



Cadernos de
**Educação, Saúde
e Fisioterapia.**

Edição 2016/2, v.3, n.6



ABENFISIO

Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

EDITORES CHEFES

Vera Maria da Rocha

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

EDITOR DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS

Carolina Fu

Universidade de São Paulo

EDITORES ADJUNTOS

Arthur de Almeida Medeiros

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Mara Lillian Soares Nasralla

Universidade de Cuiabá

Renata Hydee Hasue

Universidade de São de Paulo

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Pires Batiston, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Albert Schiaveto Souca, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Alcindo Antonio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Alessandro Diogo De-Carli, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Alex Branco Fraga, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Alexandre Simões Dias, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aline Guerra Aquilante, Brasil

Ana Carolina Basso Schmitt, Universidade de São Paulo

Ardigó Martino, Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorigo, Universitat de les Illes Balears, Espanha

Carmem Lúcia Colomé Becki, Universidade Federal de Santa Maria

Carolina Fu, Universidade de São Paulo

Celita Salmaso Trelha, Universidade Estadual de Londrina

Cervantes Caporossi, Universidade Federal de Mato Grosso

Cleusa Santos, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Denise Bueno, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dirce Shizuko Fujisawa, Universidade Estadual de Londrina

Elias Nasralla Neto, Universidade de Cuiabá

Emerson Elias Merhy, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Francisco Barbosa, Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Eva Maria Lantarón Caeiro, Faculdade de Fisioterapia Campus de Pontevedra, Espanha

Giovanni Aciole, Universidade Federal de São Carlos

Izabel Coelho, Centro Universitário Pequeno Príncipe

João Henrique Lara Amaral, Universidade Federal de Minas Gerais

Juliana Veiga Cavalcanti, Instituto Federal do Rio de Janeiro

Julio César Schweickardt, FIOCRUZ Amazonas

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Universidade Federal da Paraíba

Laura Serrant Green, University of Wolverhampton, Inglaterra

Lílian Lira Lisboa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Luciana Carrupt Machado Sogame, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Marco Akerman, Universidade Federal de Santa Maria

Maria Alice Junqueira Caldas, Universidade Federal de Juiz de Fora

Maria do Horto Fontoura Cartana, Brasil

Maria Paula Cerqueira, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Terezinha Antunes, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Renata Hydee Hasue, Universidade de São de Paulo

Vera Maria da Rocha, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA

Manuela Lagos Leite

Wanderson Ferreira da Silva

REVISOR DE LÍNGUA ESTRANGEIRA

Ana Luísa Moreira Nicolino

Wanderson Ferreira da Silva

DIAGRAMAÇÃO

Demétrio Rocha Pereira

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL

Jacira Gil Bernardes

COMISSÃO EXECUTIVA EDITORIAL

Janaina Matheus Collar

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

João Beccon de Almeida Neto

Universidade Federal de Juiz de Fora

PUBLICAÇÃO

editora



redeunida

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO

<http://abenfisio.com.br/>

ISSN: 2358-8306

SUMÁRIO

EDITORIAL	5
ARTIGO ORIGINAL	7
BEM-ESTAR MENTAL EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM UMA CLÍNICA-ESCOLA UNIVERSITÁRIA Jefferson Jovelino Amaral dos Santos, Telma Aparecida da Costa, Lilian Regina Lengler Abentroth, Jéssica da Silva Sena	
CONCEPÇÃO DE SEXUALIDADE ENTRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL Mariana Crisci Cozac, Andrea Ruzzi Pereira, Shamyra Sulyvan de Castro	13
REVISÃO DE LITERATURA	20
O GENOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA Disllane Hildebrando Coutinho, Pablo da Mata Ferreira, Angelo Augusto Paula do Nascimento	
ENSAIO TEÓRICO	29
NECESSIDADE E VALOR DE USO DO FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: NOTAS PARA O DEBATE Giovanni Gurgel Aciole, Glaucia Nancy Takara, Sílvia Letícia Pavão, Thaís Rabiatti Aurichio	
RELATO DE EXPERIÊNCIA	34
ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA Verônica de Oliveira Dantas Gadelha	
REFORMA E ESTRUTURAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE FARMÁCIA DA UFRGS: NOVOS TEMPOS, NOVOS ALUNOS Ricardo Crapanzani França, Natanael Martins, Matias Segelis Vieira, Mayara Dadda, Denise Bueno	38

EDITORIAL

Vera Rocha

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

São vários os desafios para manter a qualidade e a regularidade das publicações dos Cadernos de Saúde, Educação e Fisioterapia. Entre esses estão a manutenção do A conquista de melhores indexações para **CADERNOS DE EDUCAÇÃO SAÚDE E FISIOTERAPIA** tem sido uma meta dos colaboradores e dos editores da revista. Como citado em outras edições, essa busca e a manutenção da qualidade com respeito à singularidade e à produção dos autores tem se tornado um dos maiores desafios. Conciliar os vários olhares para um mesmo tema, a diversidade de métodos e técnicas de produção de conhecimento, as diversas bases epistemológicas que orientam a ciência, impõe um trânsito de avaliações e reavaliações que, ao mesmo tempo que qualifica o material encaminhado, produz um compasso de demora e espera para as publicações.

Um aspecto importante a destacar quanto ao escopo dos Cadernos é a busca por estabelecer um diálogo entre áreas que muitas vezes se encontram distantes das práticas regulares e específicas da Fisioterapia. Aproximar, portanto, áreas de saberes externas ao campo da saúde, aspectos humanístico e social, reflexões sobre formação e suas práticas de ensino, ferramentas e campo do trabalho entre outros aspectos, constitui um permanente exercício para nossos editores e pareceristas.

Na tentativa de atualizar as edições futuras e melhorar os indexadores já conquistados é que apresentamos a edição atual, que consta com as seções de artigos originais, ensaio, relatos de experiências e revisão de literatura.

Os artigos originais trazem como tema a saúde mental e a sexualidade. A saúde mental, apesar do discurso corrente da integralidade da atenção, tem ficado à margem durante a formação, com registro de algumas experiências pontuais na área, na dependência do interesse particular de alguns profissionais ou estudantes. Percebe-se, entretanto, que, assim como na teoria, na prática é impossível dissociar aspectos mentais, psicológicos, biológicos e sociais quando nos referimos à saúde. Da mesma forma a sexualidade, questão pouco debatida nos espaços da saúde, principalmente quando se refere à sexualidade da pessoa com deficiência. No estudo apresentado, é colocada em debate a sexualidade no contexto da pessoa com deficiência visual.

