO, R. S.; CECATTI, J. G. A cohort study of functioning and disability among women after severe maternal morbidity. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 134, p. 87-92, mar 2016.

SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A. & ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, p. 32-46, mai. 2011.

# DESEMPENHO FÍSICO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS

Franciele Daiane Cussolim<sup>20</sup>

Mariana Thays Carvalho<sup>21</sup>

Daiane Aparecida Damasceno<sup>22</sup>

Vitoria Helena Maciel Coelho<sup>23</sup>

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>24</sup>

Juliana Martins Pinto<sup>25</sup>

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população, decorrente dos avanços nas áreas sociais, de saúde e meio ambiente, tem colaborado para o crescimento da proporção de idosos na população geral (Chang et al, 2019; Veras, 2020). Esse fato, associado ao estilo de vida contemporâneo marcado por hábitos e comportamentos sabidamente prejudiciais à saúde como sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, etilismo, dentre outros, contribuem para o aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) (Malta et al.,

---

<sup>20</sup> Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/2639893941555667>

<sup>21</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/7618084676767070>

<sup>22</sup> Discente do Curso de Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/6202175283242183>

<sup>23</sup> Doutorado em Ciências Médicas (FMRP). Docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/3269244553291061>

<sup>24</sup> Doutorado em Fisioterapia (UFSCAR). Docente do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia (UFTM/UFU). CV: <http://lattes.cnpq.br/6822687114757615>

<sup>25</sup> Doutorado em Gerontologia (UNICAMP). Docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/2667599629578531>

2018). Essas condições são reconhecidas como problemas de saúde pública e tem sido alvos de inúmeras ações e políticas de saúde por serem considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares, principal causa de morte na população brasileira (Ministério da Saúde - Brasil, 2013; Assis et al., 2012). Além disso, a exposição prolongada a estes fatores de risco pode contribuir para o declínio funcional e da qualidade de vida, acarretando implicações severas para o indivíduo, famílias e sociedade (Dahmer et al., 2015; Nascimento et al., 2015).

Os esforços empregados por gestores e profissionais da saúde no controle dos agravos dessas doenças por meio de programas de monitoramento da pressão arterial e índices glicêmicos, aumento do acesso aos medicamentos e consultas médicas regulares e programas de incentivo à prática de atividade física e alimentação saudável tem auxiliado no adiamento das complicações e mortes, o que resulta em maior proporção de indivíduos convivendo mais tempo com doenças crônicas clinicamente controladas (Veras, 2020). A avaliação e monitoramento do estado funcional e da qualidade de vida desses indivíduos raramente são considerados nas ações e estratégias de saúde, apesar das recomendações nacionais e internacionais (Veras, 2020; WHO, 2000). Nesse cenário, marcado pelas transições demográficas e epidemiológicas decorrentes do envelhecimento populacional, destaca-se a importância de abordagens com enfoque na funcionalidade, uma vez que, embora controladas, essas doenças podem comprometer o desempenho físico-funcional, com repercussões negativas para a independência e autonomia na realização das atividades cotidianas e, portanto, com prejuízos para a qualidade de vida (Azevedo et al., 2013; Veras, 2020).

Esse capítulo foi elaborado para apresentar os resultados do estudo realizado com idosos na atenção básica em saúde em Uberaba, Minas Gerais. O objetivo do estudo foi investigar as relações entre desempenho físico e qualidade de vida entre os usuários com hipertensão arterial, com diabetes mellitus e com ambas (HAS+DM). Serão apresentados e discutidos a descrição da amostra em relações às condições sociodemográficas, de saúde, desempenho funcional e qualidade de vida e as

comparações das variáveis de interesse entre os usuários com hipertensão arterial, com diabetes mellitus e com ambas (HAS+DM).

## MÉTODOS

### *Delimitação e participantes*

Os dados são oriundos de um estudo observacional transversal em que foram entrevistados 126 usuários cadastrados no programa Hiperdia em duas unidades matriciais de saúde (UMS) do município de Uberaba-MG, entre março e dezembro de 2018. Os participantes foram abordados na UMS enquanto aguardavam os procedimentos para controle de pressão arterial e glicemia de jejum. Na ocasião, eles foram informados sobre os objetivos do estudo e os métodos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: 1) ser usuário da atenção básica cadastrado em Estratégia Saúde da Família na unidade; 2) Ter 50 anos ou mais; 3) não ter incapacidade física, cognitiva, sensorial ou comunicativa grave que comprometesse a avaliação ou impossibilitasse a realização dos testes de desempenho físico; 4) Concordar em participar da pesquisa. Foram excluídos os sujeitos que não atendiam aos critérios mencionados e os que se recusaram a responder ao protocolo de pesquisa. As entrevistas foram realizadas por docentes e discentes treinados e devidamente identificados, em sala apropriada, com duração de aproximadamente 60 minutos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o parecer nº 2.557.676, CAAE: 81115717.5.0000.5154 e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), processo APQ- 03367-18.

### *Variáveis e medidas*

Os indicadores sociodemográficos foram idade, sexo, e escolaridade, os quais foram obtidos por autorrelato. As condições de saúde investigadas foram o autorrelato de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A Qualidade de Vida (QV) foi avaliada por meio do instrumento WHOQOL, versão breve. O instrumento é composto por 26 questões,



com escalas de respostas que variam de 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito). Contém uma questão para a QV global e uma para a satisfação com a saúde e outras 24 questões que possibilitam o cálculo de escores dos domínios: Físico, Psicológico, Social e Ambiental (Fleck et al., 2000). O escore de cada domínio e total foi calculado utilizando a sintaxe, segundo as recomendações do grupo WHOQOL revisadas por Pedroso et al. (2010); quanto maior o escore, melhor é a qualidade de vida.

O desempenho físico foi avaliado pela força muscular de membros inferiores (teste sentar e levantar) e pelo teste de mobilidade funcional denominado *Time up and Go test* (TUG) (Guralnik et al., 2000). O teste de sentar e levantar foi utilizado para estimar a força e a potência muscular dos membros inferiores. O participante foi instruído a levantar-se e sentar-se cinco vezes, a partir da posição sentada em uma cadeira, com os braços cruzados sobre o peito e com as costas apoiadas no encosto da cadeira. O tempo foi cronometrado e registrado em segundos, a partir do comando “vai” até o término da execução das cinco repetições. Para a realização do TUG, o participante a partir da posição sentada em uma cadeira ao receber o comando verbal do avaliador, levantava-se e caminhava por três metros marcados no chão com fita adesiva, realizava giro de 180° e retornava à cadeira e sentando-se e apoiando as costas, em velocidade habitual. Foi cronometrado e registrado o tempo em segundos (Guralnik et al., 2000).

Foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra, compreendendo medidas de posição e dispersão, bem como frequências e proporções. As comparações de medianas e proporções das variáveis de interesse entre os usuários com HAS, com DM e com ambas (HAS+DM) foram realizadas por meio dos testes Kruskal Wallis e Exato de Fisher, respectivamente, devido à distribuição não normal dos dados. Por fim, foi realizado o teste de correlação de Spearman entre mobilidade, força muscular e QV, para cada grupo (HAS somente, DM somente e DM+HAS) e para a amostra total. Os coeficientes de correlação até 0,39 foram considerados como correlação fraca (Maroco, 2018). Valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos para todos

os testes. As análises foram realizadas no programa IBM SPSS versão 24 para Windows.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características da amostra. Dos 126 usuários, 67,6% eram do sexo feminino. A idade média foi  $67,6 \pm 8,6$  anos, a escolaridade média foi  $5,2 \pm 4,1$  anos. Com relação às doenças crônicas investigadas, 54% relataram HAS e DM, 34,9% HAS e 11,1% DM. A média de tempo em segundos para realização do TUG foi  $12,8 \pm 4,1$  segundos, e para o teste de sentar de levantar foi  $19,8 \pm 7,9$  segundos. As médias dos escores nos domínios da QV foram, no físico  $52,6 \pm 7,9$ , psicológico  $60,2 \pm 12,8$ , social  $63,3 \pm 17,6$  e ambiental  $60,6 \pm 13,5$ . A média do escore total de qualidade de vida foi  $59,2 \pm 10,1$ .

**Tabela 1.** Características da amostra (n=126). Uberaba, MG. 2018.

	M (DP)	Md (IIQ)	F (%)
Sexo			
Masculino			44 (32,4)
Feminino			92 (67,6)
Idade	67,6 (8,6)	69 (15)	
Escolaridade	5,2 (4,1)	4 (6)	
Hipertensão arterial			44 (34,9)
Diabetes Mellitus			14 (11,1)
HAS + DM			68 (54)
Mobilidade	12,8 (4,1)	12 (4,6)	
Força muscular MMII	19,8 (7,9)	19 (8,8)	
QV-Físico	52,6 (9,4)	53,6 (14)	
QV-Psicológico	60,2 (12,8)	62,5 (13)	
QV-Social	63,3 (17,6)	66,7 (19)	
QV-Ambiental	60,6 (13,5)	59,4 (22)	
QV-Total	59,2 (10,1)	59,8 (13)	

M: média; DP: desvio padrão; Md: mediana; IIQ: intervalo interquartil; F: frequência; %: porcentagem; MMII: membros inferiores; QV: Qualidade de vida.

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados das comparações de médias e frequência das variáveis sociodemográficas, de saúde, desempenho físico e qualidade de vida entre os usuários com HAS, DM e aqueles com ambas (HAS+DM). Foram observadas diferenças significativas da média de idade, sendo maior a média de idade no grupo com somente HAS ( $p=0,008$ ). Adicionalmente, médias menores de qualidade de vida foram observadas no grupo com HAS+DM nos domínios físico ( $p=0,045$ ), social ( $p=0,039$ ) e no total ( $p=0,027$ ), indicando que a qualidade de vida nesses domínios é pior no grupo com multimorbidades. Não foram observadas diferenças significativas para as outras variáveis (tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição e comparação de médias e frequências, segundo hipertensão arterial, diabetes mellitus e ambas ( $n=126$ ). Uberaba, MG, 2018.

	HAS somente	DM somente	HAS + DM	p
Sexo <sup>o</sup>				
Masculino	13 (31)	5 (11,9)	24 (57,1)	0,804
Feminino	31 (36,9)	9 (10,7)	44 (52,4)	
Idade <sup>#</sup>	70,2 (7,6)	62 (10,1)	67,5 (8,6)	0,008*
Escolaridade <sup>#</sup>	5,4 (4,2)	7,2 (4,1)	4,6 (3,8)	0,076
Mobilidade <sup>#</sup>	12,1 (3,9)	12,7 (4,2)	13,5 (4,3)	0,241
Força muscular MMII <sup>#</sup>	18,6 (7,6)	22,3 (12,5)	20,2 (7,3)	0,298
QV-Físico <sup>#</sup>	54,2 (8,9)	57,4 (7,7)	50,6 (9,6)	0,045*
QV-Psicológico <sup>#</sup>	61,3 (12,7)	64,5 (9)	58,6 (13,4)	0,225
QV-Social <sup>#</sup>	68,3 (14,5)	64,2 (20,2)	59,9 (18,2)	0,039*
QV-Ambiental <sup>#</sup>	64 (13)	60,5 (12,1)	58,3 (13,9)	0,095
QV-Total <sup>#</sup>	61,9 (9,4)	61,6 (9,5)	56,9 (10,2)	0,027*

<sup>o</sup>Teste Exato de Fisher; <sup>#</sup>Kruskal Wallis; \*p significativa <0,05; MMII: membros inferiores; QV: qualidade de vida; DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial.

Os resultados das correlações entre desempenho físico e qualidade de vida na amostra total e nos grupos com HAS e DM, com HAS somente e com DM somente estão apresentados na Tabela 3. Na amostra

total, a força muscular de membros inferiores apresentou correlações fracas e negativas com os domínios físico, social e total. Enquanto para mobilidade funcional, as correlações ocorreram em todos os domínios, exceto o físico. No grupo de indivíduos com HAS não foram observadas correlações relevantes. Porém, no grupo com DM foram observadas correlações moderadas e negativas entre força muscular e qualidade de vida no domínio social, e mobilidade e qualidade de vida no domínio físico. No grupo com HAS+DM não foram observadas correlações entre as medidas de desempenho físico e domínios da qualidade de vida. Embora os escores de qualidade de vida sejam menores no grupo com HAS+DM quando comparado aos outros grupos, o desempenho físico relaciona-se com pior qualidade de vida somente nos indivíduos com DM.

**Tabela 3.** Correlações entre desempenho físico e qualidade de vida na amostra total e nos grupos com hipertensão, com diabetes e com ambas (n=126). Uberaba, MG. 2018.

	Todos		HAS		DM		HAS + DM	
	FM	MOB	FM	MOB	FM	MOB	FM	MOB
QV-Físico	-0,192*	-0,147	-0,197	-0,126	-0,463	-0,565*	-0,150	-0,056
QV-Psicológico	-0,079	-0,094*	-0,107	-0,197	-0,301	-0,118	-0,027	-0,009
QV-Social	-0,273*	-0,214*	-0,167	0	-0,586*	-0,434	-0,193	-0,223
QV-Ambiental	-0,173	-0,211*	-0,277	-0,287	-0,145	-0,163	-0,097	-0,137
QV-Total	-0,246*	-0,227*	-0,243	-0,196	-0,521	-0,424	-0,162	-0,162

\*p<0,05 Teste de correlação de Pearson; MMII: membros inferiores; QV: qualidade de vida; FM: Força Muscular de membros inferiores; MOB: mobilidade (TUG).

## DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo investigar as relações entre desempenho físico e qualidade de vida em indivíduos com HAS e DM atendidos na atenção básica em saúde (ABS) de um município brasileiro. Os resultados mostraram que a qualidade de vida é menor entre os usuários que convivem com HAS e DM simultaneamente, entretanto, o desempenho físico não está relacionado com a qualidade de vida nesses indivíduos. O desempenho físico apresentou correlação com qualidade de vida entre os usuários com diabetes mellitus, sugerindo influência

da diminuição da força muscular e da mobilidade causadas pelo DM em diversos domínios da vida.

As características da amostra corroboram a literatura. Estudos prévios, com usuários que frequentam a atenção básica em saúde no Brasil, tem apresentado proporções semelhantes de mulheres, bem como médias de idade e escolaridade, caracterizando uma população predominantemente de mulheres, na meia idade ou idosas, com baixa escolaridade (Dahmer et al., 2015; Silva et al., 2018). Mais da metade dos usuários da ABS (54%) possuem HAS e DM, justificando os esforços do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde em promover ações para controle dos agravos e manutenção da saúde dessa população.

Contudo, os resultados mostraram níveis baixos de qualidade de vida, especialmente no domínio físico. Dahmer et al (2015) avaliaram qualidade de vida em usuários com HAS e DM em uma amostra cuja média de idade foi 62,9 anos, e encontraram baixos escores no domínio físico e maiores escores domínio social, assim como foi encontrado no presente estudo.

O domínio físico abrange dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividade da vida cotidiana, dependência de medicamentos ou tratamentos e capacidade de trabalho, portanto, consistem em aspectos comumente prejudicados em indivíduos com HAS e DM. As alterações cardiocirculatórias associadas à HAS e DM podem desencadear o aparecimento de sintomas como fadiga, dor e restrições das atividades cotidianas (Alves et al., 2012; Azevedo et al., 2013). Além disso, esses indivíduos geralmente são sedentários e mantém hábitos prejudiciais à saúde como alimentação rica em carboidratos e gorduras, tabagismo, entre outros, comportamentos geralmente desencorajados pelos profissionais de saúde (Malta et al., 2018; Alves et al., 2012). A necessidade de uso de medicamentos para o controle da pressão arterial e dos índices glicêmicos de forma contínua, bem como, consultas frequentes para monitoramento do estado de saúde e ajustes das doses medicamentosas podem levar essas pessoas a se perceberem doentes e dependentes dos serviços de

saúde, reduzindo sua qualidade de vida e bem estar global, o que pode explicar os baixos escores do domínio físico no grupo com HAS e DM.

Além do domínio físico, o domínio social da QV foi significativamente menor entre os usuários que relataram HAS e DM. As prevalências de HAS e DM na população idosa são elevadas e estão associadas a maior morbidade, mortalidade precoce e incapacidade física (Nascimento et al., 2015). Essas condições requerem cuidados prolongados e constantes como visitas regulares aos serviços de saúde e mudanças de hábitos e comportamentos de saúde. Portanto, é comum a ocorrência de problemas financeiros, constrangimentos, distanciamento de familiares e amigos, das atividades do trabalho e lazer que prejudicam a QV relacionada aos aspectos sociais (Wang et al., 2018). Além disso, os problemas de saúde física decorrentes dessas doenças podem limitar o desempenho funcional, restringindo a capacidade de realização de atividades em ambientes sociais, o que favorece isolamento social e declínio na satisfação com esse domínio (Pinto et al., 2017; Rantakokko et al, 2016). Essas relações são complexas e merecem futuras investigações que esclareçam o papel da HAS e da DM nos aspectos sociais do envelhecimento.

Os resultados das análises de correlação entre os grupos de HAS e DM mostraram que o desempenho físico foi relacionado à qualidade de vida somente entre os usuários com DM. A DM está associada ao declínio das funções motora e cognitiva, principalmente devido às complicações como retinopatia, nefropatias, neuropatia periférica e redução da força muscular (Alvarenga et al., 2010). No estudo de Alvarenga (2010), foram comparados os níveis de mobilidade funcional entre idosos com e sem DM tipo II. Os resultados mostraram que os diabéticos apresentaram pior desempenho nos testes de desempenho funcional. Foram observadas também reduções significativas na função psicomotora e diminuição da estabilidade postural, levando à lentidão da marcha e conseqüentemente, ao aumento do risco de quedas. Essas condições limitam o desempenho de atividades de vida diária que contribuem para a manutenção da independência e autonomia, além de restringir a participação do sujeito em atividades sociais que promovem autoestima, senso de pertencimento, motivação para o autocuidado e acesso a recursos e informações que

favorecem comportamentos saudáveis, estando intimamente relacionadas aos prejuízos nos domínios social, psicológico e ambiental da qualidade de vida (Pinto et al., 2017; Rabelo et al., 2011).

Nesse estudo, quando considerada a amostra total, pior mobilidade foi significativamente associada a maior comprometimento nos domínios psicológico, social, ambiental e total da QV, enquanto a força muscular de membro inferior foi significativamente associada com os domínios físico, social e total. O domínio físico engloba a avaliação de aspectos que são dependentes da integridade sensório-motora e musculoesquelética (Fleck et al., 2000). A redução da força muscular provoca pior desempenho em testes de mobilidade, declínios que tendem a acentuar-se em indivíduos mais velhos com doenças crônicas (Alvarenga et al., 2010). O nível de mobilidade e a força muscular de membros inferiores estão diretamente relacionados ao grau de independência funcional do indivíduo (Silva e tal., 2018). Aqueles que perdem essas funções tendem a apresentar maiores taxas de morbidade, incapacidades e hospitalização, além de terem uma maior probabilidade de desenvolver depressão, isolamento social e morte precoce (Rantakokko et al., 2016; Nevoni et al., 2020). No estudo de Rantakokko et al (2016), foram analisados indivíduos com idades de 75 à 90 anos, quando às mudanças de mobilidade de uma pessoa na sua vida cotidiana levando em consideração a distância, a frequência e a assistência necessária, associados a mudança de QV, sendo verificado que o declínio na mobilidade leva ao declínio da QV, destacando a importância de garantir possibilidades contínuas de mobilidade em ambientes externos, com o intuito de manter a QV dos idosos. As limitações da mobilidade tendem a reduzir a participação social restringindo o indivíduo ao desempenho de atividades menos complexas realizadas em ambientes próximos, ou mesmo na própria residência. Tal comportamento reduz as chances de contatos sociais e de acesso às redes de suporte e recursos comunitários. Pinto et al (2017), encontraram que baixo suporte social e lentidão para marcha estão entre os principais determinantes de baixa participação social.

O domínio psicológico envolve a avaliação de sentimentos positivos e negativos, aprendizagem, memória, concentração e autoestima.

Nesse estudo, a satisfação com esses aspectos foi relacionada com menor força muscular. Esse resultado pode refletir os achados da literatura que evidenciaram relações entre força muscular, comprometimento cognitivo (Lauretani et al., 2018; Dam et al., 2018) e depressão (Szlejf et al., 2018). O comprometimento cognitivo tem sido associado com menor nível de atividade física e alimentação inadequada, principalmente a baixa ingestão de proteínas, levando à perda de massa muscular. Alternativamente, diversas causas comuns ao funcionamento cognitivo e força/massa muscular tem sido relatada, entre elas, a inflamação crônica, estresse oxidativo, níveis de esteroides sexuais e proteínas musculares (Lauretani et al., 2018; Dam et al., 2018). Tais processos afetam a estrutura e função celulares tanto cerebrais como musculares, explicando as associações encontradas.

Szlejf et al (2018) encontraram relações recíprocas entre sarcopenia e depressão, especialmente devido à baixa força muscular. Os autores apontaram como possíveis explicações a ação das neurotrofinas, produzidas tanto pelo cérebro como pelo músculo esquelético, cujas funções envolvem a manutenção da integridade dos neurônios e suas sinapses, influenciando assim o humor e a regeneração muscular. Outro mecanismo comum entre sarcopenia e depressão é a inflamação crônica de baixo grau e o estresse oxidativo que danificam as células de diversos sistemas corporais simultaneamente. Além disso, a depressão apresenta relações fortes com o estilo de vida sedentário e alimentação inadequada com baixa ingestão proteica levando o indivíduo à inatividade e, conseqüentemente, à perda de força muscular.

Os resultados do presente estudo sugerem que o desempenho físico e a concomitância de HAS e DM repercutem na QV do indivíduo, entretanto essas relações são complexas e necessitam de mais pesquisas. O estudo reforça a importância da subjetividade, da percepção individual e da satisfação pessoal para a saúde, corroborando resultados de pesquisas básicas e experimentais e, ao mesmo tempo, oferecendo base para futuras investigações no campo das interações entre corpo e mente, bem como dos mecanismos envolvidos nessas interações. Os resultados evidenciaram ainda a importância da abordagem integral do sujeito para



além da doença e condutas tradicionais, enfatizando a funcionalidade e a QV como metas para equipe de saúde, especialmente diante do envelhecimento populacional e seus desafios.

Os resultados apresentados devem ser interpretados considerando as limitações do estudo, especialmente quanto à representatividade da amostra, que foi de conveniência, caracterizando-se por usuários que se dispuseram a participar da entrevista, possivelmente aqueles mais motivados e dispostos. O fato de terem sido entrevistados na unidade de saúde caracteriza uma população de baixa renda e escolaridade, com pior estado de saúde geral.

## CONCLUSÃO

Os usuários com HAS e DM apresentam pior qualidade de vida quando comparados àqueles que possuem somente HAS ou somente DM. Na amostra total, mobilidade reduzida foi significativamente relacionada aos menores escores nos domínios psicológico, social, ambiental e total da QV, enquanto a força muscular de membro inferior foi relacionada com os domínios físico, social e total. As relações entre desempenho físico e qualidade de vida foram observadas somente entre aqueles com DM.

Os resultados sugerem que a abordagem dos usuários com HAS e DM na atenção básica deve abranger aspectos relacionados à funcionalidade e à QV e não se restringir ao controle das doenças crônicas. As políticas públicas de saúde precisam ser desenvolvidas e revisadas, a fim de possibilitar a longevidade ativa, independente e com qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga PP, Pereira DS, Anjos DMC. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 14, n. 6, p. 491-6, 2010.
- Alves BA, Calixto AATF. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J. Health Sci. Inst.**, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012.
- Assis LC, Somões, MOS, Cavalcanti, AL. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 14(2), 65-70, 2012.

Azevedo ALS, Silva LA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1.174-1.182, 2013.

Chang, A.Y., Skirbekk, V.F., Tyrovolas, S., Kassebaum, N.J., Dieleman, J.L. (2019). Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*, 4, e159–67.

Dahmer L, Oliveira TB, Kemper C, Sant’Ana AP, Melo GL, Avila JG. Avaliação da qualidade de vida de paciente hipertensos e diabéticos. **Rev. Contexto & Saúde**, v. 15 n. 28, p. 41-49, 2015.

Dam RV, Ancum JMV, Verlaan S, Scheerman K, Meskers CGM, Maier AB. Lower Cognitive Function in Older Patients with Lower Muscle Strength and Muscle Mass. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*,45:243–250, 2018.

Findorff MJ, Wyman JF, Gross CR. Predictors of long-term exercise adherence in a community-based sample of older women. **J.Womens. Health.**,18, p. 1769-1776, 2009.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. **Rev. Saude Publica.**, 2000; 34(2):178-183.

Freire AN, Guerra RG, Alvarado B, Guralnik JM, Zunzunegui MV. Validity and Reliability of the Short Physical Performance Battery in Two Diverse Older Adult Populations in Quebec and Brazil. *J. Aging Health.*, 24: 863, 2012.

Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, Leveille SG, Markides KS, Ostir GV, Studenski S, Berkma LF, Wallace RB. Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency Across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared With the Short Physical Performance Battery. **J. of Gerontol.**, v. 55A, No. 4, M221–M231, 2000.

Lauretani F, Maggio M, Ticinesi A, Tana C, Prati B, Gionti L, Nouvenne A, Meschi T. Muscle weakness, cognitive impairment and their interaction on altered balance in elderly outpatients: results from the TriP observational study. **Clin.Interv.Aging.**, 2018;13 1437–1443.

Lee MR, Jung SM, Bang H, Kim HS, Kim YB. The association between muscular strength and depression in Korean adults: a cross-sectional analysis of the sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI) 2014. **BMC. Public. Health**,18:1123, 2018.

Malta, D.M., Reis, A.A.C., Jaime, P.C., Morais-Neto, O.L., Silva, M.M.A, Akerman, M. Brazil’s Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 1799-1809, 2018.

Maroco, J. **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 7ª edição. Report Number, Lda, 2018.

Ministério da Saúde. Brasil. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013; 5-7.

Nascimento CM, Mambrini JVM, Oliveira CM, Giacomini KC, Peixoto SV. Diabetes, hypertension and mobility among Brazilian older adults: findings from the Brazilian National Household Sample Survey (1998, 2003 and 2008). **BMC Public Health**, 15:591, 2015.

Nevoni, C.M.F.A., Pinto, J. M., Neri, A.L., D'Elboux, M. J. Relações entre atividade física, aptidão física e mortalidade em idosos: Estudo Fibra: DOI: 10.15343/0104-7809.202044290299. *O Mundo Da Saúde*, v. 44, n.1, p. 290-299, 2020.

Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Calculation of scores and descriptive statistics for WHOQOL instruments using Microsoft Excel. **Atividade Física y Ciencias**, v. 2, n. 2, p. 1-23, jul./dic. 2010.

Petrofsky JS, Cuneo M, Lee S, Johnson E, Lohman E. Correlation between gait and balance in people with and without type 2 diabetes in normal and subdued light. **Med. Sci. Monit.**, 2006;12(7):CR273-81.

Pinto JM, Neri AL. Factors related to low social participation in older adults: findings from the Fibra study, Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 286-293.

Rabelo FD, Maia CLF, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e auto percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Rev. Kairós Gerontol.**, v. 13, n. 2, p. 115-130, 2011.

Rantakokko M, Portegijs E, Viljanen A, Iwarsson S, Kauppinen M, Rantanen T. Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a 2-year follow-up study. **Qual. Life Res.**, (2016) 25:1189–1197.

Silva, LGC., et al. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 22, n.5, e190086, 2019.

Szlejf C, Suemoto CK, Brunoni AR, Viana MC, Moreno AB, Matos SMA, Lotufo PA, Benseñor IM. Depression is Associated With Sarcopenia Due to Low Muscle Strength: Results From the ELSA-Brasil Study. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, 2018.

Veras, R. A contemporary and innovative care model for older adults. **Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology**, v. 23, n. 01, 2020.

Wang HC, Li CR, Lo C, Chiao CY, Hsiao CY, Wu HS, Lee MC, Liao WC. Effect of Social Support on Changes in Instrumental Activities of Daily Living in Older Adults: A National Population-based Longitudinal Study. **Int. J. Gerontol.**, 1-6, 2018.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO Technical Report Series 894. World Health Organization, 2000.

# DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EPIDEMIOLOGIA E PERSPECTIVAS PARA A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

Adriana Cristina de Araújo Figueiredo<sup>26</sup>

Lara do Nascimento Olímpio<sup>27</sup>

Paloma Cristine Carvalho de Lima<sup>28</sup>

Cristiane Vitaliano Graminha<sup>29</sup>

Vitória Helena Maciel Coelho<sup>30</sup>

Juliana Martins Pinto<sup>31</sup>

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a dor é definida como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou potenciais nos tecidos, ou descrita em termos de tais danos” (Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP, 2020; DESANTANA et al., 2020). Tal definição admite visão ampliada sobre o fenômeno, que pode ser manifestado e referido independentemente de lesões teciduais ou doenças, abrindo caminhos para uma abordagem integral centrada na pessoa, considerando crenças, experiências e aspectos biopsicossociais conhecidos e investigados nos campos da Gerontologia e da Saúde Coletiva (KARRAN et al., 2020; WHO, 2020).

---

<sup>26</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/3853723556011638>

<sup>27</sup> Graduada em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/3421266192471022>

<sup>28</sup> Especializanda em Fisioterapia Respiratória e UTI (IBRA).  
CV: <http://lattes.cnpq.br/3887008878354395>

<sup>29</sup> Doutorado em Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho (FMRP).  
Departamento de Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/9601820906541041>

<sup>30</sup> Doutorado em Ciências Médicas (FMRP). Departamento de Fisioterapia (UFTM).  
CV: <http://lattes.cnpq.br/3269244553291061>

<sup>31</sup> Doutorado em Gerontologia (UNICAMP). Docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/2667599629578531>

A dor crônica musculoesquelética é considerada uma doença altamente incapacitante, podendo causar danos temporários ou permanentes, nos âmbitos individual e coletivo (GOLDBERG et al., 2011; BILBENY et al., 2018; DE SOUZA et al., 2017). Individualmente, o sofrimento causado pela dor aumenta o risco de depressão, lentidão, sedentarismo, distúrbios do sono, incapacidades em atividades cotidianas, alterações comportamentais e, conseqüentemente, diminuição na qualidade de vida (DUEÑAS et al., 2016; GRAMINHA et al., 2021). Coletivamente, a dor crônica pode restringir a participação social no trabalho, nas atividades educacionais, no exercício dos papéis sociais e familiares, o que pode levar ao absenteísmo no trabalho, perda do emprego, maior vulnerabilidade e impacto social (BLYTH et al, 2019). Os impactos sociais e econômicos nos diversos setores da sociedade e da administração pública apontam a dor crônica como problema de saúde pública e, portanto, requer ações que priorizem seu enfrentamento (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; ROBERTS; DRUMMOND, 2016). Assim, destacam-se a necessidade de conhecer e investigar a distribuição da dor crônica entre grupos populacionais e desenvolver linhas de cuidados integradas na rede de atenção à saúde, com destaque para o papel da Atenção Básica em Saúde como coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

A epidemiologia da dor crônica no Brasil e no mundo ainda é muito pouco conhecida, principalmente, na população idosa e em populações dependentes do sistema público de saúde (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006; VASCONCELOS et al., 2018). A Atenção Básica em Saúde (ABS) se caracteriza pela estratégia de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, abrangendo um conjunto de ações que priorizam a promoção da saúde e a prevenção de agravos, mediante olhar integral sobre o sujeito e atuação ampliada direcionada à família e comunidade (GIOVANELLA et al, 2020). A ABS engloba programas e ações com elevado potencial de resolutividade, devido à descentralização e o cuidado no contexto social do território. Assim, a ABS reúne uma série de condições que favorecem a avaliação e o monitoramento de usuários com dor crônica, a fim de evitar que esses evoluam com

restrições de participação social e procurem outros serviços de saúde, aumentando os gastos públicos com a saúde e a sobrecarga do sistema. Nesse cenário, o fisioterapeuta inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) reúne competências e habilidades para o atendimento individual e coletivo desses usuários e pode atuar estrategicamente nas equipes de saúde, participando da avaliação e do monitoramento dos casos, da educação da população e do uso adequado de recursos comunitários para o enfrentamento da dor e seus impactos.

O objetivo deste capítulo é apresentar a epidemiologia da dor crônica em idosos atendidos na atenção básica em saúde e discutir as perspectivas para atuação da Fisioterapia.

## DOR CRÔNICA

A dor crônica é caracterizada como uma doença pela Classificação Internacional de Doenças – 11 (CID 11), podendo ser classificada como primária ou secundária (visceral, neuropática, musculoesquelética, relacionada ao câncer, pós-cirúrgica/pós-traumática ou cefaleia/orofacial) (TREEDE et al., 2015).

A dor é compreendida como uma experiência pessoal e subjetiva, que integra características sensitivas e culturais, variáveis psíquicas, socioculturais e do meio em que o indivíduo está inserido (DA SILVA, JOSÉ APARECIDO; RIBEIRO-FILHO, 2011). Trata-se de um mecanismo de proteção fisiológica para a manutenção da integridade do organismo, pelo qual estímulos nocivos são enviados ao cérebro como sinais de alerta que resultam em comportamentos de proteção ou fuga (WOOLF, 2010). No corpo humano existe uma rede complexa de fibras nervosas responsáveis por enviar sinais e estímulos ao cérebro levando a liberação de mediadores químicos, encarregados pelo acionamento do mecanismo de interpretação da dor. A fim de evitar a permanência da dor, receptores neuronais são acionados para secreção de substâncias inibitórias da dor. Este mecanismo é importante para a homeostase do organismo e percepção da dor.

Quanto à temporalidade, a dor pode ser classificada em aguda ou crônica. A característica principal da dor crônica é a persistência além do período fisiológico de cura do tecido lesionado (SOUZA, 2009), ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. Para dores musculoesqueléticas não oncológicas, três meses é o ponto de referência entre dor aguda e crônica, entretanto, para fins de pesquisa, seis meses são frequentemente empregados (NAKAZATO-NAKAMINE; QUEZEDA, 2020).

Quanto aos mecanismos biológicos, a dor crônica pode ser classificada em nociceptiva, neuropática e nociplástica (IASP, 2020). A dor nociceptiva é causada por ativação de nociceptores em resposta a diferentes estímulos, podendo ser dividida em superficial e profunda, sendo esta última somática ou visceral. A dor neuropática é causada por dano ou doenças que afetem o sistema nervoso central ou periférico e a dor nociplástica aquela que advém do aumento da sensibilidade do sistema nervoso central, onde os receptores da dor são estimulados sem causa evidente (NAKAZATO-NAKAMINE; QUEZEDA, 2020).

A dor crônica pode estar relacionada a lesão tecidual contínua causada pela ativação persistente das fibras nervosas sensoriais especialmente a fibra do tipo C, definida pela persistência dos sintomas por mais de três meses. A gravidade nem sempre prevê a intensidade da dor podendo resultar também de lesão contínua ou disfunção do sistema nervoso central (SNC) ou periférico (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006). A dor é frequentemente associada ao desconforto e aborrecimento, sendo assim, considerada uma experiência multidimensional, que requer avaliação e abordagem multidimensional que inclua aspectos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (DA SILVA, JOSÉ APARECIDO; RIBEIRO-FILHO, 2011).

A intensidade da dor resulta no componente sensorial da dor, portanto, sua extensão e seu efeito revelam quão desagradável ou perturbadora ela pode ser para o indivíduo. Sua localização e extensão oferecem informações importantes para diagnóstico e tratamento, a fim de excluir outras causas da dor (FILLINGIM et al., 2016). Os

fatores psicológicos como medo, ansiedade, estresse, depressão podem ser sensações que se sobrepõem ao dano tecidual e contribuem para a intensidade e persistência da dor (LINTON, 2000; PLOGHAUS et al., 2001). Dessa forma, é fundamental que o estado de saúde mental, os comportamentos associados ao medo do movimento e catastrofização e os hábitos relacionados ao sono, alimentação e prática de atividades sejam avaliados e monitorados para embasar abordagens efetivas para o manejo da dor crônica.

## DOR E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional avança mundialmente, e no Brasil, esse processo ocorre de forma mais acelerada e desafiadora, considerando o acúmulo de adversidades socio sanitárias e instabilidade econômica do país (VERAS, 2020; LIMA-COSTA et al., 2018). Na saúde, o enfrentamento desses desafios requer mudanças estruturais e profundas na oferta de serviços para garantir o direito à saúde (VERAS, 2020). No Brasil, esse cenário é marcado por acentuada desigualdade social e de acesso a recursos e serviços que comprometem a recuperação da saúde e a qualidade de vida da população (SILVA et al, 2019). Esses aspectos opõem-se as premissas da OMS de promover qualidade aos anos adicionais vividos (WHO, 2020). O aumento da carga de doenças crônicas e incapacidade funcional aumentam expressivamente as demandas por cuidados nos serviços de atenção à saúde, por investimentos e por capacitação e valorização profissional (VERAS, 2020). Nesse sentido, é essencial desenvolver programas de monitoramento das condições de afetam a saúde do idoso, limitando suas atividades e restringindo a participação, tais como a dor crônica.

A população idosa brasileira é sensível às ações implementadas no SUS. O Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (ELSI-BR) demonstrou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde, sendo que 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. Cerca de 70% dos idosos apresentam uma doença crônica e 29,8% possuem duas ou mais



comorbidades (LIMA-COSTA et al, 2018). No Chile, estudo demonstrou prevalência de 24,1% (BILBENY et al., 2018), enquanto no Reino Unido, uma metanálise identificou prevalência de dor crônica variando de 35% a 51,3% (FAYAZ et al., 2016). Entretanto, no Brasil dados coletados em diversas regiões urbanas brasileiras mapearam prevalência de dor crônica de 40% na região Sudeste, 43% no Sul, 36% no Norte, 30% no Nordeste e 24% no Centro-Oeste (DE SOUZA et al., 2017).

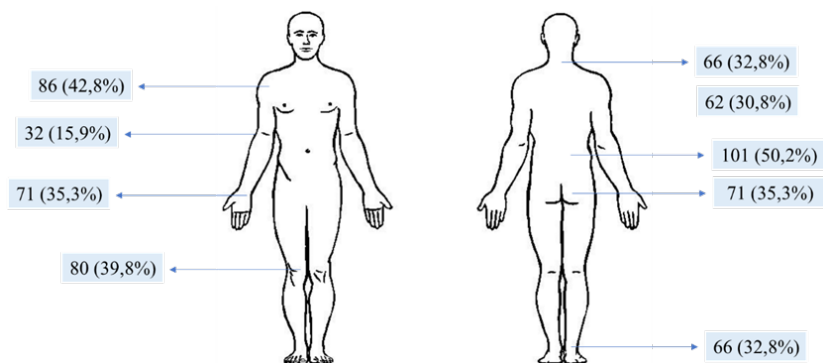
Recentemente, estudo de revisão sistemática da literatura sobre a prevalência de dor crônica no Brasil considerando suas regiões geográficas e subclassificações de mecanismos pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), aponta que a prevalência de dor crônica variou de 23,02 a 76,17%, com média nacional de 45,59%, afetando majoritariamente mulheres, tanto em adultas quanto idosas (AGUIAR et al., 2021). No que diz respeito às regiões do Brasil, a com maior prevalência foi a região centro-oeste (56,25%), porém a região com mais estudos e maior população analisada foi a região sudeste (42,2%). O local mais afetado foi a região lombar com 41,96% de prevalência geral. Quanto às classificações segundo o IASP, a dor nociceptiva obteve prevalência de 36,70%, a neuropática de 14,5% e a dor nociplástica de 12,5% (AGUIAR et al., 2021).

Na população idosa, a dor crônica tende a ser mais prevalente e mais frequentemente associada a desfechos negativo, especialmente à piora funcional (BILBENY et al., 2018; DE SOUZA et al., 2017; DELLAROZA et al., 2013; FAYAZ et al., 2016). Um estudo multicêntrico realizado em São Paulo, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde, mostrou que a prevalência de dor crônica foi de 29,7% entre idosos entrevistados, resultando em pior capacidade funcional e mobilidade. DELLAROZA et al., (2008) demonstraram que a prevalência de dor crônica aumenta com a idade, podendo chegar a 100% entre os idosos com idade 80 anos ou mais. Considerando o envelhecimento populacional, definido pelo aumento da proporção de idosos na população geral, esses resultados apontam para a crescente demanda por cuidados aos idosos com dor crônica, que frequentam, em sua maioria, as unidades básicas de saúde do SUS.

## EPIDEMIOLOGIA DA DOR EM IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Foram analisados dados do estudo “Determinantes biológicos, psicossociais e ambientais dos perfis epidemiológico, funcional e do bem estar em usuários da Atenção Básica em Saúde”, aprovado pelo CEP/UFTM, CAAE: 81115717.5.0000.5154, parecer número 2.557.676. Os participantes (n=201 idosos) foram avaliados em três Unidades Matriciais de Saúde sorteadas nos três distritos sanitários de saúde de Uberaba, Minas Gerais. Os participantes foram questionados sobre a sensação de dor nos últimos 12 meses no pescoço, ombros, cotovelos, mãos/punhos, coluna torácica, coluna lombar, quadril, joelhos, tornozelos/pés. As prevalências de dor em cada região do corpo estão apresentadas na figura 1.

A região mais frequentemente acometida foi a coluna lombar (50,2%), seguida pelos ombros (42,8%) e joelhos (39,8%).



**Figura 1.** Prevalência de autorrelato de dor nos últimos 12 meses, de acordo com a região corporal. N=201

A seguir, na tabela 1, são apresentadas as distribuições de prevalência entre os sexos masculino e feminino, bem como as comparações de proporções realizadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson, com significância de 5%. Comparadas aos homens, as mulheres relataram dor em punhos/mãos e coluna lombar com mais frequência.

**Tabela 1.** Distribuição de prevalência de autorrelato de dor nos últimos 12 meses por região do corpo, de acordo com o sexo. N=201. Uberaba, MG.

Regiões do corpo - F (%)		Masculino	Feminino	Total
Pesçoço	Não	29 (63)	106 (68,4)	135 (67,2)
	Sim	17 (37)	49 (31,6)	66 (32,8)
Ombro	Não	27 (58,7)	88 (56,8)	115 (57,2)
	Sim	19 (41,3)	67 (43,2)	86 (42,8)
Coluna torácica	Não	37 (80,4)	102 (65,8)	139 (69,2)
	Sim	9 (19,6)	53 (34,2)	62 (30,8)
Cotovelo	Não	41 (89,1)	128 (82,6)	169 (84,1)
	Sim	5 (10,9)	27 (17,4)	32 (15,9)
Punhos/mãos*	Não	37 (80,4)	93 (60)	130 (64,7)
	Sim	9 (19,6)	62 (40)	71 (35,3)
Coluna lombar*	Não	29 (63)	71 (45,8)	100 (49,8)
	Sim	17 (37)	84 (54,2)	101 (50,2)
Quadril	Não	28 (60,9)	102 (65,8)	130 (64,7)
	Sim	18 (39,1)	53 (34,2)	71 (35,3)
Joelhos	Não	31 (67,4)	90 (58,1)	121 (60,2)
	Sim	15 (32,6)	65 (41,9)	80 (39,8)
Tornozelos/pés	Não	31 (67,4)	104 (67,1)	135 (67,2)
	Sim	15 (32,6)	51 (32,9)	66 (32,8)

\*Teste Qui-quadrado  $p < 0,05$ .

Na tabela 2, estão apresentadas as distribuições de prevalência de dor quanto a faixa etária. Comparados com os mais velhos, os idosos mais jovens apresentam com mais frequência relato de dor em coluna torácica e cotovelos.

**Tabela 2.** Distribuição de prevalência de autorrelato de dor nos últimos 12 meses por região do corpo, de acordo com a faixa etária. N=201. Uberaba, MG.

Regiões do corpo - F (%)		60-74	75+	Total
Pescoço	Não	104 (65,4)	31 (73,8)	135 (67,2)
	Sim	55 (34,6)	11 (26,2)	66 (32,8)
Ombro	Não	89 (56)	26 (61,9)	115 (57,2)
	Sim	70 (44)	16 (38,1)	86 (42,8)
Coluna torácica*	Não	102 (64,2)	37 (88,1)	139 (69,2)
	Sim	57 (35,8)	5 (11,9)	62 (30,8)
Cotovelo*	Não	128 (80,5)	41 (97,6)	169 (84,1)
	Sim	31 (19,5)	1 (2,4)	32 (15,9)
Punhos/mãos	Não	100 (62,9)	30 (71,4)	130 (64,7)
	Sim	59 (37,1)	12 (28,6)	71 (35,3)
Coluna lombar	Não	76 (47,8)	24 (57,1)	100 (49,8)
	Sim	83 (52,2)	18 (42,9)	101 (50,2)
Quadril	Não	103 (64,8)	27 (64,3)	130 (64,7)
	Sim	56 (35,2)	15 (35,7)	71 (35,3)
Joelhos	Não	94 (59,1)	27 (64,3)	121 (60,2)
	Sim	65 (40,9)	15 (35,7)	80 (39,8)
Tornozelos/pés	Não	103 (64,8)	32 (76,2)	135 (67,2)
	Sim	56 (35,2)	10 (23,8)	66 (32,8)

\*Teste Qui-quadrado  $p < 0,05$ .

Na tabela 3, estão apresentadas as distribuições de prevalência de dor quanto a faixa de escolaridade em anos. Não foram encontradas diferenças entre a prevalência de dor quanto aos grupos de escolaridade para nenhuma região corporal avaliada.

**Tabela 3.** Distribuição de prevalência de autorrelato de dor nos últimos 12 meses por região do corpo, de acordo com escolaridade. N=201. Uberaba, MG.

Regiões do corpo - F (%)		Até 4 anos	5 anos ou +	Total
Pescoço	Não	69 (62,7)	66 (72,5)	135 (67,2)
	Sim	41 (37,3)	25 (27,5)	66 (32,8)

Ombro	Não	67 (60,9)	48 (52,7)	115 (57,2)
	Sim	43 (39,1)	43 (47,3)	86 (42,8)
Coluna torácica	Não	73 (66,4)	66 (72,5)	139 (69,2)
	Sim	37 (33,6)	25 (27,5)	62 (30,8)
Cotovelo	Não	94 (85,5)	75 (82,4)	169 (84,1)
	Sim	16 (14,5)	16 (17,6)	32 (15,9)
Punhos/mãos	Não	72 (65,5)	58 (63,7)	130 (64,7)
	Sim	38 (34,5)	33 (36,3)	71 (35,3)
Coluna lombar	Não	52 (47,3)	48 (52,7)	100 (49,8)
	Sim	58 (52,7)	43 (47,3)	101 (50,2)
Quadril	Não	74 (67,3)	56 (61,5)	130 (64,7)
	Sim	36 (32,7)	35 (38,5)	71 (35,3)
Joelhos	Não	72 (65,5)	49 (53,8)	121 (60,2)
	Sim	38 (34,5)	42 (46,2)	80 (39,8)
Tornozelos/pés	Não	72 (65,5)	63 (69,2)	135 (67,2)
	Sim	38 (34,5)	28 (30,8)	66 (32,8)

\*Teste Qui-quadrado  $p < 0,05$ .

Na tabela 4, estão apresentadas as distribuições de prevalência de dor quanto ao relato de suficiência de renda. A dor no quadril foi mais frequente entre os idosos que relataram renda insuficiente.

**Tabela 4.** Distribuição de prevalência de autorrelato de dor nos últimos 12 meses por região do corpo, de acordo com suficiência de renda. N=201. Uberaba, MG.

Regiões do corpo - F (%)		Insuficiente	Suficiente	Total
Pescoço	Não	87 (64,4)	48 (72,7)	135 (67,2)
	Sim	48 (35,3)	18 (27,3)	66 (32,8)
Ombro	Não	73 (54,1)	42 (63,6)	115 (57,2)
	Sim	62 (45,9)	24 (36,4)	86 (42,8)
Coluna torácica	Não	91 (67,4)	48 (72,7)	139 (69,2)
	Sim	44 (32,6)	18 (27,3)	62 (30,8)
Cotovelo	Não	111 (82,2)	58 (87,9)	169 (84,1)
	Sim	24 (17,8)	8 (12,1)	32 (15,9)

Punhos/mãos	Não	83 (61,5)	47 (71,2)	130 (64,7)
	Sim	52 (38,5)	19 (28,8)	71 (35,3)
Coluna lombar	Não	62 (45,9)	38 (57,6)	100 (49,8)
	Sim	73 (54,1)	28 (42,4)	101 (50,2)
Quadril*	Não	80 (59,3)	50 (75,8)	130 (64,7)
	Sim	55 (40,7)	16 (24,2)	71 (35,3)
Joelhos	Não	82 (60,7)	39 (59,1)	121 (60,2)
	Sim	53 (39,3)	27 (40,9)	80 (39,8)
Tornozelos/pés	Não	89 (65,9)	46 (69,7)	135 (67,2)
	Sim	46 (34,1)	20 (30,3)	66 (32,8)

\*Teste Qui-quadrado  $p < 0,05$ .

Os resultados apontam para a existência de desigualdades socio-demográficas e econômicas relacionadas ao relato de dor, a depender da região do corpo acometida. Portanto, a abordagem da dor requer a compreensão da influência desses determinantes sociais e superação das desigualdades que podem contribuir para a vulnerabilidade de alguns grupos populacionais.

## ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA

A abordagem da dor tem início com a avaliação multidimensional, de modo que as informações obtidas possibilitem a identificação dos fatores biopsicossociais desencadeadores ou intensificadores da dor. Entre os aspectos a serem avaliados, incluem-se: a localização, extensão/magnitude/trajeto e intensidade. Segundo Goodman e Snyder (2010) as características da dor descritas pelo paciente incluem: localização (mais precisa possível), descrição da sensação, intensidade (Escala Visual Analógica), frequência dos sintomas, duração (constante ou intermitente) e padrão da dor (vascular, neurogênico, musculoesquelético, emocional ou visceral). A localização dos sintomas de Dyrek é uma forma de avaliar a localização da dor através de um desenho do corpo humano que auxilia na descrição verbal do paciente sobre a localização da dor, que pode coincidir com a localização da lesão. Os métodos de avaliação de

intensidade da dor incluem os unidimensionais e multidimensionais. Os unidimensionais têm como objetivo medir a intensidade da dor mediante um valor qualitativo ou numérico, por exemplo: escala visual analógica, escala numérica de avaliação, escala de descrição verbal e escala de faces. A abordagem multidimensional avalia múltiplos aspectos, geralmente buscando conhecer o impacto da dor no desempenho de atividades cotidianas, entre os instrumentos mais usados estão o questionário da dor de McGill, questionário da dor de Dartmouth, Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale, entre outros (VILLEGAS, 2005).

Além dos aspectos relacionados físico-funcionais, é fundamental que a avaliação da pessoa com dor contemple os aspectos psicossociais e comportamentais (Da Silva, 2011). Para isso, tem sido destacado o papel da autoeficácia, catastrofização, cinesiofobia, do estado cognitivo e emocional. Além disso, outros sintomas podem aumentar a percepção de dor ou influenciar comportamentos que pioram a dor, como a fadiga, que está associada aos sintomas depressivos, transtornos alimentares, sedentarismo e distúrbios do sono (ROBERTS et al., 2016).

A abordagem da dor no idoso deve incluir a identificação de polifarmácia, condição frequente em idosos, que se caracteriza pelo uso de 5 ou mais medicamentos (DOMENICHELLO; RAMSDEN, 2019). O acúmulo de múltiplas doenças crônicas e a falta de cuidado em saúde integrado favorece a prescrição de muitos medicamentos. Assim, a polifarmácia pode contribuir para o uso de medicamentos inadequados e não essenciais para o tratamento, e assim, comprometer a adesão ao tratamento, na medida em que torna esquemas terapêuticos ineficazes, favorecendo as interações medicamentosas e reações adversas (CARVALHO et al, 2012).

A abordagem biopsicossocial da pessoa com dor crônica integra diversos saberes, experiências e práticas essenciais para empoderar o sujeito no enfrentamento da dor (SCHWAN; SCLAFANI; TAWFIK, 2019). Para isso, o trabalho interdisciplinar tende a ser mais efetivo do que o tratamento medicamentoso. A atuação fisioterapêutica é ampla e transcende as práticas mecanicistas comumente difundidas. A seguir,

estão apresentadas algumas sugestões para a abordagem da dor na Atenção Básica pelo fisioterapeuta:

<b>Ações</b>	<b>Objetivos e possibilidades</b>
Educação em dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar e conscientizar a pessoa sobre as possíveis causas da dor</li> <li>- Facilitar a seleção de estratégias de melhora</li> <li>- Estimular mudanças comportamentais, por exemplo, postura, realização de atividades, etc.</li> <li>- Desconstruir crenças sobre dor</li> </ul>
Movimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios multimodais</li> <li>- Atividades funcionais</li> <li>- Combinar recursos manuais e eletrofísicos</li> </ul>
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conscientização corporal: meditação, ioga, automassagem, etc.</li> <li>- Promover autoestima</li> <li>- Desenvolver o protagonismo e controle sobre a dor</li> </ul>
Atendimento em grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar o compartilhamento de experiências</li> <li>- Ajustar expectativas</li> <li>- Motivar a retomada das atividades</li> <li>- Desenvolver senso de pertencimento</li> <li>- Estimular o apoio social</li> </ul>
Atenção integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho em equipe multiprofissional</li> <li>- Monitoramento e vigilância</li> <li>- Referência e contrarreferência</li> </ul>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor crônica consiste em problema de saúde pública que, juntamente aos desafios do envelhecimento populacional, tende a sobrecarregar os sistemas de saúde, tanto em demandas por atendimentos e como para investimentos e formação profissional. A abordagem apropriada da dor crônica é essencial para garantir longevidade com qualidade de vida e para otimizar os serviços e o trabalho das equipes de saúde. O conhecimento da epidemiologia da dor crônica no Brasil é fragmentado e desatualizado, visto que há poucas pesquisas que abordam com profundidade a prevalência, incidência e relações causais com outros



desfechos adversos em saúde. Compreender esses aspectos, sobretudo na população brasileira, mostra-se um avanço significativo no que se diz respeito a relevância e magnitude dos efeitos causados pela dor em idosos na atenção básica, oferecendo assim, caminhos que podem guiar a criação e adoção de estratégias de intervenção e prevenção, inclusive com políticas públicas de saúde e com a democratização da Fisioterapia nos serviços públicos.

## REFERÊNCIAS

Aguiar DP, Souza CP, Barbosa WJ, Santos-Júnior FF e Oliveira AS. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **BrJP**. São Paulo, 2021 jul-set;4(3):257-67.

BILBENY, Norberto et al. Survey of chronic pain in Chile – prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. *Scandinavian Journal of Pain*, v. 18, n. 3, p. 449–456, 1 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/sjpain-2018-0076/html>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

Blyth, F.M., Briggs, A.M., Schneider, C.H., Hoy, D.G., March, L.M. The Global Burden of Musculoskeletal Pain - Where to From Here? **Am J Public Health**, v. 109, n. 1, p: 35–40, 2019.

Carvalho, M.F.C. Lieber, N.S.R, Mendes, G.B. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol** 2012; 15(4): 817-27.

DA SILVA, José Aparecido; RIBEIRO-FILHO, Nilton Pinto. Pain as a psychophysical problem. *Revista Dor*, v. 12, n.2, p. 138–151, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 abr. 2021.

DE SOUZA, Juliana Barcellos et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Research & Management*, v. 2017, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634600/>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 54, p. 36–41, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/ramb/a/d37LZLZ49k66xjWdjn7nG5v/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 2, p. 325–334,

fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2013000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2013000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 19 abr. 2021.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio Mattos. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, p. 235–242, 30 maio 2012. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17081>>. Acesso em: 16 abr. 2021.

DESANTANA, Josimari Melo et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. *BrJP*, v. 3, n. 3, p. 197–198, set. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2595-31922020000300197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2595-31922020000300197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 12 abr. 2021.

Dueñas, M., Ojeda, B., Alejandro Salazar, A., Mico, J.A., Failde, I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, v. 9, p. 457–467, 2016.

DOMENICHELLO, Anthony F.; RAMSDEN, Christopher E. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, v. 93, p. 284–290, 13 jul. 2019.

FAYAZ, A et al. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, v. 6, n. 6, 25 maio 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932255/>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

FILLINGIM, Roger B. et al. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *The Journal of Pain*, v. 17, n. 9 Suppl, p. T10-20, set. 2016.

Giovanella, L., Franco, C.M., Almeida, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25, n. 4, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

Goldberg, D.S., McGee, S.J. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, v. 11, n. 770, 2011.

GOODMAN, C.C.; SNYDER, T.E.K. **Diagnóstico diferencial em fisioterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

GRAMINHA, C.V., PINTO, J.M., Castro, S.S., Meirelles, M.C.C.C., Walsh, I.A.P. Fatores relacionados a qualidade de vida autorrelatada em mulheres com fibromialgia de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade. *BrJP*. São Paulo, 2021 jan-mar;4(1):43-50.

IASP, Associação Internacional para o Estudo da Dor. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP): conceitos, desafios e compromissos. [S.l.]: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Disponível em: <[https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor\\_3.pdf](https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf)>. 23 mar. 2020.

Karran, E.L., Grant, A.R., Moseley, G.L. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain*, v. 161, n. 11, p:2476-2493, 2020.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro Da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Prevalence of chronic pain in adult workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 4, p. 509–513, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672006000400007&lng=en&nr=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672006000400007&lng=en&nr=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 abr. 2021.

Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Rev Saude Publica*. 2018;52 Supl 2:2s.

LINTON, Steven J. A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain. *Spine*, v. 25, n. 9, p. 1148–1156, 1 maio 2000. Disponível em: <[https://journals.lww.com/spinejournal/Fulltext/2000/05010/A\\_Review\\_of\\_Psychological\\_Risk\\_Factors\\_in\\_Back\\_and.17.aspx](https://journals.lww.com/spinejournal/Fulltext/2000/05010/A_Review_of_Psychological_Risk_Factors_in_Back_and.17.aspx)>. Acesso em: 16 abr. 2021.

Nakazto-Nakamine T, Quezeda P. Dolor nocilpástico: el nuevo descriptor. *Revista Del Hospital Juárez de México*. 2020;87(2):89-93.

PLOGHAUS, Alexander et al. Exacerbation of Pain by Anxiety Is Associated with Activity in a Hippocampal Network. *The Journal of Neuroscience*, v. 21, n. 24, p. 9896–9903, 15 dez. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6763058/>>. Acesso em: 16 abr. 2021.

ROBERTS, Mary B.; DRUMMOND, Peter D. Sleep Problems are Associated With Chronic Pain Over and Above Mutual Associations With Depression and Catastrophizing. *The Clinical Journal of Pain*, v. 32, n. 9, p. 792–799, set. 2016.