Uma importante colaboração é destacada no estudo que apresenta o genograma como instrumento de avaliação familiar, o qual provoca o leitor para a divulgação dessa ferramenta e destaca, por meio de uma revisão integrativa, sua contribuição terapêutica, capaz de proporcionar uma assistência sistêmica.

O ensaio sobre a/o fisioterapeuta nas unidades de terapia intensiva oferece um referencial fundamentado, traz ao debate a legislação atual e faz-nos refletir sobre o valor do profissional no espaço em que o objetivo é a oferta de cuidados intensivos à manutenção da vida e para o tratamento de patologias, exigindo monitorização permanente e trabalho em equipe.

Ao apresentar o relato de experiência sobre a reforma e estruturação de um curso de Farmácia, somos provocados a pensar em outras realidades para além da Fisioterapia. Há uma percepção que as dificuldades encontradas na implementação curricular são comuns e que esse conhecimento, sobre as experiências de outras profissões, nos auxilia a enfrentar nossas próprias dificuldades.

Percorrendo o território dos trabalhadores, a atuação do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família é apresentada no relato de experiência em que se verifica a trajetória de uma profissional que, ao compor uma equipe, oferece apoio assistencial, com práticas de cuidado individual e coletivo específicos à Fisioterapia e apoio técnico-pedagógico, com matriciamento e utilização da Educação Permanente como ferramenta de disseminação e reflexão sobre o processo de trabalho.

Por fim, tem-se a expectativa que nossos leitores e colaboradores possam usufruir de mais essa edição e que possamos contar com o empenho e participação de colegas e parceiros na divulgação e referência à nossa publicação.

BEM-ESTAR MENTAL EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM UMA CLÍNICA-ESCOLA UNIVERSITÁRIA

MENTAL WELL-BEING IN INDIVIDUALS UNDERGOING PHYSICAL THERAPY TREATMENT IN A UNIVERSITY SCHOOL CLINIC

Jefferson Jovelino Amaral dos Santos

Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Paranaense – UNIPAR

Telma Aparecida da Costa

Bióloga. Doutora em Ciências Fisiológicas. UNIPAR

Lilian Regina Lengler Abentroth

Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense; Bolsista do Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). UNIPAR

Jéssica da Silva Sena

Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense; Bolsista do Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). UNIPAR

Contato

Jefferson Jovelino Amaral dos Santos
Av. Parigot de Souza, 3.636 – Jardim Prada
Toledo-PR
CEP: 85903-170
E-mail: jeffe@unipar.br

Órgão financiador do estudo

Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) – UNIPAR

RESUMO

O bem-estar tem relação direta com os níveis de saúde mental e geral de uma população. O objetivo deste estudo foi verificar as diferenças nos níveis de bem-estar mental em indivíduos submetidos a tratamento fisioterapêutico em uma clínica-escola. Foram avaliados 37 indivíduos de ambos os sexos em relação às atividades de vida diária (AVD), satisfação com a fisioterapia, níveis de dor e de bem-estar mental antes e após o tratamento fisioterapêutico. Todas as variáveis seguiram a distribuição normal (Gaussiana) e, portan-

to, foram tratadas pela estatística paramétrica (Teste t de Student, $p < 0.05$), em que se verificou que os níveis de dor diminuíram, simultaneamente os níveis de AVD e bem-estar mental melhoraram. Encontrou-se também correlação entre os níveis de bem-estar mental com os escores de dor ($-0,55$, $p < 0,05$) e AVD ($0,34$, $p < 0.05$). Concluiu-se que o tratamento fisioterapêutico melhorou os níveis de bem-estar mental dos indivíduos avaliados e que essa variável apresentou correlação com a escala de dor e níveis de AVD.

Palavras-chave: Saúde Mental, Fisioterapia, Assistência à Saúde Mental.

ABSTRACT

Well-being is directly related to the levels of general and mental health of a population. The aim of this study was to verify the differences in levels of mental well-being in individuals undergoing physical therapy in a university clinic. We evaluated 37 individuals of both sexes in relation to daily living activities (DLA), satisfaction with physical therapy and levels of pain and of mental well-being before and after the physiotherapeutic treatment. All variables followed the normal (Gaussian) distribution and were therefore

treated by parametric statistics (Student's t Test, $p < 0.05$) and it was found that the levels of pain decreased and simultaneously the levels of mental well-being and DLA improved. A correlation was also found between levels of mental well-being with the pain scores ($-0,55$, $p < 0,05$) and DLA ($0,34$, $p < 0,05$). It was concluded that physical therapy treatment improved the evaluated levels of mental well-being of individuals and that this variable showed correlation with the pain scale and levels of DLA.

Keywords: Mental Health, Physical Therapy Specialty, Mental Health Assistance.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é caracterizada como um estado de bem-estar no qual um indivíduo apresenta a capacidade de reconhecer suas próprias habilidades e assim lidar com as situações de estresse, trabalhar produtivamente e ser capaz de contribuir para sua comunidade. Sua promoção envolve ação multissetorial como a governamental (saúde, educação, meio ambiente, transporte) e a não governamental (igrejas, clubes e outros)¹.

Pesquisas atuais demonstram que a o bem-estar relaciona-se diretamente com melhores níveis de saúde em geral, com desordens e incapacidades físicas e até mesmo com uma menor utilização dos serviços de saúde^{2,3}.

Com o objetivo de atender à necessidade de avaliar o bem-estar mental da população em geral, foi criada a Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh (EBEMWE). A versão original do instrumento apresentou uma forte consistência psicométrica (segurança teste-reteste de 0,83 e consistência interna de 0,91), de fácil e rápida aplicação, constituindo-se como ferramenta útil no monitoramento do bem-estar geral de uma população^{4,5}. A EBEMWE, por sua aplicabilidade, tem sido utilizada e adaptada em diversos idiomas, culturas e populações⁶⁻¹⁰.

A fisioterapia é a área da saúde que utiliza meios físicos para o tratamento das mais diversas disfunções do ser humano. Pouco se sabe da influência do tratamento fisioterapêutico no estado de saúde mental de um indivíduo.

Este trabalho teve como objetivo a verificação da relação da influência do tratamento fisioterapêutico no estado de bem-estar mental do indivíduo.

MÉTODO

Foram convidados a participarem do estudo indivíduos que foram submetidos a tratamento fisioterapêutico na Clínica-Escola de uma Instituição de Ensino Superior do Município de Toledo-PR de março a junho de 2015.

Inicialmente, esses indivíduos foram submetidos a um questionário para caracterização da amostra (gênero e idade), nível de satisfação com a fisioterapia variando de 0 (totalmente insatisfeito) a 10 (plenamente satisfeito), tempo de tratamento fisioterapêutico e tempo de diagnóstico.

Em seguida, ao iniciar o tratamento e a cada dez sessões de fisioterapia até o seu término, os indivíduos foram submetidos aos seguintes instrumentos: Versão Brasileira da EBEMWE¹¹, Escala Visual Analógica de Dor (EVA) e Escala de Lawton¹² para avaliação das atividades de vida diária (AVD).

A EBEMWE mede os aspectos positivos da saúde mental em um período de duas semanas anteriores à sua aplicação. É uma escala ordinal que utiliza 14 frases abrangendo aspectos hedônicos (felicidade, alegria, contentamento) e eudaimônicos (funcionamento psicológico, autonomia, relação positiva com outros, senso de propósito na vida). Cada item é respondido em uma escala de 5 pontos do tipo "Likert" que vai do "1 (Nunca)" até "5 (Sempre)". Os valores obtidos em cada resposta são somados produzindo um escore geral que vai do mínimo 14 ao máximo 70, sendo que quanto maior o escore final, melhor o estado de bem-estar mental.

Tratamento estatístico

Os dados coletados foram apresentados inicialmente em forma de tabelas e gráfico por meio de médias e desvio padrão.

Posteriormente, eles foram submetidos à estatística inferencial objetivando verificar a diferença na evolução do bem-estar durante o tratamento (Teste T de Student) e correlacionar o tempo de tratamento com o bem-estar, relação entre o bem-estar e a idade e o tipo de tratamento (Coeficiente de Correlação de Pearson).

O presente projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unipar e registrado sob o número CAAE 35863414.1.0000.0109, Número do Parecer: 872.26.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 37 indivíduos de ambos os gêneros, sendo 26 mulheres (70%), com idade média de $55,69 \pm 11,08$ anos, e 11 homens (30%), com idade média de $47,27 \pm 16,57$ anos, conforme o gráfico 1, que, voluntariamente, dispuseram-se a participar do estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram suas identidades preservadas..

Os participantes realizavam tratamento fisioterapêutico em diversos setores de atendimento fisioterapêutico, como demonstra a tabela 1.

GRÁFICO 1. Idade média dos participantes

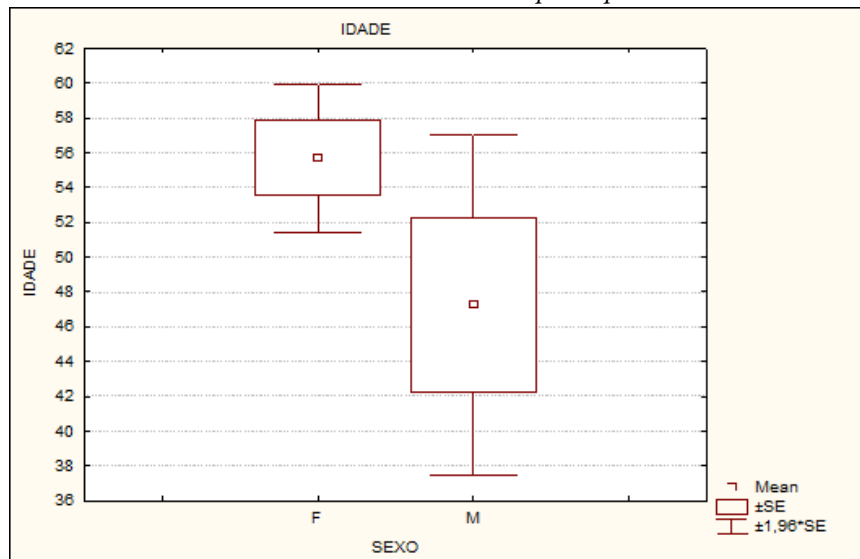


TABELA 1. Setores de Atendimento Fisioterapêutico

Setor	Feminino	Masculino	Total Geral
CARDIORRESPIRATÓRIA	3%	5%	8%
DERMATOFUNCIONAL	3%	0%	3%
GERIATRIA	22%	8%	30%
HIDROTERAPIA	14%	5%	19%
NEUROLOGIA	0%	8%	8%
ORTOPEDIA	30%	3%	32%
Total	70%	30%	100%

A amostra apresentou no item tempo de diagnóstico uma média de 7,4±7,2 meses. O tempo de duração do tratamento demonstrou uma média de 6,6±6,5 meses. A satisfação com a fisioterapia obteve uma média inicial de 9,1±1,4 e final de 9,3±1,0. Nos itens EVA, AVD e EBEMWE inicial, verificou-se uma média de 5,9±3,0, 23,8±3,5 e 57,3 ±7,9 pontos respectivamente. Já na segunda aplicação, observou-se uma média final de 4,6±3,2, 24,7 ±3,3 e 60,1 ±8,8, de acordo com os dados descritos na tabela 2.

TABELA 2. Caracterização da Amostra

	N	Média	Mínimo	Máximo	Variância	Desv_Pad
TEMPO_DIAG	37	7,4	0,1	30,0	51,5	7,2
EVA_INICIAL	37	5,9	0,0	10,0	9,0	3,0
EVA_FINAL	37	4,6	0,0	10,0	10,5	3,2
TEMPO_FISIO	37	6,6	0,0	25,0	41,7	6,5
SF_INICIAL	37	9,1	5,0	10,0	2,1	1,4
SF_FINAL	37	9,3	6,0	10,0	1,0	1,0
AVD_INICIAL	37	23,8	13,0	27,0	12,3	3,5
AVD_FINAL	37	24,7	14,0	27,0	11,0	3,3
EBEMWE_INICIAL	37	57,3	38,0	70,0	62,2	7,9
EBEMWE_FINAL	37	60,1	33,0	70,0	76,7	8,8

EVA= Escala Visual Analógica de dor; SF= Satisfação com a fisioterapia; AVD= Escala de Lawton para as Atividades de Vida Diária; EBEMWE= Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh.

Visto que todas as variáveis estudadas seguiam o padrão de normalidades (teste de Shapiro Wilk; $p < 0,05$), utilizou-se a estatística inferencial paramétrica para comparação dos dados.