SCHWAN, Josianna; SCLAFANI, Joseph; TAWFIK, Vivianne L. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiology Clinics*, v. 37, n. 3, p. 547–560, set. 2019.

Treede R, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.

VASCONCELOS, Fernando Holanda; ARAÚJO, Gessi Carvalho De. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *BrJP*, v. 1, p. 176–179, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/brjp/a/wVVtLWT9847X8MNBGtstM8h/?lang=en>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

Veras, R. A contemporary and innovative care model for older adults. *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*, v. 23, n. 01, 2020.

VILLEGAS, M. Evaluación y Diagnóstico del Dolor. In: Vélez, H., et al. (Ed.). *Fundamentos de Medicina: Dolor y Cuidados Paliativos*. 1ª Edição. Medellín, Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas, 2005, pp. 25- 31.

Watson JC, Sandroni P. Central neuropathic pain syndromes. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(3):372-85.

WOOLF, Clifford J. What is this thing called pain? *The Journal of Clinical Investigation*, v. 120, n. 11, p. 3742–3744, nov. 2010.

World Health Organization (WHO). United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030), 2020. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

# ENFRENTAMENTO DO DÉFICIT COGNITIVO - UM ROTEIRO PARA RASTREAMENTO E PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Deborah Laís Nóbrega de Medeiros<sup>32</sup>

José Garcia de Araújo Neto<sup>33</sup>

Larissa de Menezes Albuquerque Coelho<sup>34</sup>

Maria Clara de Araújo Jales<sup>35</sup>

Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa<sup>36</sup>

## INTRODUÇÃO

O déficit cognitivo causado pelas doenças neurodegenerativas pode acarretar várias incapacidades a longo prazo, apresentando poucas possibilidades de tratamentos. (HARTLE e CHARCHAT-FICHMAN, 2021). Não basta apenas diferenciar o envelhecimento fisiológico da demência, é necessário detectar o envelhecimento patológico precocemente, possibilitando intervenções precoces (PETERSEN, 2016), possibilitando melhor eficácia ao tratamento (RITCHIE et al, 2017).

Neste capítulo, o leitor encontrará informações acerca da sintomatologia do déficit cognitivo, com seus respectivos instrumentos de rastreio, inclusive para algumas situações específicas. Após realizar o rastreio, o leitor encontrará recomendações de atividades sobre o autocuidado aplicáveis ao cenário do comprometimento cognitivo em estágios iniciais. Ainda, alerta-se sobre a importância da busca pelo tratamento de doenças crônicas e agudas, assim como o acompanhamento por profissionais da saúde. Por fim, convida-se o idoso à prática do autocuidado,

---

<sup>32</sup> Acadêmica de Medicina (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/3776223313029552>

<sup>33</sup> Acadêmica de Medicina (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/4391705181106851>

<sup>34</sup> Acadêmica de Medicina (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/7635801497896379>

<sup>35</sup> Acadêmica de Medicina (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/6951507862223563>

<sup>36</sup> Doutorado em Ciências da Saúde (UFRN). Professora (UFRN).  
CV: <http://lattes.cnpq.br/3934508395223787>

de maneira que ele assuma o controle de sua própria saúde como forma de dirimir ações que contribuam para o déficit cognitivo.

## SINTOMATOLOGIA DO DÉFICIT COGNITIVO

O processo de crescimento e desenvolvimento humano envolve a aquisição de habilidades e a constituição da cognição, a qual é formada por: aprendizagem e memória; a linguagem; a personalidade; as funções executivas, ou seja, habilidades que exigem planejamento e tomada de decisões, o que permite formar conceitos e resolver problemas mantendo a atenção e concentração e as habilidades visuo-espaciais (APA, 2013; SACHDEV et al, 2014).

Fortes mudanças nas funções cognitivas não são algo esperado durante o envelhecimento. O Comprometimento Cognitivo Leve, caracterizado por Petersen e colaboradores (PETERSEN et al, 1997) ocorre ao longo de um continuum da cognição normal à demência e geralmente se refere a deficiência na cognição acima do que é visto normalmente relacionado à idade, mas não grave o suficiente para causar prejuízo significativo na função diária (SANFORD, 2017).

Quanto à demência (também conhecida como transtorno neurocognitivo maior), essa é definida por um declínio significativo em 1 ou mais domínios cognitivos, que interfere na independência da pessoa nas atividades diárias (USPSTF, 2020; APA, 2013). Logo, existem sintomas cognitivos ou comportamentais que pioram com o passar do tempo e não são melhor explicados por uma doença mental, como a esquizofrenia ou depressão, ou doença orgânica (APA, 2013). O declínio cognitivo ou a alteração de comportamento na demência envolve, pelo menos, dois dos seguintes domínios (FROTA et al, 2011):

- Habilidade prejudicada para adquirir e relembrar novas informações - repetição de frases ou perguntas, perder objetos pessoais, esquecer eventos, fatos ou compromissos, perder-se em ambientes familiares;
- Prejuízo do raciocínio, em tarefas complexas, no julgamento racional – dificuldade de entendimento dos riscos envolvidos

- (como andar sozinho na rua), de administrar seu próprio dinheiro e nas tomadas de decisão e de seguir tarefas que precisam de etapas (como lavar roupa ou cozinhar uma receita);
- Prejuízo das habilidades visuo-espaciais – não reconhecer rostos de parentes e amigos ou objetos comuns apesar de não existir problemas na visão, dificuldade para se vestir e fazer tarefas simples (como esquentar a água para o café, varrer a casa, lavar a louça);
  - Prejuízo na comunicação (falar, ler, escrever) – dificuldade de interpretar palavras simples enquanto fala, erros de escrita;
  - Mudanças na personalidade – flutuação de humor incomum como agitação, falta de motivação ou de iniciativa, perda de interesse (o idoso não quer mais ir à igreja, escutar o rádio, cuidar das plantas ou assistir televisão), isolamento social, perda de empatia, comportamento compulsivo ou obsessivo, comportamentos socialmente inaceitáveis como tirar a roupa em público ou trazer lixo para casa.

## **RASTREIO DO DÉFICIT COGNITIVO**

As síndromes demenciais são importante causa de dependência e institucionalização. Tais disfunções são responsáveis pela queda no desempenho físico e social, os quais dependem da boa função cognitiva (FREITAS, 2016).

Dentre os instrumentos para rastreio do déficit cognitivo, destacam-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM) e as avaliações relacionadas à capacidade funcional, como as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

## **MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

Avaliação proposta por Folstein et al. (1975), o MEEM avalia os principais parâmetros cognitivos (FREITAS, 2016). Entretanto, tal ferramenta não deve ser usada como diagnóstico de demência, mas como

rastreio para perda cognitiva. Esse teste examina a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo e a evocação, o cálculo, a coordenação dos movimentos, a habilidade de linguagem e viso-espaciais. Inclui 11 itens, dispostos em 2 seções: a primeira relaciona-se com orientação e memória, e a segunda com leitura e escrita.

1. Testando orientação temporal (Vale \*5 pontos)
  - Qual o ano em que estamos?
  - Qual o mês em que estamos?
  - Qual o dia do mês em que estamos?
  - Qual o dia da semana em que estamos?
  - Que horas são?
2. Testando orientação espacial (Vale \*5 pontos)
  - Qual o local específico onde estamos? (Ex.: Consultório)
  - Qual o local genérico onde estamos? (Ex.: Hospital)
  - Qual o bairro ou rua próxima onde estamos?
  - Qual a cidade onde estamos?
  - Qual o estado onde estamos?
3. Testando memória imediata (Vale \*3 pontos)
  - Pedir para nomear 3 objetos e pedir para o paciente repetir: (exemplo: casa, cama, água)
  - Em caso de erro, ensinar até o paciente aprender.
4. Testando atenção e cálculo (Vale \*5 pontos)
  - Pedir para o paciente diminuir 7 de 100 (5x sucessivas)
  - Ou pedir para soletrar a palavra “mundo” na ordem inversa.
5. Testando memória de Evocação (Vale \*3 pontos)
  - Repetir os 3 objetos nomeados anteriormente.
6. Testando linguagem



- Mostre um relógio e uma caneta e peça para nomear (Vale \*2 pontos)

- Peça para repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (Vale \*1 ponto)

- Seguir o comando de 3 estágios (Ex.: pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque no chão) (Vale \*3 pontos)

- Leia e execute a ordem (Ex.: feche os olhos) (Vale \* 1 ponto)

- Escrever uma frase (Vale \*1 ponto)

- Copiar determinado desenho (Vale \*1 ponto).

Cada item equivale a uma pontuação específica, marcando ponto caso realize o comando do tópico. Analfabetos devem pontuar no mínimo 20 pontos. Pacientes com 1 a 4 anos de estudo devem pontuar no mínimo 25 pontos. Pacientes com 5 a 8 anos de estudo devem pontuar no mínimo 26 pontos. Pacientes com 9 a 11 anos de estudo devem pontuar no mínimo 28 pontos. Pacientes com mais de 11 anos de estudo devem pontuar no mínimo 29 pontos.

## ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

Os instrumentos de ABVD determinam a funcionalidade do idoso através do seu grau de independência. Essas ferramentas são relacionadas ao autocuidado, como promover higiene, ter continência ou transferir-se de um lugar para outro. Dentre as escalas que avaliam tal parâmetro, destaca-se a escala de Katz, a qual é composta por 6 itens.

## ESCALA DE KATZ (KATZ, 1963)

\* (I) corresponde à atividade realizada de forma independente e (D) à atividade realizada de forma dependente.

1. Tomar banho

- Não recebe ajuda (entra e sai do banho sozinho) (I)

- Recebe ajuda para lavar uma parte do corpo (ex.: pernas) (I)

- Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho (D).

2. Vestir-se (obter roupa de armários e gavetas e manuseá-las)

- Pega as roupas e veste-se completamente sem qualquer ajuda (I)

- Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar sapatos (I)

- Recebe ajuda para pegar roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D).

3. Ida ao banheiro para evacuar ou urinar ou para higiene íntima

- Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita suas roupas sem ajuda (I)

- Recebe ajuda para ir ao banheiro ou para se limpar e ajeitar suas roupas pós evacuação ou micção ou para usar urinol pela noite (D)

- Não vai ao banheiro ou local equivalente para eliminação fisiológica (D)

4. Transferências

- Deita-se e sai da cama sem ajuda (pode usar objeto de apoio como bengala) (I)

- Deita-se e sai da cama ou senta-se e levanta-se de cadeira com ajuda (D)

- Não sai da cama (D)

5. Continência

- Controla integralmente a micção e evacuação (I)

- Possui “acidentes” ocasionais (D)

- Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação ou usa cateter ou é incontinente (D)

6. Alimentação

- Alimenta-se sem ajuda (I)

- Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda (I)

- Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por cateteres ou fluidos intravenosos (D)

Pontua-se em cada item a atividade na qual o paciente mostra-se dependente ou independente. Ao final, a pontuação corresponderá aos seguintes indicativos: 0: independente nas 6 funções; 1: independente em 5 funções e dependente em 1 função; 2: independente em 4 funções e dependente em 2 funções; 3: independente em 3 funções e dependente em 3 funções; 4: independente em 2 funções e dependente em 4 funções; 5: independente em 1 função e dependente em 5 funções  
6: dependente em todas as 6 funções.

## **ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)**

Relacionadas com a realização de tarefas mais complexas do que as ABVD, como arrumar a casa, telefonar ou realizar compras. A escala de Lawton (1969) é uma ferramenta composta de 8 itens. Foi formulada a fim de avaliar o idoso na comunidade, sua independência e atividade na comunidade.

1. Capacidade para usar o telefone

- É capaz de usar por iniciativa própria (3)

- É capaz de responder a ligações, mas necessita de ajuda para discar (2)

- Completamente incapaz de usar (1)

2. Compras

- É capaz de fazer todas as compras necessárias sem ajuda (3)

- Necessita de supervisão para fazer compras (2)

- Completamente incapaz de fazer compras, mesmo com supervisão (1)

3. Preparar refeições

- É capaz de preparar refeições sem ajuda ou supervisão (3)

- É capaz de preparar refeições com supervisão ou ajuda parcial (2)
- É incapaz de preparar refeições (1)

#### 4. Tarefas domésticas

- É capaz de realizar tarefas domésticas sem ajuda (3)
- É capaz de realizar apenas tarefas leves ou necessita de ajuda (2)
- Incapaz de realizar qualquer tarefa doméstica (1)

#### 5. Lavar roupas

- É capaz de lavar sua roupa sem ajuda ou supervisão (3)
- É capaz de lavar apenas peças pequenas ou com supervisão (2)
- Incapaz de lavar qualquer peça de roupa (1)

#### 6. Meio de transporte

- É capaz de dirigir ou viajar sozinho de ônibus ou metrô (3)
- Necessita de ajuda ou supervisão para viajar sozinho (2)
- Incapaz de usar qualquer meio de transporte (1)

#### 7. Manuseio de medicação

- É capaz de tomar qualquer medicação nos horários e doses corretas sem supervisão (3)
- Necessita de lembretes ou supervisão para tomar medicação de forma certa (2)
- Incapaz de tomar medicação sozinho (1)

#### 8. Manuseio de dinheiro

- É capaz de administrar e manusear dinheiro, preencher cheques (3)
- É capaz de administrar dinheiro, mas necessita de ajuda com cheques e pagamento de contas (2)
- Incapaz de lidar com dinheiro (1)

O item é pontuado de acordo com a resposta equivalente à capacidade mencionada na questão. A pontuação de cada item varia de 1 a 3.

Resultado de 9 pontos indica dependência total; de 10 à 15, dependência grave; de 16 à 20, dependência moderada; de 21 a 25, dependência leve e entre 25 à 27 indica que o idoso é independente.

## PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO COMO FREIO PARA O DECLÍNIO COGNITIVO

Para se manter ativo, independente e saudável, isto é, com “qualidade de vida” e não apenas com “quantidade de anos”, é importante desenvolver atitudes de autocuidado durante toda a existência, garantindo uma velhice saudável, por meio de hábitos saudáveis (BRASIL, 2006). O autocuidado é o conjunto de atividades que os indivíduos, familiares e comunidades realizam para promover sua saúde, prevenir doenças, limitar o adoecimento e restaurar a saúde (OMS, 1983). Inclui, ainda, a busca por informação relacionada com a saúde, atividade física, hábitos saudáveis de alimentação e o acompanhamento em serviços de saúde.

No campo da saúde do idoso, a promoção do autocuidado tem sido divulgada para que os idosos assumam o controle de sua própria saúde. Esse movimento pode ser visto como uma estratégia para combater abordagens de saúde que consideram pacientes apenas como consumidores. O autocuidado precisa ser valorizado porque, entre outros fatores, mantém os idosos conectados e proativos, aliviando a carga sobre a família e outros cuidadores (FREITAS, 2016).

Fatores de risco cardiovascular (como diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia), depressão, fragilidade física, baixo nível de escolaridade e baixo suporte social têm sido implicados no aumento do risco de déficit cognitivo. Fatores dietéticos e de estilo de vida foram associados à diminuição do risco de comprometimento cognitivo: ingestão adequada de ácido fólico, frutas, vegetais e de ácidos graxos ômega-3 de cadeia mais longa, ingestão baixa de gordura saturada, dieta mediterrânea, ingestão moderada de álcool, engajamento cognitivo/social e alto nível de atividade física (PLASSMAN et al, 2010; RITCHIE et al, 2010; COOPER et al, 2015; MUKAMAL et al, 2003).

Diante disso, algumas medidas simples são importantes e fazem a diferença na promoção do autocuidado, como: a prática regular de exercício físico, que contribui para a prevenção de doenças, aumento da agilidade e disposição; exercitar a mente: fazer palavras cruzadas, dando preferência às de fácil execução; elaborar uma lista de compras e guardá-la na bolsa, tentando comprar tudo sem consultar a lista e depois comparar para ver se faltou algo; participar de jogos que envolvam raciocínio; ler e comentar sobre o que leu com alguém; manter-se ativo fazendo trabalhos manuais, visitas ou cursos; anotar tudo que for importante em um caderno ou agenda, para não esquecer (MACEDO et al, 2019).

Além disso, manter relações sociais saudáveis: namorar, frequentar grupos de convivência, clubes ou grupos de universidades; manter uma alimentação saudável: variar o consumo de frutas, legumes e verduras; reduzir o consumo de alimentos gordurosos, de sal, embutidos, enlatados e industrializados; reduzir o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar; reduzir ou abster-se do consumo de álcool e refrigerantes.

Similarmente, dispor de boas noites de sono: não fazer uso de produtos cafeinados (ex., café, chá, refrigerantes à base de cola), cigarro e álcool próximo ao horário de dormir; as refeições devem ser feitas, de preferência, até duas horas antes de dormir, evitando beber grande quantidade de líquidos; usar a cama e o quarto somente para dormir ou para atividades íntimas; acordar todos os dias no mesmo horário, inclusive nos finais de semana. Se tiver sonecas durante o dia, é recomendado fazê-las antes das 15 horas e por no máximo uma hora.

Manter uma higiene pessoal adequada, incluindo higiene da cavidade oral e de próteses dentárias; manter o calendário vacinal atualizado; fazer o tratamento correto e orientado das doenças crônicas: lembrando que a grande maioria dos medicamentos prescritos para doenças crônicas é de uso contínuo, ou seja, não pode ser descontinuado sem a autorização médica. Para não esquecer, algumas estratégias podem ser utilizadas, como o uso de despertadores, deixar a medicação sempre em um local visível ou até mesmo contar com a ajuda de cuidadores ou familiares.

Em caso de aparecimentos de outros sintomas, ou piora dos já existentes, procurar ajuda profissional imediatamente (BRASIL, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, fica evidente que o autocuidado será sempre o ponto de partida para a realização de projetos de vida. Programas que visem à atenção e à promoção da saúde do idoso devem oferecer sistemas de apoio ao autocuidado que incluam tanto ações educativas quanto ações de reabilitação para que mesmo os idosos com algum grau de dependência possam ter a oportunidade de retomar o autocuidado, ainda que com alguma limitação.

Tais medidas se inserem em uma lógica de atenção integral à saúde e envolvem o respeito à liberdade de autodeterminação do ser humano e garantia da cidadania da pessoa idosa. É essencial, portanto, que essa experiência se multiplique, por intermédio da geração de conhecimento e treinamento de recursos humanos, de modo a estender os benefícios dessas práticas ao maior número possível de cidadãos.

A equipe multiprofissional deve estimular as habilidades funcionais dos idosos para que estes vivenciem o processo de envelhecimento de forma autônoma e independente. O profissional deve estar apto a orientar, estimular, auxiliar e buscar alternativas para a promoção da saúde e do bem-estar do idoso e de sua família, para que isso também o ajude a estabelecer ações que expressem o autocuidado.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ==> Acesso em 12 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Um guia para se viver mais e melhor. Qualidade de vida. Brasília, Distrito Federal, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37582> Acesso em 12 de outubro de 2021.

CANEDO, A.C.; MOREIRA, V.G.; MELLO, R.G.B. SARS-COV-2: the first wave of disease outbreak and its barriers to chronic diseases management, *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 14, n. 3, p. 149–151, 2020. Disponível em <http://ggaging.com/details/1634/en-US/sars-cov-2--the-first-wave-of-disease-outbreak-and-its-barriers-to-chronic-diseases-management>. Acesso em 12 de outubro de 2021.

COOPER, C. et al. Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2015;172(4):323-334. Disponível em: doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070878 15. Acesso em 12 de outubro de 2021.

FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FROTA, N.A.F. et al. Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement. neuropsychol.*, São Paulo , v. 5, n. 3, p.146-152, Sept.2011. Disponível:<https://www.scielo.br/j/dn/a/ZzR767Jgv7KQx5SkTQ6fSLK/?lang=en> Acesso em 12 de outubro de 2021.

HARTLE, L.; CHARCHAT-FICHMAN, H. Mild cognitive impairment history and current procedures in low- and middle-income countries: a brief review. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 15, n. 2, p. 155–163, abr. 2021. Disponível em: doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-020001. Acesso em 15 de outubro de 2021.

MACEDO, Thuanne Lopes et al. Análise dos aspectos cognitivos de idosos considerando a prática de exercícios físicos regulares e fatores associados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, 2019.

MUKAMAL, K.J. et al.. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *JAMA*. 2003;289(11): 1405-1413. Disponível em doi:10.1001/jama.289.11.1405 Acesso em 12 de outubro de 2021.

PETERSEN, R.C. et al. Aging, memory and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* 1997;9(Suppl 1):65–9. 2. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9447429/>. Acesso em 12 de outubro de 2021.

PETERSEN, Ronald C., Mild Cognitive Impairment, *Continuum : Lifelong Learning in Neurology*, v. 22, n. 2 *Dementia*, p. 404–418, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390929/>. Acesso em 15 de outubro de 2021.

PLASSMAN, B.L. et al. Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Ann Intern Med*. 2010; 153(3):182-193. Disponível em doi:10.7326/0003-4819-153-3- 201008030-00258. Acesso em 12 de outubro de 2021.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud. Ginebra, Suiza : Organización Mundial de la Salud -OMS-, 1983.

RITCHIE, C. W. et al. The Edinburgh Consensus: preparing for the advent of disease-modifying therapies for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, v. 9, n. 1, p. 85, 26 out. 2017. Disponível em: [doi.org/10.1186/s13195-017-0312-4](https://doi.org/10.1186/s13195-017-0312-4). Acesso em 15 de outubro de 2021.

RITCHIE, K. et al. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *BMJ*. 2010;341: c3885. Disponível em [doi:10.1136/bmj.c3885](https://doi.org/10.1136/bmj.c3885). Acesso em 12 de outubro de 2021.

SACHDEV, P.S. et al. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nat Rev Neurol* 2014;10(11):634–42. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266297/> Acesso em 12 de outubro de 2021.

SANFORD, A.M. Mild Cognitive Impairment. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(3):325-337. Disponível em [doi:10.1016/j.cger.2017.02.005](https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.005). Acesso em 12 de outubro de 2021.

US Preventive Services Task Force. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;323(8):757–763. Disponível em [doi:10.1001/jama.2020.0435](https://doi.org/10.1001/jama.2020.0435) Acesso em 12 de outubro de 2021.

## ESTILO DE VIDA E LONGEVIDADE

Luana Rodrigues Rosseto Felipe<sup>37</sup>

Lislei Jorge Patrizzi Martins<sup>38</sup>

A população brasileira manteve a tendência crescente no número de idosos superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios – IBGE.

Estima-se que em 2050, o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2010).

Esses dados podem ser considerados positivos, na medida em que esses anos adicionais estejam associados com independência funcional resultando em qualidade de vida satisfatória, no entanto, o Ministério da Saúde (2011) afirma que a maior longevidade da população, vem modificando o perfil epidemiológico no país, com aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o estilo de vida é definido como “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Com o aumento constante da expectativa de vida no Brasil e no mundo, nas últimas décadas, as discussões sobre envelhecimento saudável ou bem-sucedido vem ganhando destaque. Embora ainda não exista uma definição final para envelhecimento saudável, as principais publicações o caracterizam como tendo um baixo risco de doença e incapacidade relacionada à doença, alta capacidade funcional cognitiva e física e estar ativamente envolvido com a vida (COSCO et al., 2014). As reflexões para o alcance do envelhecimento saudável baseiam-se em fatores de estilo de vida potencialmente modificáveis.

---

<sup>37</sup> Doutoranda em Atenção à Saúde (UFTM).  
CV: <http://lattes.cnpq.br/0646744517260798>

<sup>38</sup> Doutorado em Clínica Médica (USP). Docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/7495633886796120>

As perspectivas brasileiras estão de acordo com as diretrizes e princípios do plano da OMS, abordando os quatro principais fatores de risco modificáveis: sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Todos estes fatores de risco estão fortemente associados às doenças crônicas não transmissíveis e ainda são responsáveis em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade e pela elevada prevalência de hipertensão arterial e hipercolesterolemia no país (BRASIL, 2011) (MALTA; SILVA JR., 2014). Uma revisão sistemática mostrou que a ingestão de álcool, o tabagismo, a inatividade física e a baixa ingestão de frutas e vegetais são considerados os principais fatores que interferem no estilo de vida. (MEADER et al., 2016). As ampliações no âmbito educacional trazem a aquisição de conhecimentos, a troca de experiências saudáveis e principalmente a busca do bem-estar e da satisfação pessoal. Entendendo o desenvolvimento humano como uma construção contínua, à medida que são conhecidos e principalmente praticados os comportamentos saudáveis, há uma contribuição para uma formação humana complexa capaz de intervir na sociedade em busca de comportamentos saudáveis (ALMEIDA; CASOTTI; SENA, 2018).

Compreendendo a dimensão sobre hábitos de vida para além dos contextos físicos, considerando as reflexões sociais, econômicas e culturais envolvidas, algumas regiões no mundo são conhecidas por terem uma alta taxa de longevidade, baseadas em escolhas saudáveis de vida. Estas cinco regiões são conhecidas como Blue Zones, onde os bons hábitos de vida praticados ao longo dos anos, resultam em uma população com expectativa e qualidade de vida maiores do que o restante da população em geral. São consideradas Blue Zones as regiões de Loma Linda, Estados Unidos; Nicoya, Costa Rica; Sardenha, Itália; Ikaria, Grécia e Okinawa, Japão. Nove aspectos de “escolhas saudáveis” são pontuados para a longevidade encontrada nestes locais: mover-se naturalmente, evitando comportamentos sedentários; ter objetivo de vida ou senso de propósito; ter uma rotina que favoreça o abandono do estresse; ter refeições menores, principalmente no final da tarde; ingerir leguminosas com frequência e diminuir a ingestão de carne, principalmente a carne de porco; ingerir vinho em pequenas quantidades; pertencer a

alguma comunidade baseada na fé; ter familiares próximos e cuidar da família; ter círculo de amizades saudáveis e com os mesmos objetivos de vida (BUETTNER; SKEMP, 2016).

Loma Linda se destaca como uma Blue Zone em função de uma comunidade específica, os Adventistas do Sétimo Dia, que possuem diversos costumes e também hábitos de vida que de forma resumida envolvem: alimentação saudável, prática de exercício físico, exposição adequada ao sol e ao ar puro, repouso e descanso, ingestão de água adequada, temperança e confiança em Deus.

Faremos agora uma reflexão sobre oito pilares para a promoção da saúde das populações. Vamos iniciar com a alimentação.

Uma **alimentação** rica em frutas e hortaliças pode ser benéfica para a saúde, despertando o interesse em dietas a base de plantas. Estudos relataram um efeito protetor significativo deste tipo de dieta na mortalidade por doenças isquêmicas cardíacas e na presença de cânceres em geral (DINU et al., 2017), além de estar associada a menor prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares (MATSUMOTO et al., 2019). Tais padrões alimentares apresentam outro benefício importante ao observar evidências de estarem associados à redução de marcadores inflamatórios, como a proteína C-reativa, fibrinogênio e concentrações leucocitárias totais (CRADDOCK et al., 2019).

A alimentação baseada em plantas inclui frutas, legumes, cereais integrais, legumes e nozes (QIAN et al., 2019). Dietas compostas por estes grupos alimentares contêm fibras, vitaminas e minerais, antioxidantes, compostos fenólicos e ácidos graxos insaturados, que melhoram a sensibilidade à insulina (KAHLEOVA et al., 2018) e a pressão arterial (YOKOYAMA et al., 2014), reduzem o ganho de peso a longo prazo e melhoram a inflamação sistêmica (HAGHIGHATDOOST et al., 2017), vias envolvidas na maioria das doenças crônicas não transmissíveis (EICHELMANN et al., 2016). Por outro lado, dietas não saudáveis representam um risco maior de morbidade e mortalidade, sendo considerado mais elevado do que o sexo inseguro e o uso de álcool, drogas e tabaco juntos (WILLETT et al., 2019). Os aumentos no consumo

de carne vermelha, especialmente carne processada, são associados a um maior risco de morte, portanto a substituição do consumo de carne vermelha e processada por alternativas alimentares saudáveis devem ser consideradas (VIRTANEN et al., 2019)(ZHENG et al., 2019).

O **Exercício físico** é o nosso segundo pilar. Fazer alguma prática de exercício físico, pelo menos uma vez por semana, está associado à redução do risco de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes entre adultos e idosos (BARRETO et al., 2017). Além das doenças cardiovasculares, há um menor risco de cânceres e mortalidade de maneira geral, em indivíduos que se mantem ativos (CELIS-MORALES et al., 2017). O exercício físico contribui para o envelhecimento saudável, com menores riscos de morbidade, mortalidades e quedas, uma vez quando a capacidade de exercício se encontra reduzida, é associada a um risco maior de mortalidade em geral (MCAULEY et al., 2016). Além disso, o exercício também auxilia na manutenção do sistema cognitivo em níveis elevados, uma vez que melhoram o controle inibitório, a flexibilidade cognitiva e a memória de trabalho (LUDYGA et al., 2016).

Pessoas com depressão e ansiedade também apresentaram maiores níveis de comportamento sedentário (STUBBS et al., 2018)(VANCAMPFORT et al., 2018). O comportamento sedentário também mostrou relação com o aumento da dor lombar crônica (PESARICO et al., 2019).

Conhecendo os benefícios do exercício físico e as motivações que o trazem para a rotina dos indivíduos, esta é mais uma prática de promoção de saúde que deve ser estimulada.

Outro importante pilar é a água. A ingestão hídrica é uma necessidade fisiológica do organismo humano e que promove a saúde. A água é o constituinte mais abundante do corpo e é um nutriente fundamental à vida e desempenha diversas funções orgânicas, sendo sua ingestão diária essencial à saúde. É bem conhecido que o estado de hidratação adequado está associado à preservação das funções físicas e mentais e que a ingestão de água é a melhor maneira de alcançar a hidratação (LIEBERMAN, 2007)(MURRAY, 2007). As recomendações de ingestão de água variam de acordo com diferentes órgãos de saúde.

No Guia Alimentar para a População Brasileira indica-se um método prático para calcular a necessidade de água para indivíduos adultos, que consiste em considerar o consumo de 1 mL/kcal de energia gasta em condições moderadas de gasto energético e temperaturas ambientais não muito elevadas. A média diária de ingestão oral de água, pelo adulto, também pode ser considerada como de 1.500 a 3.000L ou em torno de 30 a 40ml/kg de peso corpóreo (PHILIPPI, 2008). Não é incomum as recomendações hídricas não serem atingidas (NISSENSOHN et al., 2017). De acordo com estes achados, a hidratação humana é um tema essencial para os contextos de saúde.

Outro pilar de extrema importância é a luz solar. A exposição à luz solar, também é considerada um bom hábito que promove saúde, e já vem sendo descrita há anos como benéfica ao ser humano. Nas últimas décadas, estudos relataram associações favoráveis entre a exposição à luz solar e benefícios como a prevenção do câncer de cólon, mama, próstata, linfoma não-Hodgkin, esclerose múltipla, hipertensão e diabetes, sendo tais efeitos, atribuídos à presença de vitamina D, absorvida da luz solar (HOEL et al., 2016). Outras evidências relacionadas com a luz solar também demonstraram que imunomodulação, a formação de óxido nítrico, a melatonina, a serotonina e os relógios circadianos também estão benéficamente relacionados com a exposição ao sol (VAN DER RHEE; DE VRIES; COEBERGH, 2016). Sabe-se também que a exposição solar aumenta o óxido nítrico circulante, diminuindo os riscos para hipertensão e a doença cardiovascular (LIU et al., 2014) As Diretivas de Saúde Pública da Exposição Solar traz que todas as pessoas no mundo, independentemente da cor da pele ou latitude de residência, exceto aquelas com extraordinária sensibilidade à luz solar, devem obter exposição solar suficiente para manter um nível sérico ideais de vitamina D, tomando cuidado para evitar queimaduras solares (HOEL; DE GRUIJL, 2018). Um estudo controlado, levou à estimativa de que cerca de meia hora de sol de verão do meio dia três vezes por semana com poucas roupas seria suficiente para que 90% dos caucasianos brancos atingissem um nível sérico ideal de vitamina D sem danos à saúde (WEBB et al., 2011).

A **temperança** também é considerada um pilar que promove a saúde. A homeostase corporal, bem como o domínio próprio podem ir além das funções puramente orgânicas. Em uma ampliação de conceitos, as escolhas de vida podem ser consideradas, como a abstinência às drogas, cigarros, álcool e outras substâncias inerentes ao prejuízo do corpo. Nesse sentido, os vícios são considerados desafios para a saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública (MARTINS; MARTINS, 2018). Estes dados refletem nos problemas de saúde encontrados no país, principalmente relacionados as doenças crônicas não transmissíveis. Entendendo a importância da temperança, equilíbrio ou domínio próprio de todas as ações referentes à saúde física e mental, estratégias para o alcance destas virtudes devem ser urgentemente repensadas.

O **ar puro** é outro importante pilar. O ar é essencial para a manutenção de uma vida com saúde. É através do ar que absorvemos o oxigênio e outros gases inerentes à função orgânica. No Brasil, a Organização Mundial da Saúde estima que a poluição atmosférica cause cerca de 20 mil óbitos/ano, valor cinco vezes superior ao número de óbitos estimado pelo tabagismo ambiental/passivo (OBERG et al., 2011). A poluição do ar afeta significativamente a modulação autonômica cardíaca, além de aumentar significativamente a pressão arterial diastólica e reduzir a função pulmonar (COLEHUNTER et al., 2018). Também está relacionada com o início da depressão e aumento do risco de mortalidade (KIOU-MOURTZOGLOU et al., 2017)(DI et al., 2017). Como nem sempre é possível estar em locais com poluição do ar baixa ou sem poluição, os estudos vêm tentando entender o que seria possível realizar, mesmo em um ambiente poluído, para diminuir os prejuízos causados pela poluição ambiental. Alguns achados sugerem que a exposição a curto prazo à poluição impede os efeitos cardiopulmonares benéficos da caminhada em pessoas com ou sem doenças cardiopulmonares crônicas (SINHARAY et al., 2018). Outro trabalho já sugere que a atividade cardiorrespiratória planejada, regular e sistemática influencia positivamente a integridade cerebral e os mecanismos de transporte de oxigênio, independentemente dos níveis de poluição do ar (MOLINA-SOTOMAYOR et al., 2019).

A dor também pode ser afetada por modulações envolvidas nos exercícios respiratórios, tanto supervisionados, como não supervisionados (TOMAS-CARUS et al., 2019). A conscientização diafragmática também traz benefícios para o parâmetros ventilatórios gerais, melhorando as capacidades e volumes pulmonares, parâmetros essenciais para a proteção das funções respiratórias (BAHENSKÝ; MALÁTOVÁ; BUNC, 2019) A busca pela proteção ambiental, favorecendo a ampliação de ambientes com ar puro, deve ser uma estratégia para diminuir a poluição ambiental. Por outro lado, o incentivo à prática de exercícios físicos aeróbicos e respiratórios parecem ser alternativas para a proteção das funções respiratórias e estados emocionais.

**Descanso e Sono** também são importantes pilares responsáveis por mais vida e mais saúde. O descanso e o sono, também contribuem para uma vida com mais saúde e conseqüentemente menos doenças. O descanso e o sono, são funções fisiológicas complexas, naturais, necessárias ao organismo e ao cérebro, cuja finalidade é restaurar um padrão ideal de funcionamento do corpo. A quantidade recomendada de sono para atingir uma melhor saúde e qualidade de vida, varia ao longo da vida, com uma diminuição gradual do nascimento até a idade adulta. A duração é apenas um componente do sono, no entanto, a qualidade do sono tem sido destacada como mais importante e reconhecido elemento vital da saúde geral e bem-estar (BIRD, 2013). Nota-se a importância do sono e do repouso quando se evidencia os prejuízos quando há restrição dos mesmos, como o mal funcionamento neurocognitivo em vigília, o prejuízo da atenção sustentada, função executiva e da memória a longo prazo (LOWE; SAFATI; HALL, 2017). A diminuição do sono ainda se demonstrou imunossupressora, aumentando a suscetibilidade a infecções, principalmente do trato respiratório superior, reforçando a importância do sono e repouso para a saúde (PRATHER et al., 2015). Dormir pouco (menos de 7 horas por noite) ou muito (mais de 8 horas por noite) está positivamente associado à obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares entreadultos (BUXTON; MARCELLI, 2010). O aumento do risco de desenvolver diabetes também já foi descrito na literatura tanto em indivíduos que dormem pouco, como também



nos que dormem muito (YAGGI; ARAUJO; MCKINLAY, 2006). A depressão, estresse, satisfação com a vida e auto eficácia nas relações sociais também são variáveis influenciadas por hábitos de vida, incluindo duração do sono (KLESZCZEWSKA et al., 2019). Diante de uma noite com menos de 7 horas de sono, períodos de sonolência diurna ocorrem com maior frequência, sendo associados com maiores chances de obesidade (MAUGERI et al., 2018). O comportamento sedentário, também está associado tanto a curto quanto a longo períodos do sono (ŠTEFAN; HORVATIN; BAIĆ, 2019). Os aconselhamentos referentes a importância do descanso e de uma noite de sono adequada parecem ser relevantes ao estilo de vida saudável.

O último pilar que será abordado é a **Confiança em Deus/ Espiritualidade**. A espiritualidade tem uma de suas definições envolvidas com a maneira de estar no mundo, a qual a pessoa sente um senso de conexão com o eu, com os outros e/ou com um poder ou natureza mais elevados; um senso de significado na vida e transcendência além da vida cotidiana e do sofrimento (WEATHERS; MCCARTHY; COFFEY, 2016). Um outro conceito também é expressado por: “A espiritualidade é um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual as pessoas buscam significado, propósito e transcendência últimos, e experimentam relacionamento com o eu, família, outros, comunidade, sociedade, natureza e o significativo ou sagrado. A espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas ” (PUCHALSKI et al., 2014). A espiritualidade pode ajudar pessoas em várias circunstâncias e é fundamental para a vida em geral, especialmente se tratando da saúde em sua concepção holística. A literatura chama a atenção para que a espiritualidade compreende múltiplas dimensões que existem internamente ou que se manifestam externamente através de comportamentos. A presença e o uso da espiritualidade podem levar a resultados como paz de espírito, auto realização e alívio do sofrimento (LEPHERD, 2015). Seu papel na medicina e nos cuidados em saúde tem sido cada vez mais reconhecido nos últimos anos. O aumento da tolerância à dor e redução da intensidade da dor, também foi encontrada com uma intervenção baseada em meditação (SOLLGRUBER et al., 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice com doenças crônicas não transmissíveis já é considerada como um sério desafio de saúde pública em nosso país. Estratégias de promoção da saúde precisam ser adotadas em todas as faixas etárias com o intuito de sensibilizar a população para uma mudança do estilo de vida. Neste capítulo fizemos a descrição de um estilo de vida comum em uma das áreas de maior longevidade com qualidade de vida – Loma Linda / Califórnia – EUA. A prática dos oito pilares de saúde descritas neste capítulo, quando utilizadas diariamente e como hábito de vida poderão proporcionar mais vida e mais saúde para você, experimente!

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. B. DE; CASOTTI, C. A.; SENA, E. L. DA S. Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. v. 2, n. 36, p. 220–229, 2018.

BAHENSKÝ, P.; MALÁTOVÁ, R.; BUNC, V. Changed dynamic ventilation parameters as a result of a breathing exercise intervention programme. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 4 mar. 2019.

BARRETO, P. DE S. et al. Physical Activity and Incident Chronic Diseases: A Longitudinal Observational Study in 16 European Countries. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 52, n. 3, p. 373–378, 1 mar. 2017.

BIRD, S. P. Sleep, Recovery, and Athletic Performance: A Brief Review and Recommendations. *Strength & Conditioning Journal*, v. 35, n. 5, p. 43–47, out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, v. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUETTNER, D.; SKEMP, S. Blue Zones: Lessons From the World's Longest Lived. *American Journal of Lifestyle Medicine*, v. 10, n. 5, p. 318–321, 1 set. 2016.

BUXTON, O. M.; MARCELLI, E. Short and long sleep are positively associated with obesity, diabetes, hypertension, and cardiovascular disease among adults in the United States. *Social Science & Medicine* (1982), v. 71, n. 5, p. 1027–1036, set. 2010.

CELIS-MORALES, C. A. et al. Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study. *BMJ* (Clinical research ed.), v. 357, p. j1456, 19 abr. 2017.

COLE-HUNTER, T. et al. Estimated effects of air pollution and space-time-activity on cardiopulmonary outcomes in healthy adults: A repeated measures study. *Environment International*, v. 111, p. 247–259, 2018.

COSCO, T. D. et al. Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, v. 26, n. 3, p. 373–381, mar. 2014.

CRADDOCK, J. C. et al. Vegetarian-Based Dietary Patterns and their Relation with Inflammatory and Immune Biomarkers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advances in Nutrition (Bethesda, Md.)*, v. 10, n. 3, p. 433–451, 1 maio 2019.

DI, Q. et al. Association of Short-term Exposure to Air Pollution With Mortality in Older Adults. *JAMA*, v. 318, n. 24, p. 2446–2456, 26 2017.

DINU, M. et al. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, v. 57, n. 17, p. 3640–3649, 22 nov. 2017.

EICHELMANN, F. et al. Effect of plant-based diets on obesity-related inflammatory profiles: a systematic review and meta-analysis of intervention trials. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, v. 17, n. 11, p. 1067–1079, 2016.

HAGHIGHATDOOST, F. et al. Association of vegetarian diet with inflammatory biomarkers: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutrition*, v. 20, n. 15, p. 2713–2721, out. 2017.

HOEL, D. G. et al. The risks and benefits of sun exposure 2016. *Dermato-endocrinology*, v. 8, n. 1, 19 out. 2016.

HOEL, D. G.; DE GRUIJL, F. R. Sun Exposure Public Health Directives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 12, dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1o de julho de 2017. 2017.

KAHLEOVA, H. et al. A Plant-Based Dietary Intervention Improves Beta-Cell Function and Insulin Resistance in Overweight Adults: A 16-Week Randomized Clinical Trial. *Nutrients*, v. 10, n. 2, 9 fev. 2018. KIM, K.

KIOUMOURTZOGLOU, M.-A. et al. The Association Between Air Pollution and Onset of Depression Among Middle-Aged and Older Women. *American Journal of Epidemiology*, v. 185, n. 9, p. 801–809, 01 2017.

KLESZCZEWSKA, D. et al. Physical Activity, Sedentary Behaviours and Duration of Sleep as Factors Affecting the Well-Being of Young People against the Background

of Environmental Moderators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 6, 14 2019.

LEPHERD, L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? *International Journal of Nursing Practice*, v. 21, n. 5, p. 566–574, 2015.

LIEBERMAN, H. R. Hydration and cognition: a critical review and recommendations for future research. *Journal of the American College of Nutrition*, v. 26, n. 5 Suppl, p. 555S–561S, out. 2007.

LIU, D. et al. UVA irradiation of human skin vasodilates arterial vasculature and lowers blood pressure independently of nitric oxide synthase. *The Journal of Investigative Dermatology*, v. 134, n. 7, p. 1839–1846, Jul. 2014.

LOWE, C. J.; SAFATI, A.; HALL, P. A. The neurocognitive consequences of sleep restriction: A meta-analytic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v. 80, p. 586–604, set. 2017.

LUDYGA, S. et al. Acute effects of moderate aerobic exercise on specific aspects of executive function in different age and fitness groups: A meta-analysis. *Psychophysiology*, v. 53, n. 11, p. 1611–1626, nov. 2016.

MALTA, D. C.; SILVA JR., J. B. DA. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011–2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 3, p. 389–395, set. 2014.

MARTINS, A. P. B.; MARTINS, A. P. B. É PRECISO TRATAR A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA. *Revista de Administração de Empresas*, v. 58, n. 3, p. 337–341, jun. 2018.

MATSUMOTO, S. et al. Association between vegetarian diets and cardiovascular risk factors in non-Hispanic white participants of the Adventist Health Study-2. *Journal of Nutritional Science*, v. 8, 21 fev. 2019.

MAUGERI, A. et al. Sleep Duration and Excessive Daytime Sleepiness Are Associated with Obesity Independent of Diet and Physical Activity. *Nutrients*, v. 10, n. 9, 3 set. 2018.

MCAULEY, P. A. et al. Fitness, Fatness, and Mortality: The FIT (Henry Ford Exercise Testing) Project. *The American Journal of Medicine*, v. 129, n. 9, p. 960–965.e1, set. 2016.

MEADER, N. et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, v. 16, 29 Jul. 2016.

MOLINA-SOTOMAYOR, E. et al. Effects of Cardiorespiratory Exercise on Cognition in Older Women Exposed to Air Pollution. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 2, Jan. 2019.

MURRAY, B. Hydration and physical performance. *Journal of the American College of Nutrition*, v. 26, n. 5 Suppl, p. 542S–548S, out. 2007.

NISSENSOHN, M. et al. Beverage Consumption Habits among the European Population: Association with Total Water and Energy Intakes. *Nutrients*, v. 9, n. 4, 13 abr. 2017.

OBERG, M. et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet (London, England)*, v. 377, n. 9760, p. 139–146, 8 Jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Report on the global tobacco epidemic OMS, 2013.

PESARICO, A. P. et al. Chronic Stress Modulates Interneuronal Plasticity: Effects on PSANCAM and Perineuronal Nets in Cortical and Extracortical Regions. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, v. 13, 7 maio 2019.

PHILIPPI, S. T. Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. Barueri: Manole, 2008.

PRATHER, A. A. et al. Behaviorally Assessed Sleep and Susceptibility to the Common Cold. *Sleep*, v. 38, n. 9, p. 1353–1359, 1 set. 2015.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 6, p. 642–656, 1 jun. 2014.

QIAN, F. et al. Association Between Plant-Based Dietary Patterns and Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 22 jul. 2019.

SINHARAY, R. et al. Respiratory and cardiovascular responses to walking down a traffic-polluted road compared with walking in a traffic-free area in participants aged 60 years and older with chronic lung or heart disease and age-matched healthy controls: a randomised, crossover study. *Lancet (London, England)*, v. 391, n. 10118, p. 339–349, 27 2018.

SOLLGRUBER, A. et al. Spirituality in pain medicine: A randomized experiment of pain perception, heart rate and religious spiritual well-being by using a single session meditation methodology. *PLoS One*, v. 13, n. 9, p. e0203336, 2018.

ŠTEFAN, L.; HORVATIN, M.; BAIĆ, M. Are Sedentary Behaviors Associated with Sleep Duration? A Cross-Sectional Case from Croatia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 2, 12 2019.

STUBBS, B. et al. Relationship between sedentary behavior and depression: A mediation analysis of influential factors across the lifespan among 42,469 people in low- and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, v. 229, p. 231–238, 15 2018.

TOMAS-CARUS, P. et al. Non-supervised breathing exercise regimen in women with fibromyalgia: A quasi-experimental exploratory study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 35, p. 170–176, maio 2019.

VAN DER RHEE, H. J.; DE VRIES, E.; COEBERGH, J. W. Regular sun exposure benefits health. *Medical Hypotheses*, v. 97, p. 34–37, dez. 2016.

VANCAMPFORT, D. et al. Sedentary behavior and anxiety: Association and influential factors among 42,469 community-dwelling adults in six low- and middle-income countries. *General Hospital Psychiatry*, v. 50, p. 26–32, fev. 2018.

VIRTANEN, H. E. K. et al. Dietary proteins and protein sources and risk of death: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 109, n. 5, p. 1462–1471, 1 maio 2019.

WEATHERS, E.; MCCARTHY, G.; COFFEY, A. Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, v. 51, n. 2, p. 79–96, 2016.

WEBB, A. R. et al. The vitamin D debate: translating controlled experiments into reality for human sun exposure times. *Photochemistry and Photobiology*, v. 87, n. 3, p. 741–745, jun. 2011.

WILLETT, W. et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, v. 393, n. 10170, p. 447–492, 2 fev. 2019.

YAGGI, H. K.; ARAUJO, A. B.; MCKINLAY, J. B. Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, v. 29, n. 3, p. 657–661, mar. 2006.

YOKOYAMA, Y. et al. Vegetarian diets and blood pressure: a meta-analysis. *JAMA internal medicine*, v. 174, n. 4, p. 577–587, abr. 2014.

ZHENG, Y. et al. Association of changes in red meat consumption with total and cause specific mortality among US women and men: two prospective cohort studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 365, p. l2110, 12 2019.

# EVENTOS ADVERSOS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMMUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Ítala da Silva Martins<sup>39</sup>

Franciele Santos de Oliveira<sup>40</sup>

Laize Gabriele de Castro Silva<sup>41</sup>

Frankly Eudes Sousa Martins<sup>42</sup>

Wanderson da Silva Martins<sup>43</sup>

Ana Carolina Patrício Albuquerque Sousa<sup>44</sup>

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, marcado por alterações ao longo do curso da vida, envolvendo fatores genéticos, biológicos, socioeconômicos e hábitos de vida (BORGES, 2014). O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, sendo explicado pela diminuição da fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida, decorrente dos avanços da medicina e da implementação de políticas públicas (PINTO et al, 2016). Com o aumento da população idosa no Brasil, percebe-se a necessidade de implementação de políticas públicas direcionadas a esse público, a fim de prevenir e/ou tratar os eventos adversos e promover um envelhecimento saudável com qualidade de vida e preservação da autonomia do idoso.

De acordo com SANTANA (2010), a promoção da saúde contribui de maneira importante para que o idoso tenha melhor qualidade de vida

<sup>39</sup> Especialista em Atenção Básica (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/6844178408282231>

<sup>40</sup> Especialista em Atenção Básica (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/5691289557950070>

<sup>41</sup> Especialista em Atenção Básica (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/3263326634783446>

<sup>42</sup> Especialista em Atenção Básica (UFRN). CV: <http://lattes.cnpq.br/2915074935521005>

<sup>43</sup> Mestre em Sistemas Agroindustriais (UFCEG).

CV: <http://lattes.cnpq.br/4324664244669185>

<sup>44</sup> Doutora em Ciências da Saúde UFRN). Docente (UFRN).

CV: <http://lattes.cnpq.br/3934508395223787>

e permaneça ativo na sociedade. Por outro lado, dentre os agravantes do envelhecimento destacam-se o surgimento das doenças crônico-degenerativas que aumentam o risco de eventos adversos tais como: a ocorrência de comorbidades, o risco de quedas, a hospitalização, e a incapacidade funcional (AMARAL et al, 2013). É importante ressaltar que os eventos adversos, no processo de envelhecimento, aumentam a ocorrência de morbi-mortalidade, oneram os custos de saúde e podem ocasionar morte prematura, sendo assim, identificados como problemas de saúde pública (SILVA, et al, 2015).

Por conseguinte, a política nacional de saúde da pessoa idosa enfatiza a necessidade de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com a utilização de instrumentos técnicos validados para a avaliação funcional e psicossocial, a partir da atenção primária à saúde. Pois, através de uma avaliação multidimensional do idoso é possível prevenir e/ou amenizar os eventos adversos no processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como porta de entrada preferencial, imprescindível provedora da atenção e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2017). Entretanto, os processos organizacionais da APS são influenciados pela gestão local e pelos diferentes contextos regionais, de forma que municípios brasileiros, distantes dos grandes centros urbanos, apresentam diversas dificuldades para a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (MEDINA; HARTZ, 2009).

Contudo, percebe-se a necessidade de identificar quais eventos adversos estão presentes em idosos atendidos na APS de um município do interior do nordeste brasileiro, com alto índice de longevidade, a fim de orientar os profissionais de saúde na prevenção desses eventos e na promoção de saúde. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivos: investigar a ocorrência de eventos adversos em idosos atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS), traçar o perfil sociodemográfico, avaliar a percepção de saúde, os hábitos de vida e a satisfação desses idosos quanto à oferta de serviços de saúde na UBS.



## CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e caráter transversal, desenvolvido no período de setembro a novembro de 2018, em Caicó, município do estado do Rio Grande do Norte (RN), distante 282 km da capital estadual, Natal.

De acordo com os dados do censo de 2010, Caicó possui, aproximadamente, setenta mil habitantes, com densidade populacional de 54,99 hab./Km<sup>2</sup>, sendo a sétima cidade mais populosa do estado e a 2<sup>a</sup> mais populosa do interior do RN (IBGE, 2010). Ainda de acordo com o IBGE, possui IDH de 0,71, sendo este, o quarto melhor índice de desenvolvimento humano do estado. Além disso, apresenta um crescente índice de longevidade humana, tendo uma expectativa de vida em torno de 74,4 anos, maior do que a média nacional e uma das maiores dentre os municípios do norte-nordeste (IBGE, 2018).

O presente estudo teve como alvo os idosos, a partir de 65 anos, atendidos em cinco unidades básicas de saúde (UBS) do município de Caicó – RN. Ao todo, o município apresenta dezoito UBS totalizando uma cobertura populacional em torno de 95%. A amostra foi obtida por conveniência, de acordo com a atuação dos residentes do programa de residência multiprofissional em atenção básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte/UFRN.

Os dados foram coletados por três fisioterapeutas treinados para aplicar os instrumentos de coleta. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa e assinar o TCLE. As informações coletadas foram referentes a: características sociodemográficas, consumo de álcool e tabaco, condições de vida e saúde, satisfação do usuário quanto ao serviço de saúde.

Em relação às características sócio-demográficas, foram coletadas as seguintes informações: gênero/sexo, idade, escolaridade, renda familiar, cor/etnia, estado civil e prática religiosa.

O consumo de álcool e tabaco foi investigado através do questionário VIGITEL, o qual questiona se o indivíduo consome álcool e/ou tabaco, quantas vezes por semana/dia.

A prática de atividade física foi investigada perguntando se nos últimos três meses o participante praticou ou tem praticado algum tipo de exercício físico e/ou esporte e com qual frequência.

O nível cognitivo foi avaliado utilizando o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido originalmente por Folstein et al (1975). O MEEM é um teste breve composto por itens sobre orientação temporoespacial, registro de informações, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e praxia construcional (FOSTEIN; FOSTEIN; MCHUGH, 1975). Dessa forma, o MEEM através de diversas perguntas que exigem a atenção e a concentração, busca avaliar a memória e a habilidade cognitiva geral do idoso (BRUCKI, 2003). O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo estabelecido como ponto de corte o valor  $\geq 17$  (SOUSA, 2013).

A mobilidade foi avaliada utilizando o *Time Up and Go Test* (TUG). O TUG é um teste utilizado para avaliar a mobilidade funcional do indivíduo, por meio da análise do equilíbrio sentado, transferências de sentado para de pé, estabilidade na deambulação e mudança do curso da marcha, sem a utilização de estratégias compensatórias (RUZENE; NAVEGA, 2014).

O risco de quedas foi investigado pelo histórico de quedas. O histórico de quedas é um registro do número de quedas que o idoso sofreu nos últimos 12 meses. Essa é uma avaliação retroativa, na qual o avaliado deve se lembrar da quantidade de quedas sofridas no último ano: se nenhuma queda, uma queda, e duas ou mais quedas. Vale ressaltar que já ter caído uma vez, no histórico dos últimos 12 meses, é um fator de risco para cair outras vezes (REIS; ROCHA; DUARTE, 2014).

A presença de comorbidades foi avaliada através do auto-relato, considerando o diagnóstico médico no último ano das seguintes doenças crônicas: doenças cardíacas, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tumor maligno, artrite ou reumatismo, doenças pulmonares, depressão, osteoporose e acidente vascular encefálico (AVE). Foi considerada presença de comorbidades apresentar duas ou mais enfermidades.

A percepção de saúde foi avaliada perguntando ao idoso como ele considera sua saúde, cuja resposta varia entre muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim.

A sintomatologia depressiva foi avaliada aplicando a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS-15*) que constitui um instrumento de rastreio rápido, simples e útil para a identificação de sintomas depressivos ou vulnerabilidade à depressão na velhice (SHEIKH; YESAVAGE, 1986). A versão curta da GDS contém quinze questões e tem validação brasileira.

Para cada resposta do paciente que coincidir com a sintomatologia depressiva, é atribuído 1 ponto, e o escore total é o resultado da soma de todas essas respostas. Caso o escore total seja  $\leq 5$ , considera-se como “não caso” para depressão; caso seja  $> 5$ , considera-se como “caso” para depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Para avaliar a satisfação do idoso em relação ao serviço prestado na ESF, aplicou-se as seguintes questões do 2º ciclo do PMAQ (Programa de melhoria e avaliação da qualidade):

1. Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?, Cujas respostas variam de muito bem, bem, regular, ruim ou muito ruim;
2. Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde? Cujas respostas variam de sempre, na maioria das vezes, quase nunca ou nunca.
3. Como o(a) senhor(a) tem acesso aos medicamentos prescritos pelo médico? Cujas alternativas são: (1) Compra com o seu dinheiro \ (2) Compra com os recursos da família \ (3) Obtém no posto de saúde \ (4) Qualquer composição (1+2), (1+3), (2+3), (1+2+3) ou doação.
4. O (A) senhor(a) deixa de tomar algum medicamento prescrito por dificuldade financeira de comprá-lo? Cujas alternativas são (1) SIM \ (2) Não.

Os dados foram armazenados e processados no software *Statistics Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0 para windows. A análise dos dados constou de estatística descritiva com medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) e frequências absoluta e relativa para caracterização da amostra.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (CEP FACISA – UFRN), conforme as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as suas recomendações. Nº do Protocolo: 2.756.715.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao final, foram avaliados 109 idosos, com idades entre 65 e 88 anos, sendo a média de idade 71,5 anos  $\pm$  5,5 anos, a maioria do sexo feminino, com escolaridade abaixo do nível fundamental completo, renda familiar menor que dois salários, estado civil casado ou união estável, cor branca e praticante de alguma religião, conforme tabela 1.

A predominante frequência de idosas pode ser explicada pela maior preocupação das mulheres com a saúde, sempre buscando a prevenção, enquanto os homens buscam menos os serviços de saúde, restringindo-se, majoritariamente, aos casos emergenciais, seja por questões culturais ou por dificuldade de se ausentar do trabalho (KUCHEMANN, 2014). Todavia, percebe-se a necessidade de estratégias que favoreçam a adesão do público masculino às campanhas de saúde, bem como um autocuidado de forma contínua, buscando os serviços de saúde para prevenção e tratamento em momentos oportunos. Para tanto, as unidades básicas de saúde podem ofertar horários alternativos no período noturno ou aos sábados, bem como realizar ações de saúde integrada com o ambiente de trabalho e/ou com os equipamentos sociais tais como: associações de bairro, igrejas e centros de convivência.

**Tabela 1-** Perfil sociodemográfico dos idosos, Caicó/RN.

Variáveis	N	%
<b>Idade [M=71,5± 5,5]</b>		
65 a 69 anos	50	45,9
70 a 74 anos	27	24,8
75 anos ou mais	32	29,3
<b>Gênero</b>		
Feminino	84	77,1
Masculino	25	22,9
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	10	9,2
Fundamental incompleto	70	64,2
Fundamental completo	19	17,4
Médio incompleto	3	2,8
Médio completo	6	5,5
Superior ou mais	1	0,9
<b>Renda familiar</b>		
Menos de 1 salário	10	9,2
1 salário	26	23,9
Mais de 1 e > 2 salários	20	18,3
Entre 2 e 4 salários	52	47,7
Maior que 4 salários	1	0,9
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	12	11,0
Casado	52	47,7
Separado	12	11,0
Viúvo	33	30,3
<b>Cor autopercebida</b>		
Amarela	6	5,5
Branca	51	46,8
Indígena	1	0,9
Negra	15	13,8
Parda	36	33,0

Religião		
Sim	101	92,7
Não	7	6,4
NãoRespondeu	1	0,9

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 2 caracteriza os idosos de acordo com os hábitos de vida e as condições de saúde. Em relação aos hábitos de vida, a maioria relatou não fumar (92,7%), não fazer uso de álcool (91,7%) e não praticar atividade física (60,6%).

Estudos mostram que conforme a idade aumenta, as pessoas vão ficando menos ativas (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000), eo sedentarismo está associado à mortalidade, depressão, demência, ansiedade, alterações do humor, maior ocorrência de queda e debilidade física em idosos (GUALANO; TINUCCI, 2011).

A APS pode contribuir para mudança dessa realidade através da implementação de programas de atividade física como a academia da saúde e grupos de atividade física acompanhado por profissionais como educadores físicos e fisioterapeutas para proporcionarem a prática de atividade física de forma segura e direcionada (SÁ et al., 2016). Alves et al. (2004), destaca os benefícios dos exercícios físicos para idosos, como medida preventiva considerável para postergar o máximo possível os efeitos do envelhecimento na aptidão física e contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade nos idosos.

Em relação às condições de saúde, no presente estudo a maioria dos idosos não teve déficit cognitivo nem sintomatologia depressiva, isso porque os idosos participantes desta pesquisa em sua maioria têm menos de 75 anos, são comunitários e não apresentam déficit motor ou cognitivo grave. Segundo Maciel e Guerra (2006), a prevalência de sintomatologia depressiva no interior do nordeste brasileiro foi de 25,5%, enquanto que a frequência neste estudo foi de 19,3%.

Já em relação ao auto-relato de percepção da saúde, este estudo revelou que a maioria (66%) dos idosos tem uma saúde que precisa melhorar.

De acordo com estudos feitos por Ramos et al. (2015), a maior parte dos idosos descreveu sua saúde como razoável ou ruim, corroborando com o presente estudo. A percepção negativa da própria saúde tem grande influência da situação socioeconômica do idoso e está associada a sintomatologia depressiva. Além disso, condições econômicas precárias e dificuldade de acesso à rede de suporte quando associadas ao baixo nível de escolaridade pode dificultar o autocuidado e o gerenciamento dos problemas pelo idoso (RAMOS et al., 2015). Isso reforça a necessidade de uma atenção primária atenta para as problemáticas territoriais e com profissionais comprometidos ao fortalecimento de vínculos, principalmente, nas regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Ainda em relação às condições de saúde, a presença de comorbidades foi relatada por 57,8% dos idosos deste estudo, corroborando com resultados de outras pesquisas que afirmam que a maioria dos idosos apresentam comorbidades (VICENTE; SANTOS, 2013). Entretanto vale ressaltar que tais comorbidades devem ser tratadas e controladas a nível da atenção primária à saúde. Em relação ao uso de medicamentos, 20,2% relatam fazer uso de 5 ou mais medicamentos.

Apesar do presente estudo não ter investigado o tipo de medicamento, é importante que a atenção primária à saúde esteja atenta as interações medicamentosas que podem existir com a polifarmácia utilizada pelos idosos. Isso porque, o consumo de medicamentos nessa faixa etária requer um cuidado maior, pois os idosos apresentam alterações fisiológicas que afetam a farmacocinética clínica, podendo gerar efeitos tóxicos e eventos adversos (SECOLI, 2010). E pacientes submetidos a polifarmácia tem o risco de reações adversas a medicamentos (RAM) aumentado de três a quatro vezes, podendo induzir a quadros de confusão e quedas (SECOLI, 2010).

Dentre os medicamentos envolvidos em RAM, que apresentam consequências graves nos idosos, destacam-se os benzodiazepínicos, que tem como RAM, a hipotensão, fadiga, visão borrada, dentre outras. Podendo ter como consequências clínicas: quedas, fratura de quadril e deficit cognitivo (FIELD et al., 2007).

Sobre a ocorrência de quedas, nesse estudo, 35,8% dos idosos tiveram ocorrência de uma ou mais quedas no último ano, mostrando uma prevalência superior a outros estudos (RAMOS et al.,2015). A ocorrência de quedas em idosos envolve muitas problemáticas, podendo ocasionar fraturas e também agravar problemas de saúde preexistentes, tornando o processo de envelhecimento mais difícil para o paciente e sua família, porém pode e deve ser evitada (RICCI et al., 2010).

**Tabela 2** - Hábitos de vida e condições de saúde dos idosos, Caicó/RN .

Variáveis	N	%
<b>Fuma</b>		
Sim	8	7,3
Não	101	92,7
<b>Consome álcool</b>		
Sim	9	8,3
Não	100	91,7
<b>Pratica atividade física</b>		
Sim	43	39,4
Não	66	60,6
<b>Frequência da prática</b>		
Nenhum	66	60,6
1 a 2 dias por semana	14	12,8
3 a 4 dias por semana	7	6,4
5 a 6 dias por semana	18	16,5
Todos os dias	4	3,7
<b>Déficit Cognitivo (MEEM)</b>		
Sim	8	7,5
Não	99	92,5
<b>Sintomatologia depressiva</b>		
Sim	21	19,3
Não	88	80,7
<b>Percepção da saúde</b>		
Excelente/muito boa	37	33,9



Razoável	60	55,0
Ruim	12	11,0
<b>Presença de comorbidades</b>		
Sim	63	57,8
Não	46	42,2
<b>Utiliza 5 ou mais medicamentos</b>		
Sim	22	20,2
Não	87	79,8
<b>Desempenho físico TUG</b>		
0 a 10 seg	36	33,0
11 a 20 seg	63	57,8
Mais de 20seg	10	9,2
<b>Ocorrência de quedas</b>		
Sim	39	35,8
Não	70	64,2
<b>Quantas quedas</b>		
Nenhuma	70	64,2
1 queda	30	27,5
2 ou mais	9	8,3

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2019.

A tabela 3 revela a satisfação dos idosos em relação aos serviços de saúde. Vale ressaltar que todos os idosos desta pesquisa são atendidos pelas UBS do município. A maioria deles (80,7%) relatou que é recebido de forma satisfatória na UBS, porém quando questionado se eles tem resolução dos seus problemas, 13,8% relatam que nunca ou quase nunca tem seus problemas resolvidos.

Com o modelo integral à saúde, o conceito de resolutividade passa a ter maiores dimensões. Uma delas relaciona-se à mensuração de efetividade do serviço, isto é, refere-se a um repercussão efetiva de uma ação, tendo como constituintes, o acesso universal e a integralidade do serviço. A definição de resolutividade também diz respeito à satisfação do usuário (percepção sobre o serviço prestado) e à intersetorialidade (TURRINI; LEBRAO; CESAR, 2008).O acesso às unidades de saúde

tem muito a ser melhorado para que de fato ocorra um atendimento resolutivo e integral, com o intuito de efetivar um modelo humanizado. Além disso, percebe-se a necessidade de ouvir a opinião dos usuários com relação aos serviços a eles prestado (LIMA, 2007).

No que se refere ao acesso a medicamentos, 35,8% compravam os medicamentos com dinheiro próprio e 10,1% deixavam de tomar algum medicamento por falta de dinheiro. Esses resultados chamam atenção porque o nosso público é formado por idosos de média e baixa renda, devendo ter acesso a esses medicamentos na rede de atenção a saúde seja pela UBS ou farmácia popular.

**Tabela 3**– Satisfação dos idosos em relação aos serviços de saúde, Caicó/RN.

Variáveis	N	%
<b>Como é recebido na UBS</b>		
Bem \ muito bem	88	80,7
Regular	13	11,9
Muito ruim \ ruim	8	7,3
<b>Resolução de problemas na UBS</b>		
Na maioria das vezes/sempre	94	86,2
Nunca/quase nunca	15	13,8
<b>Acesso a Medicamentos</b>		
Não soube responder	10	9,2
Compra com dinheiro próprio	39	35,8
Obtém no posto	22	20,2
Qualquer composição ou doação	38	34,9
<b>Deixa de tomar algum medicamento por falta de dinheiro</b>		
NA	12	11,0
Sim	11	10,1
Não	86	78,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Contudo, esses resultados reforçam a necessidade de um olhar mais criterioso da atenção primária a saúde – APS para com os idosos, pois os eventos adversos observados nesse estudo são sensíveis a APS. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é necessário a incorporação de uma avaliação multidimensional do idoso na atenção primária à saúde com instrumentos validados. Para tanto, a caderneta de saúde do idoso se configura como um importante instrumento de avaliação das condições de saúde, prevenção de agravos e eventos adversos, bem como orientações para promoção do envelhecimento ativo (BRASIL, 2017), porém a sua implementação ainda não foi efetivada no território pesquisado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribui com o acervo da literatura, contendo um embasamento teórico, proporcionando uma visão maior sobre a importância do cuidado a pessoa idosa na APS. Apresentou uma limitação em relação ao tipo de estudo observacional sem fazer inferências estatísticas. Dessa forma, sugerimos estudos futuros com maior abrangência populacional. No entanto, de acordo com os resultados obtidos conclui-se que os principais eventos adversos encontrados na população foram: má percepção de saúde, presença de comorbidade, utilização de cinco ou mais medicamentos e ocorrência de quedas, condições essas sensíveis à atenção primária que, de acordo com a política nacional da pessoa idosa, deve ser prevenida e/ou amenizada a partir de avaliação e intervenção multidimensional.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.57, n.2B, p. 421-426, 1999.
- ALVES, R. V. *et al.* Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidrogênica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 10, n.1, 2004.
- AMARAL, F. L. J. S. *et al.* Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, v.18, n.5, p.1835-184, 2013.

BORGES, A.M. *et al.* Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.17, n.1, p. 79-86, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**, 4. Ed., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 –

**Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI.**

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União 2017.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v.61, n.3, p.777-781, 2003.

FIELD, T. S., et al. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. **J. Am Geriatr. Soc.**, v.55, n.2, p.271-6, 2007.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for **grading** the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatric. Res.**, v.12, p.189-98, 1975.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas **Rev. bras. Educ. Fis. Esporte.** V.25, p.37-43, 2011.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. Estad.**, v.27, n.1, p.165-180, 2014.

LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul.enferm.**, v.20, n.1, 2007.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 55, n.1, p.26-33, 2006.

MATSUDO, S. M. ; MATSUDO, V. K. R. ; BARROS NETO, T. L. B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.

MEDINA, M.G.; HARTZ, Z.M.A. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.5, p.1153-1167, 2009.

PINTO, I.V.L., *et al.* Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. Ciênc. & Saúd. Colet.**, v.21, n.11, p.3469-3481, 2016.

RAMOS, G. C. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 64, n. 2, p. 122-31, 2015.

REIS, L.A.; ROCHA, T.S.; DUARTE, S.F.P. Quedas: risco e fatores associados em idosos institucionalizados. **Rev. Baian. Enferm.**, v.28, n.3, p.225-234, 2014.

RICCI, N.A., *et al.* Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Rev.Saúd. Soc.**, v.19, n.4, p.898-909, 2010.

RUZENE, J.R.S.; NAVEGA, M.T. Avaliação do equilíbrio, mobilidade e flexibilidade em idosas ativas e sedentárias. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.4, p.785-793, 2014.

SÁ, G. B. A. R.; *et al.* O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Rev. Ciênc. & Saúd. Colet.**, v. 21, n.6, p.1849-1859, 2016.

SANTANA, M.S. Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade. **Rev. Estud. Interdiscip. Sobre o Envelh.**, v.15, n.2, p. 239-254, 2010.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 11, p.136-40, 2010.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. **The Jour. of Aging. and Ment. Healt**, v.5, n.1- 2, p. 165-173, 1986.

SILVA, J.V.F. *et al.* A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Cad. Gradua. Ciênc. Biológ. Da Saúd.** v.2, n.3, p.91-100, 2015.

SOUSA, S.S. *et al.* Estudo dos fatores sociodemográficos associados à dependência funcional em idosos. **Rev. de Enferm. da UFPI**, v.2, n.1, p.44-48, 2013.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Rev. Text. Context. Enferm.** v. 22, n. 2, p. 370-8, 2013.

# EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE FISIOTERAPIA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO E MUDANÇAS EM TEMPOS DE COVID-19

Thiago Santos de Souza<sup>45</sup>

Andressa Santa Rosa Santana<sup>46</sup>

Cléia Guimarães de Souza<sup>47</sup>

Luiza Monteiro Barros<sup>48</sup>

Vania Priamo<sup>49</sup>

Verônica Porto de Freitas<sup>50</sup>

## INTRODUÇÃO

Os programas de residência multiprofissional em área da saúde se apresentam como oportunidade para o aprendizado em serviço, inspirando o fazer de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento de novas competências que respondam à complexidade do perfil epidemiológico da população brasileira. Embora tenhamos algumas experiências de residências multiprofissionais pregressas, os programas foram oficialmente instituídos no ano de 2005, ampliando-se principalmente a partir de 2010 (SILVA, 2018).

---

<sup>45</sup> Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA). Docente (EBMSP). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/9416886531292684>

<sup>46</sup> Especialista em Saúde da Família (FESF e FIOCRUZ). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/5294170031992314>

<sup>47</sup> Especialista em Saúde da Família (FESF e FIOCRUZ). Docente (UnidomPedro). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/3921393774641308>

<sup>48</sup> Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho (UFBA). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/4811601657262238>

<sup>49</sup> Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Tutora do Programa Integrado de Residências (FESF-SUS/Fiocruz Bahia). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/1823108010945158>

<sup>50</sup> Especialista em Saúde da Família (FESF e FIOCRUZ). Fisioterapeuta. CV: <http://lattes.cnpq.br/9540725043664199>

Em 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a ampliação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), houve maior inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2008). Esta possibilidade proporcionou ampliação no modo de produção do cuidado, aproximação com os fundamentos da saúde coletiva, trabalho em equipe, apoio matricial e articulação de rede (NASCIMENTO *et al.*, 2020; RODRIGUEZ, 2010).

Entretanto, atuar nesse novo espaço trouxe à tona uma série de desafios, uma vez que o modelo de assistência curativista, focado na reabilitação inerente à trajetória histórica-formativa do fisioterapeuta, foi colocado à prova. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002 têm suscitado mudanças nos currículos da graduação e os programas de residência multiprofissional têm qualificado a força de trabalho para o SUS (BISPO JÚNIOR, 2013; TAVARES *et al.*, 2018).

Apesar da baixa densidade tecnológica na APS, a proximidade nos territórios onde as pessoas habitam e trabalham, nos quais incidem os determinantes sociais, exige olhar ampliado à saúde e habilidades que deem conta da alta complexidade social e sanitária vivenciada pelas famílias. Somado a isso, as equipes da APS historicamente enfrentam entraves relacionados ao subfinanciamento, fragmentação do sistema, alta rotatividade profissional, falta de condições de trabalho, precarização de vínculos e reprodução de práticas ancoradas nos modelos hegemônicos (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018; AQUINO *et al.*, 2014).

No espectro de dificuldades, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em vigor desde 2017, favorece a descontinuidade no processo de trabalho, o alcance dos atributos na atenção primária e modifica o caráter do NASF e sua nomenclatura para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). A publicação das portarias subsequentes, a exemplo do Programa Previne Brasil, que estrangula os recursos diretos para o NASF (BRASIL, 2019; 2020), ameaça a

atuação dos profissionais e coloca em risco a oferta de cuidado integral (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Como se não bastassem as intempéries normativas, em março de 2020, com a declaração da Organização Mundial da Saúde do estado pandêmico pela COVID-19 (OMS, 2020), as medidas adotadas para contenção da transmissão em massa do vírus impuseram mudanças na dinâmica de trabalho na APS (MEDINA *et al.*, 2020). Nessa conjuntura, os programas de RMSF tiveram de adequar-se às demandas do novo quadro sanitário, o que impactou substancialmente no seu modo de organização, e consequente processo formativo das residentes.

Diante do exposto, este capítulo objetiva apresentar a experiência do núcleo de Fisioterapia em um programa de RMSF, no município de Salvador e região metropolitana, e os impactos da pandemia de COVID-19 no processo de trabalho deste profissional no NASF-AB.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência do núcleo de Fisioterapia atrelado à RMSF da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) — instituição pública de direito privado — em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/BA), nos municípios de Camaçari, Dias D'Ávila e Salvador, no período de março de 2019 a dezembro de 2020.

De acordo com o censo de 2010, Camaçari possui cerca de 243 mil habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,69 e abriga um polo industrial. Dias D'Ávila é constituída por 66 mil pessoas, IDHM de 0,67 e dispõe de fontes de águas que impulsionam o setor produtivo. Ambos os municípios localizam-se na região metropolitana de Salvador, estando em torno de 50 km desta. Salvador, por sua vez, é a terceira maior cidade do país, contando com 2 milhões e 700 mil habitantes, IDHM de 0,75, e possui o segundo maior Produto Interno Bruto do Nordeste (IBGE, 2021).

No ano de 2015, os programas de RMSF e de Residência em Medicina de Família e Comunidade foram implantados, de maneira integrada em alguns municípios no estado da Bahia. A gênese destes



programas revela que sua criação almejava atenuar lacunas relacionadas à formação orientada para o SUS, a necessidade de qualificação das práticas e serviços na APS e seu potencial indutor para a reconfiguração dos modelos de atenção à saúde (FESF-SUS, 2015).

Inicialmente os programas estavam presentes nos municípios de Camaçari, Dias D'Ávila, Lauro de Freitas, sendo ampliados, no ano de 2020, para Salvador. Cabe ressaltar que o relato da experiência em Lauro de Freitas não será contemplado, pois o programa foi finalizado no início de 2019. A prática profissional colaborativa era dividida em três arranjos envolvendo residentes de Enfermagem, Odontologia e Medicina nas Equipes de Saúde da Família (eSF), de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia nos NASF-AB e sanitaristas atuando como apoiadores institucionais.

Para condução do processo formativo ético, político e técnico-científico, o corpo docente englobava preceptores, apoiadores pedagógicos de núcleo (APN), apoiadores institucionais (API) e matriciais (APM). A facilitação para o desenvolvimento de competências sucedia mediante utilização de estratégias de metodologias ativas, fundamentando-se na espiral construtivista e no princípio da Pedagogia Problematizadora (FESF-SUS, 2018).

As Unidades de Aprendizagem no Projeto Político Pedagógico (PPP) incluíam competências de campo e de núcleo. O desenvolvimento de competências do fisioterapeuta residente no primeiro ano (R1) era mediado cotidianamente pela preceptoria do NASF-AB e pelo apoiador pedagógico de núcleo, sendo este último profissional substituído pelo apoiador pedagógico matricial no segundo ano (FESF-SUS, 2018).

Para o R1 a formação crítico-reflexiva ocorria nas unidades de saúde contempladas pelos programas nos municípios, e para o R2 havia rodízio entre serviços assistenciais e de gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e estágio eletivo selecionado pela residente. O desenho do programa em cada localidade era distinto e marcado por uma pluralidade de arranjos organizacionais em termos de unidades de referência, número de eSF apoiadas e distribuição das residentes a cada ano.

De modo geral, em Camaçari havia três equipes de NASF-AB, englobando seis fisioterapeutas e uma média de seis a oito eSF acompanhadas. O município de Dias D'Ávila dispunha de dois NASF-AB com três fisioterapeutas que prestavam apoio à quatro eSF. Em Salvador tínhamos dois residentes, compondo duas equipes NASF-AB, desenvolvendo ações junto a oito eSF. Destaca-se, nesse último campo, a parceria estabelecida com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o compartilhamento de práticas com estagiários do último ano de Fisioterapia.

## RESULTADOS

Os resultados estão dispostos em dois períodos, nos quais abordamos convergências e divergências nos modos de produção do cuidado ofertados nos municípios.

### *Período pré-pandemia — março de 2019 a março de 2020*

O primeiro e o segundo ano da formação em serviço contemplaram atividades práticas e teórico-práticas, além de revelar flexibilidade nas agendas, de acordo com a realidade e as demandas presentes nos territórios.

A organização das atividades das R1 ocorria nas reuniões semanais de equipe do NASF-AB. Dentre o espectro de possibilidades tínhamos: discussão de casos complexos para estruturação de Projeto Terapêutico Singular (PTS); participação nas reuniões das eSF; organização de atividades coletivas junto às eSF; inserção no acolhimento das unidades; matriciamento da própria equipe NASF-AB e das eSF; visitas e atendimentos domiciliares; interconsultas; consultas compartilhadas; consultas individuais; turnos pedagógicos<sup>51</sup> e rodas de núcleo<sup>52</sup>, rodas de campo<sup>53</sup> e articulação da RAS.

<sup>51</sup> *Turnos pedagógicos* – encontros quinzenais no campo com o APN com abordagem prática e discussões de casos referentes ao cotidiano das residentes.

<sup>52</sup> *Rodas de núcleo* – encontros mensais de 4 horas com o APN, para aprofundamento teórico dos temas previstos pelo PPP e outros oriundos demandados pelas residentes.

<sup>53</sup> *Rodas de campo* – encontros quinzenais com o API para discussões de temas previstos, relacionados ao processo de trabalho, o SUS e o planejamento de ações.

Por sua vez, as fisioterapeutas R2 possuíam uma agenda específica para alcançar as competências preconizadas no PPP, a saber: iniciação à preceptoria<sup>54</sup>; rodízio na RAS; rodas matriciais<sup>55</sup>; estágio eletivo de oito semanas em local selecionado pela residente; desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR); e Projeto de Intervenção<sup>56</sup> nas unidades de saúde.

O início das atividades na residência envolveu barreiras relacionadas à compreensão do objetivo e do modo de atuação do NASF-AB, tanto pelas fisioterapeutas quanto pelos demais residentes, eSF, Agentes Comunitários de Saúde, especialmente pelos servidores administrativos e usuários. Ademais, romper com as amarras construídas socialmente, acerca do papel reabilitador e da lógica tecnicista da formação acadêmica, foi um dos desafios cotidianos.

Atuar diante das adversidades, sobretudo em cenários de demanda reprimida e fragilidade na retaguarda especializada em Camaçari e incipiência na rede em Dias D'Ávila, convidava o núcleo da categoria a reinventar-se diariamente. Foi então observada a necessidade de remodelar as práticas individuais, centradas no âmbito ambulatorial e domiciliar, e avançar na perspectiva coletiva visando qualificar o acompanhamento da população.

O exercício dessa resignificação em Dias D'Ávila foi complexo, uma vez que não havia clínicas e ambulatórios públicos ou mesmo contratualizados na rede privada, além do único NASF-AB municipal operar numa lógica assistencial totalmente diferente e desvinculada das ações dos residentes, o que dificultava a integração e a divisão de responsabilidades. Em Camaçari, apesar de embrionária, houve tentativas da gestão na promoção de trocas em reuniões de planejamento entre NASF-AB da residência e do município.

<sup>54</sup> *Iniciação à preceptoria* – acompanhamento do R1, pelo R2, com compartilhamento dos fluxos, saberes, procedimentos e modo de atuação no NASF-AB.

<sup>55</sup> *Rodas matriciais* – encontros quinzenais com o APM, para discussões e planejamentos correspondentes ao local de inserção na rede.

<sup>56</sup> *Projeto de intervenção* – realizado em conjunto com todos os R2, com ações que buscavam identificar pontos de aprimoramento em uma das unidades de referência.

A construção e a implementação de fluxos de acolhimento às demandas foi um aspecto chave na organização do processo de trabalho no programa. Em Camaçari as demandas das categorias do NASF-AB eram direcionadas para o caderno de encaminhamentos, presente nas seis unidades cobertas, e na reunião de equipe havia discussão destas e delineamento dos retornos.

Em contrapartida, em Dias D'Ávila as solicitações eram direcionadas de modo específico para atendimento fisioterapêutico. Ainda que, em ambos os municípios tenham ocorrido sucessivos diálogos com as equipes para a efetivação dos encaminhamentos, em Dias D'Ávila houve energia adicional para alinhar os critérios de acionamento e utilização do fluxo próprio.

O apoio matricial, com foco na abordagem da fisioterapia na promoção à saúde e na prevenção de agravos, foi uma marca característica da residência. Este processo foi guiado pelo diagnóstico situacional do território, com identificação das principais demandas funcionais, necessidades dos usuários, das eSF e do NASF-AB. Os matriciamentos aconteceram em atendimentos compartilhados e visitas domiciliares, reuniões de equipe, momentos específicos de Educação Permanente (EP) e construção de PTS.

Destacam-se como temas de EP em Camaçari: transferências, mudanças de decúbito e atividades básicas para acamados; pé diabético e prevenção de complicações; disfunção temporomandibular; acessibilidade à pessoa com deficiência; disfunções uroginecológicas; e, alterações musculoesqueléticas relacionadas à gestação. A metodologia ativa foi utilizada nos encontros com uso de casos clínicos acompanhados pelas eSF.

Em Dias D'Ávila, a EP foi direcionada ao cuidado de pessoas com sequelas neurológicas, demências, estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor e prevenção de quedas em idosos. A discussão destas ainda esteve presente nas salas de espera, na produção de cartilhas sobre a prevenção do declínio funcional em idosos e nos grupos de convivência, de mulheres e de dor crônica.

Os espaços pedagógicos permitiram as fisioterapeutas R1 uma escuta qualificada, acolhimento, compartilhamento de desafios e delineamento de ações. Cabe frisar o apoio mútuo e o intercâmbio entre as residentes e as equipes do NASF-AB, como uma potencialidade que permitiu suporte diário às atividades.

No que diz respeito às atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, destaca-se que em Camaçari estas aconteceram principalmente nos grupos de práticas corporais, de crianças, de usuários com doenças crônicas, de auriculoterapia, de prática do Lian Gong, de gestantes, de mulheres com transtornos mentais leves e no Programa de Saúde na Escola (PSE).

As fisioterapeutas contribuíram nos espaços com a orientação de exercícios funcionais, educação postural e ergonômica, cinesioterapia preparatória para o parto, prevenção de incontinência urinária e lombalgia em gestantes, exercícios voltados para o controle da ansiedade e do estresse, educação em dor, rastreamento de escoliose em uma escola de ensino fundamental, e cinesioterapia funcional para prevenir complicações de doenças diversas presentes nos territórios.

A conexão entre a RAS, a partir da APS dos municípios, revelou fragilidade na estruturação e intercâmbio entre os pontos de atenção, sendo unânime a ausência de contrarreferência dos encaminhamentos realizados e a dificuldade de estabelecer contato com alguns serviços de saúde. Não obstante, as visitas às unidades especializadas possibilitaram reuniões, discussão de casos e pactuação de medidas para qualificar a comunicação. Pontua-se que em Dias D'Ávila, houve necessidade de acionamento das equipes de Apoio Institucional para mediar e facilitar a comunicação com as eSF e a Secretaria Municipal de Saúde.

Em que pese os esforços da residência e os avanços conferidos na organização das unidades e nas práticas de saúde, uma gama de desafios limitava o pleno potencial do programa. Destacam-se a falta de espaço físico para o planejamento e as atividades coletivas, dificuldades para deslocamento no território, recursos materiais insuficientes, cobrança da

gestão por produtividade na lógica ambulatorial e, por vezes, divergências políticas entre o programa e a gestão municipal.

### *Período da pandemia — março a dezembro de 2020*

As mudanças impostas na prática oriundas do Programa Previne Brasil, somado a instauração da pandemia, afetaram o processo de trabalho da equipe NASF-AB e, conseqüentemente, das fisioterapeutas. A supressão de autonomia para gerir a própria agenda e a suspensão das atividades individuais e coletivas, gerou uma fase de tensões e prejuízos na produção do cuidado numa perspectiva ampliada.

No início da pandemia, as unidades estavam voltadas apenas para acolher casos suspeitos de COVID-19 e urgências, as visitas domiciliares foram suspensas e a assistência à saúde passou a ser médica centrada. Assim, os profissionais do NASF-AB realizaram nova organização do fluxo de atendimento das unidades e se reinventaram para atuar nesse cenário.

Em Camaçari, a transição para o R2 foi marcada por modificações na prática, frente a necessidade do serviço. Os profissionais assumiram o cuidado aos usuários mantendo a agenda integrada com o R1, além disso houve sobrecarga na agenda considerando os profissionais que se encontravam afastados por doenças crônicas e/ou COVID-19. As ações mantidas foram: iniciação à preceptoria, rodas e turnos matriciais, projetos de intervenção (ainda que fragilizados), estágio eletivo e a elaboração do TCR.

Em ambos os municípios, devido à redução de vagas para os rodízios previstos para o R2 houve superlotação nas unidades de saúde, levando a organização do trabalho em escala, com agenda remota e presencial, em busca por garantir biossegurança no ambiente de trabalho. Houve ainda o deslocamento das R2 para auxiliar na campanha de vacina da H1N1 e nas unidades de referência para testagem rápida da COVID-19.

Novas estratégias de trabalho efetuadas pelas fisioterapeutas foram adotadas, tais como: teleatendimento, telemonitoramento e teleconsulta executadas com dificuldades diversas na comunicação junto aos usuários;

intensificação da educação em saúde nas salas de espera; e, diálogo com os equipamentos sociais e o comércio do território, sobre transmissão comunitária e medidas de proteção. Houve ainda o ingresso na retaguarda do aplicativo Monitora COVID-19<sup>57</sup>.

Materiais educativos digitais foram produzidos e divulgados em redes sociais e aplicativos de comunicação das unidades, oportunizando interação entre os profissionais do serviço, com a comunidade e os usuários, inclusive de outros territórios. Os conteúdos abordaram orientações sobre ergonomia, exercícios funcionais e respiratórios, manejo da dor lombar, atividades lúdicas para desenvolvimento de habilidades infantis, instruções para prevenção de quedas e desmistificação de notícias falsas.

Foram produzidos protocolos operacionais pelo núcleo para realização de acolhimento da fisioterapia, atendimentos ambulatoriais, visitas e atendimentos domiciliares. O instrumento foi um estímulo ao retorno dessas atividades com segurança, uma vez que usuários com restrição de mobilidade e acamados ficaram desassistidos.

No decorrer do tempo, o atendimento presencial individual e compartilhado foi retomado em Camaçari, mas as ações de teleatendimento permaneceram para evitar aumento expressivo de usuários no serviço. As atividades com alguns grupos foram retomadas a partir de outubro de 2020, considerando sua realização em ambientes abertos e manutenção das medidas de proteção.

Em Dias D'Ávila, os atendimentos individuais e visitas domiciliares eletivas com a utilização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram retomadas. Outras ações também envolveram o acolhimento para segunda escuta; readequação dos processos de trabalho no acompanhamento do pré-natal; qualificação dos fluxos de Fisioterapia; otimização da biossegurança no serviço; apoio no teste rápido para COVID-19; capacitação para realização do teste rápido para Infecções

---

<sup>57</sup> *Aplicativo MONITORA COVID-19* – aplicativo do Consórcio Nordeste, onde havia escala de plantões dos residentes para monitoramento e retaguarda de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

Sexualmente Transmissíveis (IST); e produção de materiais educativos sobre autocuidado para os usuários.

Em Salvador, o início das atividades da residência ocorreu em março de 2020, paralelo à instauração do quadro pandêmico, o que ocasionou agendas remotas durante três meses, até que as questões de biossegurança das unidades fossem readequadas. Essas atividades envolveram a entrada das residentes na retaguarda do aplicativo Monitora Covid-19 e o apoio ao Grupo de Saúde do Trabalhador com atendimento por teleconsulta e envio de materiais para orientações e autocuidado. Foram desenvolvidos ainda conteúdos digitais para as redes sociais e aplicativos de comunicação.

O início das agendas presenciais no município foi desafiador, frente aos territórios com residentes que não tiveram experiência prévia de atuação com profissionais de outras categorias. Além disso, houve resistência para inserção nas agendas que das eSF que se encontravam, em grande parte, centradas na COVID-19. Nesse contexto, não houve a possibilidade de trabalhos com grupos, atividades coletivas e territorialização, porém houve avanços em apoio às ações para o cuidado às pessoas com COVID-19 e realização de interconsultas.

## DISCUSSÃO

Os programas de RMSF potencializam a formação de trabalhadores da saúde, entretanto estes enfrentam adversidades que limitam sua operacionalização. Como descrito na literatura e vivenciado pelas residentes, a precariedade de infraestrutura dos serviços, carência de insumos, desgaste físico e mental, elevada carga horária semanal, ausência de transporte para deslocamento no território, barreiras na conexão entre os pontos da RAS e dificuldades na organização da agenda, revelam aspectos que fragilizam a produção do cuidado de forma integral e resolutive (SILVA, 2018; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018; PAREDES *et al.*, 2009; DE ASSIS *et al.*, 2017; COSTA; SANTANA, 2021).

As evidências ilustradas encontram sinergia na problemática presente nos municípios vinculados à residência da FESF-SUS/FIO-



CRUZ, a qual revela que a disposição política e a capacidade da gestão delimitam a estruturação dos sistemas de saúde, sendo uma ameaça constante (COSTA; SANTANA, 2021). Como salienta Aquino *et al.* (2014), a pluralidade da organização dos serviços e ações de saúde são dependentes dos fatores locais, com impacto direto no funcionamento da APS e da RAS municipal.

Ademais, a atuação no NASF-AB tem sido prejudicada em decorrência de iniciativas da gestão federal relacionadas ao SUS, que se contrapõe aos princípios da APS, desvaloriza o apoio matricial e o trabalho integrado. Isso ocorre desde a reformulação da PNAB de 2017, sendo reforçado pelo Previnir Brasil (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). A Nota técnica 3/2020, trata do não credenciamento de novas equipes de NASF-AB e incube à gestão local a decisão de manter a equipe multiprofissional e definir seu modelo de atuação (BRASIL, 2020).

Além disso, a origem da profissão pautada em um modelo reabilitador e curativista, associado ao grande número de pessoas com necessidades de cuidado especializado, impacta diretamente na compreensão dos gestores e demais profissionais em relação à atuação do fisioterapeuta nesse nível de atenção à saúde (RIBEIRO; FLORES-SOARES, 2015; BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010).

No que diz respeito às Diretrizes Curriculares Nacionais, embora estas orientem uma formação de fisioterapeutas capazes de atuar em todos os níveis de atenção, a literatura sobre programas de RMSF destaca que permanece um déficit acadêmico direcionado à superação do modelo biomédico, a compreensão sobre o trabalho na APS e no NASF-AB (PAREDES *et al.* 2009; DE ASSIS *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2020).

Os desafios enfrentados pelas residentes antes da pandemia, corroboram com alguns estudos que evidenciaram barreiras na atuação, como: dificuldade de identificação de grupos de risco através de levantamentos epidemiológicos; articulação fragilizada com a RAS; relação entre carga horária e demanda referenciada para a categoria; e, fragilidade na formação acadêmica (BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

Com relação ao impacto da pandemia da COVID-19 no processo de trabalho do NASF-AB, observamos que os achados da literatura corroboram com as experiências descritas no presente estudo. Oliveira *et al* (2020), mostram que a instauração da pandemia trouxe desafios e promoveu rearranjo das ações desenvolvidas, pois os atendimentos foram direcionados aos casos suspeitos de COVID-19 e urgências. Nesse contexto, foram realizados teleatendimentos, teleconsultas e produção de materiais digitais com orientações sobre o cuidado de pessoas acamadas e com deficiências.

O atendimento aos usuários com declínio funcional secundário à infecção pelo SARS-COV-2 não foi realizado pelas residentes, porém está descrito em um estudo sobre a atuação do fisioterapeuta na APS no município de Recife (FIGUEIREDO *et al.*, 2021). A utilização de recursos tecnológicos foi a alternativa encontrada pelas profissionais para transpor as barreiras físicas de acesso dos usuários ao serviço de saúde e para o desenvolvimento das ações. Estudos mostram que a utilização de plataformas digitais, como o telessaúde, possibilita o cuidado continuado e a reabilitação de forma a minimizar riscos de contaminações, sendo mais uma ferramenta de baixo custo e que qualifica a atuação do fisioterapeuta no NASF (SOUZA *et al.*, 2021; FRAGA-MAIA *et al.*, 2020).

Contudo, concentrar os atendimentos e compartilhamento de materiais de educação em saúde no ambiente virtual pode acentuar vulnerabilidades sociais existentes, uma vez que usuários com baixo poder aquisitivo podem não possuir equipamentos tecnológicos e desconhecer o uso dessas ferramentas (FIGUEIREDO *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021; FRAGA-MAIA *et al.*, 2020). Desse modo, o desenvolvimento de instrumentos e protocolos produzidos pelas residentes ampliou o acesso à assistência fisioterapêutica, pois sistematizou critérios para consultas, além de orientar uso adequado de EPIs, possibilitando atendimentos nas unidades e em domicílio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do período aqui retratado, reconhecemos a recondução da Fisioterapia, junto com as demais categorias profissionais, para atender as demandas advindas dos territórios. É notório que o advento da pandemia levou a uma ampliação das adversidades para todo o conjunto da força de trabalho na APS, a fim de estabelecer práticas direcionadas à saúde de forma ampliada.

Este relato descreveu as ações que estavam em desenvolvimento e as dificuldades vividas no período da pandemia, em que a lógica ambulatorial ganha força em detrimento de um modelo de APS integral. Isso justifica a demora na entrada em campo no município de Salvador e o retrocesso de ações em Camaçari e Dias D'Ávila, porém desponta a rápida reinvenção do fazer que as fisioterapeutas realizaram nos municípios.

Compreendemos que a vivência na RMSF permitiu aproximação com os princípios do SUS e a transformação e amadurecimento das fisioterapeutas residentes, contribuindo para o fortalecimento da APS. Ao mesmo tempo, desvelou a disputa ideológica e de mercado do setor saúde, que envolve, entre outros, o corporativismo, as decisões e interesses políticos e os retrocessos impostos ao SUS.

## REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In:* PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e Prática**, Rio de Janeiro, Medbook, 2014, p. 353-371.
- BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em movimento**, v. 23, p. 323-330, 2010.
- BISPO JÚNIOR, J. P. A trajetória da Fisioterapia no Brasil: um olhar a partir da Saúde Coletiva. *In:* Bispo Júnior, José Patrício (org.) **Fisioterapia & Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p 17-49.
- BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 683-702, maio/ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n° 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n° 3/2020, de 27 de janeiro de 2020**. Dispõe sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CASTRO, A. N. B.; MACHADO, A. V.; LIMA, L. D. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 73-93.

COSTA, W. A.; SANTANA, V. R. A implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz) na Região Metropolitana de Salvador. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.16, n. 43, p. 2483, 2021.

DE ASSIS, J.C.L. *et al.* A vivência de um fisioterapeuta em uma Residência Multiprofissional: desafios e possibilidades. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, 2017.

FIGUEIREDO, E. A. B.; *et al.* Atuação do Fisioterapeuta na saúde primária no enfrentamento da COVID 19: relato de experiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34, p. 1-10, 2021.

FRAGA-MAIA, H. *et al.* Fisioterapia e COVID-19: das repercussões sistêmicas aos desafios para oferta de reabilitação. In: BARRAL-NETTO, M.; *et al.* (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. v. 1. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300443.011>.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **Ato Administrativo n° 0181/2015**. Aprova o Projeto para Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS. FESF-SUS, 2015.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. Fundação Oswaldo Cruz Bahia. Projeto Político Pedagógico, 2018.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Cien Saude Colet.**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 15 out. 2021.

MEDINA, M. G.; *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad Saude Publica**, v. 36, p. 8-17, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad Saude Publica**; v.36, n. 9, e00040220, 2020.

NASCIMENTO, A. A. P. *et al.* Prática Fisioterapêutica na Atenção Primária à Saúde. *In*: SCHMITT, A. C. B. **Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde**: desafios para a formação e atuação profissional. 1 ed. Rio de Janeiro-RJ: Thieme Revinter Publicações, 2020.

OMS. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 72 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 15]. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2). Acesso em: 08 out. 2021.

OLIVEIRA, M. A. B. *et al.* A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **Aps Em Revista**, v. 2, n. 2, p.142-150, 2020.

PAREDES, E. S. *et al.* Avanços e desafios da fisioterapia na estratégia saúde da família no contexto da residência multiprofissional em saúde da família, Sobral-CE. **SANA-RE-Revista de Políticas Públicas**, v. 8, n. 2, 2009.

RIBEIRO, C. D.; FLORES-SOARES, M. C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, p.379-393, 2015.

ROCHA, V. *et al.* Formação integral do estudante de fisioterapia para Atenção Primária e o Sistema Único de Saúde. *In*: SCHMITT, A. C. B. **Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde**: desafios para a formação e atuação profissional. 1 ed. Rio de Janeiro-RJ: Thieme Revinter Publicações, 2020.

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Com. Ciências Saúde**, v.21, n. 3, p. 261-266, 2010.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, p. 200-209, 2018.

SILVA, D. J. R. S. *et al.* Desafios da atuação do fisioterapeuta no NASF-AB: uma revisão de literatura. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. 1-14, 2021.

SOUZA, T. S. *et al.* Organização e oferta da assistência fisioterapêutica em resposta à pandemia da COVID-19 no Brasil. **SciELO Preprints**. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2538>.

TAVARES, L. R. C. *et al.* Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, p. 9-19, 2018.

VICENTINE, F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; BRITO, G. E. G. Marcos históricos das políticas públicas do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde – o ponto de vista do fisioterapeuta. *In*: SCHMITT, A. C. B. **Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde**: desafios para a formação e atuação profissional. 1 ed. Rio de Janeiro-RJ: Thieme Revinter Publicações, 2020.

# FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA SAÚDE DA CRIANÇA E DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Suraya Gomes Novais Shimano<sup>58</sup>

Wellington Fabiano Gomes<sup>59</sup>

Caio Roberto Aparecido de Paschoal Castro<sup>60</sup>

Valéria Conceição Passos de Carvalho<sup>61</sup>

Mariana Lourencetti Seccacci<sup>62</sup>

## INTRODUÇÃO

A Fisioterapia Aquática (FA) na busca e manutenção da saúde comunitária é um desafio. Sentimo-nos desafiados não no domínio de conhecimentos teórico-práticos relativos à Especialidade da Fisioterapia ou no domínio das habilidades e competências técnicas e atitudinais necessárias para uma boa condução de intervenção. O maior desafio do fisioterapeuta generalista que trabalha na água é fazer valer a garantia de acesso à saúde, com o uso de piscinas como ambiente de contexto para tal.

A saúde tal como definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um “completo bem-estar físico, mental e social, não apenas como a ausência da doença ou enfermidade” (CALLAHAN, 1973) segue um modelo biomédico mais restrito à saúde como ausência (ou cura) de anomalias biomédicas. Deve-se aceitar um modelo mais funcional de saúde como um florescimento intacto, como “a força de

---

<sup>58</sup> Doutora em Ciências da Reabilitação (USP). Professora Associada do Departamento de Fisioterapia Aplicada (UFTM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9421-9227>

<sup>59</sup> Doutorado em Ciências Fisiológicas (UFVJM). Departamento de Fisioterapia (UFVJM). CV: <http://lattes.cnpq.br/1098958641760734>

<sup>60</sup> Mestrando em Ciências da Saúde (FCMSCSP). Ffisioterapeuta (AACD-SP e Hospital Samaritano Paulista). CV: <http://lattes.cnpq.br/3581005841422289>

<sup>61</sup> Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (UFPE). Professora (UNICAP e Faculdade IDE). CV: <http://lattes.cnpq.br/8248684725556796>

<sup>62</sup> Especialização em Fisioterapia aplicada a Neurologia Infantil (UNICAMP). Fisioterapeuta (Hospital Israelita Albert Einstein). CV: <http://lattes.cnpq.br/4629401066521336>

ser”, ser capaz de superar obstáculos, para um plano de vida dinâmico e pleno (MISSELBROOK, 2014).

No Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do estado. Todos os cidadãos brasileiros devem ter garantia de acesso às ações e serviços, independentemente de sua raça, profissão, sexo ou outras características sociais ou pessoais. Com a proposta de diminuir as desigualdades, integrar as pessoas de forma universal e promover livre acesso à saúde, em todos os níveis, tem-se o SUS, aprovado pela Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos programas de saúde pública mais complexos e abrangentes do mundo, atuando desde a prevenção e promoção de saúde em todos os níveis de atenção, até tratamentos mais complexos, como procedimentos cirúrgicos e transplantes. Neste contexto, a integralidade de assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade da atenção e os demais fatores estão alinhados com a visão biopsicossocial defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde –CIF (OMS, 2003). Este modelo traz uma visão abrangente de funcionalidade, na qual, o foco não está somente na doença e sim em vários aspectos que interferem na vida das pessoas, como, estruturas e funções do corpo, atividades e participação nas tarefas e situações da vida, fatores pessoais e ambientais. No aspecto ambiente, é levado em consideração, por exemplo, o ambiente em que a pessoa vive, sua infraestrutura, núcleo familiar, acesso à informação e transporte. A Resolução 452 que institui o uso da CIF no SUS certifica iniciativas que fortalecem os princípios de universalidade e integralidade, ampliando o direito ao cuidado do usuário, reorganizando esse cuidado e propondo um modelo biopsicossocial para nortear as mudanças (BRASIL, 2012).

Para que a avaliação seja ampla e completa e permita um diagnóstico clínico/situacional assertivo e uma intervenção eficaz na água



é necessária uma estratégia de raciocínio clínico dialética, na qual o fisioterapeuta pratique a escuta, crie hipóteses diagnósticas a serem confirmadas, mas também compreenda as expectativas da pessoa (e da família) que fará a intervenção na água (EDWARDS; JONES; CARR; BRAUNACK-MAYER, 2004). Para tanto, a prática deve ser centrada no indivíduo, porém considerando o contexto social deste. Isto quer dizer que tanto a avaliação quanto a intervenção na água devem ser baseadas na escuta da pessoa e da família, na participação ativa destes em todo o processo e no poder compartilhado e corresponsabilização sobre os resultados atingidos (UNSWORTH, 2004; PARK; GIAP, 2019). O próprio indivíduo irá compor a equipe interdisciplinar de atenção integral (GRABER et al, 2017).

Na atenção primária, o trabalho interdisciplinar encontra facilitadores e barreiras e devem ser considerados pelo fisioterapeuta que realiza intervenções na água. O principal facilitador é a percepção de que todos os atores (profissionais) tem uma meta comum: a colaboração. Com isso, vêm oportunidades de aprendizado e melhora da qualidade do atendimento. As principais barreiras são os desafios de definição e consciência dos papéis e competências de cada um (havendo necessidade de uma boa gestão do serviço), informações compartilhadas, confidencialidade e responsabilidade e monitoramento conjunto (SUPPER; CATALA; LUSTMAN; CHEMLA; BOURGUEIL; LETRILLIART, 2014).

Esta prática também deverá ser baseada em evidências, que considera a experiência profissional, a literatura científica disponível até o momento (priorizando diretrizes de prática clínica, ensaios controlados aleatorizados) e a preferência da pessoa/paciente. Deve-se entender que as diretrizes de prática não têm o objetivo de racionar os métodos de intervenção, mas de mostrar caminhos mais assertivos. No entanto, as diretrizes ainda são voltadas aos profissionais de saúde, não utilizando linguagem acessível ao público pacientes e cuidadores. Essas devem deixar claro como podem ser usadas para promover melhorias na saúde, evitando que a população em geral valorize mais fontes alternativas de informação sobre saúde, como ocorre atualmente (LOUDON et al, 2014). O fisioterapeuta também deve refletir que a ciência deve dialogar com a

realidade social do paciente, oferecendo, assim, um serviço significativo e relevante (TREDE, 2012).

Considerando o contexto geral de saúde no Brasil e a prática profissional do fisioterapeuta na atenção primária, a fisioterapia aquática pode ser acessível em centros de reabilitação de atendimento SUS como a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e Rede SARAH de Hospitais, e em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais (Poços de Caldas) com a prática do termalismo (uso de águas termais como método terapêutico).

A FA é uma especialidade da fisioterapia que se utiliza dos benefícios dos efeitos fisiológicos e terapêuticos (BATES; HANSON, 1998; BECKER; COLE, 2000; CARTER; SPENCE; PUCH; AINSLIE; NAYLOR; GREEN, 2014; WILMORE; COSTILL, 2002) da imersão associados aos exercícios físicos e funcionais. A flutuabilidade (pela ação do empuxo), com menor descarga de peso corporal, a pressão hidrostática (atua diretamente beneficiando os sistemas cardiovascular e respiratório), a temperatura (atua diretamente no alívio da dor, vasodilatação, extensibilidade colágena, dentre outros), a turbulência (resistora ao movimento promovendo o fortalecimento), dentre tantos outros benefícios da imersão permitem inúmeras opções terapêuticas físicas, emocionais e sociais. Neste capítulo iremos apresentar como a fisioterapia aquática pode ser utilizada na prevenção primária e de agravos de doenças, na promoção de saúde e na reabilitação, de forma gratuita e integral, nos diferentes ciclos de vida (criança, adulto e idoso), bem como da pessoa com deficiência, considerando que o fisioterapeuta faz parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (PL nº 1.111/2019 aprovado em 30 de Outubro de 2021).

## **FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM UM OLHAR À SAÚDE DA CRIANÇA**

A FA, para além de fornecer meios importantes para a reabilitação de crianças com as diversas disfunções de saúde, pode ser ferramenta

importante para a prevenção e promoção de saúde da criança (até 9 anos), especialmente na primeira infância (até 5 anos). Uma linha de atenção e intervenção do desenvolvimento infantil na primeira infância pode ser responsável por oportunizar um adulto com maior potencial cognitivo-social. (BRASIL, 2015)

A condição social do Brasil é uma realidade que nos impede de prever para um futuro breve um acesso universal ao equipamento público (piscinas) na primeira infância para atividades recreativas, de estimulação precoce ou de introdução à natação. Contudo cabe-nos prever, programar e estimular um panorama com esta possibilidade para as gerações futuras.

Estabelecida em 2015 pela Portaria GM/MS nº 1.130, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) abrange o cuidado da criança sob uma ótica integral e reúne ações de atenção, promoção e prevenção em saúde em sete eixos estratégicos, prevendo, dentre outros direitos: 1- a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; 2- a atenção integral à criança com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; 3- a atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade. (BRASIL, 2015)

Considerando os direitos da criança brasileira garantidos por força de Lei, a fisioterapia aquática torna-se um caminho promissor e prazeroso de se efetivar tais cuidados. E especificamente, o fisioterapeuta da Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar atento não somente ao desenvolvimento motor da criança, mas também aos desenvolvimentos auditivo, visual, cognitivo e de linguagem, além dos índices de mortalidade materna e infantil.

Países como a Noruega apresentam grande fluxo (referência, contra referência, acompanhamento longitudinal) de crianças para serviços de fisioterapia na APS. Os encaminhamentos incluíam principalmente crianças com menos de um ano oriundas de centros de saúde infantil ou um pouco maiores advindas das creches, ambas por preocupações

com o desenvolvimento motor, assimetria e condições ortopédicas. (EVENSEN; SELLÆG; HANSEN; MEISINGSET, 2021)

Objetiva-se ter um fluxo semelhante em todo território nacional com a atualização periódica da “Caderneta de Saúde da Criança” e a qualificação dos demais atores deste processo com vistas à execução do Plano Nacional pela Primeira Infância. A ação de cuidados deve ser centrada na família, com já mencionado para que se possa promover realmente uma abordagem integral à criança desde a puericultura, evitando a atual heterogeneidade quanto à presença dos atributos essenciais à saúde da criança em diferentes localidades brasileiras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; PNAISC, 2015; DAMASCENO; NÓBREGA; COUTINHO; REICHERT; TOSO; COLLET, 2016).

## FISIOTERAPIA AQUÁTICA DA MATERNIDADE AO DOMICÍLIO

A FA no termo mais amplo de definição, mais especificamente a hidroterapia pode estar presente desde os primeiros banhos realizados na maternidade até aqueles realizados em casa, nas banheiras ou baldes.

As pesquisas na área têm aumentado gradativamente em quantidade e qualidade, contudo ainda não se pode afirmar um efeito clínico superior da estimulação precoce no solo, ou seu efeito adicional, mesmo porque o ambiente familiar tem papel preponderante, assim como outros fatores como a escolaridade da mãe. (SILVA; MARTINS; MORAIS; GOMES, 2009; HILLIER; MCINTYRE; PLUMMER, 2010).

Esses banhos, atividade aquática na maternidade, podem ser eficientes em ajudar a reduzir a perda de peso e o atraso na maturação fisiológica nos primeiros dias de vida, relacionados ao estresse perinatal. (SILVA; MARTINS; MORAIS; GOMES, 2009)

Uma criança e sua família que tenham acesso às orientações do fisioterapeuta ou de qualquer outro membro da Unidade Básica de Saúde (UBS) podem experimentar condições que levem a uma melhor compreensão do desenvolvimento infantil e do cuidar, além do processo de reabilitação. (LOPES; GOMES; GOMES, 2011)



Fisioterapia aquática na rede pública municipal de esporte, lazer e educação

Além da estimulação aquática infantil (aproximadamente entre 0 a 3 anos), o acesso de crianças maiores às piscinas públicas para iniciação à natação com profissionais da Educação Física pode ser uma eficiente ferramenta que o município pode dispor para monitorar, triar, acompanhar e intervir na saúde integral da criança. Sugere-se, por exemplo, que as atividades aquáticas na infância possam normalizar parâmetros metabólicos, antropométricos e cardiovasculares em crianças obesas. (IRANDOUST; TAHERI; H'MIDA; NETO; TRABELSI; AMMAR et al., 2021).

## **FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM UM OLHAR À SAÚDE DA CRIANÇA COM ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (ADNPM)**

Aproximadamente 200 milhões de crianças menores de 5 anos de idade tem o risco de não atingir o seu desempenho esperado (DORNELAS; DUARTE e MAGALHÃES, 2014). Não existem dados atualizados com relação à incidência do ADNPM no Brasil, porém sabe-se que a incidência do risco ao desenvolvimento esperado de lactentes entre seis e 18 meses é de 52,7% (KOVANOVSKI, 2019).

Apesar de esse termo ser genérico, o ADNPM aplica-se às crianças que não atingem as habilidades esperadas para determinadas faixas etárias. O ADNPM está fortemente correlacionado à algumas disfunções e doenças que acometem o sistema nervoso central (SNC), alterações

comportamentais e mutações genéticas como: paralisia cerebral (PC), doenças do fechamento do tubo neural (DFTN), doenças neuromusculares (DNM), malformações congênicas e transtorno do espectro autista (TEA).

As crianças com qualquer um destes diagnósticos compartilham desafios em comum desde os primeiros anos de vida. Estes desafios vão desde as pequenas alterações de coordenação do movimento, até a dependência total de autocuidado. Ao longo da primeira (0 a 3 anos), segunda (3 aos 6 anos) e terceira infância (6 a 12 anos) cada criança vai manifestar suas próprias dificuldades de acordo com o prognóstico da doença, repercussões clínicas nas estruturas e funções do corpo, além do impacto destas disfunções na atividade e participação. O ambiente destas crianças, muitas vezes, pode ser uma barreira que impacta no desempenho e na participação de suas atividades (ARAÚJO et al., 2018).

A maioria destas crianças é vista pela sociedade como um indivíduo que precisa somente da promoção de saúde, tendo em vista que estas já apresentam uma condição ou uma doença preexistente. Porém, todas as crianças com ADNPM necessitam de estímulos desde a primeira infância, para que atinjam o máximo do seu desempenho e para que comorbidades e outras doenças sejam prevenidas.

No Brasil o acesso desta população à centros especializados de atenção à saúde do SUS é muito variado. Em grandes centros, como a grande São Paulo, existem centros de reabilitação, universidades e projetos sociais que aproximam as crianças dos cuidados adequados. Mas, mesmo nos grandes centros, a facilidade deste acesso tem barreiras como, falta de transporte e falta de acessibilidade arquitetônica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2015).

As ações terapêuticas propostas para esta população tem de ser específicas e adaptadas para a realidade de cada uma delas. Como as crianças com ADNPM frequentemente apresentam fraqueza muscular, dificuldade e/ou incoordenação de movimentos, encurtamentos musculares, movimentos compensatórios e dores. Todas estas alterações impactam negativamente na aquisição de funções como rolar, manutenção de posturas ou partes do corpo, engatinhar e andar.

Dentre as inúmeras abordagens para prevenir doenças e agravos e promover saúde, a FA tem papel fundamental no desenvolvimento destas crianças. Por ser realizada em um ambiente totalmente diferente do habitual, torna-se um facilitador para a realização de algumas atividades que estas não conseguem realizar no solo. Ao mesmo tempo, é um ambiente enriquecido, lúdico e desafiador, estimulando a criança a realizar movimentos e manter posturas que não são possíveis de serem realizadas fora de uma piscina. (LOPES et al 2011)

Ainda há escassez de estudos sobre a fisioterapia aquática e crianças com ADNPM. O número de artigos científicos publicados vem crescendo ao longo das duas últimas décadas. Uma revisão sistemática composta somente por dois ensaios controlados aleatorizados (fato que dificulta a comprovação científica da eficácia desta abordagem) classificou a fisioterapia aquática como uma abordagem possivelmente recomendável para crianças com PC, para melhora da função motora grossa (NOVAK; et al, 2019).

Existem alguns estudos que demonstram e verificam os efeitos positivos da fisioterapia aquática em crianças com DNM, malformações congênitas, DFTN e TEA (MILLS; et al., 2020). Mas, pela presença de vieses que comprometem a qualidade metodológicas desses, não se pode afirmar que a FA tem mais benefícios que outras abordagens. Contudo, sabe-se que há benefícios específicos que somente o exercício/tarefa em imersão é capaz de promover. Por isso acredita-se que a inserção de piscinas para a aplicação desta modalidade terapêutica, em serviços de saúde pública, é imprescindível para a melhora da qualidade de vida, prevenção de doenças e promoção de saúde das crianças com ADNPM.

## **FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM UM OLHAR À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Permeando todos os ciclos de vida temos a condição da pessoa com deficiência, que teve sua definição reestabelecida pela Convenção dos

Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008). Seu entendimento de natureza biomédica foi substituído pelo biopsicossocial.

Seguindo a mesma linha de raciocínio interpretativo, A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD- 2010) (BRASIL, 2010) e a Lei Federal nº 13.146/2015 (Lei de Inclusão da pessoa com deficiência) (BRASIL, 2015), que regulamenta internamente as disposições da Convenção da ONU, prevê em seu artigo 2º:

“Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.”