De acordo com a tabela 3, observou-se que houve uma melhora significativa em relação à EVA inicial e final ($p = 0,004$), entre AVD inicial e final, ($p = 0,007$) e também entre EBEMWE inicial e final ($p = 0,007$). Já a Satisfação com a fisioterapia (SF) não apresentou variação estatisticamente significativa.

TABELA 3. Diferenças antes e após o tratamento fisioterapêutico

	N	Média	Desv_Pad	P
EVA_INICIAL		5,88	3,00	
EVA_FINAL	37	4,58	3,24	0,004*
SF_INICIAL		9,14	1,44	
SF_FINAL	37	9,30	1,00	0,362
AVD_INICIAL		23,81	3,50	
AVD_FINAL	37	24,73	3,32	0,007*
EBEMWE_INICIAL		57,30	7,88	
EBEMWE_FINAL	37	60,08	8,76	0,007*

EVA= Escala Visual Analógica de dor; SF= Satisfação com a fisioterapia; AVD= Escala de Lawton para as Atividades de Vida Diária; EBEMWE= Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh. Teste t de Student ($p < 0,05$).

Conforme demonstrado na tabela 4, existe correlação estatisticamente significativa entre o bem-estar mental (EBEMWE) e a EVA e AVD finais, portanto, é possível afirmar que quanto menor o valor obtido na EVA, melhor foram os resultados da EBEMWE, assim como se percebeu que quanto maior os resultados evidenciados na AVD, maior foi o nível de EBEMWE ($p < 0,05$).

TABELA 4. Correlação entre as variáveis estudadas

	EVA_FINAL	AVD_FINAL	EBEMWE_FINAL
EVA_FINAL	1,00		
AVD_FINAL	0,11	1,00	
EBEMWE_FINAL	-0,55*	0,34*	1,00

* $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Poucos trabalhos versam sobre o bem-estar mental gerado pelo tratamento fisioterapêutico. O presente estudo procurou, independentemente da área de atendimento, evidenciar a repercussão da fisioterapia no bem-estar mental do indivíduo.

A fisioterapia desempenha um papel imprescindível para a recuperação da função, diminuição da dor e qualidade de vida da população¹³. A atividade física tem efeitos benéficos para a prevenção e tratamento de diferentes doenças, beneficiando, da mesma forma, outros aspectos como autoestima, vitalidade, bem-estar geral com a prática de atividade física¹⁴.

A dor não tratada pode afetar adversamente o bem-estar do paciente, podendo evoluir para um estado de dor crônica e, obviamente, com custos financeiros e sociais¹⁵. O aumento do número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior nível de incapacidade funcional¹⁶. A fisioterapia tem como objetivo otimizar as capacidades físicas do paciente levando em consideração a interação entre os domínios físico, psicológico, social e profissional¹³.

De acordo com o presente estudo, é possível afirmar que quanto melhores foram os resultados da EBEMWE, menor foi o valor obtido na EVA. A EVA é importante no sentido de acompanhar a evolução da intensificação da dor e até que ponto o tratamento está beneficiando o paciente, ou como anda a evolução e a intensificação da doença que se torna mais aguda interferindo na rotina e causando privações que possam influenciar no bem-estar e nas AVDs¹⁷. A dor representa uma experiência emocional que leva à diminuição da qualidade de vida¹⁸.

Para avaliar a capacidade funcional de um indivíduo, é necessário determinar o nível de inde-

pendência para executar as AVDs, visto que a funcionalidade também pode estar relacionada com o desempenho pessoal, a integralidade física, o estado intelectual, mental, espiritual e as interações sociais¹⁹. Neste estudo, percebeu-se que quanto maior o escore obtido na EBEMWE, maior os efeitos evidenciados na AVD.

Os resultados da pesquisa de Roncon, Lima e Pereira (2015)¹⁶, utilizando questionário de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody (1969)¹², revelaram a existência de uma associação entre a idade e as várias dimensões da qualidade de vida: quanto maior a idade, menor a qualidade de vida, menor a capacidade funcional, maior a depressão e o estresse familiar.

A saúde mental caracteriza-se como um estado de bem-estar no qual o indivíduo apresenta a habilidade de reconhecer as próprias competências e, dessa forma, lidar com momentos de estresse, trabalhar de forma proveitosa e ser capaz de contribuir para a sociedade¹¹.

A fisioterapia mostrou ter influência positiva no bem-estar mental de pacientes submetidos ao tratamento em uma clínica-escola universitária¹³.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, pode-se concluir que o tratamento fisioterapêutico em uma clínica-escola gerou redução do grau de dor, melhora das AVDs e conseqüente melhora do bem-estar mental dos indivíduos avaliados. Ademais, este trabalho evidencia a necessidade de requalificação do olhar fisioterapêutico na sua formação para a saúde mental, além de incentivar publicações que consolidem a Fisioterapia como contribuinte nessa área do conhecimento.

Referências

1. WHO. Strengthening Mental Health Promotion 2014 [cited 2014 28/07]. Disponível em: <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html>.
2. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Smit F, Westerhof GJ. Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *Am J Public Health*. 2010 Dec;100(12):2372.
3. Power AK. Transforming the Nation's Health: next steps in mental health promotion. *Am J Public Health*. 2010 Dec;100(12):2343-6.
4. Stewart-Brown S, Janmohamed K. Warwick-Edinburg mental well-being Scale: User guide: HS Health Scotland 2008.
5. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:63.
6. Bartram DJ, Sinclair JM, Baldwin DS. Further validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in the UK veterinary profession: Rasch analysis. *Qual Life Res*. 2013 Mar;22(2):379-91.
7. Bartram DJ, Yadegarfar G, Sinclair JM, Baldwin DS. Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) as an overall indicator of population mental health and well-being in the UK veterinary profession. *Vet J*. 2011 Mar;187(3):397-8.
8. Lloyd K, Devine P. Psychometric properties of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in Northern Ireland. *J Ment Health*. 2012 Jun;21(3):257-63.
9. Lopez MA, Gabilondo A, Codony M, Garcia-Forero C, Vilagut G, Castellvi P, et al. Adaptation into Spanish of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Qual Life Res*. 2013 Jun;22(5):1099-104.
10. Taggart F, Friede T, Weich S, Clarke A, Johnson M, Stewart-Brown S. Cross cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) --a mixed methods study. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:27.
11. Santos JJ, Costa TA, Guilherme JH, Silva WC, Abentroth LR, Krebs JA, et al. Adaptation and cross-cultural validation of the Brazilian version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2015 May-Jun;61(3):209-14.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Autumn;9(3):179-86.
13. Kumar SP, Jim A. Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian J Palliat Care*. 2010 Sep;16(3):138-46.
14. Peluso MA, Guerra de Andrade LH. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics (Sao Paulo)*. 2005 Feb;60(1):61-70.
15. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974 Nov 9;2(7889):1127-31.
16. Roncon J, Lima S, Pereira MdG. Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2015;31:87-96.
17. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2010;19:283-90.
18. SILVA FC, DELIBERATO PCP. Análise das escalas de dor: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009;7(19):4.
19. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*. 2015;14:1-11.