Considerando que, segundo a OMS, 10% da população de qualquer país é constituída de pessoas com deficiência, sendo 4,5% destas pessoas, com até 5 anos de idade. E que, de acordo com o Censo 2010, cerca de 24% da população, declararam ter algum grau de dificuldade em pelo menos uma das habilidades investigadas (enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus), ou possuir deficiência mental / intelectual.

Os que se declararam como deficientes foram 6,7% da população. Desses, os deficientes visuais estavam presentes em 3,4%; a deficiência motora em 2,3%; a deficiência auditiva em 1,1%; e a deficiência mental/intelectual em 1,4% da população brasileira. Entende-se, portanto a enorme demanda aos serviços públicos de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência.

Além disso, o “cuidar” da saúde dessas pessoas é dever público e de todos, várias mobilizações culminaram na publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNPD). Essa política objetiva proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências.



A fisioterapia entende seu papel na equipe interdisciplinar responsável por essas garantias e apresenta um amplo leque de possibilidades para a proteção, reabilitação da capacidade funcional e desempenho humano, permitindo a inclusão em todas as esferas da vida social. Dentro deste leque está a fisioterapia aquática, disponível em vários centros públicos de referência em reabilitação como a AACD e Rede Sarah, mas praticamente inexistente em localidades mais distantes, mesmo havendo abundância de água natural, estâncias termominerais e piscinas.

O entendimento de que o fisioterapeuta, como parte integrante da Estratégia de Saúde da Família deve ter condições de ofertar o atendimento em piscinas como método de reabilitação, promoção à saúde e prevenção de agravos à pessoa como deficiência ainda é um grande desafio a ser superado na área.

Havendo garantia de acesso às piscinas, a pessoa com deficiência encontrará um parceiro no alcance de específicos (ex.: facilitar ou resistir um movimento, oferecer suporte ao corpo, favorecer atividades motoras) e inespecíficos (ex.: melhorar o funcionamento do sistema cardiocirculatório, respiratório, hormonal) para benefício do usuário (CANDELORO; CAROMANO, 2006) e um ambiente agradável e lúdico para o árduo trabalho diário de aquisição/recuperação funcional, emocional e social, que permitirá uma real inclusão.



Isto porque, a própria PNSDP afirma que “Incluir socialmente as pessoas com deficiência significa respeitar as necessidades próprias da sua condição e possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico da sociedade contemporânea.”

Independente do ciclo de vida no qual a pessoa com deficiência se encontre, a fisioterapia aquática apresenta-se como uma intervenção única, com otimização de ganhos físicos e funcionais promovidos pela imersão em água aquecida e exercícios terapêuticos, além dos ganhos psicológicos e sociais (MARQUES, CUTLAC-NETO, OLIVEIRA, OLIVERIA, RUAS, SHIMANO, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com uma compreensão ampliada do conceito saúde e doença, na qual a integralidade deve ser o norteador principal deste processo, a fisioterapia aquática na atenção à saúde da criança, do adulto e do idoso, com e sem disfunções/deficiências depende da garantia de acesso a serviços com piscinas, do investimento governamental na criação e manutenção de setores com piscinas, da formação de fisioterapeutas voltados ao SUS e à implantação de serviços públicos, gratuitos e de qualidade de fisioterapia aquática e da capacitação de profissionais da APS para atuação em serviços com piscinas.

Há piscinas comunitárias em Centros Municipais de Esporte, “Piscinas SUS” em grandes Centros de Reabilitação, projetos de extensão universitária em parceria com instituições filantrópicas ou de atenção especial, estágios de graduação em fisioterapia aquática em piscinas universitárias e ações voluntárias individuais de oferta gratuita de sessões de fisioterapia aquática. Estes serviços podem fornecer cada vez mais evidências científicas e práticas dos benefícios da fisioterapia aquática na Atenção Primária à Saúde, mas não são suficientes para garantir o acesso de todos os que necessitam deste tipo de atendimento.

Entraves políticos e burocráticos claramente demonstram que ainda precisamos avançar neste contexto para disponibilizar piscinas

adaptadas que possam receber essas pessoas e implementar programas de promoção à saúde, prevenção de doenças e/ou agravos que comprometam a saúde da população.

Uma clara política de Estado, o apoio governamental com fomento a bolsas de extensão, verbas para projetos, a adaptação nos layouts arquitetônicos de serviços de saúde e o incentivo à parceria público-privada para financiamento de piscinas certamente permitirá uma mudança dessa realidade.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRAS DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

BATES, A.; HANSON, N. Exercícios aquáticos terapêuticos. São Paulo: Manole, 1998.

BECKER, B. E.; COLE, A. J. Terapia aquática moderna. São Paulo: Manole, 2000.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 set. 1990. PL nº 8.080/1990.

BRASIL. Resolução CNS nº 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015.

BRASIL, Lei nº 1.111/2019, de 30 de Outubro de 2021. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 30 out. 2021. PL nº 1.111/2019.

CANDELORO, J.; CAROMANO, F. A. Discussão crítica sobre o uso da água como facilitação, resistência ou suporte na hidrocinestoterapia. Acta Fisiátrica, v.13, n.1, p. 7-11, 2006.

CAROMANO, F. A.; NOWOTNY, J. P. Princípios físicos que fundamentam a hidroterapia. Fisioterapia Brasil. v.3, n.6, p. 1-9, 2002.

CALLAHAN D. The WHO definition of 'health'. Studies Hastings Central, v.1, n. 3, p.77-88, 1973.

CARTER, H.H.; SPENCE, A.L.; PUGH, C.J.A.; AINSLIE, p.n.; NAYLOR. L., GREEN, D. Cardiovascular responses to water immersion in humans: impact on cerebral

perfusion. *American Journal of Physiology Regulatory Integrative and Complementary Physiology* 306: R636–R640, 2014.

DAMASCENO, S.S.; NÓBREGA, V.M.; COUTINHO, S.E.; REICHERT, A.P.; TOSO, B.R.; COLLET, N. Children's Health in Brazil: orienting basic network to Primary Health Care. *CienSaude Colet. Sep;21(9):2961-73*. 2016.

DORNELAS, L. D. F.; DUARTE, N. M. D. C.; MAGALHÃES, L. D. C. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. ISSN 1.

EDWARDS, J.; CARR, J.; BRAUNACK-MAYER, A.; JENSEN, G.G. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy*, v. 84, n. 4, p. 312-30, 2004.

EVENSEN, K.A.I.; SELLÆG, S.; STRÆTE, A.C.; HANSEN, A.E.; MEISINGSET, I. Profile of children referred to primary health care physiotherapy: a longitudinal observational study in Norway. *BMC HealthServ Res. Jan 6;21(1):16*. 2021.

GRABER, M.L.; et al The new diagnostic team. *Diagnosis*, v. 4, n. 4, p. 225–238, 2017.

HILLIER, S.; MCINTYRE, A.; PLUMMER, L. Aquatic physical therapy for children with developmental coordination disorder: a pilot randomized controlled trial. *PhysOccupTherPediatr. May;30(2):111-24*. 2010.

IRANDOUST, K; TAHERI, M.; H'MIDA, C.; NETO, G.R.; TRABELSI, K.; AMMAR, A.; SOUISSI, N.; CHTOUROU, H.; NIKOLAIDIS, P.T.; ROSEMANN, T.; KNECHTLE, B. Exergaming and Aquatic Exercises Affect Lung Function and Weight Loss in Obese Children. *Int J Sports Med. Jun;42(6):566-572*. 2021.

LOPES, A.J.; GOMES, W.F.; GOMES, H.A. Reabilitação Aquática em Paralisia Cerebral. In: Cury, Valéria Cristina Rodrigues; Brandão, Marina de Brito (org.). *Reabilitação em Paralisia Cerebral*. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook. p. 439-454. 2011.

LOUDON, K. et al Patient and public attitudes to and awareness of clinical practice guidelines: a systematic review with thematic and narrative syntheses. *BMC Health Services Research*.v.14, p. 321, 2014.

MARQUES, M.M.; CUTLAC-NETO, J.; OLIVEIRA, N.M.L.; OLIVEIRA, C.C.E.; RUAS, G.; SHIMANO, S.G.N. Efeitos da fisioterapia aquática na deficiência visual: relato de caso. *Neurociências*, v.23, n.1, p. 136-42, 2015.

MILLS, W. et al. Does Hydrotherapy Impact Behaviours Related to Mental Health and Well-Being for Children with Autism Spectrum Disorder? A Randomised Crossover-Controlled Pilot Trial. *Int J Environ Res Public Health*, v. 17, n. 2, Jan 15 2020. ISSN 1661-7827 (Print) 1660-4601.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*

/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)>.

MISSELBROOK D. W is for wellbeing and the WHO definition of health. *British Journal of Generic Practice*, v.64, n. 628, p.582, 2014.

NOVAK, I. et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*, v. 20, n. 2, p. 3, Feb 21 2020. ISSN 1528-4042 (Print) 1528-4042

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

PARK, M.; GIAP, T.T.T. Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. *Advices in Nursing*, p.1-19, 2019.

SILVA, J. O.; MARTINS, J. C.; MORAIS, R. L. S.; GOMES, W. F. Influência da estimulação aquática no desenvolvimento de crianças de 0 a 18 meses: um estudo piloto. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 16, n. 4, pp. 335-340. 2009.

SUPPER, I.; CATALA, O.; LUSTMAN, M.; CHEMLA, C.; BOURGUELI, L.; LETRILLIART, L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*. p. 1-12, 2014.

TREDE, F. Emancipatory physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, v.28, n. 6, p.466-473, 2012.

UNSWORTH, C.A. Clinical Reasoning: How do Pragmatic Reasoning, Worldview and ClientCentredness Fit? *British Journal of Occupational Therapy*, v. 67, n.1, p. 10-19, 2004.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. *Fisiologia do esporte e do exercício*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2002.

# FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

Suraya Gomes Novais Shimano<sup>63</sup>

Wellington Fabiano Gomes<sup>64</sup>

Caio Roberto Aparecido de Paschoal Castro<sup>65</sup>

Valéria Conceição Passos de Carvalho<sup>66</sup>

Mariana Lourencetti Seccacci<sup>67</sup>

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1948) define que “saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença”. O processo saúde-doença é visto atualmente como expressão de crises no movimento indissociável de reprodução e desgaste de organizações vivas, dinâmicas, de grande complexidade (CARVALHO E ALENCAR, 1994; IBGE, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há uma tendência de crescimento da população idosa brasileira. No ano de 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 indivíduos de 65 anos ou mais. Estima-se que em 2050, a proporção seja de 172,7 idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos. Em 2010, as pessoas com 60 anos de idade ou mais atingiram um patamar acima de 20 milhões de habitantes, correspondendo a mais de 10,2% da população total do país. Acredita-se que este fato é decorrente do aumento da expectativa de vida, da redução da taxa de natalidade; principalmente,

<sup>63</sup> Doutora em Ciências da Reabilitação (USP). Professora associada do Departamento de Fisioterapia Aplicada (UFTM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9421-9227>

<sup>64</sup> Doutorado em Ciências Fisiológicas (UFVJM). Departamento de Fisioterapia (UFVJM). CV: <http://lattes.cnpq.br/1098958641760734>

<sup>65</sup> Mestrando em Ciências da Saúde (FCMSCSP). Ffisioterapeuta (AACD-SP e Hospital Samaritano Paulista). CV: <http://lattes.cnpq.br/3581005841422289>

<sup>66</sup> Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (UFPE). Professora (UNICAP e Faculdade IDE). CV: <http://lattes.cnpq.br/8248684725556796>

<sup>67</sup> Especialização em Fisioterapia aplicada a Neurologia Infantil (UNICAMP). Fisioterapeuta (Hospital Israelita Albert Einstein). CV: <http://lattes.cnpq.br/4629401066521336>

devido ao avanço científico no campo da saúde com controle de doenças infectocontagiosas, métodos de diagnósticos mais acessíveis à população e melhora da sistematização do processo de conduta, diagnóstico e tratamento médico (NORONHA et al., 2016).

A Fisioterapia, como profissão da área da Saúde, tem em sua origem a característica reabilitadora inserida em suas práticas. Contudo, sua atuação estende-se à prevenção de doenças e promoção da saúde do indivíduo ou da coletividade. As áreas de atuação da fisioterapia são diversas, podendo-se trabalhar com indivíduos hígidos e/ou indivíduos com disfunções nos diversos órgãos e sistemas (MACIEL E GUERRA, 2008; NOGUEIRA et al., 2010). Na área de fisioterapia, é possível a utilização de diversas técnicas avaliativas e de procedimentos. Estudos científicos permitem ao fisioterapeuta constatar e analisar indicadores, tanto de saúde como de doença, seus fatores de risco, potenciais consequências e sequelas, objetivando fornecer subsídios para a orientação e determinação da realidade biológica do indivíduo, suas implicações sociais, culturais, psicológicas e econômicas (CASTRO et al., 2004; FIEDLER E PEREZ, 2008; FIGLIOLINO et al., 2009).

A fisioterapia aquática na saúde do adulto e do idoso pode prevenir e/ou tratar das patologias que atingem essa população, decorrentes de um agravo ou conjunto de agravos associados a qualquer diminuição, anormalidade ou perda de estrutura ou função, seja fisiológica ou anatômica, gerando a condição de doença, que acarreta um estado de complexidade de saúde (ALVES et al., 2007; NORONHA et al., 2016).

As práticas em saúde devem ser fundamentadas no o princípio da humanização, na qual os profissionais de saúde em equipes multidisciplinares e assim o fisioterapeuta quando inserido na atenção primária pode contribuir com ações de promoção e educação em saúde, melhorando o grau de informação para a população de adultos e idosos em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida.

## FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM UM OLHAR À SAÚDE DO ADULTO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX, limitando-se às demandas da gravidez e do parto, com uma visão restrita da mulher (BRASIL, 2004; COELHO et al., 2009; BRASIL, 2011). Somente em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorpora ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, ampliando a assistência à mulher no climatério, no planejamento familiar, nos cânceres de colo de útero e mama<sup>2</sup>. Em 2003, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a mulher passou a ser considerada em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural (COELHO et al., 2009; BRASIL, 2011; VASCONCELOS; FELIX; GATTO, 2017).

Mesmo com garantias por Lei, os direitos da mulher ainda são permeados pelas desigualdades socioeconômicas e culturais e de acesso aos serviços de saúde. É clara a necessidade de políticas que atinjam mulheres nos diferentes ciclos de vida, com modelo integral, interdisciplinar, e que favoreça o rastreamento, detecção precoce, diagnósticos e tratamentos oportunos (VASCONCELOS; FELIX; GATTO, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

De acordo com a Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRASFIM), o fisioterapeuta que atua nesta área tem papel importante durante todo o ciclo vital feminino, atuando na promoção à saúde, prevenção e tratamento das disfunções ginecológicas, obstétricas, oncológicas e urológicas<sup>7</sup>. A Fisioterapia tem procurado se integrar aos programas já desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde e tem buscado novos modelos de assistência que sejam eficazes para a promoção de saúde, tratamento e redução de incapacidades, priorizando a melhora da qualidade de vida (MARQUES E FREITAS, 2005).

No Brasil, apesar da necessidade de mudança da percepção masculina nos cuidados com a própria saúde e a dos seus familiares e com



o objetivo de melhorar a condição de saúde dos homens, e reduzir os índices de morbimortalidade é que foi implantado em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Essa política fundamenta-se nos seguintes objetivos: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado, que resguardem a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis. Atualmente é necessário ampliar a assistência para todas as necessidades de saúde, para além daquelas reconhecidas pelos serviços e políticas da área, visando cada vez mais a qualidade da assistência. Neste contexto ainda são tímidas as ações de atenção básica voltadas à saúde do homem, ressalta-se a importância, haja vista a relevância social conferida pela incidência de agravos e pelo aumento da vulnerabilidade às doenças relacionadas a essa população, com ênfase para o planejamento de ações voltadas à saúde masculina (SEPARAVICH E CANESQUI, 2013; CAVALCANTI, et.al., 2014).

## FISIOTERAPIA AQUÁTICA EM ONCOLOGIA FEMININA

O Câncer de Mama é o tipo que mais acomete as mulheres e a segunda causa de morte (SCHLEMMER; VENDRUSCULO; FERREIRA, 2019; DIAS, et al., 2021). A atuação da fisioterapia deve ocorrer tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório. A intervenção de forma precoce pode diminuir o tempo de recuperação, acelerar a retomada da funcionalidade e autonomia, melhorar a circulação linfática, previne recorrência de infecções e minimizar os efeitos adversos e como resultado melhora na qualidade de vida (CARVALHO E SALENO, 2019; DIAS, et al., 2021).

A FA é uma opção terapêutica ímpar na reabilitação de mulheres pós-câncer de mama. A cinesioterapia realizada na água aquecida e com o membro superior em imersão favorece a analgesia, o alongamento, o fortalecimento muscular, o relaxamento, o alinhamento postural de forma passiva, ativo-assistida e ativa. Podem ser realizadas drenagens

linfáticas manuais, que associadas à hidromassagem buscam o relaxamento e o aumento da absorção do fluxo linfático superficial, bem como a utilização de técnicas de mobilização que podem favorecer a percepção sensorial e funcional do membro afetado e melhora da qualidade de vida (SCHLEMMER; VENDRUSCULO; FERREIRA, 2019).

## FISIOTERAPIA AQUÁTICA EM UROLOGIA FEMININA E MASCULINA

No âmbito ginecológico a fisioterapia aquática pode trabalhar com mulheres com disfunções menstruais, endometriose, vulvodínea, disfunções oncológicas na região pélvica, disfunções sexuais (BATISTA, 2017; TRINDADE E LUZES, 2017), com a conscientização dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) e Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP) (STEIN et al., 2018).

A fisioterapia urológica atua nas disfunções urogenitais e anorretais, como incontinências urinária, anal e fecal que podem afetar as mulheres e os homens. O tratamento realizado na fisioterapia aquática utiliza-se do TMAP para promover a conscientização da contração voluntária, com ação de fortalecer e relaxar esse grupo muscular (FRANÇA et al., 2021; OLIVEIRA; SILVA; PERES, 2021).

## FISIOTERAPIA AQUÁTICA EM OBSTETRÍCIA

A fisioterapia obstétrica destaca-se pelo planejamento e execução de programas de exercícios para as gestantes, aplicação de técnicas que possam prevenir ou minimizar as alterações biológicas (mecânicas e fisiológicas, bem como favorecer a preparação para o trabalho de parto e recuperação no puerpério (CARVALHO, 2020). O *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda a prescrição de programas de exercícios específicos intensidade leve a moderada, incluindo a fisioterapia aquática, principalmente por ser uma atividade com baixo impacto articular e promover redução de quadros algícos, , fortalecer, alongar e relaxar a musculatura, estimular centros respiratórios, vasculares, perineais e metabólicos (ARTAL E O'TOOL, 2003).

No auxílio ao trabalho do parto, evidências mostram que a influência positiva da mobilidade pélvica em ambiente aquático favorece essa gestante durante o trabalho de parto, com o trabalho sendo realizado em posturas verticais, com coordenação do diafragma associado ao relaxamento perineal (BLANQUE et al., 2020).

O puerpério apresenta modificações locais e sistêmicas que podem provocar desconfortos e comprometer a qualidade de vida da mulher (COELHO et al., 2011). Na fisioterapia aquática é possível reeducar a função respiratória, a musculatura abdominal, restabelecer a função gastrointestinal, estimular o sistema circulatório e prevenir trombozes, promover analgesia da região perineal e da incisão da cesariana, retomar o condicionamento cardiovascular, bem como melhorar os quadros de depressão pós-parto (NAVAS et al., 2021).

A fisioterapia na saúde da mulher e do homem atua também na promoção à saúde e prevenção de agravos e deve estar rotineiramente como opção de primeira linha nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Atualmente a dificuldade de implantação de práticas integrais se mostra um importante obstáculo epistemológico para permitir a acessibilidade a população a um cuidado integral. É necessário entender que os problemas de saúde que afetam os homens e mulheres estão articulados a contextos sociais, culturais, econômicos, que influenciam o processo saúde-doença, somados a um contexto de precariedade no que diz respeito a ações de investimento no setor saúde (MARQUES E FREITA, 2005).

É fundamental que sejam formadas equipes multiprofissionais, que desenvolvam um cuidado e escuta que vá além das ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na humanização e na qualidade da atenção em saúde com ações que se traduzam na resolução de problemas, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres identificarem suas demandas e principalmente na promoção do autocuidado (NEVES E ACIOLI et al., 2011).

Neste contexto, observa-se que a atuação da fisioterapia aquática na saúde do homem e da mulher ainda se encontra restrita a iniciativas

decorrentes de programas de extensão universitária, bem como, no atendimento oferecido pelas disciplinas de fisioterapia aquática, pélvica, urológica, obstétrica e estágio supervisionados implantados pelas instituições de ensino superior. Quando decorrentes dos serviços autônomos ou conveniados contemplam um número de mulheres que buscam e podem pagar por tal acompanhamento.

## **FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM UM OLHAR À SAÚDE DO IDOSO**

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 8,77% dos brasileiros são idosos e estima-se que em 2030 este índice esteja em 13,44% (IBGE, 2010).

A fisioterapia na atenção à saúde dessa população idosa ganhou força quando da criação do Estatuto do Idoso, pela Lei no 10.741 (e atualizado em 2021), sendo um dos marcos mais importantes para a garantia dos direitos para os idosos (BRASIL, 2006). O artigo 15 do Capítulo IV assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) (na prevenção promoção, proteção e recuperação da saúde), garantindo o acesso universal igualitário, abrangendo também as doenças que afetam essa população. (BRASIL, 2013).

Quando pensamos em promover saúde e prevenir agravos de possíveis condições patológicas nessa população, precisamos primeiro conhecer quais são essas condições às quais esses idosos estão sujeitos. Neste subtítulo abordaremos as DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)) e as dores crônicas consequentes às doenças degenerativas do sistema osteoarticular.

As DCNT podem surgir por diversos fatores que, segundo a OMS, podem ser modificáveis ou não-modificáveis (BRASIL, 2005). Compreender que o idoso com DM e HAS tem um risco maior de desenvolver acidentes vasculares encefálicos (AVE) permite ao fisioterapeuta traçar um plano de intervenção focado na atenção primária e educação em saúde. Segundo a American Heart Association (AHA)

em suas novas diretrizes de 2021, mesmo os idosos com AVCs prévios correm riscos de novos eventos agudos caso não controlem os fatores de risco como alterações de glicemia, hipertensão arterial e sedentarismo (KLEINDORFER, 2021).

Para estimular a prática de atividades e exercícios físicos, ambientes que sejam lúdicos e favoreçam uma aproximação social são muito indicados, e as piscinas comunitárias são muito bem vindas, pois são capazes de atingir vários objetivos preventivos, de reabilitação e promoção de saúde.

Já as doenças do sistema osteoarticular que podem afetar a população idosa podem ser decorrentes do processo de envelhecimento relacionado à osteopenia e alterações dos componentes intra-articulares. Quando essas alterações deixam de ser fisiológicas e inerentes ao envelhecimento saudável e passam a ser patológicas, o idoso desenvolve sintomas que são por vezes incapacitantes, como a dor. Lombalgias e outras dores articulares são muito comuns nessa população, causadas por diversos outros fatores além do próprio envelhecimento tecidual como, por exemplo: diminuição da movimentação e atividade física, sedentarismo e má postura, apesar de ainda haver a necessidade de mais estudos para a comprovação científica dessas hipóteses. (KARAGULLE, 2015; WONG, 2021).

Essa associação de alterações leva este idoso à um risco real de queda. A alteração do equilíbrio, do tempo de reação, da marcha e da força muscular, é uma somatória de fatores que coloca o idoso em um risco de queda, que pode ser de leve à grave, dependendo da intensidade dessas alterações. Educar o idoso quanto ao risco e orientá-lo quanto às alterações e adaptações do seu ambiente são fundamentais no trabalho de prevenção. Simultaneamente, ofertar um ambiente seguro para a prática do exercício físico e ganho de capacidades físicas e funcionais faz com que a piscina seja o ambiente ideal para intervenção na população idosa (TRICCO, 2017).

As recomendações das diretrizes do Governo Federal/Ministério da Saúde para a população idosa, atualizadas em 29 de Abril de 2021,

já trazem a importância da equipe multidisciplinar para a prática segura de exercícios físicos. Porém sabe-se que, para essa população a prática de exercício pode encontrar barreiras como a cinesiofobia, o medo de cair e a dificuldade em vencer a gravidade em solo. Já é de conhecimento científico que a água traz inúmeros benefícios para essa população, por todas as suas propriedades físicas e efeitos fisiológicos por elas causados. Em 2021 foi publicado um grande estudo de revisão e meta-análise sobre os efeitos dos exercícios aquáticos no metabolismo ósseo, sugerindo que esse tipo de abordagem terapêutica auxilia no processo de controle da reabsorção óssea, desacelerando-a, assim como pode agir na redução do hormônio paratireóideo (XIAOLING, 2021).

Waller e Lambeck em sua revisão sistemática sobre o efeito de diversos tipos de exercícios aquáticos na lombalgia crônica já enfatizaram que o ambiente aquático apresenta efeitos benéficos em relação à analgesia e melhora da funcionalidade, porém não superiores à outras abordagens convencionais (WALLER, LAMBECK, 2009). A ideia de que os exercícios aquáticos são uma excelente opção para idosos com osteoartrose e dores articulares se fortifica através do conhecimento das propriedades físicas da água e seus efeitos como redução do impacto articular e riscos de lesão, possibilitando o aumento na amplitude do movimento (BARTELS, 2016).

Manejar a dor crônica não só estabiliza os segmentos corporais (coluna, quadril, etc) como oferece ao idoso a autoconfiança perdida depois de tanto tempo de cinesiofobia. Mais uma vez, a água se faz presente como um instrumento fundamental para atingir tal objetivo, pois o movimento no ambiente aquático é mais harmônico, seguro e leve, permitindo que o idoso aceite este desafio de se movimentar novamente em amplitudes não vividas há tempos (COLE, 2000; CARREGARO, 2008).

Além disso, a água oferece aos idosos momentos prazerosos, de convívio e interação social. O idoso se sente capaz no ambiente aquático, vence o medo do movimento e da dor, e por este motivo se permite realizar exercícios de flexibilidade e equilíbrio com incremento de graus de dificuldade, como, por exemplo introduzir exercícios de dupla tarefa.

Isso proporciona ao idoso um treino desta habilidade, tão necessária no dia-a-dia, e requisito para uma boa funcionalidade (TURNER, 2018).

A marcha, o trote, a corrida, ou qualquer outro exercício que tenha como objetivo o treino aeróbio, complementa juntamente com os exercícios resistidos, o treino ideal para a pessoa com HAS, DM, ou outras DCNT, pois trabalha o sistema cardiovascular e pulmonar como um todo. Pensando no idoso e suas restrições físicas, a água passa a ser o ambiente ideal para a realização dessas atividades, principalmente pela diminuição do impacto nas articulações e pelos efeitos da própria pressão hidrostática (BARTELS, 2016).

As piscinas comunitárias (centros esportivos públicos e universidades) são uma realidade acessível financeiramente para essa população em grandes centros e capitais, porém tal realidade não é tão vantajosa em municípios de menor porte ou estados que não sejam das regiões sul e sudeste.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fisioterapia tem papel de destaque junto ao cuidado da saúde, a cada ano vem construindo novos espaços de atuação nos três níveis de atenção à saúde da população brasileira. É crescente a demanda por fisioterapia na atenção básica, sendo fundamental esclarecer aos profissionais da equipe multidisciplinar as amplas possibilidades de atuação deste profissional. Desta forma, a atuação fisioterapêutica pode realizar ações de promoção e educação em saúde e prevenção repercutindo na melhora da qualidade de vida de adultos e idosos.

No modelo atual de saúde é imprescindível abrir novos espaços entre eles a fisioterapia aquática. Sua prática terapêutica pode ser realizada de forma individual ou em grupo através da utilização de exercícios terapêuticos em imersão. Entretanto, ainda persiste a dificuldade de implantação de práticas integrais se mostra um importante obstáculo epistemológico para permitir a acessibilidade a dessa população a um cuidado integral. É necessário entender que os problemas de saúde estão articulados a contextos sociais, culturais, econômicos, que influenciam o

processo saúde-doença, somados a um contexto de precariedade no que diz respeito a ações de investimento no setor saúde. No qual as práticas de saúde devem ser construídas com o olhar interdisciplinar e uma compreensão ampliada do conceito saúde e doença, sendo a integralidade o norteador principal deste processo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. C., LEIMANN, B.B.Q. VASCONCELOS, M.E.L., CARVALHO, M.S., VASCONCELOS, A.G.G., FONSECA, T.C.O., LEBRÃO, M.L., LAURENTI, R., A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ARTAL, R.; M O'TOOL, R., Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *The British Journal of Sports Medicine*, v.37, n.1, p-6-2, 2003.

BATISTA, M.C.S., Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Diagn Tratamento*, V.22, N.2, P-83-87, 2017.

BLANQUE, R.R; CORDERO, M.J.A; JIMÉNEZ, A.E.M; RODRÍGUEZ, M.J.M.; TROYA, M.M; GARCÍA, J.C.S., Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, V. 17, N.4, P—2, 2020.

BARTELS EM, JUHL CB, CHRISTENSEN R, HAGEN KB, DANNESKIOLD-SAMSOE B, DAGFINRUD H, LUND H. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis (Cochrane review) [with consumer summary]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Mar 23;32016;

BRASIL. Ministério da saúde/OMS. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro. Organização Pan-Americana da Saúde, 80.:il; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. -3 ed., 2.reimp- Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.528, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.

CARREGARO RL, TOLEDO AM. Efeitos Fisiológicos e Evidências Científicas da Eficácia da Fisioterapia Aquática. *Revista Movimenta*, vol. 1, n. 1. 2008.



CARVALHO, A.M, SALERNO, G. R. F, Physicaltherapyactivityafterbreastcancer-mastectomy: a literature review. *Mastology*, v. 29, n.2, p-97-102, 2019.

CARVALHO FILHO, E.T., ALENCAR, Y.M. G. , Teoria do envelhecimento. In: \_\_\_\_\_ *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo, Atheneu, 1994. cap.1, p. 1-8.

CASTRO, L. H, GUIMARÃES T, GALDINO, D.C.A, MARTINS, F.L.M, ABREU, S.R, LIMA, M, VITORINO, D.F.M., Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências, Lavras*, v. 12, n. 3, p. 130-133, 2004.

CAVALCANTI J.R.D; FERREIRA, J.A; HENRIQUES, A.H.B; MORAIS, G.S.N; TRIGUEIRO, J.V.S; TORQUATO, I.M.B., Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery* ;V.18, N.4, P-628-634, 2014.

COLE AJ, MORRIS DM, RUOTI RG. Reabilitação Aquática. *Manole*, 18-261 p. São Paulo. 2000.

COELHO, S.R.A; OLIVEIRA, A.A; FEYH, F.A; 3, Leliane da Silva Cunha BEZERRA, L.S.C.; SIQUEIRA, S.G., Fisioterapia após-gestação, *Revista Científica Multidisciplinar*, v.2, n.7, p-1-7, 2021.

DIAS, S.F.L; LANDIM, V.C.N.P; SILVA, J.B.S; ARAÚJO, L.C.F; MACHADO, L.R. G; RIBEIRO, N.C; COSTA, P.V.L., Implantação do serviço ambulatorial de fisioterapia pélvica no contexto do Sistema Único de Saúde. *Journal Health NPEPS*, V. 5, N.2, P-393-410, 2020.

FIEDLER, M.M, PEREZ, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008.

FIGLIOLINO, J. A. M, MORAIS, T.B, BERBEL, A.M, DAL CORSO, S, Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária. *Rev. Bras . Geriatrics. Gerontologia*, v. 12, n. 2, p. 227-238, 2009.

FRANÇA, R.N; RIBEIRO, E.G.C; CAVALCANTE, A.A; SILVA, L.J; Rosimeire Gomes NOGUEIRA, R.G., Atuação da fisioterapia pélvica no tratamento das disfunções miccionais e sexuais em pacientes prostatectomizados: revisão integrativa. *Revista UNINGÁ*, v. 58, N. UJ3071, P 1-2, 202.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2010). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>. Acesso em: 25 de nov. 2021.

KARAGULLE M, KARAGULLE MZ. Effectiveness of balneotherapy and spa therapy for the treatment of chronic low back pain: a review on latest evidence. *Clinical Rheumatology* Feb;34(2):207-214. 2015.

Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* Vol. 52, No. 7. 2021.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. *Revista da Associação Med. Bras., Natal*, v. 54, n. 4, p. 347-352, 2008.

MARQUES, K.S.F; FREITAS, P.A.C., acinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.18, n.4, p. 63-67, out./dez., 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde, v.52, n.29. 2021. Site: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) Versão 1 6 de agosto de 2021.

NAVAS, A, CARRASCOSA, M.D.C; ARTIGUES, C; ORTAS, S; PORTELLS, E; SOLER, A; M YAÑEZ, M.A.; BENNASAR-VENY, M; LEIVA, A,.. Eficácia do exercício aeróbio aquático de intensidade moderada durante a gravidez sobre a qualidade de vida e a depressão pós-parto: um ensaio clínico randomizado e multicêntrico, *Clin Med*; V.10, N.11, P-2-7, 2021.

NEVES, L.M.T; ACIOLI, G. G, Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.551-64, abr./jun. 2011.

NOGUEIRA, S.L, RIBEIRO R.C.L, ROSADO E.F.P.L, FRANCESCHINI S.C. C., PEREIRA E.T, RIBEIRA A.Q. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Bras. de Fisioterapia*, São Carlos, v. 4, n. 14, p.322-329, 2010.

NORONHA, D.D., LIMA, A.M.E.B., DIAS, M.D.S, SILVEIRA, M.F., DE PAULA, A.M.B., HAIKAL, D.S.A, Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, V.21, N.2, P-463-474, 2016.

OLIVEIRA, A.T.R; SILVA, M; PERES, M.G.P. Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária: uma revisão de literatura. *Revista cathedral*, V.3, N.2, p- 49-55, 2021.

SEPARAVICH, M.A., ; CANESQUI, A.M., Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.2, p.415-428, 2013.

SCHLEMMER, G.B.V; VENDRUSCULO, A.P; FERREIRA; A.D.M. Efeito da fisioterapia aquática na qualidade de vida e na funcionalidade do membro superior de mulheres mastectomizadas. *Revista Saúde, Santa Maria*, V.45, N.3, P—1, 2019.

STEIN,S.R; VICENZI, F; NUNES,E.F.C; LATORRE,G.F.S,. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. *Rev. Ciênc. Méd*, V.27, N.2, P-65-72,2018.

TRICCO AC, THOMAS SM, VERONIKI AA, HAMID JS, COGO E, STRIFLER L, KHAN PA, ROBSON R, SIBLEY KM, MACDONALD H, RIVA JJ, THAVORN K, WILSON C, HOLDROYD-LEDUC J, KERR GD, FELDMAN F, MAJUMDAR SR, JAGLAL SB, HUI W, STRAUS SE. Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, Nov 7;318(17):1687-1699.2017.

TURNER AJ, CHANDER H, KNIGHT AC. Falls in Geriatric Populations and Hydrotherapy as an Intervention: A Brief Review. *Geriatrics (Basel)*, Oct 18;3(4):71.2018.

VASCONCELOS, M.F.F; FELIX, J; GATTO, G.M.S..Saúde da Mulher: o que é poderia ser diferente? *Psicologia Política*. V. 17. nº 39. p. 327-339., 2017.

WONG CK, MAK RY, KWOK TS, TSANG JS, LEUNG MY, FUMABASHI M, MACEDO LG, DENNETT L, WONG AY. Prevalence, Incidence, and Factors Associated With Non-Specific Chronic Low Back Pain in Community-Dwelling Older Adults Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, Aug 24;S1526-5900(21)00316-3, 2021.

XIAOLING LV, JIRONG WANG 1, YIZHONG BAO 1, YING TANG 1, WENMIN XING 1, QING WU 1, GENXIANG MAO 1, GUOFU WANG. The effectiveness of balneotherapy and aquatic exercise on bone metabolism: A systematic review and meta-analysis. *Complement Therapies in Clinical Practices*. Aug; 44:101429. 2021.

# FISIOTERAPIA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: (DES) CONSTRUINDO PRÁTICAS E SABERES NA ATENÇÃO À SAÚDE

Verônica Ribeiro Cardoso<sup>68</sup>  
Ana Paula Gomes Fernandes<sup>69</sup>  
Lara do Nascimento Olimpio<sup>70</sup>  
Kamila Cristina dos Santos<sup>71</sup>  
Caroline Rodrigues Osawa<sup>72</sup>  
Juliana Martins Pinto<sup>73</sup>

## INTRODUÇÃO

O direito à saúde tem sido encorajado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a sua fundação em 1948, reforçando os pressupostos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Dallari, 1988). Desde então, o campo vem sendo cenário de conflitos de interesses que concorrem, de um lado pela garantia de acesso universal à saúde, e de outro pela manutenção da exploração da saúde como mercadoria passível de obtenção de lucro (AKERMAN et al., 2006).

Do ponto de vista individual, a saúde consiste em um estado global caracterizado pela manutenção de bons níveis de bem estar físico, mental, social, espiritual e ambiental, e não necessariamente pela ausência de doença ou enfermidade (ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2019). Essa perspectiva positiva e biopsicossocial expande as possibilidades para as ações de promoção da saúde, incorporando os saberes e práticas

---

<sup>68</sup> Graduanda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/3506933365717538>

<sup>69</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/6771110124678337>

<sup>70</sup> Graduanda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/3421266192471022>

<sup>71</sup> Graduanda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/5104610064976397>

<sup>72</sup> Graduanda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/0511928243924895>

<sup>73</sup> Doutorado em Gerontologia (UNICAMP). Professora do departamento de Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/2667599629578531>

de outros profissionais, entre eles, o fisioterapeuta. Ao mesmo tempo, convida os profissionais a planejar e desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nos diferentes níveis de atenção à saúde, o que configura como o rompimento do paradigma do modelo biomédico, centrado na doença, no médico e na atenção especializada e hospitalar (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Do ponto de vista coletivo, a saúde é produto das interações entre as pessoas, comunidades, regiões, países, sendo influenciada pela cultura, comportamentos, disponibilidade de recursos, serviços, clima, entre outros aspectos ecológicos e socioculturais (LOPES et al, 2010). Portanto, o perfil, as características e os riscos à saúde devem ser avaliados e abordados no território, o que requer planejamento baseado em evidências epidemiológicas, desenvolvimento de ações descentralizadas e avaliação periódica e regular dos resultados (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; Silva, 2018). A promoção da saúde transpõe, portanto, as fronteiras do campo da saúde, sendo um grande campo de estudos e práticas com possibilidades e necessidades transversais e intersetoriais, perpassando a educação, saneamento, mobilidade urbana, desenvolvimento social, entre outros.

Nesse capítulo, a promoção da saúde será abordada sob as perspectivas da área da saúde e no âmbito individual. O objetivo é apresentar e discutir os saberes e práticas da Fisioterapia voltados à promoção da saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde. Com isso, espera-se desconstruir o consenso (comum) sobre a atuação do fisioterapeuta exclusivamente na reabilitação e dar continuidade à construção de bases e pontes para a formação e inserção de fisioterapeutas em programas de promoção da saúde, com enfoque nas pessoas, famílias e comunidades.

## PROMOÇÃO DE SAÚDE E A FISIOTERAPIA NO BRASIL

A Promoção da Saúde consiste em um conjunto amplo de estratégias individuais e coletivas, cujo objetivo é produzir saúde, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004; MALTA et al, 2016; 2014).

Trata-se de um importante instrumento para a redução das desigualdades e inequidades em saúde, à medida que dissemina informações e oportunidades de práticas que favorecem os aspectos ampliados de saúde, contribuindo para reduzir a mortalidade e as incapacidades decorrentes de doenças crônicas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece bases para a consolidação da luta pelo direito à saúde nesta perspectiva ampliada. O sistema universal de saúde brasileiro foi criado em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporado como capítulo na constituição federal de 1988, tornando-se lei em 1990 (LEI ORGÂNICA 8080/1990) (BRASIL, 1988). Desde então, o SUS tem sido um sistema em construção, embora vulnerável às oscilações políticas e econômicas do país. De modo geral, ele foi pautado na perspectiva biopsicossocial e humanitária de universalizar e equalizar o acesso aos recursos que contribuam a promoção, produção, prevenção e recuperação da saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Este compromisso foi assinado por 35 países, em 1986, durante a Primeira Conferência Internacional de Saúde realizada no Canadá, documento conhecido como a Carta de Otawa (OMS, 1986). Para além das mudanças conceituais e ideológicas pautadas na universalidade, integralidade e equidade, o SUS fundamenta a gestão em saúde pública e organiza a atenção, descentralizando o financiamento e as responsabilidades entre as três esferas de governo, o que favorece a resolutividade e o uso racional de recursos. Para isso, entre as mais importantes estratégias uma delas foi a criação da Atenção Básica em Saúde (ABS), que avançou com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012), democratizando o acesso da população aos cuidados oferecidos por equipes multiprofissionais. A inserção do fisioterapeuta no SUS ocorre, oficialmente e formalmente, a partir do NASF, no qual as atribuições do profissional estão focadas, principalmente, na reabilitação funcional, embora as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos sejam as prioridades da ABS. De fato, trata-se de um dos principais dilemas da atuação do fisioterapeuta na ABS e na promoção de saúde, influenciando e induzindo ao erro gestores e equipes que,

motivados pela elevada demanda, desinformação e baixa disponibilidade de profissionais (MATSUMURA et al, 2018), restringem as práticas preventivas dos fisioterapeutas no SUS. Recentemente, foi sancionada a Lei 14.231/21 de 29 de outubro de 2021 (Fonte: Agência Câmara de Notícias), que possibilita a inclusão da fisioterapeuta na ESF, entretanto, com as novas diretrizes para financiamento do SUS divulgadas junto ao Programa Previne Brasil, fica a critério do gestor municipal as formas de contratualização do profissional na rede de atenção à saúde. Segundo especialistas, essas mudanças configuram-se como desmonte e abre caminhos para privatização dos serviços públicos, o que prejudica a saúde da população (DE SETA et al., 2020). Esse cenário é compreensível ao analisar o percurso histórico da Fisioterapia no Brasil, porém é inaceitável que essa prática perdure considerando as lutas históricas para a democratização da saúde no país, a evolução da profissão nos últimos anos e as necessidades atuais da população.

A Fisioterapia foi regulamentada como profissão em 13 de outubro de 1969, pelo Decreto Lei 938 (BRASIL, 16 de out.1969). A esta data, as práticas fisioterapêuticas já eram exercidas informalmente havia mais de duas décadas e compreendiam o uso de recursos manuais, eletrofísicos e exercícios empregados com o objetivo de reabilitar pessoas com lesões, sequelas e incapacidades adquiridas nas guerras, em decorrência dos surtos de poliomielite e relacionados ao trabalho (BISPO JUNIOR, 2009). Inicialmente, a profissão desenvolveu-se no contexto da reabilitação, e atualmente, oferece à população cuidados especializados em diversas áreas. Por um lado, o avanço das especialidades foi positivo para ampliação da atuação profissional e da resolutividade de condições de saúde menos frequentes ou específicas, por outro lado, o excesso de especialização reforça e perpetua o modelo biomédico e fragmentado de saúde, ao desconsiderar a integralidade do sujeito, os determinantes sociais de saúde e o papel do contexto socioambiental no processo saúde-doença (ROSA; LEBATE, 2006). O cenário atual é, portanto, resultado de décadas de formação e práticas voltadas à cura, recuperação e reabilitação de estruturas e funções corporais, levando estudantes e profissionais da área a estranharem as ações preventivas, a abordagem

em grupo, a perspectiva ampliada voltada para família e comunidade, não reconhecendo-as como relevantes ou associando-as, exclusivamente, à atuação na atenção básica.

Considerando o contexto epidemiológico atual, que se caracteriza pelo envelhecimento populacional, aumento da incidência de doenças crônicas, diminuição da capacidade funcional e qualidade de vida (LIMA-COSTA et al, 2011; VERAS, 2012), e as necessidades de promover saúde e prevenir agravos, o fisioterapeuta torna-se elemento estratégico das equipes. O profissional dispõe de conhecimentos sobre os determinantes biopsicossociais do processo saúde-doença-incapacidade que permitem a ele identificar de forma precoce os fatores de riscos e propor ações direcionadas à prevenção de complicações, sequelas, deformidades e agravamento de doenças e condições de saúde. É esperado que as pessoas convivam mais tempo de suas vidas com doenças crônicas e com diferentes graus de incapacidade (VERAS; CALDAS, 2008). Portanto, promover maior longevidade com níveis satisfatórios de independência, autonomia, produtividade e qualidade de vida é essencial para a sustentabilidade dos sistemas social e de saúde, para o bem estar familiar e comunitário e para o desenvolvimento social e econômico do país (VERAS, 2012). Para isso, o fisioterapeuta dispõe de saberes, habilidades, competências, recursos e práticas que devem ser direcionadas à avaliação, identificação, monitoramento da saúde dos grupos populacionais nos territórios, com enfoque na promoção de saúde em todos os níveis de atenção à saúde, tendo como um dos referenciais mais importantes a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

## **POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO**

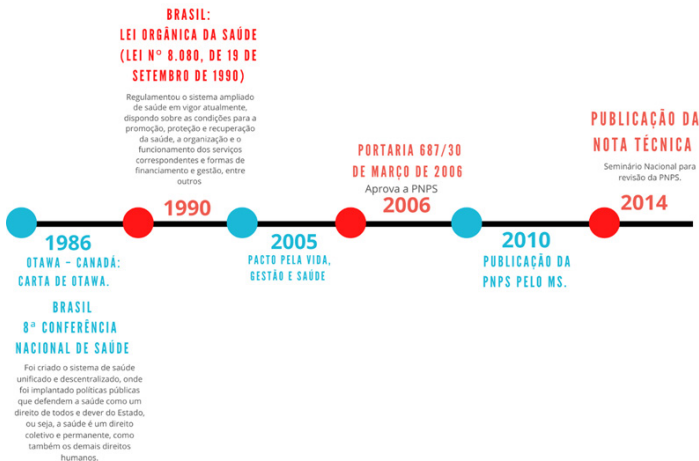
A luta pelo direito à saúde coincide com a busca por uma sociedade mais justa e humanizada e passa pelo entendimento de que não oferecer ou possibilitar o acesso a recursos e serviços que possam prevenir doenças ou agravos fere diretamente esse direito e amplia as desigualdades e inequidades em saúde (MALTA et al, 2016; CAMPOS,



2004). Portanto, a promoção de saúde é uma das formas de garantir o direito à saúde às populações, o que requer políticas públicas, formação permanente e envolvimento de diversos profissionais em diferentes cenários de atuação.

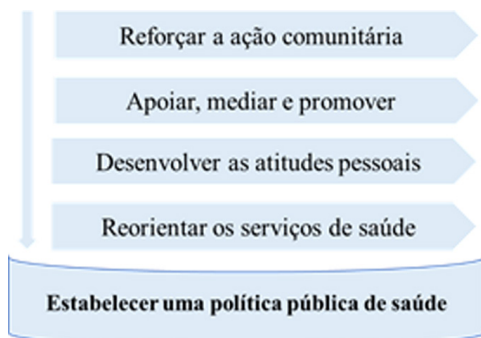
Ao longo da construção e implantação do sistema de saúde brasileiro, diversas políticas e ações foram implantadas de forma sistematizada pelo Ministério da Saúde e outras ocorreram de forma descentralizada e regionalizada, com o intuito de prevenir doenças, enfermidades e agravos e promover saúde e qualidade à população (MALTA et al, 2014; 2016). Constituem esse grupo de ações, as campanhas de vacinação, as propagandas antitabagistas, o incentivo à prática de atividade física por meio das academias da saúde, as campanhas sobre conscientização sobre a prevenção do câncer de mama e próstata, a ampliação do acesso aos exames preventivos, os mutirões para localizar e combater focos de propagação do mosquito transmissor da dengue, entre muitos outros (DIAS et al, 2018).

No Brasil, a Política de Promoção da Saúde é debatida desde a década de 1980, em diversos eventos que contribuíram para a incorporação da promoção da saúde em uma política de saúde. Os marcos históricos mais importantes estão apresentados na figura 1, a seguir:



**Figura 1.** Linha do tempo da PNPS. (adaptada de MALTA et al., 2016; DIAS, 2018).

A PNPS baseia-se no conceito de promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasectorial e intersectorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014). A PNPS aborda o sujeito como protagonista do processo de cuidado em saúde, considerando suas singularidades e contexto no qual está inserido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Dessa forma, a política reconhece as influências sociais, econômicas, culturais, de gênero, entre outros fatores, nos comportamentos de saúde com potencial para definir as diferentes trajetórias de saúde, doença e incapacidade.



**Figura 2.** Objetivos da PNPS (adaptado de Malta et al, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado sobre os desafios do aumento da expectativa de vida nas populações mundialmente, cobrando ações para além do acesso a tratamentos específicos para doenças (OPAS, 2020). O enfrentamento das doenças crônicas emergentes, entre elas, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, obesidade e neoplasias, requer, entre outras ações, o controle dos fatores de risco e a detecção precoce, por meio de exames preventivos, educação em saúde e estímulo ao autocuidado (FREITAS et al, 2018; VERAS, 2012; OPAS, 2020). Os principais fatores de risco para doenças crônicas são tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação inadequada e

baixa qualidade do sono (VERAS, 2011; MALTA et al, 2016). Dessa forma, a PNPS tem concentrado esforços e revisado periodicamente os seguintes temas prioritários:

- Formação e educação permanente
- Alimentação saudável e adequada
- Práticas corporais e atividade física
- Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados
- Enfrentamento do uso abusivo de álcool
- Promoção da mobilidade segura e sustentável
- Promoção da cultura da paz e de direitos humanos
- Promoção do desenvolvimento sustentável

## **FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS**

As evidências que apoiam as intervenções focadas nas mudanças dos comportamentos de saúde e do estilo de vida para a prevenção de doenças e morte precoce são robustas e numerosas, porém, a adesão aos hábitos saudáveis, em geral, ainda é baixa. Esse fato pode ser observado indiretamente pelo aumento das taxas de obesidade adulta e infantil, desfechos atribuídos a prática insuficiente de atividade física e a alimentação inadequada (SORENSEN et al, 2019). Apenas 35% das mulheres após o diagnóstico de câncer de mama, 32% com doença cardiovascular (DCV) e 46% das pessoas com diabetes atenderam às recomendações para a prática de atividade física na América. Além dos fatores pessoais, como fadiga e dor, as baixas taxas de adesão na prática de exercícios podem ser explicadas pelas barreiras ambientais, socioeconômicas e motivacionais que podem exercer maior pressão sobre as pessoas com doenças crônicas quando comparadas com pessoas sem essas condições (BULLARD et al, 2019).

A prevalência de comportamentos de dependência também é preocupante em todo o mundo. Vinte por cento dos adultos norte-americanos relatam uso frequente de álcool e produtos de tabaco e 16%

relatam consumo excessivo e frequente de álcool (SORENSEN et al, 2019), hábitos que aumentaram durante a pandemia de Covid-19 (MALLET; DUBERTRET; STRAT, 2021). Na Europa, o percentual de dependentes de álcool ou tabaco chega a 25% (MALLET; DUBERTRET; STRAT, 2021). Esses hábitos apresentam relações causais diretas e fortes com desfechos negativos como o câncer de pulmão, obesidade, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, principais causas de morte no Brasil e no mundo (OPAS, 2020).

Com relação à prática regular de atividade física, os estudos mostram diminuição progressiva ao longo da vida, sendo que menos da metade dos idosos atendem às recomendações mínimas para ser classificado como fisicamente ativo. As barreiras encontradas para justificar a baixa participação dos idosos na atividade física foram os custos financeiros, falta de tempo, limitações físicas, necessidade de roupas adequadas para a prática esportiva e acesso às informações sobre as atividades (MCPHEE et al, 2016). No contexto nacional, a prevalência de pessoas que atingem os níveis recomendados de atividade física pode chegar a 67%, contudo, quanto mais a idade avança, menos interesse os idosos têm em praticar exercícios. A prática de atividade física foi mais observada em indivíduos escolarizados, casados e que conhecem ou participam de programas públicos de incentivo a essa prática (PEIXOTO et al, 2018).

Estimativas apontam que 40% dos pacientes não seguem adequadamente as recomendações relativas ao abandono do sedentarismo e adoção de dieta saudável, e a prevalência aumenta para mais de 70% quando a necessidade de mudanças é mais intensa, por exemplo, muitos hábitos a serem abandonados simultaneamente ou mudanças significativas. O baixo nível de alfabetização em saúde (literacia em saúde), assim como o status socioeconômico e o desempenho educacional mais baixos foram associados à não adesão de comportamentos saudáveis e abandono das consultas médicas (STONEROCK; BLUMENTHAL, 2017), o que corrobora a noção de que a promoção de saúde requer políticas intersetoriais e macroestruturais, isto é, amplos investimentos e democratização da educação de qualidade.

As crenças e interpretações dos pacientes sobre a mudança de comportamento também podem influenciar sua adesão. Isso ocorre porque as pessoas podem não sentir benefícios imediatos com as mudanças no estilo de vida. Ao contrário, podem ocorrer desvantagens e desconfortos iniciais, por exemplo, dor e fadiga devido aos exercícios, sintomas de abstinência da nicotina, desejo por alimentos não saudáveis, entre outros. As pessoas têm mais probabilidade de sustentar mudanças de comportamento quando se percebem como vulneráveis à doença, veem seus problemas de saúde como graves e acreditam que a modificação no estilo de vida é essencial e eficaz (STONEROCK; BLUMENTHAL, 2017).

É necessário, portanto, que as ações fisioterapêuticas priorizem estratégias de prevenção às doenças crônicas, incentivando o estilo de vida saudável para reduzir os encargos com a saúde, e contribuir para um envelhecimento saudável (MALTA et al, 2016; VERAS, 2012). No Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS) dispõe de uma organização que favorece a execução dessas ações, levando informações e incentivando os bons comportamentos de saúde, atuando de forma contextualizada, integral, longitudinal e vinculada com o sujeito e sua rede social. Entretanto, são necessários programas de educação permanente aos profissionais, além de mais investimentos para a composição das equipes e maior reconhecimento profissional. Além disso, promoção de saúde e prevenção de agravos devem ser praticadas em todos os serviços de saúde da rede de atenção e não apenas na ABS (SORENSEN et al, 2019). Políticas públicas para incentivar e orientar os indivíduos a adotarem uma alimentação saudável, realizar atividade física, bem como políticas e regulamentações importantes para cessar com hábitos nocivos à saúde são fundamentais para aumentar a expectativa de vida e contribuir para a longevidade saudável e, podem ser realizadas pelo fisioterapeuta nos ambulatórios, centros de reabilitação, hospitais, empresas, entre outros locais (LI et al, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma perspectiva temporal ampliada, a PNPS e a Fisioterapia têm avançado no Brasil nas últimas décadas, somando resultados positivos

para a população brasileira que, cada vez mais, usufrui de maior acesso à saúde e aos cuidados multiprofissionais pelo SUS, o que reflete na maior longevidade. Contudo, desafios vêm sendo colocados além daqueles inerentes à implantação de políticas de saúde em um país extenso e desigual, à medida que, essas políticas são usurpadas pelos interesses econômicos e político-partidários que, em geral, não priorizam a saúde como bem público e direito de todos. Entre os principais desafios, destacam-se o baixo financiamento, a gestão parcial e desfocada do interesse público, a formação profissional, a valorização dos profissionais por meio de planos de carreira e oportunidades de crescimento profissional, entre outros. Esse cenário macroestrutural influencia a perpetuação das práticas fisioterapêuticas reabilitadoras em detrimento da promoção de saúde, comprometendo a efetividade das políticas de promoção da saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; RIGHI, L.B; PASCHE, D.F; TRUFELLI, D.; LOPES, P.R. Saúde e Desenvolvimento: Que Conexões? In: CAMPOS, G.W.S; BONFIM, J.R.A.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D., CARVALHO, Y.M., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. p. 123-147. 2006.

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. Epidemiologia, cuidado e promoção de saúde. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p. 603-606. 2019.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. v. 16, n. 3, p. 655-668. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000300005>>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS; 2014. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/11/NT-18-2014-Politica-de-Promoc%C3%A7%C3%A3o-da-Sau%C3%A7%C3%A3o-de.pdf>>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 39ª ed. São Paulo: Saraiva; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2018. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>

BRASIL. **Constituição (1988)**. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.

BRASIL. **Decreto-lei** n. 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de **fisioterapeuta** e terapeuta ocupacional, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>

BULLARD, T.; JI, M.; AN, R.; TRINH, L.; MACKENZIE, M.; MULLEN, S. P. A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. **BMC Public Health**. v. 19, p. 636, may, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6877-z>>

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n.3, p.745-749, set. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/t39W4PnHZCxWnYCbZyyk9Vc/?lang=pt>>

DALLARI, S.G. O Direito à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.57-63. 1988.

De Seta, M.H., Ocké-Reis, C.O., Ramos, A.L.P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Cien Saude Colet (2020/Mar)*. [Citado em 06/12/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/programa-previne-brasil-o-apice-das-ameacas-a-atencao-primaria--a-saude17535/?id=17535&id=17535>

DIAS, M. S. A.; OLIVEIRA, I. P. de; SILVA, L. M. S. da; VASCONCELOS, M. I. O.; MACHADO, M. F. A. S.; FORTE, F. D. S.; SILVA, L. C. C. da. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1, p.103-114. 2018.

FREITAS, C. V.; PIMENTEL, G. F. M.; RODRIGUES, R. H. L.; SILVA, É. Q. Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis: Questões bioéticas. **Amazôn., Rev. Antropol.** (Online), v.10, n.2, p. 506 – 516. 2018.

KEEVIL, V.L.; COOPER, A.J.; WIJNDAELE, K.; LUBEN, R.; WAREHAM, N.J.; BRAGE, S.; et al. Objective Sedentary Time, Moderate-to-Vigorous Physical Activity, and Physical Capability in a British Cohort. **Med Sci Sports Exerc.** v.48, n.3, p. 421-9. 2016.

LI, Y. et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. **BMJ**, 368:l6669, January. 2020. doi: 10.1136/bmj.l6669

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARGOS, V.P.; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008) **Cienc Saude Coletiva**, v.16, n.9, p. 3689-96. 2011. DOI:10.1590/S1413-81232011001000006

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; FERNANDES, F.C.; XIMENES, L.B. Análise do Conceito de Promoção da Saúde. **Text contexto enferm**, v.19, n.3, p.461-468. 2010.