CONCEPÇÃO DE SEXUALIDADE ENTRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

CONCEPTION OF SEXUALITY AMONG PEOPLE WITH VISUAL DISABILITIES

Mariana Crisci Cozac

Departamento de Fisioterapia Aplicada
Instituto de Ciências da Saúde – ICS
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Andrea Ruzzi Pereira

Departamento de Terapia Ocupacional; ICS; UFTM

Shamyr Sulyvan de Castro

Departamento de Fisioterapia
Universidade Federal do Ceará – UFC

Contato

Shamyr Sulyvan de Castro
Rua José Vilar, 520, apto 801, Meireles
Fortaleza - CE
CEP: 60125-000
E-mail: shamyrsulyvan@gmail.com

Pesquisa desenvolvida no
Departamento de Fisioterapia Aplicada da UFTM
Bolsa concedida: PIBIC/CNPq

RESUMO

O artigo buscou descrever as concepções de pessoas cegas sobre sexualidade, mais especificamente sobre os temas: relações sexuais, ficar e namorar; e verificar a existência de diferentes discursos de acordo com o estado civil dos sujeitos. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal de caráter descritivo, realizado no Instituto de Cegos do Brasil Central – ICBC, situado na cidade de Uberaba – MG. A amostra final foi composta de 51 pessoas, sendo 26 do sexo masculino que passaram por entrevistas com questionários específicos, no período de agosto de 2012 a abril de 2013. Essas entrevistas foram gravadas e transcritas para posteriormente serem analisadas pelo Discurso do Sujeito Coletivo. Foi observado que as ideias das pessoas unidas se mostraram mais

conservadoras do que as dos não unidos, no entanto, as ideias reforçadas pela mídia são aquelas que mais se aproximam do diálogo dos jovens solteiros; fato este que pode ser conferido ao estado conjugal e à idade. Isso pode ser atribuído à íntima relação entre a necessidade de relação sexual quando se fala sobre ficar para as pessoas não unidas, enquanto para os unidos o namoro é mais importante e duradouro, pois é dele que poderá surgir o casamento entre as pessoas. Cabe, portanto, ao profissional da saúde que está sempre em contato com essa população esclarecer as dúvidas e proporcionar informações corretas sobre a sexualidade, para que, assim, possam ter elementos para uma correta abordagem do tema, buscando sempre a preservação da saúde. **Palavras-chave:** Sexualidade. Transtornos da visão. Saúde Sexual.

ABSTRACT

The article aimed to describe the conception of blind people concerning sexuality, specifically on the topics: sexual intercourse, hooking up and dating; and to check for different discourses according to the marital status of individuals. This is a cross-sectional descriptive qualitative study, held at the Institute for the Blind of Central Brazil - ICBC, located in Uberaba - MG. The final sample consisted of 51 people, including 26 males who have undergone interviews with specific questionnaires, between August 2012 and April 2013. The interviews were recorded and transcribed to be later analyzed by the Collective Subject Discourse. It was observed that the ideas of people in a relationship were more conservative than

that of single people, but the ideas reinforced by the media are those are closest to the dialogue of young single people. This fact can be attributed to marital status and age. This can be attributed to the close relationship between the need for intercourse when one talks about hooking up to single people, while people in a relationship dating is more important and enduring because it is from that that a marriage may result. Therefore, it is up to the health professional who is always in contact with that population to answer questions and provide correct information about sexuality, so that they can have elements for a correct approach to the subject, always seeking the preservation of health.

Keywords: Sexuality. Blindness. Sexual health.

INTRODUÇÃO

Legalmente, a deficiência visual é definida por dois decretos, o de nº 3.298/99¹ e o de nº 5.296/04², conceituando-se como deficiência visual: cegueira – na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão – acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

É sabido que as pessoas com deficiência visual vivenciam diversas situações de exclusão, sendo ela social³, educacional⁴, na saúde⁵, entre outras. Essa exclusão se deve à própria deficiência ou às dificuldades do meio em que vivem e realizam suas atividades cotidianas.

As pessoas com cegueira enfrentam obstáculos ao expressar sua sexualidade, especialmente por causa do preconceito, manifestado de diversas formas, e da falta de informação sobre a sua sexualidade⁶. Para conhecer e relacionar-se consigo mesmo, com o outro e com o meio, a pessoa com deficiência visual precisa vivenciar experiências corporais que permitam essas descobertas⁷. No entanto, há uma percepção positiva da sexualidade, compreendendo-a como uma manifestação natural do ser humano, que envolve doação, intimidade, afirmação da orientação sexual, que podem propiciar experiências positivas na vida, bem como o matrimônio⁶.

As pessoas com deficiência visual apresentam o mesmo desenvolvimento afetivo-sexual que pessoas videntes; querem conhecer seus corpos e o respectivo funcionamento, o que as faz explorar o ficar e o namorar antes do casamento como qualquer pessoa. No entanto, essa curiosidade por parte da pessoa com cegueira nem sempre é bem-vista pelos outros, o que caracteriza a visão conservadora mantida por alguns⁸.

Cabe ainda ressaltar que a sexualidade é discutida não somente para as pessoas com acometimentos visuais, mas também para outros casos de ocorrência de deficiência, entre elas a intelectual^{9,10}, física¹¹ e surdez¹².

Consideradas tabu em nossa sociedade em decorrência da estruturação cultural, questões relacionadas com a sexualidade são um ponto de difícil discussão entre a maioria das pessoas, agravando-se as dificuldades quando o assunto se refere à pessoa com qualquer deficiência, não sendo diferente às pessoas com deficiência visual. Portanto, conhecer as percepções das pessoas com deficiência visual acerca de sua sexualidade oportuniza verificar a necessidade de informações e conhecimentos com relação às questões que envolvem a sexualidade.