MALLET, J.; DUBERTRET, C.; STRAT, Y. L. Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry.** v. 106, march, 2021. Doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110070.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA, M.M.A. da; ROCHA, D.; CASTRO, A.M. de; REIS, A.A.C. dos; AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.21, n. 6, p. 1683- 1694, jun. 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/pWG9W7grqFzzQGszmDKzvr/?lang=pt#> >

MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A. da; ALBUQUERQUE, G.M.; LIMA, C.M. de; CAVALCANTE, T.; JAIME, P.C.; SILVA JÚNIOR, J.B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014. **Cien. Saúde Colet.**, v.19, n.11, p.4301-4311. 2014.

MATSUMURA, E. S. S.; SOUSA JUNIOR, A.S.; GUEDS, J.A.; TEIXEIRA, R.C.; KIETZER, K.S.; CASTRO, L.S.F. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. **Fisioter Pesqui.** v.25, n. 3. p. 309-314, mai.2018.

MCPHEE, J.S.; FRENCH, D.P.; JACKSON, D.; NAZROO, J.; PENDLETON, N.; DEGENS, H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. **Biogerontology**, v. 17, p. 567-580, March. 2016. DOI: 10.1007/s10522-016-9641-0

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986.



PEIXOTO, S. V. et al. Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Rev Saude Publica**. v. 52, Supl 2:5s, 2018. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000605>

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 13, n. 6, p. 1027-1034. 2005 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>>.

SORENSEN, J. et al. Health-Care Administrator Perspectives on Prevention Guidelines and Healthy Lifestyle Counseling in a Primary Care Setting in New York State. **Health Serv Res and Manag Epidemiol**, v. 6, p. 1-10, July. 2019. DOI: 10.1177/2333392819862122 [journals.sagepub.com/home/hme](https://journals.sagepub.com/home/hme)

STONEROCK, G. L.; BLUMENTHAL, J. A. Role Of Counseling To Promote Adherence In Healthy Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity. **Prog Cardiovasc Dis**. v. 59, n.5, p. 455-462, March. 2017. doi:10.1016/j.pcad.2016.09.003.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; BONFIM, J.R.A.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. p. 531-562. 2006.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1104-1104, 2008.

VERAS, R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro. v.14, n.4, p.779-786. 2011.

VERAS, R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.10. p. 1834-1840, out. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/LNJB96mmR4TKnKjK6svbVQR/?format=pdf&lang=pt>>

World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.

# FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE TELESSAÚDE COM IDOSOS

Caroline Rodrigues Osawa<sup>74</sup>

Ana Laura Morilo Pedro<sup>75</sup>

Jael Teixeira de Carvalho<sup>76</sup>

Lara Andrade Souza<sup>77</sup>

Mary Licia Lima<sup>78</sup>

Juliana Martins Pinto<sup>79</sup>

## INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia de Covid-19, a população tem enfrentado mudanças profundas em suas rotinas, na organização das atividades de vida diária, trabalho e na interação dos papéis sociais e cuidados com a saúde, o que desafiou diversos setores da sociedade, em especial os da educação e da saúde (Borges et al., 2020; Costa et al., 2020). Em resposta às adversidades impostas, novas estratégias de ensino e de atenção à saúde foram desenvolvidas ou aprimoradas (Medina et al., 2020; Afonso et al., 2020), o que reflete o dinamismo e o potencial inovador desses setores ao compilar rapidamente as evidências científicas disponíveis e os avanços teóricos dos últimos anos para oferecer respostas e caminhos à sociedade. Como consequência, emerge a necessidade de pesquisas, regulamentações, diretrizes, além de atenção e abordagem crítica e

---

<sup>74</sup> Graduanda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/0511928243924895>

<sup>75</sup> Graduanda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/0751773372650520>

<sup>76</sup> Mestranda em Educação (IFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/9741764452821509>

<sup>77</sup> Doutorado em Atenção à Saúde (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/8162746442212124>

<sup>78</sup> Doutorado em Ciências (USP). CV: <http://lattes.cnpq.br/4340581022780901>

<sup>79</sup> Doutorado em Gerontologia (UNICAMP). Docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/2667599629578531>

reflexiva sobre os desafios que se sucedem, incluindo a qualidade da educação e da atenção à saúde.

É compreensível que no atual cenário de crise sanitária mundial, a atenção das autoridades, gestores e da sociedade tenha sido direcionada aos setores da saúde e, especificamente, à atenção hospitalar (Dunlop et al., 2020; Giovanella et al., 2021). Isso ocorreu porque a Covid-19, doença infecciosa causada pelo vírus SARS-Cov-2, é contagiosa e apresenta manifestações clínicas variadas que vão desde a ausência de sintomas até a forma mais grave, que requer suporte ventilatório com oxigênio (Ministério da Saúde, BRASIL, 2020). Os casos mais graves requerem cuidados intensivos, especializados e contínuos que são oferecidos em hospitais e em unidades de terapia intensiva (Xavier et al., 2020). Mesmo na atenção primária e secundária, a organização do trabalho das equipes foi orientada ao controle da transmissão do coronavírus, do isolamento e ao monitoramento de casos suspeitos e confirmados, e mais recentemente, à vacinação da população (Giovanella et al., 2021; Medina et al., 2020). As estratégias de reorganização adotadas na rede de atenção à saúde, embora necessárias e temporárias, traz reflexões acerca do papel da atenção primária à saúde diante de epidemias e pandemias, a importância da prevenção e promoção saúde e, especialmente, sobre o espaço ocupado pela educação e formação em saúde neste período pandêmico.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo, necessitam de controle eficaz que depende de serviços continuados, responsivos, acessíveis e de qualidade, além do envolvimento dos usuários dos serviços de saúde (OPAS, 2020). Na pandemia de Covid-19, a atenção às pessoas com doenças crônicas tem sido particularmente desafiadora, uma vez que, os atendimentos eletivos e não emergenciais foram suspensos com o objetivo de direcionar recursos materiais e humanos aos cuidados de pacientes infectados pelo coronavírus. Por esta razão, especialistas temem o cenário epidemiológico futuro que, segundo eles, se constituirá pela sobreposição das demandas por cuidados pós-Covid-19 e pelas complicações de doenças

e condições de saúde não atendidas durante a pandemia, especialmente para a reabilitação (Fraga-Maia et al., 2020). Por isso, a OPAS aponta a saúde digital como estratégia que promissora e vantajosa para assegurar a continuidade da assistência, principalmente quando os serviços são interrompidos, além de possibilitar o monitoramento e a avaliação de intervenções terapêuticas e educativas à distância, otimizando o uso de recursos e tempo (OPAS, 2020).

A saúde digital é um conceito amplo que engloba a telessaúde, entre outras estratégias de gestão e atenção em saúde. A telessaúde inclui diversas modalidades de assistência e cuidado em saúde, tais como, teleconsulta, telemonitoramento, teleeducação, entre outras, resumidas na figura 1. A telessaúde tem se expandido desde o início da pandemia como solução para a continuidade dos cuidados às pessoas que vivem com doenças crônicas e como estratégias para controle da disseminação do coronavírus (Silva et al., 2021; Caetano et al., 2020). Muitos usuários com doenças crônicas antes regularmente acompanhados em unidades de saúde tiveram seus atendimentos interrompidos, configurando além de risco para a saúde, em ameaça de rompimento do vínculo e da continuidade dos cuidados, bem como a integralidade da atenção (Dunlop et al., 2020; Giovanella et al., 2021).

Modalidades de telessaúde	Descrição das atividades
Teleconsultoria	Consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, objetivando esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.
Telediagnóstico	Utilização das Tecnologias e Informação e Comunicação (TIC) para compartilhamento de imagens e resultados via sistemas/software, que podem ser interpretados com ajuda de inteligência artificial, em serviços de apoio ao diagnóstico. Por exemplo, telerradiologia, teleECG, teleespirometria, telepatologia e outros.
Telemonitoramento	Monitoramento à distância de parâmetros e indicadores de condições de saúde e/ou doença de usuários, incluindo coleta, processamento e interpretação de dados clínicos.

Teleducação	Aulas, cursos ou palestras e outras formas de aprendizagem interativa sobre temas relacionados à saúde, especialmente aos profissionais de saúde que compõem a rede de atenção, com o objetivo de promover educação permanente.
Teleconsulta	Realização de consultas médica, fisioterapêutica, nutricional, de enfermagem, e de outros profissionais da saúde por meio de Tecnologias de Informação e Comunicação, atualmente autorizadas pelos respectivos conselhos federais das categorias profissionais.

**Figura 1.** Modalidades de telessaúde. Adaptada de Caetano et al., (2020).

Muitos debates e conquistas que vinham avançando nas últimas décadas retrocederam ou ficaram em segundo plano, como a incorporação do conceito ampliado de saúde e as ações de promoção e educação em saúde no SUS. Outra ameaça imposta pela pandemia, foi a necessária e recomendada descontinuidade dos calendários acadêmicos que interrompeu as atividades pedagógicas de ensino e aprendizagem nos cursos da área da saúde. Entre estas atividades, destacaremos neste capítulo aquelas vinculadas ao estágio supervisionado em Fisioterapia e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Para além da impossibilidade de conclusão do curso, a lacuna consistia no distanciamento dos discentes da realidade comunitária, das vivências no território adscrito nas unidades de saúde e das demandas locais que deixaram de ser identificadas e abordadas na perspectiva de redução e prevenção de riscos à saúde, ameaçando a formação em saúde coletiva. Assim, docentes e discentes desenvolveram ações de extensão comunitária para preencher essas lacunas e legitimar a parceria ensino, pesquisa, serviço e sociedade, integrando e compartilhando saberes, apoiando-se mutuamente diante de uma das maiores crises sanitárias vivenciadas até o momento. O objetivo desse capítulo é compartilhar as experiências das ações de promoção à saúde realizadas por meio de telessaúde com pessoas idosas usuárias da atenção primária do SUS, como estratégia de enfrentamento à pandemia da Covid-19.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

As atividades foram iniciadas no contexto da disciplina Estágio Supervisionado em Fisioterapia e Saúde Coletiva, que integra a grade curricular obrigatória do último período (semestre) do curso. Posteriormente, as ações foram ampliadas e sistematizadas para abranger todas as unidades de saúde do município e incorporou discentes de outros cursos de graduação em saúde, o que possibilitou a abordagem multiprofissional. A proposta consistiu em dar continuidade às ações de prevenção de agravos decorrentes de doenças crônicas não-transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade e promover saúde e qualidade de vida aos usuários que, previamente à pandemia, eram atendidos em grupos pelos estagiários do curso de Fisioterapia, sob supervisão dos docentes. Esses grupos eram formados, predominantemente, por mulheres e idosos, que realizavam exercícios físicos diversificados, atividades de estimulação sensorial e cognitiva, além de educação em saúde. Com a pandemia e as consequentes recomendações sobre distanciamento social e suspensão das atividades acadêmicas presenciais, o grupo permaneceu por cerca de 12 meses sem atendimento (desde o recesso de dezembro de 2019 até novembro de 2020). Em novembro de 2020, as atividades acadêmicas foram autorizadas, entretanto, de maneira remota. Por iniciativa dos docentes envolvidos, o grupo foi convidado a retomar as atividades de maneira virtual, encontrando assim, no teleatendimento o recurso que atendia a todas as partes envolvidas.

As reflexões teóricas apontadas neste texto surgem de uma experiência de trabalho realizada por docentes, técnicos administrativos em educação e estudantes de uma Universidade Pública Federal em parceria com a Secretaria de Saúde em um município do estado de MG. Foram realizadas ações de cuidado pautadas no diálogo, na educação em saúde e no uso de tecnologia para chamadas de vídeo, que permitiram a demonstração de exercícios físicos, bem como o monitoramento de sua execução. Assim, a partir da experiência da integração ensino-serviço-comunidade como estratégia de promoção à saúde, este relato traz reflexões sobre a importância da inovação na assistência à saúde, considerando os con-

ceitos e práticas modernas de integralidade, humanização, equidade, educação e promoção, elementos essenciais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e para a formação de profissionais em saúde comprometidos com a saúde pública.

## PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Desde as primeiras discussões sobre a ampliação do conceito de saúde que se materializou na Carta de Ottawa em 1986, a saúde foi entendida como um recurso para o progresso pessoal, econômico e social e como um conceito positivo que transcende o setor sanitário, o que requer condições que garantam a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (BRASIL, 1986). A partir desse documento, os Estados, por meio das ações políticas, foram responsabilizados pela garantia do direito à saúde devendo considerar a participação comunitária como elemento fundamental para a democracia e para a construção de sistemas de saúde eficazes. É nesse contexto que a promoção da saúde passa a ser vista como uma tarefa dos governos, das instituições e grupos comunitários, dos serviços e profissionais de saúde (França e tal., 2019). Para isso, foram necessárias a reorganização dos serviços de forma a viabilizar ações de promoção da saúde, assim como mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais. Em todas essas estratégias, a educação em saúde é ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde nas perspectivas individual e coletiva (Dias et al., 2018; França et al., 2019).

No Brasil, a educação em saúde tem sido instrumento de empoderamento e de responsabilização dos indivíduos pela sua condição de saúde e pela adoção de comportamentos para redução dos riscos à saúde (Albuquerque et al, 2004; Pinheiro et al, 2017). A efetividade dessas ações tem contribuído para o fortalecimento da educação popular que incorpora novas práticas educativas, colaborativas e coletivas e compartilhadas de saberes (Flauzino et al., 2020; França et al., 2019). A Atenção Primária

em Saúde (APS) é o cenário ideal para essas práticas educativas, onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Embora, os órgãos gestores nacionais enfatizam a importância das atividades educativas no âmbito da ESF, são escassos os investimentos em pesquisa, capacitação profissional e políticas específicas para o cumprimento de metas educativas junto à população (Pinheiro et al., 2017). No âmbito dos municípios, tem sido mais comum o relato de experiências utilizando o referencial da educação popular nas práticas de saúde (Freire, 2005), porém praticadas por iniciativa dos profissionais ou em parcerias com universidades, muitas vezes, sem o apoio da gestão local (Dominguez, 2020).

Atualmente, os estudos sobre letramento em saúde e digital têm se destacado no âmbito dos serviços especializados e emergido na APS, permitindo assegurar que todas as pessoas possam utilizar os serviços de saúde para promoção, prevenção, recuperação, reabilitação, além de cuidados paliativos (Junior et al., 2020; Flauzino et al., 2020). Para isso, são necessários recursos humanos com as habilidades e competências desenvolvidas com o intuito de atender às necessidades da população e suas desigualdades (França et al., 2019). Esse compromisso assumido e pactuado desde a criação do SUS deve permear as discussões sobre novas formas de produzir e oferecer saúde a população, sendo este, o ponto crucial na implantação da telessaúde na assistência ao usuário. Durante os períodos de isolamento social e interrupção dos atendimentos de rotina, torna-se fundamental a produção de sentido às ações de prevenção e promoção de saúde, destacando a educação em saúde como estratégia para essas questões. Tais práticas são desenvolvidas para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores, a fim de alcançar a integralidade na atenção à saúde. Conforme os preceitos da educação popular, o objetivo é emancipar o indivíduo como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si e da coletividade, emponderando-os, e nesse sentido, todo profissional de saúde é por natureza um educador exercendo o papel de estimular e facilitar tal processo (Freire, 2005; Meyer, 2000). Segundo Freire (2005), a aprendizagem acontece quando



se ensina e aprende o conhecimento já produzido e quando o mesmo é descoberto, sem uma produção inicial. Desta maneira, profissionais de saúde, usuários, gestores e estudantes podem agregar novos valores em suas experiências e questionar as prescrições universais vigentes nas práticas da educação em saúde, obtendo, assim, novas aprendizagens.

A pandemia acelerou a incorporação de novas formas de atenção em saúde e, com isso, novas formas de ensinar e aprender. As mudanças precisaram ser rapidamente incorporadas por profissionais, docentes e discentes dos cursos de graduação em saúde. Desse modo, entende-se que o relato das experiências vivenciadas nesse período possa ser útil aos profissionais do presente e do futuro para o enfrentamento de outras emergências e desafios de saúde pública. A seguir, serão apresentados mais detalhes sobre as ações realizadas.

## CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O primeiro contato com os usuários após o início da pandemia foi em novembro de 2020, quando os discentes realizaram uma chamada telefônica para consultá-los individualmente sobre o interesse em retomar as atividades do grupo, porém em formato virtual. Nos casos em que foi verificado o interesse do usuário, este recebeu outro contato telefônico para avaliação, orientações gerais e registro do consentimento e ciência em relação as ações que seriam realizadas.

A avaliação inicial teve os seguintes objetivos: 1) Identificar os recursos disponíveis e a acessibilidade do usuário aos dispositivos eletrônicos para comunicação (smartphones, tablets e computadores); 2) Verificar a existência de problemas de saúde ou funcionalidade que pudessem configurar em não elegibilidade para a realização das atividades, como por exemplo, pressão arterial ou glicemia elevadas e/ou descompensadas, risco de queda, prejuízos sensoriais e de comunicação (visão, audição, fala, cognição) que pudessem dificultar a compreensão dos termos e o consentimento perante a proposta. O resultado da primeira parte da avaliação foi utilizado para definir qual a plataforma e procedimentos a equipe iria utilizar para garantir universalidade, integralidade

e equidade do acesso aos participantes do teleatendimento. Todos os usuários entrevistados tinham smartphone e faziam uso dele para se comunicar com amigos e familiares. O aplicativo que todos utilizavam era o WhatsApp, portanto, a equipe decidiu utilizar esse recurso para realizar as vídeochamadas nos teleatendimentos.

Dentre os usuários avaliados somente dois foram direcionados ao teleatendimento individual, ambos por descompensação da pressão arterial e relatos de fadiga ou cansaço maior do que o esperado. Nesses casos, a equipe da ESF foi acionada e a consulta com médico de família foi agendada presencialmente na unidade de saúde. Os demais foram divididos em três grupos criados no aplicativo, pois este só permite chamadas de vídeo com até oito pessoas.

Os teleatendimentos ocorreram duas vezes por semana no início da manhã, com duração entre 30 e 40 minutos, sendo que a sessão era iniciada a partir da aceitação da chamada de vídeo pelos usuários. Dois membros da equipe eram responsáveis pela atividade que se iniciava com o acolhimento, e seguiam-se com alongamentos musculares, exercícios respiratórios, exercícios de fortalecimento muscular e relaxamento além de orientações gerais. Todas as atividades que compunham a sessão eram desenvolvidas, preferencialmente, nas posições sentada ou deitada. No dia anterior, além do lembrete no grupo sobre o encontro do dia seguinte, os profissionais solicitavam que separassem materiais como garrafas e cabo de vassoura, tapete ou colchonete. Também nesse contato prévio, lembravam os usuários de aferir a pressão arterial pelo menos 48 horas antes da atividade e que deixassem próximo uma garrafa com água para beber durante as atividades. Às sextas-feiras os grupos recebiam material educativo sobre algum tema relacionado à saúde por meio de vídeo elaborado pelos estagiários e aprovados pelos supervisores. Os temas abordados foram a importância das vacinas, cuidados antes e após a realização dos exercícios, hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose e prevenção de quedas. Também foi realizada a tentativa de inserir os idosos em outra plataforma onde pudessem realizar as atividades todos juntos em um único grupo. Para isso os discentes prepararam um tutorial e ofereceram suporte individual quando necessário, contudo,

apesar dos esforços da equipe, não houve adesão dos usuários ao novo recurso e, por isso, manteve-se os atendimentos em grupos menores pelo WhatsApp.

## EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS COM O TELEATENDIMENTO

O projeto de extensão aprovado e descrito nesse capítulo é produto de um projeto de pesquisa denominado “Determinantes biológicos, psicossociais e ambientais dos perfis epidemiológico, funcional e do bem estar em usuários da Atenção Básica em Saúde”, aprovado pelo CEP/UFTM, CAAE: 81115717.5.0000.5154, parecer número 2.557.676, ao qual foi incluído adendo para possibilitar o registro dos depoimentos dos usuários que eram participantes do estudo e das atividades de tele-saúde. Desse modo, todos os relatos apresentados são de participantes que concordaram em participar dessa etapa da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os participantes foram questionados individualmente e de forma privada sobre suas percepções, como lidavam com esse tipo de atendimento e se tinham sugestões para melhorá-lo. Os usuários poderiam se manifestar por mensagem de texto e/ou por áudio. Os áudios foram transcritos na íntegra e compartilhados aqui para ilustrar alguns aspectos do teleatendimento. Não foi objetivo do estudo, nessa fase, realizar a análise qualitativa dos discursos.

*“Esta semana que deu certo para fazer, para mim está tudo bem, gostei.”*

*“Estou amando as atividades. Muito proveitosas!”*

*“Ótima oportunidade para exercitar um pouco, esses 30 minutos me ajudam certamente.”*

*“(...) minha mãe acha as aulas ótimas, se sente bem, tem realizado os exercícios com frequência, e vê a evolução dos mesmos, somos gratos pelo carinho e atenção dos meninos, a [nome do profissional] é bastante observadora, sempre orientando quanto as posições e execuções dos mesmos, outro dia ficou com minha mãe após a aula e passou exercícios para auxiliar minimização das dores da coluna. Estamos satisfeitas e felizes por participar do grupo”.*

*“(...) as aulas eu estou gostando muito, estão me fazendo muito bem. Segunda e quarta eu não quero abrir mão do horário de jeito nenhum. As aulas são boas, os exercícios, né? São assim moderados, a gente tá sendo bem vigiado, mesmo à distância a gente sente segurança, né? Estão me fazendo muito bem.”*

*“Olha, eu vou dizer, eu pra mim a melhor coisa que tem é... Eu agradeço a Deus, em primeiro lugar, por ter conhecido a Meire, a Isabel, as doutoras, que eu fiz faculdade de terceira idade umas três vezes lá na faculdade. Então, aqui na nossa senhora das graças. Eu, assim, fiz ginástica, fiz curso de cuidadora com a doutora Meire ali na nossa senhora das graças, e pra mim foi a melhor coisa do mundo, foi a melhor coisa que podia ter acontecido porque agora eu tô em casa e assim mesmo ela me achando no telefone e me mandarem, por exemplo, eu fazia em casa o que eu tinha aprendido com todos os alunos que passaram na minha vida, todos estão lá no fundo do meu coração (...)”*

*“Estou amando as atividades, gostando muito. Sempre gostei de fazer exercícios. Fazia academia, agora depois das atividades em casa eu faço um pouquinho de caminhada. E é muito bom fazer exercícios em casa quando a gente tem um acompanhamento né? É... estou gostando demais pode continuar e estarei sempre fazendo. Eu que te agradeço por tudo, pelos exercícios e preciso fazer mais é exercício abdominal, por que minha barriga é mais saliente, é mais difícil de acabar né. Não é acabar, é fortalecer né o abdômen. Ai se você quiser sempre incrementar um pouquinho de abdômen também. Mas tá tudo bem graças a Deus, e o exercício é muito bom tá. Continue assim (...)”*

*“Olha [nome do profissional] eu tô adorando, tô gostando muito. Eu faço Pilates na segunda e na sexta às 8 horas. E a gente fazia hidroginástica no CEMEA, desde que parou a gente não teve oportunidade mais, não voltei. Então tô adorando, tô achando muito bom. Assim eu gostaria também de saber assim a maneira da gente participar, como se tá dando através de, se tá dando direitinho como eu vou olhar assim, a posição que a gente deve colocar o celular de um jeito que fica melhor. Mas eu tô gostando muito, muito mesmo, muito bom. E a turminha boa né? Turminha amiga, são como família, tô adorando. Gostando muito.”*

*“Eu sou o [nome do usuário], a ginástica pra mim tá sendo muito bom e pretendo continuar.”*

## INTERFACES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da emergência sanitária atual e a necessidade de reorganizar as atividades de ensino, os docentes viram na crise a oportunidade de incorporar ações de educação e promoção de saúde por meio de tele-saúde, o que preencheria duas lacunas simultaneamente: 1) A interrupção das ações de prevenção e promoção de saúde realizadas pela APS, com a consequente desassistência aos usuários e 2) A impossibilidade de os alunos concluírem o curso de graduação em Fisioterapia sem cumprir a carga horária mínima de estágio em Saúde Coletiva, além de desenvolver as habilidades e competências fundamentais que o estágio proporciona aos futuros profissionais.

A atividade foi planejada e desenvolvida permeada pelas discussões sobre os princípios do SUS e as diretrizes da APS, o que possibilitou formação crítica, reflexiva, humana e coletiva dos novos profissionais. Ao final do estágio e ao longo do projeto de extensão, os alunos foram convidados a refletir sobre o acesso da população brasileira à Fisioterapia e como a telessaúde pode ser ferramenta útil para promover saúde na APS, ao mesmo tempo que, pode inserir novas barreiras e desigualdades devido à exclusão e baixo letramento digital da população, especialmente da população idosa SUS-dependente. Os relatos dos idosos demonstraram satisfação geral com as atividades e a preocupação com a saúde, destacando que, mesmo socialmente isolados, outras necessidades e demandas de saúde os deixavam também receosos, contribuindo assim para a aceitação e adesão ao teleatendimento.

Ao planejar a atividade houve grande receio da equipe quanto a baixa adesão ou rejeição dos usuários em relação à proposta. Surpreendentemente, os usuários ficaram felizes em receber o contato da equipe e demonstraram satisfação em serem acolhidos e incluídos no grupo. Isso mostrou que os vínculos estabelecidos junto à comunidade são duradouros e valiosos e repercutem em suas percepções e experiências em relação aos cuidados com a própria saúde. Além disso, a descontinuidade em ações de prevenção pela urgência ocasionada por esta pandemia, e, o medo e instabilidade por ela gerados, despertou a emergência do

reforço das ações direcionadas a essa população e as possibilidades que a tecnologia pode oferecer, ainda que haja fatores excludentes decorrentes do baixo letramento digital. As ações relatadas neste capítulo reforçam o compromisso da universidade em legitimar esse vínculo por meio de parcerias que devem servir, não apenas ao ensino e aprendizado de seus profissionais, mas se converter em soluções e apoio à comunidade diante de crises e situações adversas como a pandemia de Covid-19.

## REFERÊNCIAS

Afonso, D.H., Postal, E.A., Batista, N.A., Oliveira, S.S., e organizadores. **A escola médica na pandemia da COVID-19**. Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica; 2020.

Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comunic Saúde Educ**. 2004;8(15):259-74.

Borges, K.N.G., Oliveira, RC, Macedo, D.A.P., Santos, J.C., Pellizzer, L.G.M. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”**. 2020;6(3):e6000013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Protocolo Do Manejo Clínico Do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde**. 21 DE NOVENBRO DE 1986.

Caetano, R., Silva, A.B., Guedes, A.C.C.M., de Paiva, A.C.N., Ribeiro, G.R., Santos, D.L., Silva, R.M. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(5):e00088920.

Costa, C.L.A., Costa, T.M., Filho, V.C.B., Bandeira, P.F.R., Siqueira, R.C.L. Influência do distanciamento social no nível de atividade física durante a pandemia do COVID-19. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. 2020;25:e0123.

Dias, M.A.S, Oliveira, I.P, Silva, L.M.S, Vasconcelos, M.I.O, Machado, M.F.A.S, Forte, F.D.S, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, 23(1):103-114.

Domínguez, G.C., Araujo, J.C.A., Martínez, I.C., Domínguez, C.M.C. Labor preventiva e implementación de estrategias docentes durante la COVID-19 en la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. **MEDISAN**. 2020; 24(6):1256-1265.

Dunlop, C., Howe, A., Li, D., Allen, L.N., et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**. 2020; 4(1):1-3.

Flauzino, K.L et al. Letramento digital pra idosos: percepções sobre o ensino-aprendizagem. **Educ Real**. 2020; 45(4):e104913.

FRAGA-MAIA, H.; PINTO, E. B.; ALELUIA, Í. R. S.; CAVALCANTE, L. L. R.; PEDREIRA, R. B. S.; SILVA, T. de J.; SOUZA, T. S. de; PINTO, J. M.; PINTO JUNIOR, E. P. **Fisioterapia e COVID-19: das repercussões sistêmicas aos desafios para oferta de reabilitação**. In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E. (org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: spectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba, 2020. v. 1. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300443.011>.

França, T., Magnago, C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**. 2019; 41(1):4-7.

Freire, P. **Pedagogia da Tolerância**. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

Giovanella, L., Veja, R., Tejerina-Silva H., Acosta-Ramirez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 em Latinoamérica?. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2021; 19(1):e00310142.

Júnior, J.G., Brandão, S.C., Silva, S.B.F., Sá, E.Q.C. Coping strategies and health promotion through teaching-service integration in the context of the COVID-19 pandemic. **Revista Bras Med Fam Comunidade**. 2020; 15(42):2526.

Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(8):e00149720.

Merhy, E. E. O ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E. E. (Ed.). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-34.

Meyer, D. Educação, saúde e prescrição de 'formas de ser e habitar': uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, T. (Ed.). **Formas de ser e de habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2000. p. 71-80.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). 2020. **SAÚDE DIGITAL: UMA ESTRATÉGIA PARA MANTER A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS QUE VIVEM COM DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/ish/index.php/en/>; Acesso em 06 de dezembro de 2020.

Pinheiro, B.C., Bittar, C.M.L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**. 2017;18(1):77-82.

Silva, R. S., Aita. C., Harzheim E., Molina- Bastos, C. G., Oliveira, E.B, Roman, R., Umpierre, R.N, Gonçalves, M. R. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(6):2149-2157, 2021.

Xavier, A. R., Silva, J.S., Almeida, J.P.C.L., Conceição, J.F.F., Lacerda, G.S., Kanaan, S. COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **Jornal Brasileiro de Patologia Médica**, v. 56, 2020.



# FISIOTERAPIA NO AMBIENTE ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Braga de Souza<sup>80</sup>

Josimar Inácio Ferreira<sup>81</sup>

Neide Pereira de Oliveira<sup>82</sup>

## INTRODUÇÃO

Segundo o guia de referência do Programa Saúde na Escola - PSE (Brasil, 2015), as ações previstas como essenciais estão compreendidas em três componentes: avaliação clínica e psicossocial, promoção e prevenção à saúde, e formação.

Uma nova especialidade muito pouco explorada é a fisioterapia escolar, com a atuação do fisioterapeuta junto à equipe multidisciplinar do PSE, é importante ressaltar que todas ações do programa devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola.

Esta pesquisa em particular relaciona-se com o componente II do PSE, que define a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos, sendo previstas ações no âmbito da alimentação saudável, prática corporal, saúde sexual e reprodutiva, cultura de paz, saúde mental e ambiental e desenvolvimento sustentável.

O estudo foi desenvolvido através da intervenção da equipe de pesquisa para avaliação da atuação do fisioterapeuta no ambiente escolar, através de orientações e avaliações cinético-funcionais.

O público alvo em um primeiro momento foram os alunos do segundo ano, com faixa etária entre 7 e 8 anos, e em um segundo momento com a faixa etária de 9 a 11 anos, de uma escola de ensino

---

<sup>80</sup> Graduação em Fisioterapia (UNISALES). Professora autônoma em Musculação Terapêutica. CV: <http://lattes.cnpq.br/9844122639079413>

<sup>81</sup> Graduado em Fisioterapia (UNISALES). Instrutor de Pilates. CV: <http://lattes.cnpq.br/3170915072134814>

<sup>82</sup> Pós-graduanda em Fisiologia do Exercício do Paciente ao Atleta (UNIFAL). Fisioterapeuta no Atendimento Domiciliar. CV: <http://lattes.cnpq.br/2363676361825714>

fundamental do município de Vitória - ES, realizando testes avaliativos com o fim de identificar possíveis alterações corporais.

Outro ponto de interesse foi levar a comunidade escolar a importância da atuação do profissional fisioterapeuta na escola, fazendo parte do PSE, através de uma intervenção junto às crianças em idade escolar para prevenção e identificação de problemas posturais que, se não tratados, poderão acarretar efeitos crônicos e prejudiciais em sua vida adulta.

## DESENVOLVIMENTO

O intuito do projeto foi a avaliação cinético-funcional da postura corporal e sua confluência com o tipo de pisada em crianças em idade escolar, entretanto destaca-se que o tempo disponibilizado pela instituição de ensino foi limitado ao horário da aula de Educação Física.

Assim, inviabilizando a realização de um procedimento de avaliação postural mais completa, com um número maior de testes avaliativos e funcionais, deste modo foi dado ênfase na inspeção visual e nas aplicações dos testes de Adams e de impressão plantar.

Foi utilizada a pesquisa quantitativa, para a obtenção das análises postural, corporal e da impressão plantar dos alunos, de ambos os sexos, na faixa etária dos 7 a 8 anos, e em uma segunda etapa a avaliação postural em crianças entre 9 e 11 anos.

Como parte do planejamento e para realização deste estudo o projeto foi apresentado e solicitada sua liberação, na instituição educacional municipal E.M.E.F. “Juscelino Kubitschek de Oliveira”, tendo sido envolvidos os seguintes profissionais: diretora, pedagoga, coordenadora de turno, e educadores físicos, para realização da coleta de dados no mês de abril de 2018.

A pesquisa foi realizada com as devidas autorizações da direção e coordenação da escola, dos pais/responsáveis dos alunos constituintes da amostra e dos professores.

Foram enviadas cinquenta cartas de esclarecimento juntamente com o documento de autorizações referentes a duas turmas, as quais foram sujeitadas ao projeto.

Através do estudo de caso com a aplicação de questionário aos pais com perguntas sobre o nível de atividade física da criança (prática de esportes, por exemplo) e se esta teve ou tem alguma patologia neuromuscular, musculoesquelética ou cardiorrespiratória (Figura 1).

EMEF "JUSCELINO KUBITSCH DE OLIVEIRA"

Abril de 2018

Assunto: Estudo e Pesquisa do Curso de Fisioterapia da Faculdade Salesiana.

Prezados pais e/ou responsáveis,

Somos acadêmicos do 5º período em Fisioterapia do Centro Universitário Católico de Vitória (Faculdade Salesiana) estaremos realizando um trabalho através do Projeto "Postura corporal na infância uma intervenção da Fisioterapia no ambiente escolar", Para isso estamos pedindo sua autorização para que seu (sua) filho (a) participe do trabalho. Serão fotografadas as crianças que quiserem participar e cujos pais tiverem autorizado. As fotos servirão para analisar a postura e verificar se há alterações posturais.

Estamos disponíveis para esclarecimentos e agradecemos a atenção.

**PERMISSÃO PARA PARTICIPAR DO PROJETO DE PESQUISA**

Estou ciente dos procedimentos envolvidos no Projeto "Postura corporal na infância uma intervenção da Fisioterapia no ambiente escolar" a ser realizado na escola E.M.E.F. "Juscelino Kubitschek de Oliveira" e autorizo a participação meu filho (a) no projeto.

NOME DA CRIANÇA: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SERIE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA PAI OU MAE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS**

1. Seu (sua) filho (a) pratica algum esporte (escolinha de futebol, vôlei, basquete, natação, balê, artes marciais, etc...)?

( ) Sim ( ) Não Caso afirmativo Qual (is)? \_\_\_\_\_

2. Em caso afirmativo, quantas vezes por semana ele (a) pratica e qual o horário inicial e final dessa atividade?

Horário: das \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_

Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

3. Seu (sua) filho (a) apresenta alguma (s) das doenças listadas abaixo:

(...) Cardiorrespiratórias: bronquite, asma, insuficiência cardíaca;

(...) Neuromusculares: convulsões, paralisia cerebral, distrofia muscular;

(...) Ortopédicas: história de fraturas, dores articulares e/ou musculares;

(...) Outras: \_\_\_\_\_

Todas as informações sobre a saúde de seu (sua) filho (a) serão mantidas em sigilo.

Figura 1: Carta de esclarecimentos com questionário encaminhada aos pais/responsáveis.

Trata-se de um estudo com a análise quantitativa envolvendo 19 crianças, com idades entre 7 e 8 anos, utiliza os dados coletados para testar hipóteses. Segundo Lunes *et al.* (2005) na idade entre 7 a 12 anos

ocorrem transformações na postura em direção a um novo equilíbrio compatível com novas proporções corporais.

Foram incluídas crianças dentro da faixa etária estipulada, que tiveram retorno da autorização expressa, documento de termo de consentimento livre e esclarecido, do responsável com a assinatura e preenchimento de questionário com dados pessoais, histórico de lesões e doenças, e se faz alguma atividade física.

Tendo sido excluídas as crianças que não estiveram presentes na escola nos dias da aplicação da avaliação ou se recusaram a participar, aquelas que estavam impossibilitadas fisicamente, ou cujos pais e/ou responsáveis não deram a autorização.

Análise da distribuição da pressão plantar, através da impressão plantar da criança, fotografia para registro da postura corporal identificando possíveis desvios. No caso da criança apresentar importante desvio postural, os pais ou responsáveis por elas receberão orientações específicas.

Análise crítica e estatística abaixo apresentada considerando como dados antropométricos a idade e sexo das crianças, sendo aplicada uma ficha de anamnese anexa à carta de esclarecimento para verificação juntos aos pais e/ou responsáveis à presença ou não de desenvolvimento motor atípico, e mesmo de doenças ou lesões que pudessem comprometer a realização das avaliações de forma independente.

Foi realizada a palestra sobre prevenção de problemas posturais, a avaliação postural realizada por meio do teste de Adams que tem como objetivo identificar cifoses, escolioses ou dificuldades respiratórias (MAGEE, 2002), juntamente a avaliação da pisada.

Como recursos materiais foram utilizados papel sulfite na cor branca, tinta guache preta hipoalergênica, e fotografia digital através do uso de um smartphone Motorola Moto G5 XT1676. Posteriormente foi feito a higienização dos pés dos alunos com uso de água, sabonete líquido hipoalérgico e papel toalha.

A maturação dos sistemas estabilizadores da postura corporal inicia no nascimento e se prolonga ao longo do desenvolvimento normal

da criança, sendo que o estágio final do controle postural é obtido por volta de 8 à 12 anos de idade (GALLAHUE e OZMUN, 2005).

Para Ciaccia *et al.* (2017) a adoção de uma postura sentada errada em decorrência de um móvel inadequado ou mesmo por maus hábitos posturais durante a fase de crescimento facilitam os desvios de coluna.

Segundo Fornazari e Pereira (2008) alunos com postura escoliótica necessitam de algum tipo de intervenção, e também de conscientização, comunicação e envolvimento dos pais ou responsáveis.

Além de reforçar a parcerias com os outros profissionais que atuam diretamente com as crianças e adolescente, interferindo ou modificando comportamentos inadequados ou hábitos prejudiciais à postura corporal.

Inicialmente foram utilizados os critérios de Kendall (1995) para aplicação da inspeção visual (Figura 2), assim fazendo uma análise para identificação da postura corporal das crianças e suas possíveis compensações.



Figura 2: Exemplos de inspeções visuais aplicados durante o estudo.

O Teste de Adams (Figura 3) é realizado para verificar a presença de gibosidade e/ou torção da coluna como indicativo de escoliose, o diagnóstico precoce da escoliose tem grande importância na prevenção de complicações que podem ocorrer com a evolução da curva, existem muitas causas conhecidas de escoliose, congênita ou adquirida: resultam de doença ou lesão, e casos que não se conhece a causa, essas são chamados de idiopáticas (BADARÓ *et al.*, 2015).



Figura 3: Exemplos dos Testes de Adams aplicados durante a execução do projeto.

A escoliose (Figura 4) é uma curva anormal na coluna vertebral, sendo visível dependendo do seu grau com o paciente de pé e de costas, quando originada no sentido caudal cranial é considerada ascendente, e no sentido craniocaudal classificada descendente, geralmente sua causa é postural. Estudos recentes indicam que há uma prevalência de escoliose no Brasil entre 1% e 15,8% em crianças e adolescentes (FORNAZARI e PEREIRA, 2008).



Figura 4: Adaptado de <http://manuel-angeles-santiago.blogspot.com/>

Na aplicação do teste foram encontradas possíveis alterações posturais equivalente a 10,5% das crianças menores, entre 7 e 8 anos, apresentando escoliose torácica e escoliose toracolombar (Tabela 1).

Tabela 1: Número de crianças por sexo e alterações posturais

Sexo	Nº Crianças	Com Alteração Postural	Sem Alteração Postural
Masculino	7	0	7
Feminino	12	2	10

Resultado da avaliação postural (Figura 5) encontrado através desta pesquisa nas crianças entre 9 e 11 anos foi que em torno de 17% dos alunos apresentam patologias diversas de postura.



Figura 5: Testes de Adams aplicados durante a pesquisa.

Afirma Pereira *et al.* (2008), que devida a relevância da postura no desenvolvimento estático corporal, destaca-se o estudo e a abordagem de disfunções dos pés em crianças. O índice de impressão plantar (Figura 6) consiste na razão entre a área de não contato do pé com o solo e a área de contato observada no desenho da planta dos pés (CAVANAGH e RODGERS, 1987).

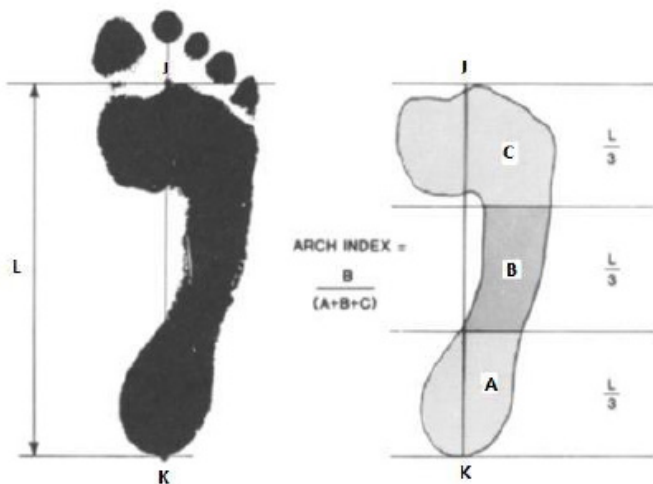


Figura 6: Marcações do pé da Impressão Plantar (Cavanagh e Rodgers, 1987)

O teste de impressão plantar foi aplicado segundo a metodologia descrita para obtenção dos dados das impressões plantares (Figura 7), com a higienização anterior e posterior dos pés utilizando os materiais anteriormente descritos, colhendo as impressões plantares de ambos os pés (Figuras 8 e 9), se obteve as características antropométricas da amostra de 19 crianças com idades entre 7 e 8 anos, conforme descritas na tabela 2.





Figura 7: Impressão plantar recolhida durante a execução do projeto.

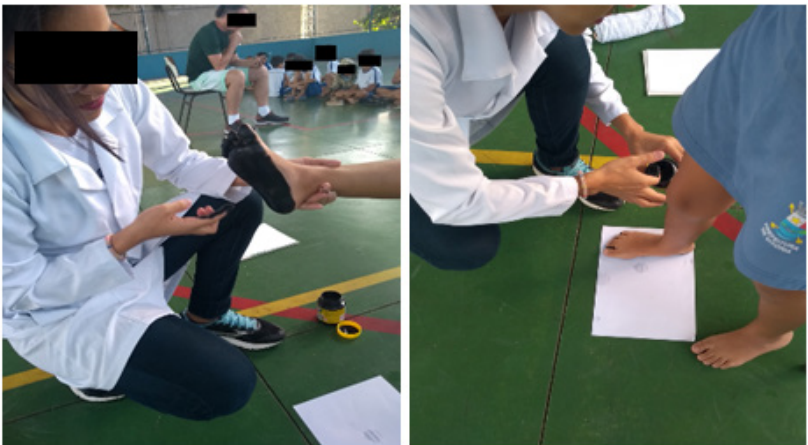


Figura 8: Preparo para recolher a impressão plantar.



Figura 9: Preparo para recolher a impressão plantar.

Tabela 2: Número de crianças por idade e alterações de pisadas

Idade	Nº Crianças	Com Alteração na Pisada	Sem Alteração na Pisada
7 anos	8	1	7
8 anos	11	4	7

Os tipos de alterações de pisada possíveis são pronadas (chamado de pé plano, pé “chato”) possui o arco longitudinal medial baixo, e supinada (chamado de pé cavo, pé em garra ou pé “oco”) possui o arco longitudinal medial alto (Figura 10).

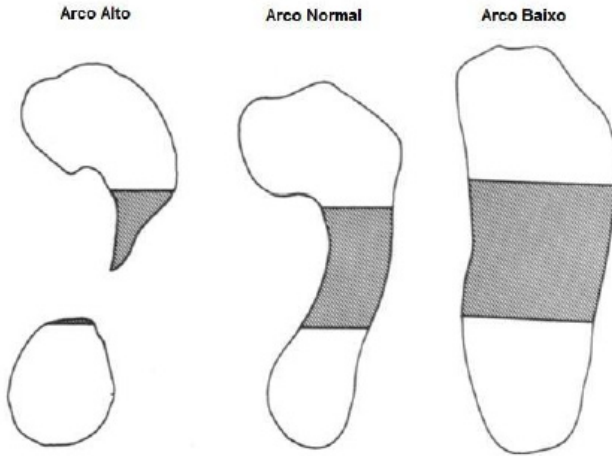


Figura 10: Classificação dos arcos do pé (CAVANAGH e RODGERS, 1987)

Foram analisadas dezenove crianças com a aplicação do teste foram encontrados os tipos de pisadas: catorze normais, três pronadas, e duas supinadas (Tabela 3), como nas amostras representadas na Figura 11.

Tabela 3: Tipos de pisadas por crianças e sexo

Tipos de Pisadas	Nº Crianças Sexo Masculino	Nº Crianças Sexo Feminino
Normal	3	11
Pronada	2	1
Supinada	2	0



Figura 6: Amostras de impressões colhidas durante execução do projeto.

Para Caillet (2005) muitos problemas apresentados nos pés das crianças se reconhecidos e tratados precocemente, respondem positivamente ao tratamento.

Sugerem Cavanagh e Rodgers (1987) que as técnicas de análise da impressão plantar possuam limitações importantes, podendo ser imprecisas, e estarem sujeitas a erros de interpretação, e ainda que são de difícil reprodutibilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho, percebeu-se a falta de conhecimento sobre a atuação do fisioterapeuta na escola, além do um desconhecimento por parte da comunidade escolar sobre o Projeto da Saúde na Escola envolvendo a figura do profissional Fisioterapeuta.

Concluiu-se que a realização da intervenção junto aos estudantes promoveu conhecimentos sobre hábitos posturais saudáveis, assim como, naqueles identificados com desvios posturais, o encaminhamento para o tratamento mais adequado junto ao profissional competente.

Assim, pode-se afirmar que programas preventivos e educativos aplicados no ambiente escolar são de suma importância, em vista que as alterações posturais se diagnosticadas e tratadas precocemente possuem um prognóstico positivo.

## REFERÊNCIAS

BADARÓ, Ana Fátima Viero; NICHELE, Lidiane de Fátima Ilha; TURRA, Patrícia. INVESTIGAÇÃO DA POSTURA CORPORAL DE ESCOLARES EM ESTUDOS BRASILEIROS. *Fisioter Pesq.* 2015; 22(2): 197-204.

BRASIL. Ministério da Saúde. CADERNO DO GESTOR DO PSE. Brasília: 2015. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 de junho de 2018.

CAILLIET, R. DOR NO PÉ E NO TORNOZELO. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CAVANAGH, P. R.; RODGERS, M. M. THE ARCH INDEX: A USEFUL MEASURE FROM FOOTPRINTS. *J Biomech.* 1987; 20(5): 547-51.

CIACCIA, Maria Célia Cunha; CASTRO, Julia Silvestre de; RAHAL, Mariana Abduch; PENATTI, Barbarah Silveira; SELEGATTO, Iara Borin; GIAMPIETRO,

João Lucas Morette; RULLO, Vera Esteves Vagnozzi. PREVALÊNCIA DE ESCOLIOSE EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL PÚBLICO. *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(2):191-198.

CONTRI, Douglas Eduardo; PETRUCELLI, Amanda; PEREA, Daniela Cristina Bianchini Nogueira Moreno. INCIDÊNCIA DE DESVIOS POSTURAIS EM ESCOLARES DO 2º AO 5º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL. *ConScientia e Saúde*, 2009; 8(2): 219-224.

FORNAZARI, Lorena Pohl; PEREIRA, Vanda Cristina Galvão. PREVALÊNCIA DE POSTURA ESCOLIÓTICA EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL. *Cadernos da Escola de Saúde Fisioterapia. UNIBRASIL*, Número 01 - Julho 2008.

GALLAHUE, David L.; OZMUN, John C. COMPREENDENDO O DESENVOLVIMENTO MOTOR: BEBÊS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS. São Paulo: Phorte, 2005.

IUNES, D. H.; CASTRO, F. A.; SALGADO, H. S.; MOURA, I. C.; OLIVEIRA, A. S.; BEVILAQUA-GROSSI, D. CONFIABILIDADE INTRA E INTEREXAMINADORES E REPETIBILIDADE DA AVALIAÇÃO POSTURAL PELA FOTOGRAFIOMETRIA. *Rev Bras Fisoter.* 2005; 9(3): 327-34.

KENDALL, FP; MCCREARY, EK; PROVANCE, PG. MÚSCULOS PROVAS E FUNÇÕES. 4ª edição, São Paulo: Manole, 1995.

MAGEE, DJ. AVALIAÇÃO MUSCULOESQUELÉTICA. 4ª ed. Barueri: Manole; 2002.

PEREIRA, Wagner Menna; FERREIRA, Luiz Alfredo Braun, VIEIRA, Fabrício Furtado; THOMÉ, Márcio Roberto; KERPPERS, Ivo Ilvan; JUNIOR, Alderico Rodrigues de Paula. ANÁLISE DA FACE PLANTAR DOS PÉS DE CRIANÇAS DO ENSINO FUNDAMENTAL. In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação Universidade do Vale do Paraíba, 2008.

# NAS TRILHAS DO PROERD: ATUAÇÃO NO ESTADO DO PIAUÍ

Edimar Campelo Araujo<sup>83</sup>

Paula Maria Aristides de Oliveira Molinari<sup>84</sup>

## INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas em nossa sociedade, notadamente, tem trazido consequências econômicas, sociais, culturais e políticas. Essa realidade atinge muitas famílias brasileiras. Parece ser necessária uma ação conjunta entre família, governos e igrejas no engajamento de ações preventivas, de conscientização dos danos para uma possível ação de combate e enfrentamento, com especial atenção aos jovens em idade escolar. A família porque, via de regra e idealmente, está mais próxima tanto das dificuldades quanto das condições, sejam quais forem, para o enfrentamento, buscando apoiar as crises, os governos, através da educação, por sua capacidade de formação cidadã e de construção de valores; e a igreja, já que o povo brasileiro professa sua fé, tradicionalmente, com vínculos religiosos estabelecidos culturalmente. Onde vale ressaltar a alta dominação do cristianismo no país, com predominância de católicos e evangélicos vinculados a estas religiões. Acredita-se, no entanto, que a união de forças destas instituições possa contribuir efetivamente na prevenção do uso de drogas por jovens e adolescentes em idade escolar. No momento importante da adoção de condutas e valores que serão matrizes para o cuidado e a manutenção da vida de todo cidadão, as três dimensões - família, governo e igreja - podem apontar ações de destaque intimamente ligadas com a discussão sobre o uso de drogas. Sendo assim, o presente capítulo tem como objetivos conhecer as ações desenvolvidas pelo Programa Educacional de Resistência às

---

<sup>83</sup> Mestrado em Ciências da Educação (FICS-PY).

CV: <http://lattes.cnpq.br/2424490008807723>

<sup>84</sup> Doutorado em Comunicação e Semiótica (PUC-SP).

CV: <http://Lattes.cnpq.br/8819531754274233>

Drogas (PROERD), bem como, sua abrangência em nível de Brasil, especialmente, no estado do Piauí.

Em termos de objetivos específicos, cabe (I) analisar os resultados das ações desenvolvidas nas escolas, em 2019, (II) discutir as limitações e possíveis avanços na aplicação do PROERD e (III) compreender sua estrutura funcional.

Levando-se em conta que este estudo é parte de uma pesquisa doutoral, em desenvolvimento na cidade de Teresina, Piauí, com foco na situação vivida por estudantes do Ensino Médio da rede pública de ensino, levantamos a questão: O PROERD pode, efetivamente, contribuir de forma preventiva na formação de estudantes? Se sim, pode contribuir para a diminuição da adesão ao uso de drogas, de forma consciente?

Para buscar respostas adotamos a pesquisa quali-quantitativa, tendo como instrumentos a entrevista e a observação participante. Na ocasião da visita *in loco* obtivemos uma gama de informações valiosas sobre a operacionalização do programa. Outra importante fonte de informações foi o acesso aos documentos de registro, do andamento do PROERD, tais como relatórios, decretos e manuais, o que possibilitou um maior entendimento da existência do programa, no Estado do Piauí.

O capítulo encontra-se estruturado a partir de um processo histórico do PROERD, seguindo-se com uma sessão sobre as drogas no âmbito escolar. Posteriormente é discutido as estratégias de prevenção educativas, o processo metodológico da pesquisa, os resultados e discussões, finalizando-se com as considerações finais.

## PROCESSO HISTÓRICO DO PROERD

Quanto às origens, o PROERD surge do DARE (Drug Abuse Resistance Education) projeto desenvolvido nos (EUA) na cidade de Los Angeles, por volta de 1983 quando foi percebido o grande êxito na aceitação social, sendo o mesmo ampliado para os estados norte-americanos, seguindo-se da implantação em outros países (SHAMBLÉN et al. 2014 apud PEREIRA E TAVARES, 2017).

No Brasil o PROERD chega, inicialmente, do Rio de Janeiro em meados de 1992, através da polícia militar e em 2002 atinge todos os estados da federação. O programa que tem como eixo principal uma ação educativa de resistência às drogas e a violência é uma ação operacionalizada pelas corporações policiais militares dos estados. Os envolvidos são capacitados e apoiados através de materiais específicos para ministrar cursos de prevenção ao uso abusivo de drogas

O programa é, portanto, uma ação educacional constituída de quatro currículos distintos, prestigiando a Educação Infantil e séries iniciais e de 5º- ao 7º- Ano do Ensino Fundamental Maior. A proposta sugere aulas presenciais uma vez por semana durante um semestre letivo. Vale esclarecer que o quarto currículo é direcionado para os pais, contendo cinco lições. Para este público específico é trabalhada a organização familiar por se considerar esta - a família - a base de formação educativa da criança que, certamente, contribui para o seu desenvolvimento social.

No que tange a preparação do militar para o exercício da docência no curso, são exigidos requisitos básicos. A avaliação seletiva conta com uma banca multifuncional composta por pedagogos, psicólogos e representantes do programa que buscam ponderar, através da observação e análise, se o candidato atende ao perfil exigido para integrar o programa.

## AS DROGAS NO ÂMBITO ESCOLAR

A Constituição brasileira garante aos cidadãos os direitos básicos. Embora haja muitas discussões quando se faz uma relação teoria e prática. Com relação às crianças e adolescentes não é diferente, conforme afirma o Art. 227:

é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito a vida, a saúde, a alimentação, a educação, ao lazer, a profissionalização, a cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 64)



Ainda neste sentido Schenker; Minayo (2005 apud PEREIRA; TAVARES, 2017), entende que proteger crianças e adolescentes em idade escolar faz parte das responsabilidades do poder estatal através de políticas públicas e sociais. No Brasil, este fato encontra-se evidenciado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), definindo claramente os direitos e deveres deste segmento social, garantindo sua cidadania.

Na interpretação de Abramovay e Castro (2005), os alunos compreendem a escola como um espaço de aquisição e obtenção de um maior capital social e cultural, sobretudo na atualidade. Todavia para que esta Instituição continue dando conta desta responsabilidade precisa está apta a mediação dos conflitos existentes, considerando inclusive a possibilidade de venda e consumo de entorpecentes pelos seus pares. Este fato faz com que educadores busquem novos valores para trabalhar com as transformações sociais que se apresentam. A escola apesar de historicamente ter presenciado momentos de grandes tensões e conflitos, ainda é o espaço de aprendizagem em que alunos e professores discutem os conhecimentos. Desta forma é neste espaço que ocorrem as transformações do sujeito na formação cidadã, em uma relação sólida professor aluno. Quando a escola se encontra comprometida com os projetos de formação social e da família. Estudos apontam que o consumo de drogas por parte dos estudantes não ocorre necessariamente no interior da escola. A prática pode acontecer em suas imediações. Vale ressaltar que é na adolescência que normalmente ocorrem os primeiros contatos com as drogas. Este fato tem se evidenciado cada vez mais precocemente. Na década de 1950 e 1960 esse contato aconteceu por volta dos 18 anos de idade ao ingressar nas Universidades. Na atualidade o experimento de álcool e outras drogas têm acontecido cada vez mais precoce, apresentando graves quadros de abuso e dependência, apesar de alguns esforços de ações preventivas. Tanto na pré-adolescência como na adolescência, são fases marcadas por experiências desafiadoras. A principal tarefa deste indivíduo neste momento é tentar construir sua identidade e definir seu papel na sociedade. Eles precisam de estímulos positivos, pois certamente irão enfrentar situações adversas e poderão

se deparar com a insegurança, normal da idade, porque precisarão fazer escolhas. (DIEHL e ET al. 2011, p. 359).

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO EDUCATIVAS

Em tese, a abordagem da questão do uso de drogas entre jovens e adolescentes seja pela prevenção, seja pelo ato educativo considera-se a escola o local mais indicado, tendo em vista questões de natureza didáticas e pedagógicas. Este indicativo é praticado no oriente e no ocidente, por considerar sua eficácia.

Nesta perspectiva Carlini (2010) apresenta uma proposta de discussão acerca da prevenção através de modelos como: o amedrontamento através de informações drásticas e enfáticas nas escolas, apresentando somente desembolsos negativos do uso de drogas. Quem defende esta prática acredita em sua eficácia; o apelo moral que aponta as drogas responsáveis pela corrupção moral da sociedade atual. Outra questão deste modelo está relacionada a questões de valores de cada indivíduo e que de certa forma as drogas são incompatíveis aos projetos pessoais de pessoas idôneas. Por fim, o modelo discute a normatização do ambiente, que propõe a exclusão das drogas do ambiente de forma bem radical e imediata. Existe também o modelo de treinamento para resistir, onde estudantes são preparados para resistir às demandas que envolvam drogas. Sejam dos grupos de pares, midiáticos, ou até mesmo de familiares. Em sala de aula devem ser discutidas várias estratégias em que o escolar possa se recusar e não ceder a oferta das drogas. Outro modelo seria o de pressão do grupo, modelo muito comum utilizado pelos grupos de amigos. Neste caso prega-se o afastamento dos adultos e busca jovens líderes naturais para comandarem programas de prevenção. Este novo líder incentiva a frequentarem festas em ambientes limpos, e fortalece as organizações dos jovens entre si. No entanto, não se trata somente destes modelos. Existindo ainda o modelo de orientação dos pais; o de conhecimento científico; o de educação efetiva; o modelo de oferecimento de alternativas; o modelo de educação para a saúde; o de educação normativa; de modificações de condições de ensino que se

concentra nas modificações das práticas instrucionais; a melhoria do ambiente escolar; o incentivo ao desenvolvimento social; oferecimento dos serviços de saúde e o envolvimento dos pais nas atividades curriculares escolares.