Trata-se de uma população vítima de exclusão social¹³ e que sabidamente necessita de recursos diferenciados para o processo de aprendizagem^{14,15}. Por essa razão, expor o ponto de vista dos deficientes visuais permitirá à sociedade conhecer quais são as dúvidas mais frequentes ou os problemas que eles vêm enfrentando, buscando a facilitação do trabalho dos profissionais de saúde e a elaboração de estratégias úteis que promovam a oferta de informações corretas e necessárias para o exercício saudável da sexualidade, em linguagem adequada. Além disso, pode oferecer subsídios para o planejamento em saúde ou criação de programas e/ou políticas de saúde direcionadas a esse grupo populacional. Nesse sentido, o domínio dessas informações por profissionais da área de educação também pode ter sua utilidade à medida que o tema poderá ser tratado de forma mais adequada pelos educadores.

Desse modo, esta pesquisa teve como objetivo principal descrever as concepções de pessoas cegas sobre sexualidade, mais especificamente sobre os temas: relações sexuais, ficar e namorar. Secundariamente, pretendeu-se verificar se existem diferentes discursos de acordo com o estado civil dos sujeitos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal de caráter descritivo, realizado no Instituto de Cegos Brasil Central – ICBC, situado na cidade de Uberaba – MG, que atendia, à época da pesquisa, 160 pessoas com algum tipo de deficiência visual associada ou não a outras deficiências. O ICBC é uma entidade do terceiro setor, fundada em 1942, que presta assistência na forma de atendimento em saúde, escola fundamental, apoio educacional à rede regular de ensino, transcrição, adaptação e confecção de livros e materiais pedagógicos para deficientes visuais, avaliação funcional da visão, estimulação visual, informática adaptada, cursos de capacitação para profissionais na área da deficiência visual, orientação e mobilidade, estimulação essencial, estimulação sensorial, atividades de vida diária, datilografia e escrita Braille, capacitação e inserção de deficientes visuais no mercado de trabalho, oficina pedagógica, artesanato e sala de recursos multifuncionais¹.

Para este estudo, foram sorteados aleatoriamente 50% da população atendida mantendo a paridade entre ambos os sexos, de modo que foram selecionadas 70 pessoas. Como fator de exclusão, considerou-se a ocorrência de déficit cognitivo indicado por registro médico. Por esse critério, foram excluídas 50 pessoas, que foram repostas também por sorteio aleatório. Recusaram-se a participar dessa pesquisa 10 mulheres e 9 homens. Portanto, a amostra final foi composta de 51 pessoas, sendo 26 do sexo masculino, com idade máxima de 84 e mínima de 16 anos (média 41,83; DP: 20,63); e 25 mulheres com idade entre 73 e 17 anos, respectivamente entre os homens (média 40; DP: 19,01).

Para esta pesquisa, foi criado um questionário semiestruturado abrangendo inclusive os temas aqui estudados. As perguntas contidas no questionário foram as seguintes: “Explique o mais detalhadamente possível o que você sabe sobre as relações sexuais”; “Explique o mais detalhadamente possível o que você sabe sobre: a) ter relações sexuais b) namorar c) ficar”.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com todos os sujeitos selecionados, em um local reservado no próprio ICBC ou na casa dos indivíduos (dois casos), da forma como eles preferissem e gravadas para posterior transcrição. Os sujeitos não tinham tempo determinado para responder às questões e só aderiam à pesquisa caso fosse de sua vontade. A coleta de dados aconteceu de agosto de 2012 a abril de 2013, e as entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora treinada para essa atividade.

Após leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelo entrevistador ou pelo entrevistado na versão em Braille, a resposta para a adesão à pesquisa era dada verbalmente e gravada. No caso dos menores de 18 anos, o assentimento era dado pelo menor e o consentimento pelos responsáveis. Feito isso, iniciavam-se as demais perguntas, como as citadas anteriormente, e um breve e simples questionário socioeconômico, que abrangia variáveis como idade, escolaridade, renda, filhos, relações sexuais e sua frequência da prática.

As gravações das respostas ao questionário qualitativo foram transcritas na íntegra, e o conteúdo foi analisado segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁶, possibilitando a seleção das ideias centrais de todas as respostas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características dos entrevistados são amostradas na tabela 1.

TABELA 1. Descrição da amostra segundo variáveis estudadas

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridade						
Analfabeto	6	25	2	7,41	8	15,68
Básico incompleto	3	12,50	0	0	3	5,88
Básico completo	2	8,40	0	0	2	3,93
Médio incompleto	3	12,50	8	29,63	11	21,56
Médio completo	4	16,60	4	14,82	8	15,68
Superior incompleto	1	4,16	3	11,11	4	7,84
Superior completo	5	20,84	10	17,03	15	29,43
Estado civil						
Solteiro	17	65,39	14	56,00	31	60,78
Casado/unido	9	34,61	7	28,00	16	31,38
Viúvo	0	0,00	4	16,00	4	7,84
Filhos	10	38,46	8	32,00	18	35,29
Relações sexuais	24	92,30	17	68,00	41	80,39

Fonte: os autores, 2014

A renda média dos entrevistados era de aproximadamente R\$ 2.000 (DP 1316,91) entre as mulheres; de aproximadamente R\$ 1.500 (DP 847,71) entre os homens e de R\$ 1.700 (DP 1123,04) para toda a amostra. A porcentagem de pessoas que relataram ter relações sexuais com frequência entre os entrevistados foi de 53,84% entre os homens e de 25,39% entre as mulheres.

Pela análise dos dados coletados, foram encontradas 25 ideias centrais para a primeira questão e 39 para a segunda. Feito isso, elas foram agrupadas de forma crescente, considerando a frequência de ocorrência para cada uma das questões. Na tabela 2 são apresentadas as ideias centrais mais frequentes para cada questão.