É fato que o consumo de drogas tem se expandido por todo o mundo, e já se apresenta como uma possível desestabilização de estruturas e valores de ordem econômica, política, social e cultural dos povos. A informação midiática tem dado conta de que o uso abusivo de drogas pela juventude tem causado muitos conflitos na sociedade contemporânea, especialmente entre escolas e famílias. Assim sendo as instituições educativas têm um papel fundante na criação de estratégias pedagógicas de trabalho preventivo a fim de minimizar os danos nesta clientela. Afinal é papel da escola, construir cidadãos saudáveis e conscientes de seu papel na sociedade.

## PROCESSO METODOLÓGICO

Este capítulo dedica-se ao estudo do PROERD no Estado do Piauí com um olhar documental para o ano de 2019. O mesmo obteve o apoio da gestão estadual do programa que colaborou com as informações verbais e documentais através de visitas à coordenação geral do Programa que se encontra sediado em Teresina, no pelotão de polícia Militar. Dentre os documentos disponibilizados pelo programa estão: relatórios, decretos e manuais, o que possibilitou a realização do estudo, fundamentado em uma base teórica que discute a temática.

No entendimento de Gil (2011), os documentos fornecem ao pesquisador as informações de dados em quantidade e qualidade necessária, evitando desta forma perda de tempo e constrangimento, dispensando contatos diretos com pessoas. Vale ressaltar que para efeitos de ciências considera documentos não somente escritos para esclarecimentos de fatos ou fenômenos como também objetos que possam contribuir com a confirmação de dados no processo de investigação.

O estudo é de natureza qualitativa e quantitativa, tendo em vista que as duas abordagens podem ser entendidas como complementares muito mais do que antagônicas, tendo em vista que os métodos

[...] que se traduzem por números podem ser muito úteis na compreensão de diversos problemas educacionais. Mais ainda, a combinação deste tipo de dados com dados oriundos de metodologias qualitativas, podem vir a enriquecer a compreensão de eventos, fatos e processos. As duas abordagens demandam, no entanto, o esforço de reflexão do pesquisador para dar sentido ao material levantado e analisado (GATTI, 2004, p. 4)

Silva et al. (2012), concordam com a utilização de estudos quantitativos nas investigações em educação, em virtude do crescimento significativo de pesquisas desta natureza no Brasil, devido sua pouca tradição comparada aos países do Continente europeu.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esse processo é o ato de transformar informações sejam eles numéricos ou não, em significados com objetivo de verificá-los e poder dar ao mesmo tempo uma razão de ser do ponto de vista racional. Uma análise de dados pode apresentar diferentes facetas e abordagens incorporando técnicas diferenciadas. A discussão deve ser feita de forma detalhada da temática escolhida com minuciosidade para exaurir toda a proposta o máximo possível.

No Piauí, o quadro funcional do PROERD, constitui-se de: 01 Coordenador geral, como titular; 01 Coordenador adjunto; 03 mentores; 04 instrutores e 01 motorista.

Tem uma relativa estrutura humana e organizacional, apresentando uma coordenação titular e adjunta, o que facilita a dinâmica funcional de sua diretoria. Três mentores, que são uma espécie de cérebro do programa, compõem a equipe responsável e vigilante ao funcionamento do programa e suas necessidades de aprimoramento. Existem também quatro instrutores, que estão na linha de frente, no contato formativo dos estudantes nas escolas. Eles encontram-se em proximidade das

crianças e adolescentes usuários de drogas ou em situação de vulnerabilidade social em um trabalho de conscientização e prevenção, visando a formação de jovens capazes de resistir aos convites para experimentação das drogas, sobretudo as ilícitas, papel mais relevante do programa. Os instrutores são preparados pedagogicamente através de formação para assumir em determinados momentos a função de professor educador em sala de aula.

Para maior alcance do programa no estado, foi criado as Coordenações Regionais, geograficamente bem distribuídas para que fosse possível atender o máximo de demandas das escolas do Estado, especialmente as públicas. As Regionais estão localizadas em todo território piauiense, dirigidas por militares das corporações da Polícia Militar do Piauí. Como pode ser observado, a equipe é constituída de forma bem eclética, em termos de patente, o que demonstra um interesse forte por parte da corporação da polícia.

De acordo com os estudos realizados, Teresina apresenta a maior possibilidade de atendimento, com uma significativa quantidade de monitores, seguindo pelo município de Bom Jesus. Conforme o quadro exposto, a maioria dos municípios atendidos pelo Programa conta apenas com um monitor, o que sugere um comprometimento no desempenho das atividades propostas, bem como nas limitações do Programa. Em virtude da relevância do PROERD para a educação preventiva, caberia às autoridades uma maior atenção no sentido de possibilitar aos gestores do Programa, uma ampliação na capacidade de atuação de suas ações.

Através do trabalho realizado pela equipe de instrutores exclusivos e não exclusivos, o programa conseguiu alcançar 22 (vinte dois) municípios beneficiados em 2019. Constatou-se nas visitas realizadas a coordenação do Programa que ainda não é o índice desejado pela gestão, todavia, considerando a grandiosidade geográfica do Estado e a gravidade social da problemática que compõe o eixo norteador do programa possível de ser realizado no referido período. No entanto vale ressaltar que o aumento no número de instrutores atuando em sala de aula colaborou bastante para esse resultado, possibilitado através da realização do IX

Curso Nacional de Formação de Instrutores PROERD, bem como, o apoio das Prefeituras parceiras, através do Termo de Cooperação Mútua e apoio do Ministério Público das referidas cidades.

De acordo com os dados apresentados pelos municípios atendidos, o PROERD formou 7.545 alunos no ano letivo de 2019. Com atendimento ao programa Kid I e II, 5º e 6º ano e o PROERD pais. Destacando-se de forma quantitativa o município de Teresina, seguido de Barras, União, São Raimundo Nonato, Bom Jesus entre outros. Estas informações são importantes do ponto de vista técnico para o planejamento e avaliação do programa, bem como seu crescimento a nível de estado.

Dentre os eventos formativos realizados pela Coordenadoria Estadual em 2019, destacou-se um encontro pedagógico realizado na Universidade Federal do Piauí, em fevereiro do corrente ano, com trinta instrutores do Programa. Em agosto do mesmo ano foi realizado o IX Curso Nacional de Formação de Instrutores PROERD – CNFIP. O evento foi sediado em Teresina no Centro de Educação Superior Antonino Freire e teve a participação de quarenta e um policiais, com participação de outros estados da Federação.

Os saberes e o fazer profissional representam o norte das práticas educativas, sejam elas formais ou informais. Na profissão docente a atualização do conhecimento é uma necessidade constante que vai para além da sala de aula. Os complexos fatores que norteiam o processo de formação continuada são muito abrangentes e estão intimamente ligados ao crescimento das instituições educativas, do ensino, dos programas curriculares e da profissão docente. São paradigmas que ultrapassam o próprio processo de ensino e aprendizagem escolar, o ato de ensinar, a formação docente traz consigo questões muito continuada que ocorre durante todo o exercício da profissão, seja ela docente ou não, deve colaborar com possibilidade de um novo olhar, dando sentido a novas práticas pedagógicas, discutir novas circunstância e ressignificar a prática docente vislumbrando novas perspectivas de um fazer docente diferente e inovador.

É importante ressaltar que dos quarenta e um profissionais participantes das formações oferecidas nove pertenciam às Coirmãs, ou seja, as polícias de outros estados da Federação, sendo: cinco do Maranhão, dois do Amazonas, um de Roraima e um do Paraná, o que demonstra a importância do programa e interesse da Polícia militar brasileira no trabalho de prevenção ao uso abusivo de drogas entre as crianças em idade escolar no país. É notório que a melhor e mais humana das políticas em torno desta temática é a prevenção. Quando esse fato acontece na base da formação humana os resultados são mais valorosos, e a sociedade agradece.

Estabelecer um diálogo entre teoria e prática, faz com que novos saberes sejam articulados na construção da prática dos educadores, mantendo uma relação dialógica entre os atores participantes do processo de formação. Assim sendo, pode-se analisar o processo de formação continuada ligado diretamente à ação do educador, possibilitando as modificações e aperfeiçoamento das práticas pedagógicas nas ações escolares (IMBERNÓN, 2010). O autor ainda enfatiza que a formação continuada na vida dos profissionais de educação, bem como de outras profissões representa uma alimentação para o desenvolvimento pessoal e profissional e das instituições de quem pratica essa modalidade, o que eleva os potenciais de trabalho de quem se mantém neste nível de entendimento prático. Essas atitudes estão para além das atualizações promovidas pela ciência, da didática ou pedagógica do trabalho docente, entendendo-se que as práticas encontram sedimentada e balizadas nas teorias e reflexões relativas às ações, visando mudanças e modificações no âmbito escolar. Neste sentido:

O conhecimento profissional consolidado mediante a formação permanente apoia-se tanto na aquisição de conhecimentos teóricos e de competências de processamento da informação, análise e reflexão crítica em, sobre e durante a ação, o diagnóstico, a decisão racional, a avaliação de processos e a reformulação de projetos (IMBERNÓN, 2010, p. 75).

Considerando as constantes mudanças sociais e educacionais, em uma sociedade cada vez mais avançada, a prática de formação continuada

para docentes tem sido uma necessidade permanente na busca do aperfeiçoamento de novos saberes e técnicas em todos os níveis e conteúdos necessários às práticas da atividade docente. Ela se aplica normalmente após a formação acadêmica e objetiva buscar a excelência para um ensino de qualidade ao educando. Neste contexto, o PROERD – PI se encaixa quando busca o melhoramento de sua equipe para a atuação na educação preventiva no interior das escolas.

Teixeira (2014) apresenta algumas regras para o conhecimento de professores referentes ao uso de álcool e outras drogas. Inicialmente estudo sobre a temática. É importante que o docente tenha um embasamento teórico sobre o assunto, para conduzir com segurança a discussão junto ao aluno, possibilitando respostas mais seguras e eficazes as inquietações dos estudantes sobre a temática. Por outro lado, é também de grande relevância que professores se envolvam com projetos de educação preventiva de instituições educacionais; sejam elas formam ou informais; mantendo uma comunicação agradável com os alunos, isto proporciona uma maior aproximação e segurança no diálogo; auxiliando os escolares na construção de sua autoestima. Alunos com baixa autoestima são mais vulneráveis ao uso de drogas. Estar preparado para combater o bullying, pois esta prática prejudica a autoestima de suas vítimas; cuidado com os transtornos comportamentais, este problema é responsáveis por 89% dos casos de crianças e adolescência se envolverem com drogas; oriente para a resistência às pressões de grupos para o processo de aceitação, isso pode ser notado nas formas de vestir, agir, pensar e comportar-se; comportamento assertivo, os jovens precisam ser seguros ao dizer não às drogas, e que não precisa disso pra ser feliz; professor deve planejar estratégias para levar o assunto drogas para a sala de aula de forma saudável e educativa; docente deve propor grupos de estudos para levantar debates em sala de aulas sobre estratégias de prevenção às drogas; usar o role playing como estratégia de trabalho em sala de aulas para ilustrar as questões de prevenção às drogas e por fim, educar, que é uma tarefa que vai além de decorar fórmulas e conceitos.

O ano de 2019 foi bastante produtivo para o PROERD – PI, realizando 7.545 atendimentos incluindo Ensino Fundamental, currículo



Kids e pais de alunos, conforme demonstra o quadro acima. Para tanto, foram assistidas pelo Programa 109 escolas. O atendimento foi possível em virtude da colaboração de 49 instrutores ministrando cursos nos estabelecimentos de ensino de diferentes regiões do Estado. Ressalta-se também que no decorrer do ano contou-se com as ações de quatro mentores, o que possibilitou a realização de um curso de instrutores PROERD, onde foram formadas nove policiais coirmãs. Também surgiu a possibilidade de mandar para outro estado da Federação um policial piauiense para ministrar curso de formação PROERD, o que deixa bastante satisfeita a equipe de trabalho que atua no Piauí. Ao finalizar a programação anual, percebeu-se que o programa conseguiu atender a 22 municípios do estado cumprindo satisfatoriamente a sua missão.

O uso abusivo de álcool, cigarros e outras drogas na atualidade, é uma preocupação mundial de pais, educadores e governantes. Os estudiosos dessa temática também afirmam que é na idade escolar onde ocorrem os maiores riscos de experimentação destes produtos. No entanto, é fato que nem todos os jovens se tornarão um usuário de drogas. Todavia existem fatores de ordem biológica, psicológica e social que podem potencializar ou não essa possibilidade deste fato vir a acontecer com qualquer adolescente, considerando em tese a sua imaturidade. No meio científico é consenso de que o possível uso abusivo de substâncias psicoativas pode ser multifatorial como a curiosidade, busca de prazer, influência grupais, pressão social, baixa autoestima, e até mesmo a dinâmica familiar. Assim sendo as escolhas feitas pelo indivíduo estará possivelmente relacionada com fatores internos e externos, que terminará por definir uma ação diante do fato de querer ou não consumir determinada droga, que pode ser de um simples copo de cerveja até uma pedra de Crack (BRASIL, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse por esta pesquisa surgiu da necessidade de compreender quais as contribuições do PROERD para as escolas públicas estaduais quanto à prevenção ao uso de drogas pelos seus estudantes. De forma geral objetivou-se conhecer as ações desenvolvidas por esse programa,

bem como sua abrangência em nível de Brasil, com particularidade no estado do Piauí; analisar os resultados das ações desenvolvidas nas escolas no âmbito do ano de 2019, discutiu-se limitações e possíveis avanços na aplicação do projeto, e entender sua estrutura funcional.

Estudo desta natureza tem sua validade quando colabora com melhoramento e expansão de programas que venham contribuir com a construção de uma sociedade mais fortalecida e saudável. É propósito da pesquisa, auxiliar os gestores no aprimoramento de ações que venham a fortalecer programas, otimizando sempre seus resultados. A abrangência das ações do PROERD atendendo níveis diferentes de ensino e aos pais, faz com que os resultados obtidos sejam cada vez melhor, conforme os documentos analisados nos resultados deste estudo no ano de 2019. Embora os resultados sejam positivos, ressalta-se que visando uma ampliação de suas ações o programa necessita ampliar seus quadros técnicos pedagógico, inclusive um fato que chamou atenção foi à ausência de um Pedagogo na equipe técnica do programa no Piauí o que poderia colaborar imensamente não somente na formação de monitores, mais no acompanhamento das ações pedagógicas. Tendo em vista que o programa tem uma grande missão educativa.

Conhecer um pouco da historicidade do PROERD foi importante para melhor avaliar suas ações em nível de Piauí. A estrutura funcional conforme documento apresentado em relatório apresenta uma boa organização dentro das limitações de recursos humanos e financeiros, tendo em vista que o programa é sediado dentro das instalações da Polícia Militar e se encontra em franco processo de crescimento. No entanto, já desenvolve um trabalho com sucesso e tem o respeito da corporação bem como de boa parcela da sociedade.

Ao contrário de alguns pensamentos deturpados acerca da Polícia Militar, o PROERD - PI representa a preocupação em contribuir com a educação e qualidade de vida das crianças e jovens piauienses, desenvolvendo ações preventivas e tentando distanciar os jovens estudantes das possibilidades de envolvimento com as drogas. Pode ainda ser ações pequenas, porém os resultados já são significativos, e merecem a atenção

do estado no sentido de possibilitar a ampliação de suas capacidades de atuação a fim de alcançar o maior número de jovens possível.

O presente capítulo não tem a pretensão de ser absoluto, e encontra-se aberto a quem desejar ampliar as investigações acerca da temática. Muito ainda há de se entender sobre o trabalho da polícia Militar através deste programa.

Recomenda-se a leitura do estudo a professores, pais, acadêmicos de educação e sociedade de forma geral. Entende-se que a melhor forma de prevenção ainda é o conhecimento, para que se possa construir instrumentos de defesa legítimos e verdadeiros desconstruindo paradigmas.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam, Castro, Mary Garcia. **Drogas nas escolas**. Brasília: UNESCO, Rede Pitágoras, 2005.

AQUINO, Julio Groppa. (1998). **Drogas na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus.

BRASIL, **Constituição Federal**: Senado Federal. Brasília –DF:1988.

BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas** 6. Ed. Brasília – DF: 2014.

CARLINI, Beatriz. **Estratégias preventivas nas escolas**. In: SEIBEL, Sérgio D. Dependência de drogas. 2.ed. São Paulo: 2010.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GATTI, B. A. **Estudos quantitativos em educação**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 30, n.1, p. 11-30, jan./abr. 2004.

IMBERNÓN, F. **Formação continuada de professores**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, Nevison Amorim; TAVARES, Marcelo. PERCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA EDUCACIONAL DE RESISTÊNCIA ÀS DROGAS E À VIOLÊNCIA (PROERD). Cadernos da Fucamp, v.16, n.26, p.35-57/2017.

SILVA, P. R. da. et al. **Construção e validação de questionário para análise de concepções bioéticas**. Rev bioét (Impr.), Brasília, v. 20, n. 3, p. 490-501, 2012a.

TEIXEIRA, Gustavo. **Manual antidroga; guia preventivo para pais e professores**. 1. Ed – Rio de Janeiro: BestSeler, 2014.<http://www.proerd.go.gov.br/post/ver/164300/historico-do-programa>. Acessado em 19 de julho de 2020.

# O FISIOTERAPEUTA NAS AÇÕES DE COMBATE AOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Vanessa Cardoso Silva<sup>85</sup>

Vitória Helena Maciel<sup>86</sup>

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) saio conhecidamente a principal causa de morte no mundo, responsáveis por 80% das mortes em países de baixa e média renda (WHO, 2013). A implementação de políticas de saúde que objetivem as ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos por DCV são imperativas.

Os fatores associados às DCV são complexos e multivariados, que necessitam de ações intersetoriais integradas e de estratégias multiprofissionais engendradas que promovam efetivamente alterações objetivas e subjetivas no cotidiano da população, resultando em mudanças de comportamento.

Inegavelmente, os fatores ambientais modificáveis estão imbricados no desenvolvimento e agravamento das DCV, no entanto, a genética, a idade e o sexo também estão intimamente ligados às complicações das DCV como fatores de risco não modificáveis (CHAVES et al., 2015).

Portanto, o direcionamento de ações no âmbito da atenção básica direcionadas à promoção de mudanças relacionadas aos fatores de risco modificáveis devem ser priorizadas, a partir do monitoramento da prevalência dos fatores de risco, associados à implementação de ações preventivas, com enfoque na atenção das condições objetivas de oferta, demanda, modismo e contexto sócio-culturais e das relações sociais estabelecidas na sociedade (BUSS, 2002).

---

<sup>85</sup> Doutorado em Fisiologia (UNIFAL). Professora no Departamento de Fisioterapia (UFJF). CV: <http://lattes.cnpq.br/0377888739320106>

<sup>86</sup> Doutorado em Ciências Médicas (FMRP). Departamento de Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/3269244553291061>

## DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças cardíacas e dos vasos sanguíneos que constituem a principal causa de morte no mundo (OPAS BRASIL, 2017). Em conjunto com as doenças respiratórias e neoplásicas, constituem o grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), responsáveis por elevadas taxas de morbidade e incapacidade funcional.

Apesar de importantes avanços nos programas de saúde destinados ao gerenciamento e prevenção destes agravos, o impacto sobre a saúde da população ainda é pequeno, quando consideradas as perspectivas traçadas nas duas últimas décadas para o controle das DCV (RIBEIRO et al., 2012).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em sua última atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular (SBC, 2019), ratificou a necessidade da implementação de políticas de saúde como componente essencial para o controle das DCV em todos os países, incluindo o Brasil.

O acesso às medidas de prevenção primária e secundária às DCV, o estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis e à adesão aos tratamentos vigentes devem ser considerados no planejamento estratégico e na reorganização dos serviços de saúde, visando a redução dos custos em saúde e a promoção da qualidade de vida da população acometida por estes agravos (GALDINO et al., 2021).

Neste contexto, os programas de base comunitária têm sido introduzidos progressivamente, objetivando o controle dos fatores de risco cardiovascular e consequente redução da morbimortalidade por DCV. Destaca-se nessas experiências a importância das políticas públicas e dos sistemas de vigilância dos fatores de risco cardiovascular, para direcionar as ações de prevenção adequadas (SOARES et al., 2016). O desafio que se impõe às autoridades sanitárias e aos profissionais de saúde é propiciar a efetivação de tais ações, de modo a promover a participação ativa da população no gerenciamento de sua condição de saúde.

## FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

A promoção da saúde cardiovascular deve se concentrar na detecção precoce, monitoramento e controle dos fatores de risco para DCVs. Os fatores clássicos modificáveis – hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias e tabagismo – e mais recentemente, o sedentarismo e a obesidade constituem-se nos principais alvos para as ações preventivas (SBC, 2019).

### HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial (HA) é a doença crônica mais prevalente no mundo, sendo responsável por até 45% da mortalidade cardiovascular. Por se tratar de uma doença assintomática, figura-se como condição de difícil controle, em detrimento da disponibilidade de intervenções não farmacológicas e de uma ampla gama de fármacos anti-hipertensivos. Este cenário evidencia a necessidade de ações que viabilizem a conscientização, detecção precoce e adesão aos tratamentos (PEREIRA et al., 2018).

Muitas barreiras no sistema de saúde podem impedir a prevenção e o controle da hipertensão, como a falta de acesso aos cuidados, medicamentos onerosos, profissionais de saúde sobrecarregados e falta de diretrizes de tratamento. Portanto, há uma necessidade urgente de identificar estratégias inovadoras para superar essas barreiras e fornecer intervenções eficazes, especialmente em populações de baixa e média renda (MILSS et al., 2017).

Políticas e intervenções transformadoras dos serviços de saúde podem melhorar o atendimento na atenção primária à saúde e o controle da hipertensão, se plenamente implementadas. Para tanto, devem-se desenvolver programas padronizados de treinamento para a população e profissionais de saúde (CAMPBELL et al., 2021).

### DIABETES MELLITUS

O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença metabólica caracterizada pela incapacidade de produção e/ou utilização de insulina e consequente

hiperglicemia crônica, que pode determinar complicações vasculares incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular encefálico (AVE) e a doença arterial periférica (DAP).

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), cerca de 415 milhões de adultos entre os 20 e 79 anos tinham DM em 2015, com previsão de que este número aumente para 642 milhões de pessoas em 2040 (AGUIAR, DUARTE e CRAVALHO, 2019).

Devido à alta morbidade, o diabetes acompanha a redução da qualidade de vida e incapacidades, sendo um dos grandes responsáveis pela redução da qualidade de vida de diversas populações, especialmente nos indivíduos idosos. A doença cardiovascular é a principal causa de morbimortalidade em pacientes diabéticos e a prevenção dessas doenças envolve, entre outras estratégias, o tratamento de fatores de risco cardiometabólicos associados ao diabetes como hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo (MALTA et al., 2017).

Dada a alta prevalência de diabetes tipo 2 na população, principalmente na população idosa, e considerando que essa doença tende a aumentar com a idade, torna-se fundamental a mudança de comportamento nas atividades de vida diária, promovendo estilos de vida mais ativos e saudáveis ao longo da vida.

Atividade física, programas que visem a alimentação saudável, e atividades de educação em saúde, com ênfase na importância da mudança de estilos de vida, de acordo com informações científicas fidedignas, revelam-se estratégias terapêuticas complementares no tratamento e controle metabólico do diabetes tipo 2 (BARREIRA et al., 2018).

## DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias são um grupo de alterações dos lipídios sanguíneos, que figuram entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares por estarem envolvidas no processo da aterosclerose. A doença aterosclerótica caracteriza-se pelo acúmulo progressivo e excessivo de gordura nas paredes das artérias, o que pode levar à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo, comprometendo a irrigação miocárdica.

A prevalência de dislipidemias no Brasil corresponde a 10% da população masculina e 15% da população feminina, destacando-se no cenário epidemiológico nacional como importante fator para o controle das doenças coronárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; LOTUFO et al., 2017).

À semelhança dos demais fatores de risco modificáveis, as dislipidemias podem, na sua maioria, serem controladas com mudanças no estilo de vida, nomeadamente através da modificação de hábitos alimentares e da prática de exercício físico de forma regular.

Entretanto, estudos prospectivos de grande porte mostram que as dislipidemias continuam a contribuir de maneira importante nas estratificações de risco cardiovascular, apesar do maior sucesso no controle do colesterol LDL nos últimos anos (ASSMANN, 2006).

## TABAGISMO

Considerado um problema mundial de saúde pública e a principal causa de morte evitável, o tabagismo se trata de uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina (BILLERBECK et al, 2019; SILVA, 2021).

O hábito de fumar afeta múltiplos sistemas e órgãos, acarretando prejuízos ao condicionamento cardiovascular de indivíduos fumantes, com impactos na frequência cardíaca e na pressão arterial, além do aumento do risco do desenvolvimento de trombozes (ZANONI et al, 2021; FAUSTINO et al, 2016).

A cessação do tabagismo previne uma série de doenças (cardiovasculares, respiratórias e cânceres), impactando diretamente na qualidade de vida da população (ECHER; BARRETO; MOTTA, 2007), sendo a atividade física um forte aliado no controle ao tabagismo e no alívio dos sintomas de abstinência nicotínica (USSHER, 2005; RODRIGUES et al, 2008).

Embora diversas sejam as estratégias utilizadas com o objetivo de cessar o tabagismo, dentre elas, a “Iniciativa Livre do Tabaco Global”, um programa da OMS em parceria com organizações internacionais de saúde, que desenvolveu um “código de práticas” promovendo uma



cultura livre de tabaco (OMS, 2008), o empenho no desenvolvimento, implementação e desenvolvimento de ações educativas realizadas por equipes multiprofissionais deve ser planejado.

O planejamento de ações deve promover efetivamente mudanças culturais, com abordagens motivacionais, intervenções em locais específicos e oferta de terapias cognitivo comportamentais para cessação do hábito de fumar (REICHERT et al, 2008).

## SEDENTARISMO

Conhecidamente, a associação entre o sedentarismo como fator de risco para uma série de doenças vem sendo amplamente divulgada, e para tanto, programas que incentivem a promoção de atividade física são recomendados, resultando em um incentivo à um estilo de vida fisicamente ativo (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO; 2012).

A atividade física como componente importante na promoção de benefícios físicos, psicológicos e cognitivos à saúde, bem como para a manutenção das funções do aparelho locomotor, promovendo autonomia e independência, são indubitavelmente importantes (MATSUDO E MATSUDO, 2007; OKUMA, 2004).

No entanto, com vistas à promoção de saúde no âmbito da atenção primária, centrada nas características biopsicossociais, torna-se imperativo repensar as estratégias abordadas isoladamente para o incentivo da prática da atividade física regular, no âmbito coletivo, a partir da promoção de melhores condições de vida para a população, sob a perspectiva das questões sociais, históricas e culturais envolvidas para a adoção deste comportamento (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO; 2012).

Segundo Myers et al (1996), o comportamento sedentário possui diversos componentes, dentre os quais, que o tempo dedicado a assistir TV contribui em 81,0% para este comportamento.

Considerando-se, ainda, que variáveis socioeconômicas encontram-se associadas ao sedentarismo, destacando que adolescentes de classes sociais menos privilegiadas apresentam um risco 1,35 vezes maior de sedentarismo em comparação aos das classes mais privilegiadas, e que

adolescentes com menor escolaridade apresentam um risco maior para o sedentarismo (OEHLSCHLAEGGER et al, 2004), tais apontamentos justificam o repensar o sedentarismo como um fator de risco facilmente eliminável, como afirma Freire, et al (2014).

## OBESIDADE

A obesidade é considerada um grave problema de saúde pública, por se tratar de uma epidemia global, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza-se como um dos maiores desafios de saúde do século XXI (WHO, 2004).

O aumento dessa prevalência afeta todas as faixas etárias em ambos os sexos, com crescimento expressivo em todos os níveis sócio-econômicos, predominantemente em níveis de menor rendimento familiar (IBGE, 2010). A previsão para 2025 será de que cerca de 2,5 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e a quantidade de pessoas obesas poderá ser superior a 700 milhões (AOYAMA et al., 2018).

O estabelecimento de medidas de prevenção e controle por meio de políticas públicas, em especial direcionadas ao controle da obesidade, configura-se ainda um grande desafio para SUS, em especial para a atenção básica (BRASIL, 2006).

No entanto, esta por se tratar de um local de alta capilaridade e vínculo com as famílias em seu contexto situacional, trata-se de um espaço estratégico para ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, e ainda, por suas atribuições compartilhadas por todos os membros das equipes (BRASIL, 2017; BRANDÃO et al., 2020).

Com relação a estas atribuições, em pesquisa realizada por Brandão et al (2020), dentre as ações educativas e de promoção da saúde, os itens identificados como relevantes foram a alimentação saudável e o apoio ao autocuidado para doenças crônicas, e ainda, dentre os programas para a prevenção e o controle da obesidade, destacam-se as recomendações para a prática de atividade física, tanto no Brasil quanto nos demais países (ANJOS et al., 2006).

Neste sentido, diversas estratégias têm sido direcionadas à promoção de um estilo de vida saudável no combate à obesidade (FAO, 2004; DIAZ et al., 2017; RECH et al., 2020).

Diante do exposto, é inegável que ações multidisciplinares e inter-setoriais engendradas, objetivando a prevenção da obesidade por meio de diagnóstico precoce, e a implantação de estratégias de promoção da saúde desenvolvidas por equipes multiprofissionais, possibilitam minimizar e prevenir complicações futuras que comprometam a qualidade de vida da população, e para tanto, torna-se essencial a reorganização dos serviços de saúde no âmbito da atenção básica (ALMEIDA et al., 2017).

## FISIOTERAPIA E SAÚDE CARDIOVASCULAR

No contexto da saúde cardiovascular, o fisioterapeuta vem ocupando posição de destaque no tocante à reabilitação cardiovascular e respiratória, com o crescimento dos serviços de reabilitação (WADE, 2020). A pandemia do novo Coronavírus evidenciou ainda mais a necessidade deste profissional nos processos de recuperação das incapacidades decorrentes da COVID-19.

Por outro lado, o papel do fisioterapeuta nas ações de prevenção ao risco cardiovascular ainda precisa ser melhor explorado. O novo perfil epidemiológico e a nova visão de organização do SUS sugere a reestruturação das práticas e redefinição do papel do fisioterapeuta (BARBOSA, 2010).

Evidências científicas demonstraram a importância dos cuidados na atenção primária na redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DUTRA et al., 2016). Os aspectos que possivelmente explicam esta eficácia são a proximidade com o profissional de saúde, o conhecimento da doença e o engajamento nos programas que visam à mudança de hábitos comportamentais.

Assim, o fisioterapeuta inserido nos programas de Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode participar ativamente deste processo, atuando como promotor de saúde (ANDRADE et al., 2013).

Além do trabalho de informação e acompanhamento clínico, o fisioterapeuta é ainda um profissional habilitado a realizar um programa de prevenção aos agravos cardiovasculares através da atividade física supervisionada, quer seja em atendimentos individuais, ou coletivos.

Em um estudo realizado por Christinelli et al. (2020) observou-se uma diminuição do peso nos participantes obesos, com significativa melhora dos parâmetros antropométricos analisados, enfatizando que a prática de atividade física aliada à uma educação alimentar, promove redução do peso corporal.

Ainda, em um estudo de revisão sistemática proposto por Fonseca-Junior et al. (2013), observou-se que as atividades aeróbicas e as atividades aquáticas são prioritárias para redução do peso corporal, associadas ou não à exercícios de fortalecimento, exercícios de alongamento e exercícios respiratórios, auxiliando na preparação para o trabalho aeróbico e na melhora da postura corporal.

Estratégias integradas entre o poder público e os serviços de saúde que visem o controle da obesidade, o incentivo a prática de atividade física, em contrapartida ao sedentarismo, e de combate ao tabagismo, tratam-se de importantes ações de controle e combate às DCV (YUN et al.; BRASIL, 2016).

Importante acrescentar ainda que no âmbito da atenção à saúde, a promoção de atividades em grupos que envolvam exercícios físicos de intensidade moderada, realizadas por equipes multiprofissionais, configuram ações imperativas de promoção de saúde e prevenção de agravos (CHRISTINELLI et al., 2020).

Nos últimos 20 anos são inegáveis os avanços implementados no SUS, com a ampliação do acesso aos cuidados de saúde, fortalecimento da participação social, através do aumento da conscientização da população sobre seus direitos à saúde, juntamente com as inovações institucionais e a consolidação do arcabouço legal, em detrimento das transições demográficas e epidemiológicas da população brasileira.

Avanços estes que obrigam o SUS a manter-se em constante mudança e adequação dos modelos de atenção à saúde, anteriormente

centrados nas doenças, para um modelo baseado na promoção de saúde, em atenção às DCNT emergentes (OLIVEIRA, 2013).

Repensar o impacto dos avanços tecnológicos da sociedade moderna, no constante bombardeio de propagandas que incentivam ao consumo, e ainda, nas condições socioeconômicas da população, deve ser um fator importante para uma eficaz estratégia conjunta para o incentivo de atitudes de vida mais saudáveis, que minimizem os riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sabidamente duas vezes mais frequente em pessoas sedentárias, quando comparado com aqueles regularmente ativos (NAHAS, 2006; CARLUCCI et al, 2013).

Dentre as estratégias e ações voltadas a promoção de saúde e prevenção dos agravos por DCV, programas de intervenção de base comunitária, objetivando diminuir a morbimortalidade, com ênfase na implementação de estratégias de educação em saúde, e de estratégias integrais para intervenção sobre os fatores de risco são primordiais (BRASIL, 2000).

Ações multidisciplinares prioritariamente na atenção básica devem ser enfatizadas, juntamente com a integração das políticas públicas e dos serviços de saúde. Neste contexto, as ESF apresentam-se como pilares para as ações multiprofissionais de promoção de saúde e criação de vínculo com a população (BRASIL, 2012).

Práticas comunitárias baseadas em estratégias que incentivem o envolvimento coletivo, com atividades interativas e intervenções que estimulem mudanças ambientais e comportamentais, apresentam impactos positivos na redução de riscos e danos decorrentes das DCV (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a prática da atividade física torne-se regular e, assim, possua uma relação inversa com risco de DCNT, resultando em um efeito positivo na qualidade de vida, e que o sedentarismo não se mantenha como predisponente ao aparecimento ou à piora de fatores de risco cardiovasculares e de outras doenças (VASCONCELOS et al, 2008)

a promoção de saúde deve estar centrada em uma força conjunta entre profissionais da saúde, instâncias governamentais e poderes públicos, que possibilitem melhores condições de vida para a população, e a partir destes, tornem o incentivo à atividade física um componente motivacional e essencial que promova o bem estar físico, psicológico e social.

Ademais, em associação às práticas de educação em saúde, que se trata de uma ferramenta facilitadora de reflexão e conscientização da população sobre as causas de seus problemas de saúde, pautadas no diálogo, valorizando a troca de saberes e a corresponsabilização, perfazem um conjunto de ações potencialmente efetivas para o controle de diversas doenças, dentre elas, as DCV.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, C.; DUARTE, R.; CARVALHO, D. Nova abordagem para o tratamento da diabetes: da glicemia à doença cardiovascular. *Revista Portuguesa de Cardiologia* v. 38, n.1, p. 53-63, 2019.

ALMEIDA, L.M.; et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. *Rev. Gestão & Saúde*, Brasília, v.08, n. 01, p. 114-139, 2017.

ANDRADE, A.C.V.; et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. v.37, n.4, p.439-449, 2013.

ANJOS, LA. Obesidade e saúde pública [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

AOYAMA, E.A.; et al. Genética e meio ambiente como principais fatores de risco para a obesidade. *Braz. J. Hea. Rev*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 477-484, 2018.

ASSMANN, G. Dyslipidaemia and global cardiovascular risk: clinical issues. *European Heart Journal Supplements*. v.8, p.40-46, 2006. Supl. F.

BARBOSA, E.G.; et al. Experiência da fisioterapia no núcleo de apoio à saúde da família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov*, Curitiba, v.23, n. 2, 2010.

BARREIRA, E.; NOVO, A.; VAZA, J.A.; PEREIRA, A.M.G. Dietary program and physical activity impact on biochemical markers in patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Atenção Primária*. v.50, n.10, p. 590-610, 2018.

BILLERBECK N.C.; et al. Nível de atividade física e tabagismo. *International Journal of Movement Science and Rehabilitation*. v.01, n.01, p. 24-32, 2019.

BRANDÃO, AL.; et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 678-693, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Conjunto de ações para redução multifatorial das enfermidades não transmissíveis – Projeto Carmen Brasil – Protocolo Nacional. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília; Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.

BUSS P.M. Promoção da Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Família*. V.2, n.6, p. 50-63, 2002.

CAMPBELL, N.R.C.; et al. Chamado à ação de São Paulo para prevenção e controle da hipertensão arterial, 2020. *Rev Panam Salud Publica*. v.45, n.27, 2021.

CHAVES, C. S.; et al. Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*. v.22, n.1, p.39-47, 2015.

DIAS, P.C.; et al. Estratégias do governo brasileiro para o enfrentamento da obesidade. *Cad. Saúde Pública*, v.33, n.7, 2017.

DUTRA, D.D.; et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. *J. res.: fundam. care*. v.8, n. 2, 4501-4509, 2016.

ECHER IC, MENNA BARRETO SS, MOTTA GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v.28, n.3, p.350-8, 2007.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS UNIVERSITY. Human energy requirements. Food and Nutrition Technical Report Series 1. Roma: FAO, 2004.

FAUSTINO E.C.; et al. Tabagismo e atividade física: revisão da literatura. *Vitr Prod Acad*. V.4, n.2, p. 21-30, 2016.

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v.17, n.4, p.911-926, 2014.

FERREIRA M.S.; CASTIEL L.D.; CARDOSO M.H.C.A. A Patologização do Sedentarismo. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.4, p.836-847, 2012.

FREIRE R.S.; et al. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. *Montes Claros. Rev Bras Med Esporte*. v.20, n.5, p. 345-349, 2014.

GALDINO, B.F.; et al. Sucessos e desafios no enfrentamento das doenças cardiovasculares no Brasil: viver mais e melhor. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 117, n. 2, p. 341-342, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008- 2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil, Rio de Janeiro, 2010.

LOTUFO, P.; et al. Self-Reported High-Cholesterol Prevalence in the Brazilian Population: Analysis of the 2013 National Health Survey. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 108, n. 5, p. 411-416, 2017.

MALTA, D.C.; et al. Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey. *Rev Saude Publica*. v. 51, 2017, Supl. 1.

MATSUDO S.M.; MATSUDO V.K.R. Atividade Física e Obesidade: Prevenção e tratamento. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

MILLS, K.T.; et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-based Studies from 90 Countries. *Circulation*. v.134, n. 6, p. 441-450, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilante Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico Brasília*, 2015.

MYERS L.; et al. Physical and sedentary activity in school children grades 5-8: the Bogalusa Heart Study. *Med Sci Sports Exerc*. v. 28, n.7, p. 852-9. 1996.

OEHLSCHLAEGER M.H.K.; et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev Saúde Pública*. 3v.8, n.2, p.157-63, 2004.

OKUMA, S. S. O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa. 3. ed. São Paulo: Papius, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE BRASIL (OPAS BRASIL). *Doenças Cardiovasculares*. Brasília DF, maio, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org>



org/bra/index.php?option=com\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096. Acesso em: 12 de outubro de 2021.

PEREIRA, A.V.; et al. Estratégia de Saúde da Família no bairro Jardim Surubi/Itaperuna(RJ): análise de Acompanhamentos Hipertensão Arterial e Diabetes. *J Manag Prim Health Care*. v.9, 2018.

RECH, C.D.; et al. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341625481>. Acesso em 10/11/2021.

REICHERT J.; et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*. v.34, n.10, p.845-880, 2008.

RIBEIRO, A.; et al. Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 17, n.1, p. 7-17, 2012.

SILVA LCC. Tabagismo: doença que tem tratamento. Porto Alegre: Artmed. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2019.

USSHER M. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.

WADE, D. T. Rehabilitation after COVID-19: an evidence-based approach. *Clinical Medicine*, v. 20, n. 4, p. 359-365, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Code of practice on tobacco control for health professional organizations. Geneve: 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation, Geneva. n.894, p. 1-12, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva (Switzerland); 2013.

YUN, M.; et al. Tobacco smoking strengthens the association of elevated blood pressure with arterial stiffness: the Bogalusa Heart Study. *J Hypertens.*, v. 33, n. 2, p. 266-74, 2015.

# POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Danilo Cortes ANGELO<sup>87</sup>  
Gabriella Barbara FELICIANO<sup>88</sup>  
Geruza Macedo SANTOS<sup>89</sup>  
Vanessa Cristina Regis DA SILVA<sup>90</sup>  
Caroline de Oliveira Toffano<sup>91</sup>  
Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>92</sup>

## INTRODUÇÃO

A geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade hoje no Brasil é significativa, representando, um total de 51.402.821 pessoas (36,89% da população), no censo de 2010 (BRASIL, 2017, p.11)

Mesmo com os avanços nos indicadores de saúde infantil, fica evidente que redes como a de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil, precisam ser ampliadas, além das políticas para as crianças com deficiências, em situação de rua, indígenas, quilombolas, entre outras, para que se garanta o desenvolvimento integral e o exercício da cidadania em cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2018).

O objetivo desse capítulo é apresentar e discutir as principais políticas públicas de saúde relacionadas à Saúde da criança e do adolescente no Brasil, destacando as ações de atenção à saúde. Apresenta aspectos sociodemográficos e de adoecimento da criança e adolescente

<sup>87</sup> Mestrando em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/6122896286019927>

<sup>88</sup> Mestrando em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/5570290348444058>

<sup>89</sup> Mestrando em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/0887699644027422>

<sup>90</sup> Mestrando em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/9202952600547203>

<sup>91</sup> Mestrando em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/1117261766071925>

<sup>92</sup> Doutorado em Fisioterapia (UFSCar). Docente do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia (UFTM/UFU). CV: <http://lattes.cnpq.br/6822687114757615>

no Brasil, levando em conta fatores culturais e sociais. Apresenta Política Nacional de Atenção Integral à saúde e ações à essa população. Apesar do tardio desenvolvimento de políticas públicas voltadas para atenção integral para a saúde da criança e do adolescente, há uma ampla rede de apoio, considerando o âmbito familiar, e biopsicossocial. No entanto, as políticas e a forma como elas funcionam ainda são insuficientes.

## DESENVOLVIMENTO

Em 2019, 69,3 milhões de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos de idade residiam no Brasil, segundo estimativas (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2020).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua (PNAD) de 2018, estimou que havia no Brasil 35,5 milhões de crianças de até 12 anos de idade, correspondendo a 17,1% da população no ano, de cerca de 207 milhões (IBGE, 2020). Mais da metade do total de crianças e adolescentes é afrodescendente e um terço da população indígena (estimada em 820 mil pessoas), é composta por crianças, sendo um dos grupos mais atingidos pela pobreza (MAIA, 2019). São pessoas com direitos e deveres, necessitando de condições para desenvolver com seu potencial com plenitude.

Apesar de nos últimos anos, no Brasil, ter havido uma desaceleração do ritmo de crescimento de adolescentes e jovens (10 a 24 anos), essa representa cerca de 23,6 % da população brasileira (a mais numerosa da história). Dentre esses, cerca de 16% vive em áreas rurais (IBGE, 2016).

Ainda hoje, existem grandes diferenças entre os índices de qualidade de vida na infância entre as diversas regiões do país, com regiões em que as crianças não têm acesso a assistências garantida em lei e a gravidez na adolescência traz grandes prejuízos a saúde da mãe e da criança, sendo também um marcador de prematuridade. Nesse sentido, são necessárias ações mais efetivas que evitem que os fatores sociais e econômicos sejam responsáveis por mortes na infância, e falta de atenção à saúde que gera comorbidades que são levadas pela vida (GRANZOTTO et al, 2010, BORGES, 2018), cabendo a toda sociedade desde as famílias

até os gestores de saúde garantir que toda criança tenha seus direitos respeitados e garantidos (LEPRI, 2008).

O primeiro período de vida é um determinante na história do indivíduo. Quando esse é acometido por alguma doença a infância é comprometida, seja por alterações no cotidiano da família, pela ausência à escola e afastamento dos amigos e familiares, mudando complementemente as necessidades da criança (ARAÚJO et al, 2015). Assim, tanto seu corpo físico quanto psicológico sofre as consequências e, dessa forma, o acompanhamento psicológico deve ser considerado para que a mesma aprenda a lidar da melhor forma com seus próprios medos (LEPRI, 2008, ARAÚJO *et al.*, 2015).

A morbimortalidade na infância se dá por fatores internos e externos. A mortalidade neonatal (com até 27 dias de vida), geralmente ocorre por causas biológicas como malformações genéticas, gestação e complicação no parto, e as pós-neonatais (do 28° ao 364° dia de vida), por influências externas que podem estar associadas às desigualdades sociais, condições de moradia e situação socioeconômica (RAMALHO et al., 2018)

Segundo os resultados de revisão sistemática (PEDRAZA, ARAUJO, 2017), a pneumonia, as infecções parasitárias, as gastroenterites e a asma foram as principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). As infecções de rins e trato urinário também representaram motivo de internação entre crianças menores de um ano. No contexto das internações gerais, as causas perinatais tiveram destaque. A gênese das principais doenças apontadas no estudo está relacionada ao perfil sociodemográfico e de saúde da população, à rede de serviços de saúde disponíveis e ao contexto específico da Atenção Primária à Saúde

No caso dos adolescentes, estudo que realizou uma análise descritiva do perfil epidemiológico da mortalidade dos adolescentes no Brasil, indicou que as causas externas foram responsáveis por dois terços das mortes de adolescentes no Brasil. Entre essas a agressão foi a mais frequente (51,62%) seguido dos acidentes de transporte (25,62%). O

sexo masculino é acometido com uma frequência muito maior (DA ROSA, 2018).

Quanto aos agravos que comprometem a saúde e qualidade de vida dos adolescentes, de modo geral, as meninas se encontram mais expostas à exploração sexual, enquanto os meninos, à violência urbana (UNICEF, 2011). É necessário observar as situações de risco e/ou de baixa resiliência individual e familiar, potencialmente produtoras de vulnerabilidade, tratadas de forma ampliada pela saúde, merecendo ainda ações intersetoriais, entre elas:

Há também as questões relacionadas a saúde das crianças que estão em abrigos aguardando para serem adotadas. No Brasil, apenas 5% dos adultos interessados em adotar uma criança declaram não ter problemas em adotar uma criança portadora do vírus HIV, 6% adotariam crianças com deficiência física e apenas 3,2% apresentaram interesse em adotar crianças com alguma deficiência mental (BORGES, 2018).

Há ainda a criança em situação de rua, em a precariedade total, muitas provindas de mães e pais de relacionamentos eventuais e sem cuidados, o que eleva entre essa população os índices de doenças transmissíveis durante a gestação e parto. Entre essas estão as que foram para as ruas devido as condições de vida oferecidas por suas famílias, saindo de casa para escapar da fome, da violência física, da ausência de direitos, encontrando nas ruas as drogas e o álcool como parte da rotina, tornando-se as mães e pais, formando um ciclo vicioso ignorado pelo poder público (GONTIJO, MEDEIROS, 2009).

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações, que são influenciadas a cada período histórico percorrido, através dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais, do envolvimento de vários agentes, dos comportamentos da sociedade (MELLO, et al. 2012), na inclusão de novas tecnologias, nos modelos assistenciais adotados e na preocupação com a qualidade de vida e nos direitos humanos (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Em 1988 a Constituição Federal garantiu o direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e é conhecida

como “Constituição Cidadã” por abarcar vários direitos sociais, considerando a dignidade da pessoa humana. A partir da mesma as crianças e os adolescentes passam a figurar como sujeitos de direitos, com atenção especial por serem considerados pessoas em desenvolvimento (BRASIL, 1988).

Em 1990 foi instituído pela Lei 8069 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente representando um marco no ordenamento jurídico ao garantir a proteção integral às crianças e adolescentes, diferente do que se tinha até então, que tratava apenas de menores em situação irregular. Os direitos fundamentais que constam na mesma referem-se ao Direito à vida e à saúde; Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; Direito à convivência familiar e comunitária; Direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer e Direito à profissionalização e à proteção ao trabalho (BRASIL, 1990). A criança passa a ser vista como um ser individual, com particularidades ímpares, e sua integralidade total garantida (ARAÚJO et al, 2015).

Estudo caracteriza um modelo consolidado por melhorias, por meio de uma atenção primária forte e qualificada, atuando como ordenadora de assistência, complementada por uma atenção intersetorial, assegurando a prestação de uma assistência com qualidade para todas crianças, adolescentes e suas famílias (SOUZA; VIEIRA; LIMA, 2019). Devem existir grupos de apoio para situações de famílias que estão enfrentando doenças graves, que atuam fortalecendo esses indivíduos com relatos de suas vivências, oferecendo suporte social como casas de apoio próximas aos hospitais de tratamento e várias ações que fortalecem e minimizam as complicações do adoecimento infantil.

A Estratégia de Saúde da Família e a promoção da saúde da criança apresentou efetividade diante da medicina conhecida e amplamente curativa, passou a operar ações mais eficazes devido à proximidade da saúde com a comunidade adstrita por intermédio dos agentes comunitários de saúde e das equipes da saúde da família, além da descentralização

de unidades de saúde, formando uma grande rede de atenção à saúde (MACÊDO, 2016).

Com índices de mortalidade menores as políticas públicas de saúde voltaram seus olhares para a situação da prematuridade, que também é um dos fatores responsáveis pelos índices ruins no que tange a mortalidade, ocorreu a implantação do Método Canguru, onde o cuidado da família passou a fazer parte do tratamento dentro do fechado sistema das Unidade de Terapia Intensiva (UTIs) neonatais, gerando resultados excelentes (ARAÚJO et al, 2015).

Na 8ª reunião da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) foi instituída por meio da Portaria nº 1.130 a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no SUS (BRASIL, 2015), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança, e o aleitamento materno mediante os cuidados e atenção integrais e integrados da gestação e o acompanhamento da criança até os nove anos de vida, com atenção a primeira infância e as o populações de maior vulnerabilidade, objetivando a redução da morbimortalidade em um ambiente facilitar à vida e condições dignas, em pleno desenvolvimento. Sua classificação se dá em eixos, envolvendo desde a rede de atenção à saúde, a atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido até a prevenção do óbito infantil.

Os princípios da PNAISC estão em acordo com os objetivos de Desenvolvimento do Milênio e com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que garantem a prioridade absoluta da criança, o direito à vida e à saúde, o acesso universal à saúde com integralidade do cuidado, a equidade, o controle social e a humanização da atenção (BRASIL, 2018).

A atenção básica à saúde deve garantir a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, o incentivo ao aleitamento materno, a imunização, a prevenção de acidentes, os cuidados às doenças prevalentes durante a infância e a orientação e acompanhamento da alimentação, práticas consideradas como os elementos essenciais para proporcionar boas condições de saúde na infância (VERISSIMO; CHIESA, 2009).

As ações tecnológicas de proteção, promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde estão diretamente ligadas a sobrevivência e ao desenvolvimento integral da pessoa, relacionando-se a todas as crianças, independente de origem étnica, classe social, condição física e mental (MELLO, et al. 2012).

Vejamos a seguir algumas das ações:

**Rede Cegonha:** Programa público de saúde lançado em 2011 com o objetivo de minimizar as taxas de morbimortalidade materna. A mulher tem garantido, por meio de uma rede de cuidados, o direito ao planejamento da reprodução, a uma atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério. A criança tem o direito ao nascimento com segurança, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Entre suas ações, uma das implantadas em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) é o Teste Rápido de Gravidez para a identificação precoce da gestação, incluindo o acolhimento da equipe e seguimento das orientações. Por meio desta o Plano de Qualificação das Maternidades em todo território nacional foi ampliado e, no quadro atual de atenção obstétrica, é fundamental que a gestante obtenha todas as informações sobre seus direitos, tendo se identificado que a mesma apresentou um avanço na proteção integral na gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida. Entretanto, por envolver caráter de políticas de educação em saúde, seus efeitos serão mais pertinentes apenas em longo prazo (GUERRA *et al.* (2016).

**Método Canguru:** Estabelecido através da política governamental regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 693 de 05 de julho de 2000, atualizada pela Portaria nº 1.683 (ZIRPOLI, et al. 2019). É definido pelo MS como um modelo de assistência perinatal direcionado para o cuidado humanizado, dentro das estratégias de intervenção biopsicossocial, promovendo, assim, o aumento do vínculo entre a mãe e o filho, maior prevalência de aleitamento materno e mais competência e confiança nos pais para os cuidados com o recém-nascido (CONTIJO, et al. 2015. Estudo apontou ser essa uma estratégia confiável de humanização, promotora do aleitamento materno e de baixo custo



quando comparada à assistência convencional. Entretanto, ainda não está amplamente implantada no Brasil, sugerindo que a cultura e apoio institucional, entre outras variáveis, podem influenciar positivamente na adesão, sendo necessário realizar novas ações, que estejam ligadas a novas capacitações, como mais apoio contínuo aos gestores institucionais e manutenção de uma política nacional de estímulo ao método (CONTIJO *et al.*, 2015).

**Iniciativa Hospital Amigo da Criança:** O Brasil foi um dos países selecionados para dar início a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada nos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1991 para assegurar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar. O número de instituições credenciadas pelo SUS ainda é pequeno e os avanços têm sido mais lentos que o esperado. Ao longo de sua existência a quantidade de hospitais variou muito, com números abaixo da capacidade de leitos hospitalares, apesar dos hospitais credenciados mostrarem índices superiores de amamentação (LAMOUNIER, 2019).

**Caderneta de Saúde da Criança:** Caracteriza-se como um instrumento de vigilância, que otimiza o acompanhamento integral da saúde durante a infância, sendo seu uso indicado para todos os profissionais que assistem a criança, com a responsabilidade do registro correto e completo das condições de saúde e da orientação às famílias sobre as informações encontradas (ALVES, *et al.* 2009). Estudo realizou um levantamento sobre a utilização desse instrumento através da percepção dos profissionais, identificando que a sua utilização é de plena importância, pois permite ampliar a interação com a família, estabelecendo o acesso as ações de vigilância, educação, promoção e recuperação da saúde, garantindo a qualidade da atenção integral prestada à criança (SILVA; GAÍVA; MELLO *et al.*, 2015).

**Programa Saúde na Escola:** Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, em 2007. Suas ações são estruturadas de forma intersetorial, através das equipes das UBS e das escolas. Seguem os componentes que abordam a avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e

prevenção de doenças e agravos, e formação de profissionais de saúde e educação (BRASIL, 2018). Revisão integrativa sobre os eixos das ações de utilização do programa abordado, identificaram que a escola é um ambiente que garante a oportunidade de discutir, conceituar, aprender, desenvolver a prática da promoção de saúde, permitindo avançar em inovações que a escola como perspectiva na produção de cidadania (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

**Programas de prevenção à violência e promoção da cultura de paz:** A resolução 49.25 da Organização Mundial de Saúde indica a prevenção da violência como prioritária no campo da saúde pública. A existência de programas que colaboram para o controle de homicídios e prevenção de riscos e agravos atuam dentro dos fatores que desencadeiam a violência. A análise desses programas identificou em seus objetivos aspectos ideológicos com a intenção da diminuição dos eventos relacionados a violência. No público alvo dos programas, é constatada a faixa etária mais jovem e com menor escolaridade. Em sua implementação, ainda existem muitos desafios relativos aos aspectos ideológicos, políticos e práticos (BELGA, et al. 2017).

**Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD):** Oficializado pelo MS em 1989, em dever à Constituição Federal, visa a efetivação do seu Art. 227, e os artigos 7º e 11º do ECA, que definem como garantia do direito à proteção, à vida e à saúde. Concentra suas ações na promoção da saúde, identificação dos grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação. Suas atividades buscam intervir com ações complementares a promoção da saúde integral dos adolescentes, através de diferentes contextos, entre eles o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, mental, reprodutiva e escolar, a prevenção em acidentes, a abordagem da violência e dos maus-tratos, a família, o trabalho, a cultura, o esporte e o lazer (BRASIL, 1996). Estudo levantou indícios que o programa não tem atendido, de fato, todos os adolescentes no território brasileiro, e diverge das diretrizes do SUS, uma vez que reconheceu a relevância em capacitar os profissionais para o atendimento direcionado e qualificado ao adolescente, mas não abordou de forma considerada, os desafios ligados ao reconhecimento

efetivo do adolescente como um ser ativo e participativo (JAGER *et al.*, 2014). Ainda, a Caderneta de Saúde de Adolescente, masculina e feminina, contém informações a respeito do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, saúde bucal, sexual e reprodutiva, registro antropométrico e dos estágios de maturação sexual, das intervenções odontológicas e o calendário vacinal (BRASIL, 2017, p. 27).

Finalizando, as práticas de saúde da criança devem ser consideradas nos serviços de saúde, buscando compreender e consolidar os laços junto as famílias e a comunidade, estabelecendo ações de mudança, possibilitando a garantia de que o cuidado a saúde de todos os membros familiares se estabeleça de forma integral e ao longo do tempo (MELLO *et al.*, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil, apesar do tardio desenvolvimento de políticas públicas voltadas para atenção integral para a saúde da criança e do adolescente, possui uma ampla rede de apoio, considerando o âmbito familiar e biopsicossocial. Apesar disso, as políticas e a forma como elas funcionam são insuficientes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C.R.L., et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública** [online]. 2009 Mar; 25(3):583-95. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/13.pdf>>. Acesso em 10 ago 2020.

ARAÚJO, D.M, Segar N.B., Paula F.G, Vidal L.C. Moraes J.C. Almeida Jn, Espindula A.P. **Perfil** dos pacientes pediátricos avaliados pela residência multiprofissional em um hospital universitário. **REFACS**. Uberaba v.315 p.221-227. jun/2015.

BELGA, S.M.M.F.; et al. de. Concepções de programas de prevenção à violência e promoção da cultura de paz. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 177-182, abr. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000200177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200177&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 ago., 2020.

BORGES, C.A.P.B. **Adoção de crianças com quadro de adoecimento crônico: investigação sobre a rede de apoio social**. Uberaba, 2018. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/tede1808/5/Dissert%20%camila%20A%20P%Borges.pdf>. Acesso em 12/07/2020.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm), Acesso em 04 ago. 2020.

BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, e dá outras providências**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria GM n. 1130 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%AADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-a-Saude-da-Crian%C3%A7a.pdf>. Acesso: 30 jul. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) Orientações para implementação**. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Brasília – DF 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdade-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 234 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 233 p. il.

CONTIJO, T.L. et al. Fatores associados ao método canguru no Brasil. **Rev Med Minas Gerais** v. 25, n.3, p. 315-321, 2015.

DA ROSA, C. **VIDAS PERDIDAS: ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL ROSA DA MORTALIDADE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL**. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 29-38, abr/jun 2018.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL: ASPECTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E DOS DIREITOS HUMANOS. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.6, novembro-dezembro 2007.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da infância e Adolescência no Brasil 2020**. Disponível em: <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2020-03/cenario-brasil-2020-1aedicao.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

GONTIJO, D.T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.14, n.2, pp.467-475, 2009. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200015>. Acesso em: 26 jul. 2020.

GONSAGA, R.A.T.; RIMOLI, C.F.; PIRES, E.A.; ZOGHEIB, F.S.; FUJINO, M.V.T.; CUNHA, M.B. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev Col Bras Cir** v.39, n.4), p.263-267, 2012.

GRANZOTTO, J.A.; FONSECA S.S.; STEFFEN M.S; MACHADO M.M.; RONCAGLIO, R.; LIMA, D.P., et al. Fatores relacionados a internação pediátrica em um hospital universitário da região sul do Brasil. **Pediatria**. (São Paulo). v.32, CI, p.15-9, 2010.

GUERRA, H. et al. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**. v.18, n.1, p.73-80, 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileiro**. Rio de Janeiro, 2016.

IBGE. IBGE Educa. Perfil das crianças do Brasil. 2020. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/2697-ie-ibge-educa/jovens/materias-especiais/20786-perfil-das-criancas-brasileiras.html>. Acesso em: 25 nov. 2020.

LAMOUNIER, J.A. et al. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: 25 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO BRASIL. **Rev. paul. pediatri.**, São Paulo, v.37, n. 4, p. 486-493, Dec.2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822019000400486&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000400486&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Nov. 2020. Epub June 19, 2019. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>.

LEPRI, P.M.F. A criança e a doença: da fantasia à realidade. **REUSBPB**, Rio de Janeiro, v11 n.2, p.15-26, dez 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvdlud.org/scielaphp?script=sciarttext&pid=51516-0858200800020003&lng=pt&nrm=isso>>. Acessos em 14 de jul.2020.

LOPES, I.E.; NOGUEIRA, J.A.D.; ROCHA, D.G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, Sept. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 ago. 2020.

MACÊDO, V.C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**, Recife: Editora Universitária da UFPE, 2016 (23 ed). Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/53914422/atencao-integral-a-saude-da-crianca-politicas-e-indicadores-de-saude>, acesso em 22 de julho de 2020.

MAIA, D.S. **FAMÍLIA E ESCOLA: O QUE AS CRIANÇAS DO 1º ANO TÊM A DIZER?** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em educação. PUCRS. 2019, 264p.

MELLO, D.F. et al. Child health follow-up and the longitudinality of caring. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-679, Aug. 2012. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400018&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400018&lng=en&nrn=iso)>. Access on: 03 Aug. 2020.

PEDRAZA, D.F.; ARAUJO, E.M.N. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169-182, jan. 2017. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742017000100169&lng=pt&nrn=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100169&lng=pt&nrn=iso)>. acessos em 25 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100018>.

Ramalho, A.A.; Andrade, A.M.; Martins, F.A.; Koifman, R.J. Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco, AC, 1999 a 2015. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 33, p. 1-11, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-52-33.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-52-33.pdf). Acesso em: 20 nov. 2020.

SILVA, F.B.; GAIVA, M.A.M.; MELLO, D.F. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 407-414, June 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200407&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200407&lng=en&nrn=iso)>. access on 26 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000212014>.

SOUZA, R.R.; VIEIRA, M.G.; LIMA JUNIOR, C.J.F. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2075-2084, Jun 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602075&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602075&lng=en&nrn=iso)>. Acesso em 03 ago. 2020.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório Situação da Adolescência Brasileira 2011**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro; 2011.

VERÍSSIMO, M.D.L.O.R.; CHIESA, A.M. A promoção do desenvolvimento infantil: instrumento para o acompanhamento dos cuidados familiares. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole; 2009, p. 328-53.

ZIRPOLI, D. B; MENDES R.B.; BARREIRO, M.S.C., et al. Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. **Rev Fund Care Online**. v.11, n. esp, p.547-554, 2019.

# POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Amanda Avelar de Resende<sup>93</sup>

Anna Neri Batista da Silva<sup>94</sup>

Lourdes Auxiliadora de Oliveira<sup>95</sup>

Luana Janaína Alves<sup>96</sup>

Vinícius Jordão Silva<sup>97</sup>

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>98</sup>

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) considera como trabalhadores “homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado” (BRASIL, 2012).

Segundo dados são da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua (PNAD), o número de pessoas ocupadas no Brasil no segundo trimestre de 2021 era de 87,8 milhões, com um total de 14,44 milhões de pessoas em busca de trabalho. O emprego com carteira no setor privado totalizou 30,2 milhões de pessoas. Os trabalhadores informais (incluindo aqueles sem carteira assinada no setor privado e doméstico, empregadores ou empregados por conta própria sem CNPJ e os trabalhadores sem remuneração) somaram 35,6 milhões de pessoas.

<sup>93</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/5192675742901561>

<sup>94</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/7966614333536271>

<sup>95</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/1295284609411181>

<sup>96</sup> Graduação em Direito (UNIUBE). CV: <http://lattes.cnpq.br/0140508717431645>

<sup>97</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/3572950240976128>

<sup>98</sup> Doutorado em Fisioterapia (UFSCar). Docente do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia (UFTM/UFU). CV: <http://lattes.cnpq.br/6822687114757615>

Já o trabalho por conta própria atingiu 24,8 milhões de pessoas. Os trabalhadores subocupados por trabalharem número de horas insuficientes atingiu o recorde de 7,5 milhões de pessoas. Os desalentados, consideradas as pessoas que desistiram de procurar trabalho, somaram 5,6 milhões. O número de pessoas subutilizadas, que inclui as desocupadas, as subocupadas por insuficiência de horas trabalhadas ou na força de trabalho potencial, foi de 32,2 milhões (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Os trabalhadores são expostos a riscos, físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, podendo acarretar em acidentes e doenças ocupacionais.

O acidente de trabalho é todo aquele que acontece no exercício do trabalho, acarretando em lesão, perda funcional e até mesmo morte, provocando perda parcial ou total, definitiva ou provisória da capacidade de trabalho, sendo dividido em acidente típico, quando ocorre durante o trabalho ou acidente de trajeto, quando acontece no trajeto de casa para o local de trabalho ou vice-versa (BRASIL, 2006a).

As doenças ocupacionais são divididas em doença profissional e doença do trabalho. A doença profissional é a entidade mórbida produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar à determinada atividade e a doença de trabalho é aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente. Tanto a doença profissional como a doença de trabalho, para serem oficialmente reconhecidas, devem constar das relações elaboradas pela Previdência Social, de acordo com a Lei nº 8.213/91 (BRASIL, 1991).

Este capítulo traz um breve relato do histórico da Saúde do Trabalhador no Brasil e elenca os aspectos do adoecimento da população trabalhadora brasileira. Traz ainda relatos de experiências realizadas pelos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como possibilidade de abordagens intersetoriais que contemplem as necessidades dos trabalhadores.



## DESENVOLVIMENTO

A revolução industrial ocorrida no século XVIII, gerou muitos acidentes de trabalho e adoecimentos dos trabalhadores, desencadeando prejuízos econômicos, sendo necessário pensar uma forma diferenciada de atenção à saúde dos trabalhadores, iniciando os primórdios da medicina ocupacional, em que o médico era contratado para estar presente nas indústrias e se responsabilizar pela saúde dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Reforma Sanitária Europeia, com movimentos contrários às condições de trabalho desencadeadoras do adoecimento, ressaltando a necessidade de modificações, influenciou as manifestações no Brasil, na década de 70, com reivindicações principalmente por parte dos trabalhadores, organizados e apoiados pelo sindicalismo, para a Reforma Sanitária Brasileira, buscando o direito pelo trabalho digno e saudável, organização da produção e assistência à saúde (DIAS; HOEFEL, 2005).

As iniciativas pela criação de locais que recebessem os trabalhadores se deram através da instituição de Programas de Saúde do Trabalhador, sendo o precursor o estado de São Paulo onde também surgiram os primeiros CEREST, com caráter assistencial, antes do SUS, tomando forma o movimento da Saúde do Trabalhador no país. Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em que elencaram as condições dignas de trabalho e a participação dos trabalhadores na definição dos processos e ambientes de trabalho como fatores indispensáveis para o acesso pleno à saúde. A Saúde do Trabalhador se consolida no plano legal e institucional a partir da Constituição Federal de 1988 e com a posterior Lei 8080 de 1990 (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018), que aborda a Saúde do Trabalhador (ST) elencando as atribuições, inseridas no art. 6º (BRASIL, 1990). Mas, mesmo com papel definido ainda deixa sem regulamentações específicas no que tange o que é esperado em saúde do trabalhador (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Importantes marcos aconteceram na década de 90 para a saúde do trabalhador, sendo eles: a II Conferência Nacional de Saúde do

Trabalhador que reiterou a necessidade de municipalização das ações de Saúde do Trabalhador, a instituição da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), a criação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS) legislação orientadora da gestão, elaborada a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicação de protocolos, normas e diretrizes norteadoras para execução das ações (GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018). Contudo, foi na década de 2000 que se efetivou no ano de 2003 a Rede Nacional de Saúde do Trabalho, integrando a rede de serviços do SUS por meio dos CEREST. No ano 2005 na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ocorreu a reflexão sobre a criação da PNSTT, a qual foi elaborada, colocada em consulta pública e instituída em 2012, através da Portaria 1823. (GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018).

A despeito dos avanços ocorridos no campo da saúde do trabalhador, somente em 2011 criou-se a PNSST, ainda muito aquém do que necessário para os sujeitos em questão e, somente no ano de 2012, foi publicada a PNSTT (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012), como propósito de promover a saúde, melhorar a qualidade de vida do trabalhador e prevenir os acidentes e danos à saúde advindos do trabalho, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes. Ao mesmo tempo estabelece uma rede integrada de referências em saúde do trabalhador (MINAS GERAIS, 2014).

A PNSTT tem como objetivos bem claros em seu artigo 8º quais atores e sujeitos desta política devem ser alcançados e evidenciados. Determina-se como indivíduos desta política, todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, forma de inserção no mercado de trabalho ou seu vínculo empregatício, que representam sujeitos de mudanças nas práticas profissionais. A política segue os princípios e diretrizes do SUS, atentando-se principalmente para a garantia da atenção integral à saúde do trabalhador, em todos os pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, o que inclui a construção de protocolos, linhas de cuidados e matriciamento na assistência e organização da rede. Procura-se, também, consolidar a Vigilância em Saúde do trabalhador (VISAT) por meio da associação dos demais componentes da vigilância

em saúde: A PNSTT tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS (municipal, estadual e federal), para o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é considerada como a principal estratégia para a implementação da PNSTT no SUS, compreendendo uma rede de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde dentro da Saúde do Trabalhador, integrando a rede de serviços do SUS por meio dos CEREST, além de elaborar protocolos, linhas de cuidado, e instrumentos que favoreçam a integralidade das ações, envolvendo a atenção básica, de média e alta complexidade, serviços e municípios sentinela, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados, o Distrito Federal, e os municípios, com o envolvimento de outros setores também participantes da execução dessas ações (BRASIL, 2009).

Os CEREST são centros de referências especializados em saúde do trabalhador cuja finalidade é a de ampliar a RENAST, buscando prevenir, controlar e enfrentar os problemas relacionados ao trabalho, com ações de assistência, educação e vigilância em saúde, promovendo a integração da rede de serviços de saúde do SUS, vigilância e gestão, por meio da assessoria técnica, formulação de políticas públicas, fortalecimento da articulação entre níveis de complexidade da assistência à saúde, além de identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho, integrando os serviços do SUS (BRASIL, 2006b).

O CEREST garante assistência à saúde dos trabalhadores acometidos por doenças relacionadas ao trabalho, ações preventivas e educativas e atividades em vigilância nas empresas (BRASIL, 2012). Acolhe os trabalhadores adoecidos ou acidentados com vistas a estabelecer relação entre o adoecimento/lesão com a atividade laboral exercida e orienta

os mesmos sobre questões previdenciárias, medidas preventivas, oferta exames de alta complexidade, não disponibilizados na rede de serviços do SUS, encaminha para os tratamentos pertinentes na rede de saúde do SUS, bem como atua nos demais níveis de Atenção à Saúde objetivando que os profissionais de saúde das várias categorias que atuam nesses locais possam ter a percepção da relação trabalho e adoecimento, intervindo como agentes promotores de saúde e segurança na área da Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é considerada um eixo estruturante do cuidado à saúde dos trabalhadores, realizando ações de fiscalização nas empresas objetivando diminuir os riscos de agravos, como fiscalização de ruídos, do uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), condições ergonômicas e materiais toxicológicos por exemplo. Outras vigilâncias fora das grandes empresas também são realizadas como em canavieiros ou durante o serviço de vendedores ambulantes e catadores de materiais recicláveis (AMORIM et al., 2017).

Dentre outras ações, podemos destacar as iniciativas de assistência aos trabalhadores com LER/DORT, uma vez que recebem alta demanda desses trabalhadores, sendo que as ações desenvolvidas devem considerar a necessidade da atuação de diversos profissionais, com abordagem integral e interdisciplinar para atender as demandas desse problema e várias experiências com atividades em grupos tem sido relatadas, com bons resultados (SATO et al., 1993, LIMA; OLIVEIRA, 1995, MENDES; LANCAMAN, 2010, de PAULA; do AMARAL, 2019, ZAVARIZZI; MATSUO DE CARVALHO; BARACHO DE ALENCAR, 2019). Outra atividade observada no âmbito da Saúde do Trabalhador foi descrita por Andrade et al., (2013), na qual estudantes e profissionais pertencentes Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), realizaram, no CEREST, práticas de terapias corporais utilizando técnicas da prática chinesa *Lian Gong*, proporcionando benefícios diretos para a saúde dos trabalhadores, como ajuda da percepção e superação das barreiras físicas decorrentes principalmente das dores corporais.

Alguns acometimentos como depressão, fadiga e esgotamento profissional, tentativas de suicídios, estresse, crises de ansiedade, uso abusivo de álcool e drogas, estão se tornando cada vez mais comuns entre os trabalhadores. Com intuito de amenizar estas situações, os CEREST realizam atividade de matriciamento, que envolvem consultas terapêuticas individuais e em grupo, visitas domiciliares e contato a distância por meio das tecnologias com os trabalhadores atividades que podem potencializar o enfrentamento das dificuldades encontradas na realidade social e de trabalho (SOUZA; BERNARDO, 2019).

Uma experiência exitosa no CEREST Regional de Araxá/MG é o projeto Escola da Coluna, desenvolvido em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, em que os trabalhadores desse município e da microrregião que inclui a educação em saúde, atendimentos de Pilates e acompanhamento pelos profissionais do CEREST aos trabalhadores do município e da microrregião que apresentam patologias da coluna, adquiridas na prática laboral. Ainda, o CEREST realiza periodicamente a capacitação dos trabalhadores da saúde e da Referência Técnica em Saúde do Trabalhador (RTST) dos sete municípios de sua microrregião e também agenda consultas e exames para que esses trabalhadores sejam contemplados com a assistência necessária. Executa também a modalidade de atendimento itinerante, em que parte de sua equipe técnica: médico, assistente social e fisioterapeuta se deslocam para atendimento multidisciplinar, compartilhando informações e acolhendo os trabalhadores adoecidos ou acidentados no trabalho, com orientações diversas e notificando agravos de notificação compulsória (COSEMSMG, 2017, PORTAL ARAXÁ, 2017).

Algumas propostas serão elencadas aqui com o intuito de despertar a avaliação do leitor e verificar se são factíveis no local onde atuam.

No nível primário de atenção à saúde podem-se desenvolver diversas atividades dentro da área da Saúde do Trabalhador, entre elas o desenvolvimento periódico de capacitações junto das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre as temáticas que envolvam a Saúde do Trabalhador, tais como: a PNSTTT, a importância da integralidade no

cuidado com a saúde do trabalhador, agravos de notificação compulsória e a necessidade da realização destas, a identificação de riscos ocupacionais, e direitos e deveres dos trabalhadores.

Com a conscientização dos profissionais de saúde sobre as necessidades que abrangem essa temática, será possível a execução de ações que favoreçam esta população, assim como a identificação e mapeamento das empresas e dos trabalhadores informais da área de abrangência, expostos aos agravos, possibilitando a realização do acompanhamento longitudinal da saúde dos mesmos. Além disso, podem-se desenvolver práticas e educativas e preventivas, por meio de rodas de conversas, visita *in loco* no ambiente de trabalho (que muitas vezes é o próprio domicílio das famílias) e orientações ergonômicas. Também é possível o desenvolvimento de atividades coletivas fazendo o uso dos equipamentos sociais presentes nas áreas adstritas, realizando orientações e grupos de exercícios adequados.

Ainda, pode-se realizar atividades dentro das UBS, incluindo mural de informações sobre ST, educação em saúde nas salas de espera, podem, por meio de dispositivos como informativos nos aparelhos de televisão, palestras educativas sobre prevenção e promoção de saúde do trabalhadores, direitos e deveres dos trabalhadores e a divulgação e incentivo da participação destes nos conselhos municipais de saúde e nas reuniões específica do âmbito da ST (por exemplo, na CISTT), a distribuição de panfletos informativos e campanhas sobre prevenção de adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho, a divulgação do CEREST para acompanhamento desses trabalhadores que apresentem queixas. Também é pertinente proporcionar reflexões sobre a ST nos grupos do HiperDia, gestantes, tabagismo, atividade físicas nas praças, de idosos e outros. Assim, a partir do conhecimento, o trabalhador se apropria de ferramenta importantíssima para seu autocuidado e entendimento das possibilidades que estão ao seu alcance para promover sua saúde.

Para possibilitar o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde uma alternativa é oferecer atendimentos dos diferentes profissionais

das UBS, ESF, CEREST, em horários estendidos permitindo o acesso dos trabalhadores após seu horário de trabalho, lembrando também da saúde dos trabalhadores da saúde que deverão trabalhar em esquema de rodízio para não ficarem sobrecarregados.

As atividades intersetoriais, como nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), poderá ser um ganho para os trabalhadores, pois a associação entre os cuidados com a saúde física e mental, poderão ser somados à atividades que envolvam os aspectos sociais, de lazer, laborterapia, espaço em que toda a família do trabalhador poderá frequentar e receber atendimentos multiprofissionais.

Na Atenção Secundária à Saúde as ações de Saúde do Trabalhador podem acontecer nos espaços dos CEREST por meio da assistência multidisciplinar aos trabalhadores, realização de palestras educativas dividindo o público por ramos de atividade que exercem realização de grupos de alongamento. Faz-se importante a concretização do preconizado pela RENAST, com a descrição dos profissionais que compõe as equipes mínimas dos centros de referência, o que favoreceria melhor atuação, com diferentes abordagens profissionais e maiores condições de entendimento da problemática envolvida no adoecimento dos trabalhadores.

Na Atenção Terciária à Saúde os atendimentos hospitalares aos trabalhadores adoecidos ou acidentados devem se pautar além dos procedimentos médicos necessários à demanda desses pacientes, no fornecimento de informações importantes, como o atestado ou relatório para o preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para os trabalhadores formais, para garantia dos direitos previdenciários. Nos atendimentos de urgência e emergência as notificações compulsórias de agravos e doenças relacionados ao trabalho representam valiosa fonte de informação, desencadeando várias ações de investigação de acidentes de trabalho e até mesmo vigilância em ambientes e processos de trabalho realizado pela Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Apesar das políticas e iniciativas já elencadas, no Brasil há uma inconsistência dos dados referentes aos acidentes e doenças de trabalho e o impacto causado na vida dos trabalhadores que perdem a saúde, a

renda, as relações interpessoais, chegando até mesmo à morte. Para o empregador, a perda de produtividade, aumento de faltas, ações judiciais, levando a prejuízos financeiros. No governo gera impacto nos gastos públicos e perda de competitividade internacional. Anualmente essas perdas, geram um déficit de 4% do PIB mundial, podendo ultrapassar R\$ 200 bilhões de reais no Brasil, segundo dados informados da OIT (BRASIL, 2018).

A subnotificação dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais são um grave problema e pode estarem relacionados ao pensamento de que a situação ou lesão não é de risco, o desconhecimento da exigência notificação, falta de tempo ao excesso de trabalho e até mesmo o medo do trabalhador de ser demitido, além da limitação do sistema de informação da Previdência Social que contempla apenas os empregados com registro em carteira, cobertos pelo Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT). No Brasil, a ocorrência de subnotificações chega à estimativa de valores acima de 70% para acidentes fatais e 90% para não fatais. A notificação correta e a investigação adequada dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, são de grande importância, pois possibilitam que as empresas conheçam os fatores de risco e tomem medidas para prevenir os acidentes de trabalho (SÁ; GOMIDE; SÁ, 2016).

No Sistema Único de Saúde (SUS), os acometimentos relacionados ao trabalho são notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Salienta-se a portaria que define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes, destaca se os agravos e doenças relacionados ao trabalho sendo eles os Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes, Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER/DORT, Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional, Câncer Relacionado ao Trabalho, Pneumoconiose, Dermatose Ocupacional, Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho e Intoxicação Exógena (BRASIL, 2020).



Entre 2010 e 2015 foram notificados 809.520 casos de doenças relacionadas ao trabalho, ocorrendo 157.333 em 2015. Houve maior número de notificações relacionadas a acidentes de trabalho grave, com 439.457 (54,3%) casos, seguidos pelos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, com 276.699 (34,2%) e LER/DORT, com 47.152(5,8%). Nesse período, houve um agravamento o câncer relacionado ao trabalho, que subiu 657,7%, seguido pela PAIR que apresentou 191,8%, e os transtornos mentais relacionados ao trabalho 168,6% (BRASIL, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde do trabalhador no Brasil tem uma bela história. No entanto, os problemas de saúde decorrentes das condições de trabalho, envolvem a ordem econômica e social e são complexos para serem resolvidas em ações somente da área da saúde. São necessárias ações inter setoriais mais eficazes do Estado, garantindo aos cidadãos a dignidade e o direito à saúde no trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **População ocupada aumenta 2,5% no segundo trimestre, diz IBGE** | Agência Brasil Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-08/populacao-ocupada-aumenta-25-no-segundo-trimestre-diz-ibge>. Acesso em 07/10/2021.

AMORIM, L.A. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3403-3413, out. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017021003403-&lng=pt&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003403-&lng=pt&nrm-iso)>. Acesso em 13 ago.2020.

ANDRADE, S.C. et al. Experiência da inserção do Lian Gong na estratégia saúde da família de Samambaia – Distrito Federal. **Com Ciências Saúde** [online]. v.22, n.4, p.9-18. 2013. Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v23\\_n1\\_a01\\_experiencia\\_insercao\\_lian.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a01_experiencia_insercao_lian.pdf). Acesso em 13 ago.2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

BRASIL LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de saúde do Trabalhador. Fundo Nacional de Saúde. Para saber das coisas: **Falando da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e das Doenças Relacionadas ao Trabalho.** Hemeroteca Sindical Brasileira. São Paulo, 2006b. Disponível em: <<http://www.obore.com.br/cms-arquivo/Cartilha%20e%20Guia%20de%20Fontes%20para%20Radialistas.pdf>> Acesso em 04 de ago.de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância em {Saúde} do Trabalhador: um breve panorama. Boletim Epidemiológico**, v. 48, p. 7, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/23/2017-005-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. **Cartilha Adoecimento Ocupacional: Um mal invisível e silencioso**; p. 1–18. Brasília 2018. Disponível em < <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Cartilhas/Cartilha-doencas-ocupacionais.pdf>>. Acesso em: 15 de ago. 2020.

BRASIL. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.**

COSEMSMG. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. **CEREST de Araxá promove atividades para trabalhadores.**, 2017. Disponível em <<https://www.cosemsmg.org.br/site/index.php/todas-as-noticias-regionais/49-cosems-uberaba/920-cerest-de-araxa-promove-atividades-para-trabalhadores>>. Acesso em 14 de Ago. 2020.

DE PAULA, E.A; DO AMARAL, R. M. M.F. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT. **Rev. bras. saúde ocup.** [online], São Paulo, v.44, Epub. 5, fev. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v44/2317-6369-rbso-44-e5.pdf>> Acesso em: 14 maio 2020.

DIAS, E.C.; HOEFEL M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.10, n. 4, p. 817–27, dezembro de 2005.

GOMEZ, C.M.; VASCONCELLOS, L.C.F.; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1963–70, junho de 2018.

LIMA, A.; OLIVEIRA, F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: Codo W, Almeida MCCC. **LER: lesões por esforços repetitivos**. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 136-159.

MENDES, LF, LANCMAN, S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 23-32, 2010

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. **Caderno de Organização das Práticas de Saúde do Trabalhador**. 2014. 176 p.

PORTAL ARAXA. **PROJETO municipal “Escola da Coluna” retoma atendimentos a trabalhadores**. 2017. Disponível em < <http://www.portalaraxa.com.br/projeto-municipal-escola-da-coluna-retoma-atendimentos-a-trabalhadores/> >. Acesso em 14 de Ago. 2020.

SÁ, A.C.M.G.N.; GOMIDE, M.H.M.; SÁ, A.T.N. Occupational accident its implications legal, welfare impacts and importance of management to control and prevention: systematic review of the literature. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 26, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20160125>. Acesso em: 26 nov. 2020.

SATO L.; ARAÚJO, M.D.; UDIHARA, M.L.; FRANCO, M.A.J.; NICOTERA, F.N.; DALDON, M.T.B. et al. Atividade em grupo com portadores de L.E.R e achados sobre a dimensão psicossocial. **Rev Bras Saúde Ocup.** v. 21, n.79, p.49-71, 1993.

SOUZA, H.A.; BERNARDO, M.H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 44, e26, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572019000100302-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100302-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 Ago. 2020.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, Apr. 2017.

ZAVARIZZI, C. P.; MATSUO DE CARVALHO, R. M.; BARACHO DE ALENCAR, M. C. Grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT: relato de experiência. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 45, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e13.pdf>> Acesso em 30 maio 2020.

# PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS

Maycon Sousa Pegorari<sup>99</sup>

Daniela Gonçalves Ohara<sup>100</sup>

Caroline de Fátima Ribeiro Silva<sup>101</sup>

Areolino Pena Matos<sup>102</sup>

Ana Carolina Pereira Nunes Pinto<sup>103</sup>

## INTRODUÇÃO

A depressão atinge 6% da população mundial. Ao longo da vida e com a progressão da idade, o risco de desenvolver essa condição é três vezes maior, acometendo de 15 a 18% dos indivíduos durante a senescência (MALHI; MANN, 2018). A presença de sintomas depressivos ao longo da vida é comum, entretanto, pode ser um indicativo de episódios de depressão grave, com efeitos negativos sobre a saúde física e mental do idoso, tornando-se um importante problema de saúde pública (CASSANO; FAVA, 2002; MALHI; MANN, 2018).

A sintomatologia depressiva é prevalente em idosos comunitários e é ainda maior entre institucionalizados ou hospitalizados, sendo preditor de desfechos adversos como baixa qualidade de vida (SHERRER JUNIOR et al., 2019), declínio cognitivo, demência (TAN et al., 2019; MA LINA, 2020), déficit de memória (FAORO; HANDAM, 2021),

---

<sup>99</sup> Doutor em Atenção à Saúde (UFTM). Fisioterapeuta. Professor Adjunto do curso de Medicina (UFJ). CV: <http://lattes.cnpq.br/0504844932215344>

<sup>100</sup> Doutorado em Fisioterapia (UFSCar). Professora Adjunta do curso de Fisioterapia (UNIFAP). CV: <http://lattes.cnpq.br/9253801829027802>

<sup>101</sup> Mestrado em Ciências da Saúde (UNIFAP). Preceptora do curso de Fisioterapia (UNIFAP). CV: <http://lattes.cnpq.br/1566581840426468>

<sup>102</sup> Doutor em Engenharia Biomédica (UNICASTELO). Professor Adjunto do curso de Fisioterapia (UNIFAP). CV: <http://lattes.cnpq.br/5013499072708263>

<sup>103</sup> Doutorado em Saúde Baseada em Evidências (UNIFESP). Fisioterapeuta. Professora Adjunta do curso de Fisioterapia (UNIFAP). CV: <http://lattes.cnpq.br/7603051623099629>

limitação funcional (AHMAD et al., 2020), risco de quedas (KVELDE et al., 2013), fragilidade (VAUGHAN; CORBIN; GOVEAS, 2015) e risco aumentado para mortalidade (CORRÊA et al., 2021).

A prevalência estimada de sintomas depressivos entre idosos brasileiros residentes na comunidade é de 21%, conforme revisão sistemática com metanálise (MENEGUCI et al., 2019). A literatura reporta maior prevalência de sintomas depressivos nas regiões Nordeste, com 27% e Sudeste, com 23%. A menor prevalência foi observada na região Norte do país, com 10%, no entanto, esta é também a região brasileira com menor quantidade de estudos que investigaram a sintomatologia depressiva neste grupo (MENEGUCI et al., 2019).

Diversos fatores associam-se à presença de sintomas depressivos; e revisão sistemática com metanálise (COLE; DENDUKURI, 2003) e estudos recentes apontam fatores socioeconômicos e psicológicos tais como: sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, baixa renda, piores condições de moradia, viuvez, precário suporte social, maior dependência funcional, número de doenças, pior autopercepção de saúde, solidão, estressores ambientais, baixo nível de atividade física e transtornos psicológicos ou psiquiátricos prévios (LAMPERT; FERREIRA, 2018; KANG et al., 2020; LEE et al., 2021).

Nesta perspectiva, considerando os impactos advindos da sintomatologia depressiva e a escassez de estudos que demonstrem a prevalência desses sintomas em idosos da comunidade, com destaque para a região norte, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência e os fatores associados a sintomas depressivos entre idosos comunitários residentes na área urbana do município de Macapá/AP.

## CONTEXTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Estudo transversal conduzido com 411 idosos residentes na área urbana de Macapá, cidade brasileira da região amazônica e capital do estado do Amapá, norte do Brasil. As informações referentes às características da população e cálculo amostral, bem como procedimentos de coleta de dados, podem ser acessadas em estudo prévio publicado

por Ohara et al. (2018). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, parecer 1.738.671.

Foram incluídos neste estudo idosos com 60 anos ou mais de idade, que residiam na área urbana do município de Macapá, capazes de deambular com ou sem auxílio e que concordaram em participar da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os idosos não localizados após três tentativas pelo entrevistador, que mudaram de cidade, que estavam hospitalizados e com sequelas neurológicas e/ou condições que impossibilitaram a realização das avaliações foram excluídos.

Além disso, o estudo excluiu idosos que apresentaram declínio cognitivo, pois isso os impediam de responder as perguntas da entrevista e a realização dos testes, identificado por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão traduzida e validada no Brasil, que considera os pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade (BERTOLUCCI et al., 1994).

## **VARIÁVEL DEPENDENTE (SINTOMAS DEPRESSIVOS)**

A presença de sintomas depressivos foi determinada a partir da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999), sendo constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não) e escore que pode variar de 0 a 15 pontos. Considerou-se sintomatologia depressiva quando o escore fosse superior a cinco (5) pontos.

## **VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

A faixa etária em anos (60 a 69, 70 a 79, 80 e mais), o sexo (masculino), escolaridade em anos (nenhuma, 1 a 4 e 5 e mais), estado conjugal (com e sem companheiro), arranjo de moradia (sozinho e acompanhado), renda individual mensal em salários mínimos (ausência, até 1 a 2 e mais), percepção de saúde (positiva e negativa), o número de doenças e medicamentos (0, 1 a 4 e 5 e mais), hospitalização e ocorrência de quedas

no último ano (sim e não) foram mensuradas a partir de um formulário estruturado. A capacidade funcional foi avaliada por meio da escala de independência para as atividades básicas de vida diária (ABVD) (Escala de Katz) (LINO et al., 2008) e Escala de Lawton e Brody (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). O idoso que não apresentou dificuldade para a realização de qualquer das ABVD e AIVD foi considerado independente; e dependente aquele com dificuldade para realizar uma ou mais atividades. O nível de atividade física foi mensurado a partir da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), adaptada para idosos por (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; BENEDETTI et al., 2007) e considerou suficientemente ativos aqueles que dispenderem 150 minutos ou mais de atividade física semanal com intensidades vigorosa e moderada; e inativos idosos que dispenderem de 0 a 149 minutos de atividade física semanal com intensidades vigorosa e moderada. A sarcopenia foi definida a partir do algoritmo recomendado pelo European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) 2 e o diagnóstico considerou a associação baixa força muscular e baixa massa muscular (CRUZ-JENTOFT et al., 2019). A fragilidade física (frágil, pré-frágil e não frágil) foi determinada a partir do fenótipo de fragilidade proposta por Fried et al. (2001), conforme critérios publicados em estudo prévio (PEGORARI; TAVARES, 2019). O desempenho físico foi avaliado por meio da versão traduzida da Short Physical Performance Battery (SPPB), adaptada para a realidade brasileira. A pontuação total do SPPB é calculada como a soma das pontuações de cada teste e pode variar de 0 a 12 pontos. Uma pontuação de 0 a 3 pontos para o SPPB indicou deficiência ou desempenho muito ruim; uma pontuação de 4 a 6, baixo desempenho; uma pontuação de 7 a 9, desempenho moderado; e uma pontuação de 10 a 12, bom desempenho (NAKANO, 2007).

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise estatística descritiva por meio de médias, desvios-padrão, números absolutos e porcentagens. Para verificar a associação entre as variáveis socioeconômicas, clínicas e de saúde (variáveis

independentes) e a presença de sintomas depressivos (variável dependente), foi realizada uma análise bivariada preliminar, a partir do teste qui-quadrado. As variáveis que atenderam ao critério pré-estabelecido ( $p < 0,20$ ), foram inseridas no meio do modelo de regressão logística binária, com as estimativas de razão de chances (odds ratio), considerando um intervalo de confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Na análise do grau de ajuste dos modelos foi utilizado o teste de Hosmer e Lemeshow ( $p > 0,05$ ). Os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 25.0.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 411 idosos, com média de idade de  $70,15 \pm 7,25$  anos e a maioria era do sexo feminino (66,4%). A prevalência de sintomas depressivos representou 19,2% ( $n=72$ ). A distribuição percentual das questões da escala de depressão geriátrica abreviada (GDS-15) está apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição percentual das questões da escala de depressão geriátrica abreviada (GDS-15) em idosos comunitários.

Questões da escala de depressão geriátrica abreviada (GDS-15)	Sim (n/%)	Não (n/%)
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	382 (92,9)	29 (7,1)
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	215 (52,3)	196 (47,7)
3. Você sente que sua vida está vazia?	124 (30,2)	287 (69,8)
4. Você se aborrece com frequência?	165 (40,1)	246 (59,9)
5. Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	86,9 (357)	54 (13,1)
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	142 (34,5)	269 (65,5)
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	376 (91,5)	35 (8,5)
8. Você sente que sua situação não tem saída?	44 (10,7)	367 (89,3)
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	228 (55,5)	183 (44,5)



10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	115 (28)	296 (72)
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	405 (98,5)	6 (1,5)
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	53 (12,9)	358 (87,1)
13. Você se sente cheio de energia?	85,4 (351)	60 (14,6)
14. Você acha que a sua situação é sem esperanças?	29 (7,1)	382 (92,9)
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	113 (27,5)	298 (72,5)

As Tabelas 2 e 3 apresentam as características socioeconômicas, clínicas e de saúde de acordo com a sintomatologia depressiva (GDS-15) em idosos comunitários. Em relação aos fatores associados, as variáveis da análise bivariada preliminar, submetidas à análise multivariável, de acordo com o critério de inclusão estabelecido ( $p < 0,20$ ), foram: sexo, faixa etária, escolaridade, renda individual mensal, percepção de saúde, quedas e hospitalização no último ano, dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária, nível de atividade física, fragilidade e desempenho físico (SPPB), Tabelas 2 e 3.

**Tabela 2:** Características socioeconômicas de acordo com a sintomatologia depressiva (GDS-15) em idosos comunitários.

Variáveis	GDS-15			Total
	Sim (n/%)	Não (n/%)	p	
Sexo				
Masculino	19 (24,1)	119 (35,8)	0,046	138 (33,6)
Feminino	60 (75,9)	213 (64,2)		273 (66,4)
Faixa etária (em anos)				
60 a 69	34 (43)	179 (53,9)	0,042	213 (51,8)
70 a 79	29 (36,7)	118 (35,5)		147 (35,8)
80 e mais	16 (20,3)	35 (10,5)		51 (12,4)
Estado conjugal				
Com companheiro	34 (43)	157 (47,3)	0,496	191 (46,5)

Sem companheiro	45 (57)	175 (52,7)		220 (53,5)
Arranjo de moradia				
Sozinho	6 (7,6)	22 (6,6)	0,759	28 (6,8)
Acompanhado	73 (92,4)	310 (93,4)		
Escolaridade (em anos)				
Nenhuma	28 (35,4)	54 (16,3)	<0,001	82 (20)
1 a 4	29 (36,7)	95 (28,6)		124 (30,2)
5 e mais	22 (27,8)	183 (55,1)		205 (49,9)
Renda individual mensal				
Ausência de renda	8 (10,1)	36 (10,8)	0,003	44 (10,7)
Até 1 salário	50 (63,3)	143 (43,1)		193 (47)
2 ou mais salários	21 (26,6)	153 (46,1)		174 (42,3)

**Tabela 3:** Características clínicas e de saúde de acordo com a sintomatologia depressiva (GDS-15) em idosos comunitários.

Variáveis	GDS-15			Total
	Sim (n/%)	Não (n/%)	p	
Percepção de saúde				
Positiva	10 (12,8)	114 (34,3)	<0,001	124 (30,2)
Negativa	68 (87,2)	218 (65,7)		286 (69,8)
Número de morbidades				
0	--	5 (1,5)	0,219	5 (1,2)
1 a 4	2 (2,5)	21 (6,3)		23 (5,6)
5 e mais	77 (97,5)	305 (92,1)		382 (93,2)
Número de medicamentos				
0	21 (26,6)	114 (34,3)	0,296	135 (32,8)
1 a 4	50 (63,3)	196 (59)		246 (59,9)
5 e mais	8 (10,1)	22 (6,6)		30 (7,3)

Quedas no último ano				
Sim	23 (29,1)	60 (18,1)	0,028	83 (20,2)
Não	56 (70,9)	272 (81,9)		328 (79,8)
Hospitalização no último ano				
Sim	16 (20,3)	42 (12,7)	0,081	58 (14,1)
Não	63 (79,7)	290 (87,3)		353 (85,9)
Nível de atividade física				
Suficientemente ativo	45 (57)	148 (44,6)	0,047	193 (47)
Insuficientemente ativo	34 (43)	184 (55,4)		218 (53)
Sarcopenia				
Sim	6 (7,6)	19 (5,7)	0,532	25 (6,1)
Não	73 (92,4)	313 (94,3)		386 (93,9)
ABVD				
Dependente	14 (17,7)	16 (4,8)	<0,001	30 (7,3)
Independente	65 (82,3)	316 (95,2)		381 (92,7)
AIVD				
Dependente	67 (84,8)	219 (66)	0,001	286 (69,6)
Independente	12 (15,2)	113 (34)		125 (30,4)
Fragilidade				
Frágil	17 (21,5)	36 (10,8)	0,002	53 (12,9)
Pré-frágil	50 (63,3)	190 (57,2)		240 (58,4)
Não frágil	12 (15,2)	106 (31,9)		118 (28,7)
SPPB				
Muito ruim (0-3)	2 (2,5)	3 (0,9)	0,006	5 (1,2)
Baixo (4-6)	13 (16,5)	21 (6,3)		34 (8,3)
Moderado (7-9)	38 (48,1)	151 (45,5)		189 (46)
Bom (10-12)	26 (32,9)	157 (47,3)		183 (44,5)

ABVD: Atividades básicas de vida diária; AIVD: Atividades instrumentais de vida diária; SPPB: Short Physical Performance Battery.

O modelo final de regressão logística binária indicou que a ausência de escolaridade, renda individual mensal de até 1 salário mínimo, a percepção negativa de saúde e a dependência funcional para as atividades básicas de vida diária foram associadas à presença de sintomas depressivos em idosos comunitários, Tabela 4.

**Tabela 4:** Modelo final final de regressão logística binária para as variáveis associadas à sintomatologia depressiva (GDS-15) em idosos comunitários.

Variáveis	GDS-15		
	OR	IC95%	p
Sexo			
Masculino		1	
Feminino	1,29	0,68-2,45	0,430
Faixa etária			
60 a 69		1	
70 a 79	0,83	0,44-1,56	0,564
80 e mais	1,00	0,43-2,31	0,999
Escolaridade (em anos)			
Nenhuma	2,75	1,32-5,70	0,007
1 a 4	1,53	0,78-3,01	0,220
5 e mais		1	
Renda individual			
Ausência de renda	1,23	0,44-3,43	0,693
Até 1 salário	2,11	1,09-4,07	0,026
2 ou mais salários		1	
Percepção de saúde			
Positiva		1	
Negativa	2,34	1,10-4,94	0,026
Quedas no último ano			
Sim	1,31	0,70-2,46	0,396
Não		1	
Hospitalização no último ano			

Sim	1,74	0,84-3,59	0,135
Não		1	
Nível de atividade física			
Suficientemente ativo		1	
Insuficientemente ativo	1,32	0,67-2,61	0,427
ABVD			
Dependente	3,59	1,43-9,03	0,006
Independente		1	
AIVD			
Dependente	1,95	0,91-4,20	0,086
Independente		1	
Fragilidade			
Frágil	2,38	0,75-7,49	0,140
Pré-frágil	1,93	0,84-4,41	0,119
Não frágil		1	
SPPB			
Muito ruim (0-3)	0,48	0,02-9,64	0,635
Baixo (4-6)	1,44	0,53-3,90	0,471
Moderado (7-9)	0,01	0,46-1,67	0,705
Bom (10-12)		1	

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confiança; ABVD: Atividades básicas de vida diária; AIVD: Atividades instrumentais de vida diária; SPPB: Short Physical Performance Battery.

## DISCUSSÃO

Os resultados relacionados à prevalência de sintomas depressivos em idosos na presente pesquisa estão em consonância com uma revisão sistemática recente que estimou por meio de uma metanálise incluindo 81 estudos que a prevalência de sintomas depressivos em idosos é de 20% (IC 95% 17,5% a 22,8%) (TANG, 2021). Os sintomas depressivos foram avaliados por meio da GDS-15. Dentre os aspectos negativos avaliados

por meio deste instrumento, os mais frequentemente relatados foram que os idosos preferem ficar em casa a sair e fazer coisas novas (55,5%), deixaram muitos de seus interesses e atividades (52,3%), se aborrecem com frequência (40,1%) e temem que algum mal vai lhe acontecer (34,5%). Resultados semelhantes também foram encontrados em uma amostra de idosos brasileiros, em que estes quatro aspectos também foram os mais frequentemente relatados, com 48,1%, 43,1%, 34,6% e 54,2%, respectivamente (ABRANTES et al., 2019).

Na análise preliminar bivariada, diversas variáveis foram submetidas à análise multivariável, de acordo com o critério de inclusão estabelecido ( $p < 0,20$ ). Porém, no modelo final, apenas a ausência de escolaridade, renda individual mensal de até 1 salário mínimo, a percepção negativa de saúde e a dependência funcional para as atividades básicas de vida diária foram associadas à presença de sintomas depressivos em idosos comunitários. Na revisão sistemática de Tang (2021), as análises de subgrupos revelaram diferenças significativas na prevalência de depressão tardia dependendo do status socioeconômico, indicando que os status socioeconômicos mais baixos estão associados a maiores prevalências de depressão. Além disso, à medida que o nível de educação entre os idosos aumentou, a prevalência de sintomas depressivos diminuiu (Tang, 2021), resultados que também estão em consonância com os do presente estudo.

Nesse sentido, nossos achados demonstraram associação significativa entre a ausência de escolaridade e sintomas depressivos em idosos. Nesta mesma perspectiva, um estudo recente (DIAS et al., 2021) aponta de forma contundente o impacto do nível de educação dos idosos sobre a severidade de sintomas depressivos. O estudo de Chrzastek et al. (2021) além de revelarem associação inversa entre nível de educação e risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, destacam que o nível de educação atua como fator protetivo ainda mais importante do que as que eventuais comorbidades.

Idosos mais velhos e com menor renda, relatam sintomas depressivos mais severos e estes estão associados à uma condição nutricional

pior, foram os achados de Jung e colaboradores (2019) sugerindo uma relação direta e importante entre depressão, nível de educação e estado nutricional debilitado.

É possível que idosos com sintomas depressivos possam apresentar uma diminuição no desejo espontâneo de se alimentar, situação que se associada a uma renda mensal individual baixa, poderia influenciar na aquisição minimamente adequada de alimentos, possivelmente aumentando a insegurança alimentar severa e interferindo no estado nutricional do idoso, ambos figuram como fatores significativamente associados à maiores chances de depressão. (SMITH et al., 2021; CHRZASTEK et al., 2021). De forma semelhante, os resultados do presente estudo apontaram nesta direção, revelando associação entre renda individual de até um salário por mês e sintomas depressivos em idosos da comunidade. Além disso, os resultados do presente estudo são corroborados por investigação com idosos de um centro de referência para idosos, que identificaram associação entre percepção negativa de saúde e sintomas depressivos (SILVA et al., 2019); o que reforça a autoavaliação do estado de saúde como um marcador multidimensional de condições que podem estar presentes nessa fase da vida.

Outro desfecho do nosso estudo é que a dependência funcional para as atividades básicas de vida diária associou-se à presença de sintomas depressivos. Esses achados corroboram com o estudo de Parajuli e colaboradores (2021), cujo objetivo foi investigar se as limitações funcionais desempenham um papel mediador na relação entre condições crônicas e sintomas depressivos. Dentre os resultados encontrados, as limitações funcionais avaliadas (ir ao banheiro, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar e se levantar da cama e atravessar uma sala) associaram-se significativamente com sintomas depressivos e apresentou um efeito de mediação de 13,7% quando inserido como mediador na relação entre condições crônicas e sintomas depressivos (PARAJULI; BERISH; JAO, 2019).

Nesse mesmo sentido, no estudo desenvolvido por Ahmad e colaboradores (2020) que avaliou a relação entre as limitações fun-

cionais e a depressão em idosos da comunidade e dentre os resultados encontrados, foi identificado que aqueles que apresentavam limitações nas atividades de vida diária tinham 2,6 mais chances de apresentarem depressão, enquanto que aqueles que tinham limitações nas atividades instrumentais de vida diária o risco de ter depressão quase dobrou.

O prejuízo da funcionalidade em idosos pode ocasionar o sentimento de incapacidade, especialmente em atividades básicas do dia a dia, que há um tempo atrás conseguiam executar de forma independente e também por serem tarefas antes consideradas simples. Esses aspectos podem fazer com que eles fiquem mais restritos em seus domicílios, muitas vezes reduzindo a convivência com outras pessoas, como por exemplo com a vizinhança e esse fato pode estar envolvido com o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Kim e Yon (2018) demonstraram em seu estudo que as características da vizinhança e comunidade de forma geral na qual o idoso está inserido podem interferir no desenvolvimento de sintomas depressivos. Esses autores mencionam que idosos que são fisicamente mais limitados, a ocorrência de sintomas de depressão é maior, e que essa associação aumenta quando os bairros em que esses idosos residem apresentam pior qualidade, sendo que a relação entre limitação funcional e sintomas depressivos não é constante e depende da comunidade em que vivem (KIM; YON, 2018).

As limitações do estudo incluem a natureza transversal que não permitem inferir relações de causalidade e o uso de questionários e informações autorreferidas que podem subestimar ou superestimar as associações encontradas. Por outro lado, este é um dos poucos estudos da região Norte do Brasil e o primeiro de base populacional, com uma amostra representativa de um município do estado do Amapá.

## CONCLUSÃO

As informações identificadas a partir da ocorrência de sintomas depressivos (19,2%) e das variáveis associadas (a ausência de escolaridade, renda individual mensal de até 1 salário mínimo, a percepção negativa de saúde e a dependência funcional para as atividades básicas



de vida diária), podem fornecer subsídios para implementação de ações direcionadas ao enfrentamento e monitoramento dessa condição em idosos da comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, G.G.de. *et al.* Depressive symptoms in older adults in basic health care. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 22(4). 2019.
- AHMAD, N.A. *et al.* Association between functional limitations and depression among community-dwelling older adults in Malaysia. **Geriatr Gerontol Int**, 20(2):21-5. 2020.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Reproducibility and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in elderly men. **R Bras Ci e Mov**, 13(1):11-16. 2007.
- BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z.; BARROS, M.V.G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **R Bras Ci e Mov**, 12(1):25-33, 2004.
- BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuro-psiquiatr**, 52(1):1-7. 1994.
- CASSANO, P.; FAVA, M. Depression and public health: an overview. **J psychosom res**, 53(4): 849–857. 2002.
- CHRZASTEK, Z. *et al.* Association of Lower Nutritional Status and Education Level with the Severity of Depression Symptoms in Older Adults: A Cross Sectional Survey. **Nutrients**, 13(2):515. 2021.
- COLE, M.G.; DENDUKURI, N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. **Am J Psychiatry**, 160(6):1147–1156. 2003.
- CORRÊA, V.P. *et al.* Depressive symptoms as an independent risk factor for mortality. **Braz J Psychiatry [online]**, 43(3). 2021.
- CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age Ageing**, 48(1):16-31. 2019.
- DIAS, F.L.da.C. *et al.* The influence of age, sex and education on the phenomenology of depressive symptoms in a population-based sample aged 75+ years with major depression: the Pietà Study. **Ageing Ment Health**, 25(3):462-467. 2021.
- FAORO, M.; HAMDAN, A.C. Depressive symptoms may be associated with semantic memory decline in elderly adults. **Dement Neuropsychol**, 15(3). 2021.
- FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, 56(3):M146- 56. 2001.

JUNG, S.E.; KIM, S.; BISHOP, A.; HERMANN, J. Poor Nutritional Status among Low-Income Older Adults: Examining the Interconnection between Self-Care Capacity, Food Insecurity, and Depression. **J Acad Nutr Diet**. 119(10):1687–1694. 2019.

KANG, Q. *et al.* Influencing factors for depressive symptoms in the elderly aged 65 years and older in 8 longevity areas in China. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi**, 41(1):20–24. 2020.. 2020 Jan 10;41(1):20-24.

KIM, H.H.; YOUM, Y. Exploring the contingent associations between functional limitations and depressive symptoms across residential context: a multilevel panel data analysis. **Aging Ment Health**, 24(1):92-102. 2020.

KVELDE, T. *et al.* Depressive symptomatology as a risk factor for falls in older people: systematic review and meta-analysis. **J Am Geriatr Soc**, 61(5), 694–706. 2013.

LAMPERT, C.D.T.; FERREIRA, V.R.T. Fatores Associados à Sintomatologia Depressiva em Idosos. **Aval Psicol**, 17(2):205-212. 2018.

LEE, S.L. *et al.* The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. **The lancet. Psychiatry**, 8(1):48–57. 2021.

LINO, V.T.S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-12, 2008.

MA LINA. Depression, Anxiety, and Apathy in Mild Cognitive Impairment: Current Perspectives. **Front. Aging Neurosci**, 12:9. 2020.

MALHI, G.S.; MANN, J.J. Depression. **The Lancet**, v. 392. 2018.

MENEGUCI, J. *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **J bras psiquiatr.**, 68(4):221-230. 2019.

NAKANO, M. M. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – Sppb: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. **Faculdade de Educação**, Campinas, SP. 2007.

OHARA, D.G. *et al.* Respiratory Muscle Strength as a Discriminator of Sarcopenia in Community-Dwelling Elderly: A Cross-Sectional Study. **J Nutr Health Aging**. 22(8):952-8. 2018.

PARAJULI, J.; BERISH, D.; JAO, Y.L. Chronic conditions and depressive symptoms in older adults: The mediating role of functional limitations. **Aging Ment Health**, 1–7. 2019.

PEGORARI, M.S.; TAVARES, D.M.S. Frailty-associated factors among Brazilian community-dwelling elderly people: longitudinal study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 137, n. 05, p. 463-470. 2019.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Rev Bras Promoç Saúde**, 21(4):290-6. 2008.

SCHERRER JÚNIOR, G. *et al.* Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. **Rev Bras Enferm**, 72 (suppl 2), 127-133. 2019.

SILVA, P.O. *et al.* Prevalence of depressive symptoms and associated factors among older adults treated at a referral center. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 05, e190088, 2019.

SILVA, C. F. R. *et al.* Dyspnea is associated with poor physical performance among community-dwelling older adults: a population based cross-sectional study. **São Paulo Med J.**, São Paulo, v. 138, n. 2, p. 112-117. 2020.

SMITH, L. *et al.* Association between food insecurity and depression among older adults from low- and middle-income countries. **Depress Anxiety**.38(4):439-446. 2021.

TAN, E.Y.L. *et al.* Depressive symptoms in mild cognitive impairment and the risk of dementia: a systematic review and comparative meta-analysis of clinical and community-based studies. **J. Alzheimers Dis**, 67:1319-1329. 2019.

TANG, T.; JIANG, J.; TANG, X. Prevalence of depressive symptoms among older adults in mainland China: A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord**, 293:379-390. 2021.

VAUGHAN, L.; CORBIN, A.L.; GOVEAS, J.S. Depression and frailty in later life: a systematic review. **Clin Interv Aging**, 10:1947-1958. 2015.

# PROGRAMA ITINERANTE DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: QUALIDADE DE VIDA NAS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA<sup>104</sup> (ITUIUTABA-MG)

Jael Teixeira de Carvalho<sup>105</sup>

## O PROJETO DE EXTENSÃO

O Programa Itinerante de Educação e Saúde teve início em 2007 no mesmo ano de implantação do Campus do Pontal em Ituiutaba-MG. Esta ação extensionista foi aprovada após a proposta ter sido apresentada pela Associação de Pais e Amigos do Excepcionais (APAE) no 1º Fórum de Extensão da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), cuja unidade acadêmica, à época, era denominada FACIP (Faculdades de Ciências Integradas do Pontal). A proposta obteve grande apoio da comunidade, tendo sido um dos cinco mais votados dentre os treze projetos de extensão contemplados pelo fórum.

O objetivo desse projeto de extensão foi realizar a interlocução da UFU/FACIP com entidades representativas da sociedade civil, de maneira a estimular a construção e democratização do conhecimento e a aproximação da universidade com problemas enfrentados pela comunidade, em especial, com as pessoas com deficiência (PcDs) na cidade de Ituiutaba-MG.

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI):

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma

<sup>104</sup> O título do programa referia-se à Pessoa com Necessidades Especiais, portanto foi adaptado atendendo ao termo mais adequado definido pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (Decreto 6.949/2009) que culminou no Estatuto da Pessoa com Deficiência (LEI 13.146/2015).

<sup>105</sup> Mestranda em Educação (IFTM). CV: <http://lattes.cnpq.br/9741764452821509>

ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (LEI 13.146, 2015, Art. 2º).

O programa teve início nos meses subsequentes com a fase de planejamento entre os coordenadores e profissionais envolvidos, tendo sido solicitado neste momento aos Programas de Saúde Familiar (PSF) locais, listagem das pessoas com deficiência que apresentassem sequelas motoras. Os PSF, atualmente denominados de Estratégia Saúde da Família (ESF), têm como objetivo reorganizar a prática assistencial que se centra no hospital, de maneira a direcionar o foco para a família em seu ambiente físico e social atendendo ao indivíduo e sua família de forma integral e contínua (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028).

Após estudo dos dados coletados, a equipe decidiu priorizar as famílias que estariam sem nenhum tipo de atendimento, em sua maioria egressos da APAE de Ituiutaba com seqüela de paralisia cerebral (PC). A escolha desse público se deu por ser a PC uma das causas mais comuns de deficiência, estimando-se que no Brasil há ocorrência de 20.000 casos novos de PC por ano, pela escassez de pesquisas científicas acerca da incidência de pessoas com deficiência física, sensorial ou mental dela decorrentes, e, pelas necessidades acarretadas por ela no cérebro imaturo que envolvem além do cuidado, tempo e dinheiro (REBEL, *et al.*, 2010, p. 343). E ainda sobre a PC e nossa escolha:

A paralisia cerebral (PC) é um distúrbio da postura e do movimento, resultante de encefalopatia não progressiva nos períodos pré, peri ou pós-natal, com localização única ou múltipla no cérebro imaturo. Essa lesão cerebral pode resultar em comprometimentos neuromotores variados que, geralmente, estão associados à gravidade da seqüela e à idade da criança. Nos Estados Unidos, a incidência de PC tem variado de 1,5 a 5,9/1.000 nascidos vivos. No Brasil, estima-se que a cada 1.000 crianças que nascem, 7 são portadoras de PC (MANCINI, *et al.*, 2004, p. 254).

Essas lesões podem ser causadas por infecções durante a gestação, complicações durante o parto (oxigenação insuficiente, mau uso do fórceps, ou prematuridade) e alterações hereditárias. As alterações

motoras constituem a principal característica clínica da doença e são muito heterogêneas podendo variar quanto ao tipo, distribuição anatômica nos membros e gravidade do comprometimento motor (LIPTAK; ACCARDO *apud* MORALES, 2005). Assim, o impacto social que a PC causa na vida da pessoa acometida, de seus familiares e da sociedade em geral, refletem diretamente nas políticas públicas pelo alto custo gerado.

Também a ênfase na atenção à saúde das crianças com PC faz com que a família seja melhor assistida durante a infância dos seus filhos. Além disso, os escassos investimentos financeiros em saúde pública associada à carência de profissionais especializados direcionam a prioridade ao atendimento de pacientes cujos comprometimentos motores sejam menores, conforme o índice de classificação determinado pelo Sistema de Classificação da Função Motora Grossa GMFCS – *Gross Motor Function Classification System*). Esse índice foi desenvolvido por pesquisadores canadenses vinculados à *Canchild Centre for Childhood Disability Research* e tem como objetivo uniformizar as avaliações realizadas acerca do grau de comprometimento do portador de PC de 0 aos 12 anos de idade, e traçar um prognóstico mais assertivo, visto a complexidade das manifestações clínicas da PC. Esse método de avaliação foi traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil, permitindo confiabilidade em sua aplicação para mensurar o nível de habilidade na execução de atividades motoras grossas em pessoas com paralisia cerebral, segundo cinco níveis de classificação:

O paciente classificado no nível I a criança capaz de andar, correr e pular, porém, com prejuízo na velocidade, coordenação e equilíbrio; no nível II pode andar e apresenta capacidade mínima para correr e pular; no nível III tem apenas marcha com aparelhos auxiliares de locomoção; no nível IV a locomoção independente é muito limitada; no nível V todas as funções motoras estão fortemente limitadas (RIBEIRO, *et al.*, 2014, p. 442).