TABELA 2. Distribuição das ideias centrais mais frequentes encontradas para cada uma das questões segundo estado civil

Ideias centrais	Viúvo n(%)	Unido n(%)	Solteiro n(%)	Total n(%)
Explique o mais detalhadamente possível o que você sabe sobre relações sexuais				
Relação sexual ocorre apenas com o companheiro/parceiro entre pessoas com o sexo oposto	2(33,33)	2(7,14)	10(15,39)	14(12,63)
Relação sexual acontece entre duas pessoas dentro dos limites, costumes e desejos de cada um	0(0)	5(17,85)	6(9,23)	11(11,57)
Relação sexual serve para reprodução	0(0)	3(10,73)	7(10,76)	10(10,52)
Explique o mais detalhadamente possível o que você entende por ficar				
Ficar é algo descompromissado, que acontece entre duas pessoas e que não necessariamente vá durar mais tempo	1(20)	4(28,60)	17(37,77)	22(34,37)
Ficar envolve relação sexual com prazer	2(40)	1(7,14)	11(24,45)	14(21,87)
Termo que permite muita liberdade	1(20)	0(0)	2(4,45)	3(4,68)
Eu não concordo com isso	0(0)	1(7,14)	2(4,45)	3(4,68)
Explique o mais detalhadamente possível o que você entende por namorar				
Pode resultar em um casamento ou não, é uma fase de compartilhar, mas é uma coisa nova, poder passar por essa fase	1(16,67)	0(0)	10(32,75)	20(28,98)
Envolve respeito, consideração e carinho de ambas as partes, sempre dentro de seus limites	1(16,67)	0(0)	17(29,31)	18(26,09)
É um relacionamento mais sério	1(16,67)	1(20)	14(24,14)	16(23,18)
Explique o mais detalhadamente possível o que você entende por ter relações sexuais				
Para ter relação tem que ter sentimento	1(16,67)	2(11,11)	9(20,00)	12(17,39)
Acontece entre dois parceiros que se sentem seguros e são fieis com prevenção	0(0)	6(33,33)	6(13,33)	12(17,39)
Ter prazer e dar prazer	0(0)	5(27,77)	5(11,12)	10(14,49)
Necessidade	1(16,67)	2(11,11)	7(15,56)	10(14,49)

Fonte: os autores, 2014

Para a maioria dos participantes, a relação sexual deve acontecer prioritariamente entre duas pessoas do sexo oposto, que se gostam e que devem respeitar o limite de cada uma das duas partes, sendo que o maior propósito é a reprodução, por isso é um ato que deve ocorrer entre pessoas que já possuem uma relação matrimonial. Essa ideia central se baseia em um padrão socialmente imposto, associado à rigidez social de estabelecimento de papéis, com dificuldade na mudança de padrões, mesmo quando se pensa na homossexualidade, bem como a relação sexual fora do contexto matrimonial¹⁷.

Relacionamentos sem compromissos como, por exemplo, o ficar são aprovados majoritariamente por aqueles mais jovens e solteiros, já que se trata de uma relação sem compromissos, que não necessariamente vá durar mais tempo. Além disso, os não unidos afirmam que o ficar deve necessariamente envolver relação sexual, com o intuito de proporcionar prazer um ao outro, sem maiores envoltivos sentimentais. Essa prática se difere do namorar quando comparada com o tempo de duração, o gostar, o nível de compromisso e seriedade, assim como a confiança e sinceridade, que definem o limite entre o namorar e o ficar⁸.

O namoro é notadamente apoiado pelas pessoas unidas, já que o consideram como uma oportunidade de conhecer melhor a outra pessoa, sendo uma fase de respeito, carinho recíproco dentro dos limites estabelecidos por ambos; é um relacionamento mais sério que o ficar e pode resultar em casamento. Namorar envolve um relacionamento mais fechado e que necessita de uma menor exposição diante da sociedade, muitas vezes essa preferência acontece pelo medo de se expor que essa população apresenta; pelo receio dos obstáculos geralmente enfrentados, principalmente quando relacionado com sua sexualidade⁶.

Ter relação sexual é, para ambos os grupos, uma forma de dar e receber prazer e deve acontecer entre duas pessoas que se sentem seguros entre si e que mantêm uma relação fiel. No entanto, para os não unidos, é visível que a maior parte tem a relação sexual como uma forma de sanar suas necessidades carnis. Essa ideia também foi encontrada em um estudo no qual os jovens relatavam a possibilidade de haver sexo sem amor e vice-versa⁸. O mesmo destaque se dá quando questionados sobre a necessidade de envolver sentimentos, os não unidos julgam mais necessário haver sentimentos entre as partes quando comparados aos unidos.

Diante os resultados apresentados acima, as ideias centrais se aproximam muito das ideias apresentadas por pessoas sem deficiência em um estudo de 2005 no qual foram descritas opiniões e atitudes sobre sexualidade da população urbana brasileira, em que as pessoas relacionam à prática de relações sexuais majoritariamente com envolvimento e sentimentos¹⁸.

No que tange à escolaridade, as ideias se diferem no ponto de vista biológico e literário, já que quanto mais anos de estudo, maior era o conhecimento sobre a sexualidade e mais técnicos eram os termos usados. No entanto, mesmo as pessoas com menos anos de estudo não mostraram informações equivocadas, eram apenas populares. Diferentemente do que foi visto no mesmo estudo de 2005 em que as informações foram as mesmas de acordo com a escolaridade¹⁸.

O fato de as informações obtidas serem muito semelhantes aos populares e aos fornecidos pela mídia pode ser atribuído à baixa escolaridade em alguns casos e também à vergonha de conversar sobre esses assuntos com os familiares. Isso acontece pela profunda dificuldade que os pais têm ante a sexualidade de seus filhos; e, por isso, acabam transferindo esse papel educativo a terceiros, reproduzindo, então, formas disciplinares de controle que perpetuam um ciclo ao longo das gerações⁸. Além disso, essas informações se disseminam entre eles, pois a conversa entre amigos também se faz como fonte de informação sobre esse tipo de assunto, como foi visto em um estudo porto-riquenho de 2001, no qual a conversa com os amigos foi a terceira fonte mais votada para assuntos desse gênero¹⁹.

Os participantes mostraram-se sempre cientes de tudo o que envolvia sua sexualidade e não hesitaram em responder às questões, o que pode ser atribuído pelo fato de as pessoas com deficiência conhecerem o imaginário social a seu respeito e acreditarem que a divulgação de estudos como este devem desmistificar os conceitos sobre a sexualidade dessa população²⁰.

Uma limitação que pode ser considerada ao estudo é o fato de que a entrevistadora de todos os participantes era do sexo feminino. Isso fazia com que alguns entrevistados se sentissem constrangidos em passar algumas informações de modo a omitir dados que poderiam ser importantes. A existência de entrevistadores de ambos os sexos permitiria ao entrevistado escolher com quem gostaria de realizar a entrevista. No entanto, o estudo foi capaz de demonstrar as concepções sexuais de pessoas com deficiência visual, o que abre caminho para aprender como lidar com essa fase de construção da sexualidade delas, tanto no âmbito pessoal quanto emocional.