Ainda é importante ressaltar que a ocorrência dos desligamentos destes pacientes pelas instituições que lhes prestam atendimento normalmente ocorre por dificuldades em seus deslocamentos, situação que se acentua à medida que eles vão saindo da adolescência e adentrando à vida

adulta, o que torna um agravante em suas limitações físicas e funcionais e repercute diretamente na dinâmica familiar e na sua qualidade de vida (QV). Além disso, comumente as mães têm como principal atividade o cuidado do(a) filho(a) com deficiência, o que a impossibilita de exercer atividades formais e reduz o orçamento familiar, prejudicando sua participação social em atividades de lazer e saúde e ocasionando-lhes estresse físico, mental e adoecimento. Conforme constata-se em:

As mães veem seu projeto de vida modificado, pela necessidade de cuidado dos filhos e tendem a se sentir menos satisfeitas com a vida. A baixa autoestima, a falta de suporte familiar e social, os recursos financeiros escassos, os sentimentos de frustração/menos valiam e a sobrecarga diária de tarefas causam angústia, estresse e repercutem na saúde física e psicológica. (RIBEIRO, *et al.*, 2014, p. 444).

Desta forma, decidimos direcionar nossa atenção a esse público e contribuir para sua reintegração na sociedade, fortalecendo os vínculos e autonomia dessas famílias colaborando com o processo social de inclusão.

## DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

A partir desses parâmetros adotamos o critério de seleção de 14 famílias que fariam parte do programa, atendendo ao público de baixa renda, estabelecendo a rica troca de experiência entre academia e sociedade - própria dos trabalhos extensionistas, com envolvimento de alunos, professores e profissionais da APAE, atendendo ao que se estabelece no cap. I da Resolução nº 04/2009 (atualizada pelo cap. II da Resolução nº 25/2019) do Conselho Universitário (CONSUN) da UFU, qual define como princípios da Extensão, entre outros: a promoção da integração ensino/pesquisa, o caráter educativo, a articulação entre a universidade e a sociedade com troca de saberes e o caráter transformador com melhoria da qualidade de vida da população, direcionando-se sobre setores sociais menos assistidos.

O “Programa Itinerante de Educação e Saúde: Qualidade de vida nas famílias de Pessoas com Deficiência” foi elaborado com base nas

diretrizes das políticas públicas de atenção à pessoa com deficiência e nas modalidades de atendimento que visam assegurar sua inclusão no convívio societário, comunitário e familiar, de forma a garantir-lhes inserção e promover-lhes melhora na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Desta forma, os atendimentos foram direcionados às pessoas com deficiência por seqüela de PC, através da intervenção domiciliar realizada por equipe interdisciplinar composta por: assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e psicopedagoga com envolvimento direto de seus familiares. Após definir o público alvo, foram realizadas visitas às famílias das PcDs contempladas para esclarecimentos e aceitação dos termos propostos no projeto. Ao final do mês de junho daquele ano demos início às oficinas de formação de cuidadores com a atuação inicial da fisioterapeuta e psicopedagoga, além da participação de discentes dos cursos de licenciatura da FACIP/UFU como observadores e aplicadores de questionário socioeconômico.

As estratégias usadas nesta proposta de intervenção basearam-se em: 1) orientações nas funções e hábitos de vida diária com base na observação da cultura familiar; 2) execução de exercícios motores enfatizando a melhora da amplitude de movimento e da coordenação motora fina e grossa da PcD; 3) no acompanhamento do uso da medicação prescrita pelo médico; 4) na orientação nutricional; 5) no processo de higiene; 6) na participação da PcD no âmbito familiar; 7) na articulação com a comunidade através dos ciclos de debates do projeto desenvolvido pelo trabalho dos professores e alunos da UFU; 8) no reforço das capacidades e habilidades das PcDs; 9) no processo de ressocialização familiar; 10) no incentivo da participação da família em órgãos colegiados como Conselhos Municipais e outros.

Lembramos que, desde a Constituição de 1988, é dever da União promover as condições de saúde, habilitação e reabilitação, assistência pública, trabalho e educação, além de propiciar meios para efetivar a integração das PcDs em sua comunidade. Também consta na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - LEI 9.394/1996) um



capítulo que trata especificamente da Educação Especial e que ampara as crianças especiais em idade escolar. No entanto, sabe-se que as limitações dos serviços especializados voltados ao atendimento de adolescentes e adultos com PC, assim como aos seus familiares e cuidadores, é fator agravante de saúde física e mental e impacta negativamente na dinâmica familiar e no contexto social, uma vez que, a sobrecarga dos cuidados contínuos e diários, em especial das mães (cuidadoras em tempo integral) ocasiona seu adoecimento.

Desta forma, a proposta dessa extensão universitária foi atender às PcDs em idade adulta, no âmbito de seu domicílio, garantindo-lhes assistência com foco na melhoria em sua qualidade de vida e na promoção de sua reintegração social, bem como de seus familiares, uma vez que, em função das suas condições econômicas e das dificuldades enfrentadas perante suas limitações acabam tornando-se alheios aos seus direitos de cidadãos. Portanto, as oficinas tinham como foco ampliar as possibilidades dos familiares envolvendo seus membros e capacitando-os para atender às necessidades dos PcDs, tornando-os proativos na busca por soluções de suas fragilidades. Nesse sentido:

Os terapeutas podem direcionar suas técnicas para objetivos concretos, por exemplo, desenvolver a habilidade de tornar o paciente mais autônomo nas atividades de vida diária ou favorecer que o paciente participe mais ativamente com o cuidador nessas atividades. Enfim, o princípio básico de qualquer plano terapêutico deve ser mais concentrado em uma abordagem que seja mais orientada à independência e menos preocupada com a importância simbólica da marcha independente (REBEL, *et al.*, 2010, p. 348).

Ao longo do projeto de extensão (2007-2008), trabalhamos com 14 casos de pacientes com PC de diferentes pontos da cidade de Ituiutaba, em sua maior parte, oriundos da APAE desse município, portanto, que receberam atendimento na instituição até a adolescência e que foram desligados por diferentes razões, especialmente pela dificuldade de locomoção quando adentraram à vida adulta. Deste grupo, 50% tinham idade acima de 20 anos, correspondendo à estatística em nível de Brasil,

alguns casos atendidos superaram a média de expectativa de vida tendo recebido acompanhamento na infância enquanto outros nunca contaram com assistência fisioterapêutica, o que pode se relacionar com fatores intrínsecos e extrínsecos conforme aponta pesquisa:

Aproximadamente 87% das pessoas com PC sobrevivem até os 30 anos e quase 85% dos que passam dos 20 anos sobrevivem até os 50 anos. Diversos fatores influenciam a sobrevida, como o tipo de PC (por exemplo, a quadriplegia espástica tem o pior prognóstico), presença ou não de epilepsia e deficiência mental grave. (...)O nível de disfunção motora está relacionado ao alcance de atividades, à necessidade de assistência e à utilização de recursos de assistência na vida diária. (REBEL *et.al.*, 2010, p. 345).

Embora o modelo de Saúde Pública tem focado nas ações de erradicação das doenças, a incidência de PC decorre de fatores múltiplos, o que nos parece pouco provável que seu acometimento possa ser suprimido, visto que, apesar dos avanços tecnológicos aliados aos recursos oferecidos pelas UTI's neonatal possibilitarem a sobrevivência de bebês extremamente imaturos ao nascimento, o país ainda carece de muito investimento pela extensão do território brasileiro e suas disparidades econômicas.

Verificamos no grupo de pacientes atendidos pelo projeto que 50% deles foram fruto da primeira gestação de suas mães, reafirmando a importância da informação e acompanhamento pré-natal às gestantes para identificar fatores de riscos à prematuridade, principalmente. Assim, é fundamental uma abordagem mais humanística na condução do seu tratamento e uma atenção diferenciada a suas famílias. Neste sentido o Ministério da Assistência Social (1998, p. 17) sugere “ações que proporcionam o atendimento domiciliar, apoio às famílias de pessoas com deficiência de nível severo ou profundo, com vistas a facilitar o desenvolvimento das atividades de vida diária, por mínimas que sejam”.

Acreditamos, portanto, que o atendimento domiciliar possibilita conhecer o impacto da PC na qualidade de vida do paciente e de seus familiares identificando as áreas nas quais eles se sentem mais afetados

e auxiliando em suas decisões, na escolha de recursos terapêuticos e nas orientações oferecidas pela equipe interdisciplinar.

Desta forma, a equipe realizou atendimentos semanais às famílias das PcD contempladas pelo projeto, dos quais seis eram do sexo feminino e oito do sexo masculino, traçando inicialmente um diagnóstico das limitações de cada um e levantando o perfil social destes através da anamnese e questionário. Constatou-se que esses indivíduos tinham em média 24 anos de idade, sendo que, doze deles nasceram na cidade de Ituiutaba/MG, um no Rio de Janeiro e outro no Mato Grosso.

Sete destes (50%) foram a primeira gestação de suas mães, tendo sido em sua maioria parto normal realizado em hospitais da rede pública de saúde, dentre estes, destacamos que um foi por meio de fórceps e outros três através de cesarianas, além disso, três nasceram em casa, outros três prematuros e um pós-maduro, sendo que a média de idade de suas mães na gestação foi de 24 anos. Apenas quatro deles frequentaram outras instituições escolares além da APAE e somente dois foram alfabetizados, demonstrando que a maior parte apresentava algum acometimento intelectual. Em média, estas famílias tinham três filhos, com exceção de três delas com filhos únicos e um caçula (PcD) de uma família com 21 filhos. Segundo o histórico e diagnóstico, entendemos que, treze foram vítimas de Paralisia Cerebral, sendo que, dez foram de ocorrência perinatal, três de pós-natal (um por acidente automobilístico e dois por infecção adquirida), e, apenas um teve acometimento em função de herança genética, embora inexista diagnóstico preciso (CARVALHO; SOUZA, 2009).

Em relação ao perfil socioeconômico dessas famílias foi constatado que 71% têm casa própria ou financiada, renda média de dois salários mínimos e vivem cerca de 3,5 pessoas em média por residência. Quase 100% das casas possuíam eletrodomésticos, tais como: geladeira, fogão, liquidificador, televisão e rádio,

50% dessas famílias tinham celular e apenas uma tinha computador com acesso à internet. Somente cinco destas famílias declararam ter contato com leitura de jornais, revistas ou livros de forma esporádica.

Quanto ao lazer, oito famílias tinham hábito de locar filmes, mas não frequentavam cinemas ou teatros, e entre outras coisas, classificaram como lazer os passeios em casa de parentes, salões de dança e presença a cultos religiosos.

As casas tinham em média seis cômodos e apenas 29% das famílias possuíam veículo próprio (carro ou moto), assim, a maior dificuldade apresentada por estas foram a locomoção da PcD, uma vez que a cidade de Ituiutaba não contava com serviço de transporte público adaptado à cadeirantes, além disso, a isenção do pagamento da passagem na utilização de veículos públicos era restrito à pessoa com deficiência, que, em geral, não tinha autonomia para se locomover sem acompanhante, dificultando desta forma o acesso aos tratamentos propostos pelas entidades assistenciais. Outro problema identificado foi a renda familiar e a sobrecarga física e emocional do cuidador, uma vez que em função das despesas oriundas do cuidado da PcD (remédios, fraldas, alimentação...) e da sua dependência nas atividades de vida diária (AVD), o cuidador que, em sua maioria era a mãe, ficava impedido de complementar a renda com alguma atividade remunerada, sendo assim, todas as famílias assistidas pelo projeto contavam com o benefício de prestação continuada de assistência social (BPC). A média de idade das mães foi de 50 anos, sendo que, a maior parte não concluiu o ensino fundamental e apenas três delas cursaram o nível médio. Destas, três conseguiam trabalhar como diaristas eventualmente e treze declararam ser de religião católica (CARVALHO; SOUZA, 2009).

O atendimento domiciliar foi estruturado de acordo com as condições socioeconômicas, material de apoio adaptado, identificação do cuidador e seu envolvimento com a PcD. Foi considerável a melhora da QVRS que as visitas regulares da equipe, em especial do fisioterapeuta, geraram na vida e no cotidiano dos pacientes com PC e de seus familiares, desenvolvendo nestes a sensação de segurança e confiança. Assim, entendemos que a inexistência de serviços especializados de fisioterapia junto à ESF pode ser um fator de redução da expectativa de vida de grande parte da população acometida pela PC, o que pode

gerar também impacto negativo na QVRS de suas famílias, incluindo o bem-estar social, físico e emocional de todos os envolvidos.

A equipe percorreu aproximadamente 1000km ao longo de um ano do projeto em cerca de dez bairros da cidade, tendo sido

feito entre 4 e 5 atendimentos diariamente, totalizando cerca de 400 visitas da equipe da APAE e da UFU.

FFForam ministradas cerca de 400 horas de oficinas de fisioterapia com as PcDs buscando capacitar o cuidador familiar às necessidades apresentadas pelo paciente.

Igualmente, foram realizadas 400 horas de trabalho psicopedagógico no projeto, estimulando entre outras coisas, a propriocepção das PcDs. Também, foram aplicadas cerca de 40 horas de oficinas de nutrição para orientar as famílias no quesito alimentação e saúde.

Participaram do projeto quase 60 alunos dos cursos de pedagogia, história e biologia da UFU/FACIP (Campus do Pontal).

Como resultado das oficinas atendimento domiciliar foi possível melhorar os cuidados de vida diária das PcDs conforme relatos apresentados na conclusão do projeto, onde uma mãe falava sobre a melhora no manuseio para trocar a fralda do filho de 25 anos de idade que apresentava tetraplegia espástica (grau V) e luxação de quadril pelo seu receio de provocar-lhe uma fratura. Neste caso, também foi perceptível pela equipe, a melhora dos cuidados no ambiente em que o paciente ficava a maior parte do seu tempo, reafirmando a repercussão positiva que as visitas domiciliares regulares da equipe provocam nas famílias e em seus hábitos. Em outro depoimento, um pai viúvo que também apresentava dificuldades em trocar a fralda do filho de 23 anos com diplegia predominante em membros inferiores, relatou melhora significativa no processo de sua higienização devido à orientação recebida quanto à forma adequada de manipular o quadril luxado do paciente, aliviando sua dor e diminuindo sua resistência ao movimento. Também observamos aumento da autoconfiança familiar e proatividade em busca de apoio necessário à manutenção da saúde geral da PcD, como exemplo assistência dentária e médica específicas. Aqui, destacamos um

paciente de 14 anos de idade diparético com bom sistema cognitivo que apresentava grande dificuldade para andar devido ao encurtamento de tendões e que aguardava há dois anos por cirurgia para liberação destes. Após as visitas regulares da equipe e incentivos recebidos retornava a deambular com auxílio de andador como resultado das técnicas de liberação miofascial, dos alongamentos e do treino para fortalecimento muscular (CARVALHO; SOUZA, 2009). Neste caso, o paciente recebeu atenção pedagógica específica, visto estar sem frequentar a escola pelas dificuldades de locomoção e difícil acesso por cadeira de rodas, já que morava em rua não pavimentada.

Em alguns casos o estímulo às faculdades cognitivas através das atividades propostas pela psicopedagoga também proporcionou a melhora no desempenho escolar, tendo como exemplo uma paciente de 15 anos de idade com dificuldades de aprendizado, que através do apoio e incentivo da equipe superou suas limitações retomando o ritmo de estudo. Foi possível também por meio de orientações nutricionais melhorar o desempenho dos pacientes em relação aos exercícios propostos estimulando o aproveitamento dos alimentos em relação ao gasto energético.

Destacamos ainda o caso de uma paciente de 35 anos de idade, com tetraparesia que nunca havia recebido atendimento especializado, e, que mesmo encontrando resistência familiar, inicialmente, em especial da mãe com 80 anos de idade, foi assistida pelo projeto que lhe proporcionou melhora significativa em sua QV após as orientações e o acompanhamento da equipe.

Além disso, o envolvimento dos alunos no projeto através da observação das oficinas de atendimento, da aplicação de questionário socioeconômico e da participação nos dois ciclos de debates promovidos pelos organizadores do projeto - quando contamos com a participação de profissionais da Associação de Assistência à Criança Deficiente de Uberlândia-MG (AACD) e de alguns membros da comunidade acadêmica, possibilitaram a reflexão destas ações e de tudo que as envolveram, impactando na tomada de consciência e no aprendizado acerca da questão que envolve a deficiência, a eficiência e a inclusão, proporcionando-lhes

mudança de paradigmas nos padrões sociais pré-estabelecidos, visto a heterogeneidade que envolve nossa sociedade e a problemática da inclusão em um contexto social mais amplo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma concluímos que os objetivos do projeto foram alcançados, já que ficou claro e evidente o grau de impacto, de mudança, de responsabilidade e de interlocução ocasionados pelo envolvimento e sensibilização das pessoas envolvidas nele, conforme afirma Klering, *et al.* (2002) acerca da importância desses elementos e atributos em um projeto e o impacto na mudança de hábitos de uma comunidade. Acreditamos que alguns desses elementos foram perceptíveis nesta experiência por desencadear nas famílias envolvidas uma mudança comportamental e melhora na tomada de decisões. Além disso, o diferencial desse projeto está no atendimento domiciliar, visto que, foi constatado que a questão da locomoção é determinante na qualidade de vida das PcDs, pois interferem diretamente na busca por tratamento e atendimentos especializados. Também foi possível observar que as visitas regulares da equipe contribuíram para reforço da autoestima das pessoas com deficiência e de seus familiares proporcionando atitudes que refletiram na melhoria de sua qualidade de vida, conforme percebido pela equipe no decorrer dos atendimentos e constatado nas falas dos familiares, profissionais e alunos envolvidos no projeto. Portanto, entendemos ser necessário esforços contínuos para ampliar as atividades independentes e para promover a participação de todas as PcDs como forma de prevenir disfunções secundárias a ela relacionadas.

## REFERÊNCIAS

- ABDON, A. P. V. Atuação do Fisioterapeuta no Atendimento Domiciliar de Pacientes Neurológicos: A Efetividade Sob a Visão do Cuidador. **RBPS** 2005; 18 (2): 64-69.
- ANDRADE, C. C. Ser Ou Não Ser Interdisciplinar? Eis a Questão. A Atuação do Serviço Social na APAE-Franca. **Dissertação de Mestrado**. Unesp, Franca, 2002.
- BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

- BRASIL, MEC. SEESP. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, 1994. (Livro1)
- BRASIL, MEC. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** No. 9394. Brasília, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência Social. **A Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência na Área da Assistência Social**, MPAS/SAS, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Contribuições Pragmáticas para a Organização dos Recursos Humanos em Saúde e para a História da Profissão médica no Brasil**. Brasília/DF, 2004.
- BRASIL, Presidência da República. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI)**, Brasília-DF, 2015.
- CARVALHO, J.T.; SOUZA, S.T. Programa Itinerante de Educação e Saúde: Qualidade de Vida nas Famílias de Pessoas com Necessidades Especiais (Ituiutaba-MG). **Em Extensão (UFU)**, v. 8, p. 91-104, 2009.
- FLORIANI, C.A. Atendimento Domiciliar ao Idoso: Problema ou Solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):986-994, jul-ago, 2004.
- FRANCA, Prefeitura Municipal. **Cuidadores Domiciliares**, Manual da Secretaria Municipal de Franca, 2001.
- HIRATUKA, E.; MATSUKURA, T. S. E.; PFEIFER, L. I. Adaptação Transcultural Para o Brasil do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). **Brazilian Journal of Physical Therapy** [online]. 2010, v. 14, n. 6. Acesso em 12 nov. 2021, pp. 537-544. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552010000600013>. Epub 04 Feb 2011. ISSN 1809-9246.
- KLERING, L. R.; FACHIN, R. C.; MESQUITA, Z., **Avaliação da importância de atributos de projetos de desenvolvimento inovadores**. São Paulo, 2002. Disponível em: [www.Inovando.fgvsp.br](http://www.Inovando.fgvsp.br). Acesso em outubro de 2021.
- MANCINI, M.C., et al. Gravidade da Paralisia Cerebral e Desempenho Funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, V.8, n.3, 2004, p. 253-260.
- MAZZOTTA, M.J.S. **Educação Especial no Brasil: História e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 1996.
- MORALES, N.M.O. Avaliação Transversal da Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Com Paralisia Cerebral por meio de um Instrumento Genérico (CHQ-PF50). **Dissertação de Mestrado**, UFU, 2005.
- OLIVEIRA, A.A.S. Educação Especial: a questão das oportunidades educacionais da pessoa com deficiência. **Dissertação de Mestrado**. UFSCAR. São Carlos, 1996.
- REBEL, M. F. et al. Prognóstico Motor e Perspectivas Atuais na Paralisia Cerebral. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 342-350, ago.



2010. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000200016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 12 nov. 2021.

RIBEIRO, et. al. Estresse Parental em Mães de Crianças e Adolescentes Com Paralisia Cerebral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, maio-jun. 2014; 22(3):440-7 DOI: 10.1590/0104-1169.3409.2435www.eerp.usp.br/rlaeUSP. Acesso em 13 nov. 21.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência. **Revista Latino-americana Enfermagem**, 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34.

SANTOS, E.F.R.R. Atendimento às famílias de deficientes: uma analisa das propostas institucionais a partir dos relatos de profissionais que atuam na área. **Dissertação de Mestrado**. UFSCAR, São Carlos, 1993.

SASSAKI, R.K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 3ª.ed., Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SCOZ, B. et al. (Org.). **Psicopedagogia – O caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

Nota: os resultados parciais dessa experiência foram publicados previamente. Ver: CARVALHO, J. T.; SOUZA, S. T. “Programa Itinerante de Educação e Saúde: Qualidade de Vida nas Famílias de Pessoas com Necessidades Especiais (Ituiutaba-MG)”. Em *Extensão (UFU)*, v. 8, p. 91-104, 2009.

# SÍNDROME DE FRAGILIDADE EM IDOSOS COMUNITÁRIOS: ACHADOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR NORDESTINO

Franciele Santos de Oliveira<sup>106</sup>

Laize Gabriele de Castro Silva<sup>107</sup>

Ítala da Silva Martins<sup>108</sup>

Frankly Eudes Sousa Martins<sup>109</sup>

José Felipe Costa da Silva<sup>110</sup>

Ana Carolina Patrício Albuquerque Sousa<sup>111</sup>

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, acontece de forma acelerada e significativa (IBGE, 2010; CRUZ *et al.*, 2017). Esse fenômeno ocasiona maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes, representando desafios para as políticas públicas na busca pela garantia do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, bem como na capacidade de reposta eficiente às necessidades sociais e econômicas das pessoas idosas (BARRETO, CARREIRA & MARCON, 2015).

---

<sup>106</sup> Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde (UFRN).

CV: <http://lattes.cnpq.br/5691289557950070>

<sup>107</sup> Mestranda em Fisioterapia (UFPB). CV: <http://lattes.cnpq.br/3263326634783446>

<sup>108</sup> Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde (UFRN).

CV: <http://lattes.cnpq.br/6844178408282231>

<sup>109</sup> Mestrando em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina (UFRN).

CV: <http://lattes.cnpq.br/2915074935521005>

<sup>110</sup> Mestre em Gestão e inovação em Saúde (UFRN).

CV: <http://lattes.cnpq.br/2417859765233181>

<sup>111</sup> Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Docente na Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN. CV: <http://lattes.cnpq.br/3934508395223787>

O envelhecimento pode acontecer por dois processos: a senescência e a senilidade. A senescência é o evento primário ou inevitável que ocorre paulatinamente e é representado pelas alterações físicas, fisiológicas e cognitivas. Enquanto a senilidade é traduzida como um evento secundário, resultante de más condições e maus hábitos de vida, falta de atividade física e de estimulação cognitiva, ocasionando doenças crônicas, isolamento social e limitações físicas e mentais (CIOSAK *et al.*, 2011).

Diante desse contexto, a avaliação dos aspectos relacionados ao envelhecimento, entre eles, a Síndrome da Fragilidade (SF), é fundamental. Essa condição clínica é reconhecida como problema e necessidade de saúde pública (DUARTE *et al.*, 2017), pois caracteriza-se como um estado de alta vulnerabilidade para desfechos adversos como: incapacidade funcional, queda, hospitalização e morte. Além disso, é resultado de deficiências multissistêmicas e declínio de reservas fisiológicas relacionados a idade, exercendo um impacto negativo na qualidade vida dos idosos e aumento dos gastos de saúde ((THILLAINADESAN *et al.* 2020).

O conceito de SF ainda é bastante variado na literatura, o que condiciona a uma multiplicidade de instrumentos de avaliação, alguns restringem-se aos componentes físicos da fragilidade e outros valorizam os aspectos multidimensionais da pessoa idosa, levando em consideração questões sociais, psicológicas e cognitivas (LOURENÇO *et al.*, 2018).

Pesquisadores norte-americanos definem a síndrome de fragilidade baseada em um tripé de alterações que é formado pela sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, compondo o fenótipo da fragilidade (FRIED *et al.*, 2001). Já os pesquisadores do *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) aceitam o modelo do fenótipo de fragilidade norte-americano, mas entendem que essa avaliação não pode ser separada de elementos também importantes como cognição, humor e suporte social. Portanto, propuseram uma ferramenta clínica de detecção da fragilidade em pessoas idosas, a *Edmonton Frail Scale* (EFS), uma escala abrangente, validada, confiável e de fácil manuseio para uso rotineiro (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009).

No entanto, independente do modelo empregado, enfatiza-se a importância do uso de instrumentos para diagnóstico desta condição clínica, de forma precoce e oportuna (LOURENÇO *et al.*, 2018), pois a fragilidade pode ser prevenida e os desfechos adversos serem reduzidos a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo necessário o desenvolvimento de ações e mecanismos que favoreçam o cuidado integral da pessoa idosa (AUGUSTI, FALSARELLA & COIMBRA, 2017).

Nesse contexto, o presente estudo fundamenta sua importância ao contribuir com os avanços para a integralidade do cuidado e promoção da saúde do idoso, por meio do planejamento e vigilância em saúde no âmbito da APS, incentivando o uso de instrumento válidos e confiáveis para a avaliação de agravos à saúde da pessoa idosa pelos profissionais da saúde. Cientes de que idosos frágeis são os que mais necessitam de cuidados na saúde, o presente estudo considerou a fragilidade a partir do conceito do CIF-A, tendo como objetivo geral aplicar a *EFS* nos idosos atendidos pela APS e identificar a ocorrência de vulnerabilidade em cada domínio da *EFS* nos idosos avaliados.

## DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal, analítico e observacional, desenvolvido no período de setembro a dezembro de 2018. Realizado na cidade de Caicó, município do estado do Rio Grande do Norte - RN, Brasil.

O referido município possui cerca de 70.000 habitantes e densidade populacional de 54,99 hab./Km<sup>2</sup>, sendo a sétima cidade mais populosa do estado e a segunda mais habitada do interior do RN. Apresenta uma expectativa de vida em torno de 74,4 anos, maior do que a média nacional e uma das maiores dentre os municípios do norte-nordeste como também, possui o quarto melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH de 0,71) do estado (IBGE, 2010). A cidade conta com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cobrindo cerca de 95% da população. A pesquisa foi realizada em cinco Unidades Básicas do município devido a atuação dos profissionais residentes do programa de residência

multiprofissional em atenção básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte/UFRN.

Nesse estudo, foram incluídos idosos com idade a partir de 65 anos, de ambos os sexos, residentes na comunidade, cadastrados em unidades básicas da zona urbana do município que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os idosos que não conseguiram concluir todas as etapas da coleta dos dados.

Após seleção da amostra os dados foram coletados por 3 fisioterapeutas, devidamente treinados para aplicar os instrumentos de coleta nas unidades básicas, com entrevista agendadas. Foram coletadas informações referentes as características sociodemográficas por meio de um questionário semiestruturado contendo as seguintes informações: gênero/sexo, idade, cor/etnia, estado civil, escolaridade, prática religiosa e renda mensal.

A fragilidade foi mensurada pela EFS, considerado um instrumento confiável e de fácil manuseio, adaptada culturalmente para sete países (FALLER, 2019). Possui validação para contexto brasileiro e tradução para língua portuguesa, apresenta nove domínios, sendo eles: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência esfinteriana e desempenho funcional. Esses domínios são avaliados em 11 itens e escore total pode variar de 0-17. São usados como ponto de corte para classificar a fragilidade: 0-4, indica que não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável à fragilidade; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; e 11 ou mais, fragilidade grave (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009).

Os dados foram armazenados e processados no Software Estatístico *Statistical Package for the Social Science* versão 20.0 para Windows (SPSS 20.0) e adotado o nível de significância de 5 %. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva com medida de tendência central (média), medida de dispersão (desvio padrão) e frequências absolutas e relativas, para caracterizar a amostra e investigar a ocorrência de

fragilidade e dos principais domínios da EFS. Foi estimado um IC95% e nível de significância =5%.

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA/UFRN (n° Parecer CEP 2.452.346). Foram obedecidos nesta pesquisa os princípios de bioética registrados na resolução n° 510/2016 de Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Foram avaliados um total de 109 idosos. A estratificação por faixa etária apresentou uma idade média de 71,5  $\pm$ 5,5 anos, com uma idade mínima de 65 e máxima de 88 anos. Dos idosos, 77,1% eram do sexo feminino, 46,8% eram de etnia branca, 52,3% residiam sem companheiros, 64,2% possuíam ensino fundamental incompleto, 42,2% tinham renda mensal menor que dois salários mínimos e 92,7% participavam de alguma prática religiosa (Tabela I).

**Tabela I:** Dados sociodemográficos dos idosos incluídos no estudo, 2019.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
<b>IDADE</b>	65 a 69 anos	50	45,9
	70 a 74 anos	27	24,8
	75 anos ou mais	32	29,4
<b>GÊNERO</b>	Masculino	25	22,9
	Feminino	84	77,1
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	52	47,7
	Solteiro	12	11,0
	Divorciado	12	11,0
	Viúvo	33	30,3

<b>COR\RAÇA</b>	Branca	51	46,8
	Negra	15	13,8
	Parda	36	33,0
	A m a r e l a \ Oriental	6	5,5
	Indígena	1	0,9
<b>ESCOLARIDADE</b>	Analfabeto	10	9,2
	Fundamental Inc.	70	64,2
	Fundamental Comp.	19	17,4
	Médio Inc.	3	2,8
	Médio Comp.	6	5,5
	Superior ou mais	1	0,9
<b>RENDA MENSAL</b>	Menos de 1 Salário	10	9,2
	1 salário	26	23,9
	>1 e <2 salários	20	18,3
	Entre 2 e 4 salários	52	47,7
	Maior que 4 salários	1	0,9
<b>PRATICA ALGUMA RELIGIÃO</b>	SIM	101	92,7
	NÃO	7	6,4

Fonte: Dados da pesquisa

**Legenda:** n= número de participante (Frequência absoluta); %= Porcentagem (Frequência relativa); min.=mínimo, máx= máximo, com.=completo; Inc= incompleto.

A avaliação da fragilidade nos idosos está descrita na Tabela II. Do total, 10% foram considerados frágeis. Quanto a distribuição de frequência dos domínios da EFS, 7,5% dos idosos apresentaram déficit cognitivo, 67% demonstraram dependência funcional e 66% consideraram seu estado de saúde entre razoável e ruim . Além disso, 29,4%

demonstraram ser dependentes para realizar duas ou mais Atividades de Vida Diária (AVDs), 35,8% afirmaram se sentir triste ou deprimido com frequência, 15,6% perderam peso recentemente e 33% apresentaram alguma dificuldade para controle de esfíncter. No que se refere ao domínio suporte social, 85,3% afirmaram que sempre podiam contar com a ajuda de alguém para atender suas necessidades (Tabela III).

**Tabela II:** Ocorrência de fragilidade em idosos acompanhados na APS de Caicó/RN incluídos no estudo, 2019.

Classificação Fragilidade	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
Não frágil	73	67,0
Vulnerável	25	22,9
Fragilidade leve	8	7,4
Fragilidade moderada	2	1,8
Fragilidade severa	1	0,9
Total	109	100

Fonte: Dados da pesquisa. **Legenda:** n= número de participante (Frequência absoluta), %= Porcentagem (Frequência relativa)

**Tabela III:** Ocorrência dos domínios da EFS, em idosos acompanhados na APS de Caicó/RN incluídos no estudo, 2019.

Domínios da <i>Edmont Frail Score</i>		FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
<b>Domínio 1 - Déficit Cognitivo</b>	Sim	7,5
	Não	92,5
<b>Domínio 2 - Estado Geral de saúde</b>	0	85,3
	<b>2.1 Quantidade de internação no último ano</b>	
	1-2	12,8
	>2	1,8



<b>2.2 Percepção de saúde</b>	Excelente/ muito boa	33,9
	Razoável	55
	Ruim	11
<b>Domínio 3 - Dependência funcional nas AVDS</b>	0-1	70,6
	2-4	25,7
	5-8	3,7
<b>Domínio 4- Suporte social</b>	Sempre	85,3
	Algumas vezes	12,8
	Nunca	1,8
<b>Domínio 5 - Uso de medicamentos:</b>		
<b>5.1 quantidade superior a cinco</b>	Não	79,8
	Sim	20,2
<b>5.2 Esquece</b>	Não	66,1
	Sim	33,9
<b>Domínio 6 - Nutrição Perda de peso</b>	Não	84,4
	Sim	15,6
<b>Domínio 7- Humor Sente-se triste ou deprimido</b>	Não	63,3
	Sim	35,8
<b>Domínio 8- Continência Dificuldade de controlar o esfíncter</b>	Não	67
	Sim	33
<b>Domínio 9- Desempenho físico</b>	0 a 10''	33
	11'' a 20''	57,8
<b>TUG</b>	Mais de 20''	9,2

Fonte: Dados da pesquisa

## DISCUSSÃO

A ocorrência da fragilidade neste estudo foi de 10%, evidenciando que esses idosos apresentam maior risco de eventos adversos relacionados à saúde (FRIED *et al.*, 2001). Segundo uma revisão sistemática e meta-análise, na América Latina, em média 19,6% dos idosos da comunidade são frágeis, com uma prevalência variando de 7,7% à 42,6% (MATA *et al.*, 2016). Esta ampla variação é explicada pelos diferentes modelos teóricos, características e critérios de seleção da amostra e pelos instrumentos operacionais utilizados para mensurar a fragilidade, que ao considerar definições incluindo aspectos psicológicos e sociais, assim como ao abranger idosos mais idosos a partir dos setenta e cinco anos, a prevalência de fragilidade aumenta, consideravelmente (CESARI, 2016). Vale ressaltar que no presente estudo, a média de idade foi inferior aos setenta e cinco anos, estando a maioria dos participantes na faixa etária de 65 a 69 anos.

Em relação ao déficit cognitivo, apenas oito idosos apresentaram pontuação que indicava comprometimento cognitivo. O estudo de Fernandes *et al.* (2013) identificaram que idosos com algum grau de fragilidade apresentaram déficit cognitivo bem como indicaram que idosos não frágeis com comprometimento cognitivo tinham maior chance de se tornarem frágeis, em comparação com aqueles que não possuíam o comprometimento cognitivo. Porém, a baixa ocorrência de pontuação indicativa de déficit cognitivo no presente estudo, pode ter sido influenciada por um viés de seleção, visto que a amostra foi de idosos comunitários, sem histórico de déficit motor ou cognitivo grave.

No tocante à internação hospitalar, 14,6% dos idosos tiveram uma ou mais internações no último ano. Sabe-se que a população idosa apresenta maior número de doenças e/ou condições crônicas, as quais demandam mais serviços médicos e hospitalares e por tempo prolongado, sendo notório o alto consumo dos recursos de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) por esse público (BRASIL, 2006).

Quanto maior o tempo de hospitalização maiores serão os malefícios, pois a internação geralmente é acompanhada por declínio no

estado funcional e mudanças na qualidade de vida dos idosos, o que acaba se configurando como um fator agravante da fragilidade (GRDEN *et al.*, 2017). Dessa forma, faz-se necessário a presença de profissionais qualificados para o acompanhamento do idoso na APS, esforçando-se para a redução de internações por causas evitáveis (BRASIL, 2006).

No presente estudo, a maioria dos idosos declaram independência para realização das AVDs, afirmando necessitar de ajuda para no máximo uma atividade, corroborando com resultados de Fernandes *et al.* (2013). Por outro lado, 29,4% dos avaliados consideram ser dependentes para realizar duas ou mais AVDs, o que pode comprometer a qualidade de vida e produzir um risco aumentado para dependência, institucionalização e morte prematura dos idosos (BONARDI; AZEVEDO & MORAES, 2007).

Na dimensão suporte social, a maioria dos entrevistados referiram “sempre ter com quem contar”. Estudos epidemiológicos já identificaram associação entre o apoio social e a ocorrência de diversos desfechos relacionados à saúde, de forma que, muitos pesquisadores consideram que ausência ou ruptura do apoio e das relações sociais afetam os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que, o indivíduo se torne mais vulneráveis às doenças (GRDEN *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2012). Assim, o suporte social pode promover um melhor enfrentamento de situações de estresse, e faz com que as pessoas sintam-se amadas, seguras e tenham melhor autoestima, influenciando positivamente seu bem-estar psicológico, além de favorecer a participação ativa do idoso na sociedade contribuindo assim na prevenção da fragilidade (GRDEN *et al.*, 2017).

Em relação ao uso de medicamentos, 20,2% dos idosos relataram consumir mais de cinco remédios diferentes ao dia e 33,9% relataram esquecer de tomar algum medicamento. Sabe-se que idosos representam 50% do grupo de pessoas que fazem uso de múltiplos medicamentos, pois o processo de envelhecimento resulta na queda progressiva de reserva funcional dos indivíduos e, associado ao estilo de vida, pressupõe o surgimento de doenças crônicas, as quais requerem longos tratamentos e/ou alteração no estilo de vida, assim como maior complexidade dos esquemas medicamentosos (FERNANDES *et al.*, 2013).

Sabendo que a polifarmácia pode acarretar risco para a fragilidade em idosos (PEGORARI & TAVARES, 2014), percebe-se a necessidade de desenvolver ações educativas sobre o uso racional de medicamentos, bem como propor alternativas como a inserção de práticas integrativas e complementares na APS.

A perda de peso foi relatada por 15,6% dos idosos. Alguns estudos mostram que uma das manifestações clínicas mais observadas na SF inclui a perda de peso (FRIED *et al.*, 2001). Tal acontecimento seria decorrente de diversos fatores tais como: desregulação energética, saúde oral prejudicada, problemas dentários, diminuição da salivação, dificuldades na deglutição, diminuição da sensibilidade do paladar e olfato, dor crônica, uso variado de medicações, comprometimento visual, limitações funcionais que dificultam o preparo e o consumo dos alimentos, demência, pobreza, depressão e isolamento social (CARMO; DRUMMOND & ARANTES, 2011). Todavia, a perda de peso é um preditor que reflete, dentre outras consequências, na perda de massa e força muscular, causando a fadiga e a diminuição do condicionamento cardiorrespiratório (FRIED *et al.*, 2001).

Quando questionados sobre o humor, 35,8% dos entrevistados relataram sentir-se triste ou deprimido. Os distúrbios depressivos são as formas mais frequentes de alteração do humor em pessoas idosas. Em geral, é difícil o reconhecimento da depressão nos idosos e a razão disto é o fato de que os sintomas são, erroneamente, confundidos com comportamentos esperados em pessoas idosas, sendo muitas das vezes não diagnosticada (VERAS *et al.*, 2019). No entanto, transtornos depressivos apresentam forte relação com fragilidade, à medida que idosos com transtornos depressivos tendem a reduzir o nível de atividade física, a autonomia, a independência na realização das AVDs e a participação social (DILLON *et al.*, 2014).

No tocante ao controle esfinteriano, dentre os avaliados, 33% apresentaram problemas em conter a urina. A Incontinência Urinária (IU) é um sinal precoce de fragilidade no idoso, acometendo cerca de 20% das mulheres e 10% dos homens com mais de 60 anos (FERNANDES *et al.*, 2013). A IU em idosos frágeis ocorre em virtude da interação

de diversos fatores de risco, tais como comorbidades, envelhecimento natural das fibras musculares do assoalho pélvico, fatores obstétricos-ginecológicos, estado hormonal, medicações, tosse crônica, álcool, cafeína, tabagismo, alterações psicológicas e cognitivas relacionadas à idade (DUBEAU *et al.*, 2010). Ressalta-se a necessidade de prevenção dessa condição em idosos ainda na APS através de ações educativas de forma multidisciplinar, uma vez que a presença de IU induz a diminuição da prática de atividades de vida (FONSECA *et al.*, 2010).

Neste estudo, o domínio de desempenho físico foi o que apresentou maior ocorrência, corroborando com estudos realizados com a população brasileira, os quais encontraram o item lentidão da marcha como o critério mais frequente, em idosos frágeis (CARMO; DRUMMOND; ARANTES, 2011). Com o envelhecimento, ocorrem alterações neuromusculares, visuais, vestibulares e proprioceptivas que culminam na sarcopenia, redução do equilíbrio e velocidade da marcha, perda de força e massa muscular especialmente nos membros inferiores, predispondo à quedas e à incapacidade funcional (LENARDT *et al.*, 2016).

Diante dos eventos adversos relacionados a fragilidade, esta acaba sendo considerada onerosa para o paciente e para a sociedade (BUCKINX *et al.*, 2015). Com isso, para garantir a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde, melhorar a qualidade do atendimento prestado, as práticas de cuidados às pessoas idosas exigem abordagem global e multidisciplinar (CESARI *et al.*, 2016).

Como visto, o conceito de fragilidade é amplo e envolve aspectos biomédicos e psicossociais, sendo uma condição progressiva que começa com um estágio pré-clínico, e oferece a possibilidade de detecção precoce e, portanto, de prevenção (BUCKINX *et al.*, 2015). Além disso, destaca-se que a fragilidade apresenta um caráter reversível, o que sugere que o diagnóstico e intervenções precoces contribuem para manter ou retardar o estado de fragilidade, torna-se importante que profissionais da saúde reconheçam idosos vulneráveis a eventos adversos e identifiquem precocemente a SF e possam ter mecanismos para o planejamento e promoção à saúde do idoso (YE *et al.*, 2020).

No Brasil, a APS deve funcionar como principal porta de entrada e ordenadora do cuidado das redes de atenção, sugere portanto uma conexão entre vigilância em saúde e atenção básica como estratégia para atender as necessidades da população (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Partindo dessa perspectiva, as abordagens de rastreamento da SF como EFS são capazes de contribuir para a integralidade do cuidado com a pessoa idosa (CRUZ et al., 2017), além dessa escala ser de fácil aplicação e pode ser incorporada principalmente no âmbito da APS.

Considerando a SF como uma problemática em saúde e sua alta prevalência, Silvia *et al.* (2019) sugere uma abordagem multiprofissional a nível da APS como uma das alternativas para a promoção à saúde de idosos em risco de fragilização ou frágeis, com intervenções que favoreçam o manejo adequado das demandas no processo de envelhecimento. Assim, é imperativo impulsionar a construção de novas formas de cuidado de acordo com a realidade e desafios cotidianos focados nas necessidades do território em saúde, favorecem a autonomia e a participação social do idoso (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009).

Podem ser apontadas como limitações do estudo, a amostra relativamente pequena para estudo de caráter epidemiológicos e a obtenção de dados em apenas cinco unidades do total de dezoito, presente no município; além da análise dos dados sem inferência estatística.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, detectou-se uma prevalência significativa de idosos pré-frágeis e frágeis cadastrados nas unidades básicas de saúde. Os achados do presente estudo, reforçam a importância do uso de instrumentos para a identificação precoce de fragilidade e, a partir de um perfil conhecido, é possível planejar as ações a serem realizadas na atenção primária à saúde e a busca por intervenções efetivas que previnam ou amenizem os desfechos deletérios da fragilidade. Enfatiza-se também, a valorização de espaços de promoção à saúde e incentivo ao envelhecimento ativo no âmbito comunitária da rede de atenção à saúde, que possam preservar a funcionalidade e contribuir com a qualidade de vida da pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. N. *et al.* Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 748-756, 2012.
- AUGUSTI, A.V.; FALSARELLA, G.R; COIMBRA, A.M.V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária-Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.
- BARRETO, M.S; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.
- BONARDI, G.; SOUZA, V.B.A; MORAES, J. F. D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais. **Scientia Medica**, v. 17, n. 3, p. 138-144, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União.
- BUCKINX, F. *et al.* Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. **Archives of public health**, v. 73, n. 1, p. 1-7, 2015.
- CARMO, L.V.; DRUMMOND, L. P.; ARANTES, P. M.M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, p. 17-22, 2011.
- CESARI, M. *et al.* Frailty: an emerging public health priority. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 3, p. 188-192, 2016.
- CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1763-1768, 2011.
- CRUZ, D. T. *et al.* Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 106, 2017.
- DILLON, C. *et al.* Geriatric depression and its relation with cognitive impairment and dementia. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 59, n. 2, p. 450-456, 2014.
- DUARTE, Y. A. O. *et al.* Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180021, 2019.
- DUBEAU, C. E. *et al.* Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 29, n. 1, p. 165-178, 2010.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C.C. *et al.* Adaptación cultural y validez de la Edmonton frail scale-EFS en una muestra de ancianos Brasileños. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, p. 1043-1049, 2009.

FALLER, J.W. *et al.* Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: a systematic review. **PloS one**, v. 14, n. 4, p. e0216166, 2019.

FERNANDES, H.C.L. *et al.* Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 423-431, 2013.

FONSECA, M.G.U.P. *et al.* Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 159-165, 2010.

FRIED, L.P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol.* **Medical Sciences**, v. 56, p. M146-M156, 2001.

GRDEN, C. R. B. *et al.* Fatores associados à síndrome da fragilidade em mulheres idosas. **Rev Rene**, v. 18, n. 5, p. 695-701, 2017.

IBGE, 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e Utilização de Serviços da Saúde. **IBGE**, Rio de Janeiro.

LENARDT, M.H. *et al.* Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 478-483, 2016.

LOURENÇO, R. A. *et al.* Brazilian consensus on frailty in older people: concepts, epidemiology and evaluation instruments. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 121-135, 2018.

MATA, F.F. *et al.* Prevalence of frailty in Latin America and the Caribbean: a Systematic Review and Meta-analysis. **PloS one**, v. 11, n. 8, p. 1-18, 2016.

PEGORARI, M.S.; TAVARES, Darlene M. S. Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 874-882, 2014.

SILVA, C. R.D.T. *et al.* Promoção da saúde de idosos frágeis e em risco de fragilização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 319-327, 2019.

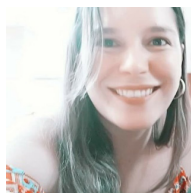
THILLAINADESAN, J.; SCOTT, I.A.; LE COUTEUR, D.G. Frailty, a multisystem ageing syndrome. **Age and ageing**, v. 49, n. 5, p. 758-763, 2020.

VERAS, R. P. *et al.* Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 10, p. 355-370, 2019.

YE, B. *et al.* Changes in frailty among community-dwelling Chinese older adults and its predictors: evidence from a two-year longitudinal study. **BMC geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.



## SOBRE AS ORGANIZADORAS



### JULIANA MARTINS PINTO

Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFTM/UFU. Fisioterapeuta, Doutora em Gerontologia pela Unicamp e titulada em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Integra o Laboratório de Fisioterapia e Saúde Coletiva (LABFISCO) e coordena o Grupo de Pesquisa do CNPq Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento, Funcionalidade e Longevidade (EIFEL), na UFTM. É membro da *Latin America Research Network in Ageing of The Oxford Institute of Population Ageing (LARNA)*, da *Fragility Fracture Network (FFN)* e da Rede Covida/Fiocruz/Bahia.

**Contato:** juliana.martins@uftm.edu.br

**Currículo lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2667599629578531>



### ISABEL APARECIDA PORCATTI DE WALSH

Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFTM/UFU. Tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM. Coordenadora do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família UFTM/UFMG. Fisioterapeuta, Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos. Integra o Laboratório de Fisioterapia e Saúde Coletiva (LABFISCO) e coordena o Grupo de Pesquisa do CNPq Grupo de Estudo em Saúde das Populações (GRUESP). Seus temas de interesse incluem a Fisioterapia Preventiva e Saúde do Trabalhador/Ergonomia.

**Contato:** isabel.walsh@uftm.edu.br

**Currículo lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6822687114757615>



### VITÓRIA HELENA MACIEL COELHO

Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Coordenadora da Área de Concentração em Saúde do Adulto do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo e Pós Doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo. Integra o Laboratório de Fisioterapia e Saúde Coletiva (LABFISCO) e faz parte do Grupo de Pesquisa do CNPq Grupo de Estudo em Saúde das Populações (GRUESP). Seus temas de interesse incluem a área de fisioterapia, com ênfase em saúde pública, fototerapia, e oncologia, atuando principalmente em unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família e instituições de longa permanência, e em projetos de extensão em saúde pública, novas técnicas ópticas para a área da saúde e fisioterapia oncológica.

**Contato:** vitória.coelho@uftm.edu.br

**Currículo lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3269244553291061>

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

abordagem biopsicossocial 5, 8, 26, 111  
adolescentes 5, 8, 41, 43, 45-49, 51, 53-55, 73, 81, 238, 245-246, 248-250, 253, 266, 272, 274-278, 282, 284-285, 296, 298, 321, 328-329  
ambiente escolar 6, 10, 233, 244, 251  
atenção à saúde 6-8, 10-11, 25, 27, 38, 40, 99, 101, 104, 127, 130, 161, 169, 178-179, 182, 186, 188-189, 196, 199-200, 204-205, 207-208, 210, 215, 218-219, 224, 230, 268, 274-275, 277, 279, 284, 287, 289-290, 292-293, 298, 300, 318, 342  
atenção primária à saúde 58  
atenção primária à saúde 5-7, 9-10, 12, 16, 25, 27, 72, 98, 117, 143-144, 151, 155, 157, 159, 172-174, 179, 186, 215, 219, 230-231, 262, 276, 330, 332, 342

## C

capacidade funcional 60, 105, 113, 119, 130, 184-185, 200-202, 208, 303  
comunidade 12, 16-18, 20-21, 29, 39, 65, 68, 72-75, 83, 101, 113-114, 123, 132, 137, 155, 160, 167, 172, 202, 208, 229-231, 234, 244, 278, 283, 301, 311-313, 316, 320, 326-327, 333, 338, 343  
covid-19 5-6, 8, 10, 13-14, 16-17, 19-20, 23-25, 31, 37, 40, 57-66, 81, 84, 158, 160, 166-168, 170, 172-174, 212, 216, 218-219, 221, 223, 230-232, 267, 273  
cuidado integral 5, 8-9, 27-29, 35, 67, 71, 75, 160, 195, 199, 332

## D

déficit cognitivo 5, 9, 117-119, 125, 150, 335, 338  
desempenho físico 5, 9, 86-89, 91-92, 94, 96-97, 119, 303, 305, 341  
diabetes 5, 9, 66, 86-88, 92, 97, 99, 125, 133-134, 136, 138, 141-142, 146, 196, 211, 215-216, 222, 226, 262-263, 270-273  
doenças crônicas 13, 20, 25, 86-87, 90, 95, 97-99, 104, 111, 117, 126, 130-132, 135, 138, 140, 146, 156-157, 165-166, 179, 196, 200, 206, 208, 210-211, 213, 216-217, 219-220, 222, 230, 261, 272, 330-331, 339, 343

## E

educação e saúde 7, 11, 231, 316, 319, 328-329  
envelhecimento 16, 87, 94, 97, 104-105, 112, 115, 117-118, 127, 130, 133, 143-144, 150, 152, 155-157, 197, 201, 208, 213, 331, 339, 341-343, 345  
epidemiologia 5, 9, 25, 100-102, 106, 112, 140, 214, 343  
estilo de vida 5, 9, 86, 96, 125, 130-131, 137-138, 211, 213, 264-265, 267, 339  
estudo transversal 301

## F

família 6, 8, 10, 16, 20, 23, 27-28, 36-37, 40, 42, 44, 46, 51, 54, 71-72, 74, 76, 81, 84, 88, 101-102, 125, 127, 132, 137, 147, 152, 156-161, 171-173, 177-178, 180, 185, 206, 208, 217, 224, 226, 228, 246, 248-249, 268, 270-271, 273, 276, 278-279, 281-282, 285-286, 293, 295, 297, 317-318, 320, 323, 329, 343-346  
fatores de risco cardiovascular 6, 11, 125, 260-262  
fisioterapia 5-6, 8-10, 13-15, 18-20, 22-24, 26, 29, 35, 39-40, 57, 62-63, 65, 68, 74-75, 83, 86, 100, 102, 113-114, 130, 158, 160-162, 164, 167, 171-175, 178-181, 183, 185-196, 199-200, 202, 204-205, 207, 211, 213-214, 218, 221-222, 229, 231, 233, 245, 260, 267, 271, 274, 287, 299-300, 324-325, 328, 330, 343, 345-346  
fisioterapia aquática 6, 10, 175, 178-181, 183, 185-186, 188, 190-196, 199-200  
funcionalidade 8-10, 16, 28, 30-31, 38, 62, 64, 68-69, 73, 83-84, 87, 97, 99, 114, 121, 176, 187, 189, 193, 198-199, 225, 312, 342, 345

## H

hipertensão arterial 9, 86-88, 131, 146, 196-197, 222, 226, 262, 271, 273

## I

idosos 5-7, 9-14, 16, 20, 22, 86-87, 94-95, 97, 99-100, 102, 104-107, 109, 111, 113-115, 125, 127-128, 130, 133, 143-145, 148-157, 164, 190-191, 196-202, 212, 216-218, 222, 226, 229, 231, 263, 271, 294, 300-306, 308-314, 330-336, 338-344  
integralidade 12, 21, 59, 63, 153, 176, 186, 193, 200, 206-207, 220, 223-225, 230, 278-279, 291, 293, 332, 342

## L

longevidade 5, 9, 97, 112, 130-131, 138, 144-145, 208, 213-214, 345

## P

pandemia de covid-19 6, 10, 66, 160, 172, 212, 218-219, 230-231

pessoa com deficiência 6, 10, 164, 175, 178, 183-186, 316, 320, 324, 328

política nacional de promoção da saúde 6, 10, 204, 208, 214-216, 230

políticas públicas 2, 7, 11, 16, 36, 59, 72, 81-83, 97, 113, 143, 173-174, 209, 213, 249, 259, 261, 266, 274-275, 279, 283, 287, 291, 318, 320, 328, 330

população 8, 10-11, 13-14, 16-21, 25-26, 28, 41, 73, 75, 86-87, 93-94, 97, 101-102, 104-105, 112, 130-131, 134, 138-139, 143, 155, 158, 163, 177, 182, 184, 187, 190-191, 193, 195-199, 205-207, 209, 214, 218-219, 224, 229-230, 260-265, 267, 269-270, 274-277, 285, 288, 294, 297, 300-301, 313, 319, 324, 330, 332, 338, 341-343

práticas integrativas 30, 167, 340

prevalência 7, 11, 54, 86, 105-109, 112-113, 131-132, 152, 156-157, 211-212, 238, 245, 263-264, 266, 280, 300-301, 304, 309-310, 314, 330, 338, 342-343

prevenção 5, 9-11, 15, 17, 19, 26, 34-35, 39, 51, 53, 55-57, 101, 113, 117, 126, 134, 144, 148, 155, 164-165, 167, 176, 178-179, 183, 185, 187, 191-193, 195-197, 199-200, 205-206, 208-209, 211, 213, 217, 219, 221-222, 224, 226, 229, 233-234, 236, 238, 246-248, 250, 253, 255-257, 259-263, 266-269, 271, 273, 279-283, 291, 294, 299, 339, 341

promoção de saúde 6, 10, 17, 133, 144, 176, 178-179, 182-183, 192, 197, 205-206, 208-209, 212-214, 218, 224, 229, 260, 265-266, 269-270, 282, 294

puérperas 5, 9, 67-68, 71, 83-85

puerpério 68, 75, 81, 84, 194-195, 280

## Q

qualidade de vida 5, 7, 9, 11, 14, 16, 58, 62, 64, 86-95, 97-99, 101, 104, 112, 114, 125, 128, 130-131, 136, 138, 143, 183, 192-195, 199, 202, 205, 208, 214, 222-223, 258, 261, 263-264, 267, 270, 275, 277, 290, 298-300, 316, 319-322, 327-329, 339, 342, 344

## R

reabilitação 5, 8-10, 14-15, 17, 20, 22-23, 57-58, 61-66, 100, 127, 159, 170, 172, 175, 178, 180, 182, 184-186, 188, 190, 193, 197, 201, 205-207, 213, 220, 224, 231, 267, 282, 299, 320

redes sociais 5, 8, 41, 46-50, 52-54, 56, 69, 72, 83-84, 167-168

relato de experiência 6, 10, 85, 160, 172, 218, 233, 299

residência multiprofissional em saúde da família 6, 10, 158-159, 172-173

## S

saúde da criança 6-7, 10-11, 175, 178-181, 186-187, 274-275, 277-279, 281, 283-286

saúde da pessoa com deficiência 183-184

saúde do adulto 6, 10, 190-192, 346

saúde do idoso 5, 8, 12-14, 24, 104, 125, 127, 155, 196, 332, 341, 344

saúde do trabalhador 5, 7-8, 11, 26-27, 29, 31, 34, 40, 168, 287-295, 297-299, 346

saúde pública 24, 57-58, 64-66, 84, 87, 98, 101, 112-113, 134-135, 138, 140, 144, 156-157, 176, 183, 200-201, 206, 215, 217, 223, 225, 230-231, 264, 266, 282-283, 286, 298, 300, 314, 318, 322, 328, 331, 343-344, 346

síndrome de fragilidade 7, 12, 330-331

sintomas depressivos 7, 11, 111, 147, 157, 300-302, 304, 308-312

sistema único de saúde 9, 21, 23, 27, 58, 64, 81, 101, 104, 156, 158, 172-174, 176, 187, 196, 200-201, 206, 217, 223, 277, 284, 296, 299, 338, 343

## T

telessaúde 6, 10, 18, 20-25, 170, 218, 220-221, 224, 227, 229-230, 232

território 13, 28, 70, 74, 101, 155, 164-165, 167-168, 180, 205, 221, 253, 280, 282, 322, 342

test 89, 146, 348

## V

velhice 43, 125, 138, 147

Este livro foi composto pela Editora Bagai.



[www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



[contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)