CONCLUSÕES

No presente estudo, foi observado que as ideias das pessoas unidas se mostraram mais conservadoras do que as dos não unidos, vindas de concepções familiares fortes e bastante aterrorizadas pela mídia; no entanto as ideias reforçadas pela mídia são aquelas que mais se aproximam do diálogo dos jovens solteiros. Fato este que pode ser atribuído ao estado conjugal e à idade.

Isso acontece em decorrência das concepções matrimoniais impostas pela sociedade e que extrema o pensamento dos indivíduos, para pensamentos liberais ou conservadores, que se adequam aos não unidos e aos unidos respectivamente. Isso pode ser notado pela íntima relação entre a necessidade de relação sexual quando falamos sobre ficar para as pessoas não unidas, enquanto para os unidos o namoro é mais importante e duradouro, pois é dele que poderá surgir o casamento.

Por isso, cabe ao profissional da saúde que está sempre em contato com essa população esclarecer as dúvidas e proporcionar informações corretas sobre a sexualidade, para que, assim, possam ter elementos para uma correta abordagem do tema, buscando sempre a preservação da saúde.

Referências

1. Brasil P da R. Decreto No 3.298, de 20 de Dezembro de 1999. Brasília; 1999. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
2. Brasil P da R. Decreto No 5.296 de 2 de Dezembro de 2004. Brasília; 2004. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.
3. Clarke PJ, Ailshire JA, Nieuwenhuijsen ER, de Kleijn – de Vrankrijker MW. Participation among adults with disability: The role of the urban environment. *Soc Sci Med*. 2011;72(10):1674-1684. doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.025.
4. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Accessibility to health services by persons with disabilities. *Rev. Saúde Pública*. 2011;45(1):99-105. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21049172>. Accessed August 4, 2014.
5. Castro SS de, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1773-1782. doi:10.1590/S0102-311X2008000800006.
6. França DNO. Sexualidade da pessoa com cegueira: da percepção à expressão. *Rev Bras Educ Espec*. 2013;19(4):583-596.
7. Nasário JC, Ernst TN. Imagem corporal e a deficiência visual: a educação física na compreensão do corpo. In: X Congresso Nacional de Educação.; 2011:260-274. http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4333_2325.pdf.
8. Bezerra CP, Pagliuca LMF. A vivência da sexualidade por adolescentes portadoras de deficiência visual. *Rev. da Esc. Enferm. da USP*. 2010;44(3):578-583. doi:10.1590/S0080-62342010000300005.
9. Morales AS, Batista CG. Compreensão da sexualidade por jovens com diagnóstico de deficiência intelectual. *Psicol Teor e Pesqui*. 2010;26(2):235-244. doi:10.1590/S0102-37722010000200005.
10. Bastos OM. Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes. *Physis Rev. Saúde Coletiva*. 2012;22(3):1031-1046. doi:10.1590/S0103-73312012000300010.
11. Berman H, Harris D, Enright R, Gilpin M, Cathers T, Bukovy G. Sexuality and the adolescent with a physical disability: understandings and misunderstandings. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1999;22(4):183-196. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827606>.
12. Job J. Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *Am Ann Deaf*. 2004;149(3):264-273. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15552337>.
13. França ISX de, Pagliuca LMF. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2009;43(1):178-185. doi:10.1590/S0080-62342009000100023.
14. Camargo EP de, Nardi R. Dificuldades e alternativas encontradas por licenciandos para o planejamento de atividades de ensino de óptica para alunos com deficiência visual. *Rev. Bras. Ensino Física*. 2007;29(1):115-126. doi:10.1590/S1806-11172007000100018.
15. Squarcini CFR, Esteves AM. Cronobiologia e inclusão educacional de Pessoas Cegas: do biológico ao social. *Rev Bras Educ Espec*. 2013;19(4):519-530.
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso Do Sujeito Coletivo: Um Novo Enfoque Em Pesquisa Qualitativa (Desdobramentos). 2nd ed. Caxias do Sul: Ed. Diálogo; 2003.
17. Menezes AB de C, Brito RCS. Reflexão sobre a homossexualidade como subproduto da evolução do prazer. *Psicol em Estud*. 2007;12(1):133-139. doi:10.1590/S1413-73722007000100016.
18. Paiva V, Aranha F, Bastos F. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):54-64. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/08.pdf>. Accessed April 6, 2014.
19. López-Jaime P, Santos-Ortiz MDC, Dávila-Torres RR, Torres L, Díaz L. Conocimiento en Sexualidad y Prácticas Sexuales en Estudiantes Universitarios con Impedimentos Visuales- Necesidad de Materiales Educativos. *P R Health Sci J*. 2001;20(3):260-275. <http://prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/view/1048/688>.
20. Barbosa GOL, Wanderley LD, Rebouças CBDA, Oliveira PMP De, Pagliuca LMF. [Development of assistive technology for the visually impaired: use of the male condom]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1163-1169. doi:10.1590/S0080-62342013000500021.

Nota

1 – Informações extraídas de <http://www.icbcuberaba.org.br/>

O GENOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE GENOGRAM AS FAMILY ASSESSMENT TOOL: INTEGRATIVE REVIEW

Disllane Hildebrando Coutinho

Acadêmico do curso de Fisioterapia do
Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Pablo da Mata Ferreira

Acadêmico do curso de Fisioterapia do
Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Angelo Augusto Paula do Nascimento

Fisioterapeuta, Docente do curso de Fisioterapia do
Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Contato

Angelo Augusto Paula do Nascimento
Rua dos Tororós, 2394 – Lagoa Nova
Natal-RN

CEP: 59.054-550

E-mail: angeloapnascimento@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi apresentar um referencial teórico que auxilie a avaliação familiar por meio da construção de genogramas. Trata-se de uma revisão integrativa com pesquisa em livros e manuais sobre o tema proposto e em bases de dados da Lilacs, Pubmed e SciELO, sendo consultados artigos originais sobre o tema publicados de 2002 a 2015. Os artigos foram avaliados e analisados obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: artigos e estudos escritos e publicados do ano 2002 até o ano de 2015; escritos em português, inglês ou espanhol; podendo ser estudos transversais, relatos de caso, artigos de revisão literária e ainda livros e manuais baseados no tema proposto. Foram excluídos os artigos com repetições e os textos que não tratavam da temática definida e impossibilidade de

acesso a eles na íntegra. A pesquisa resultou em um total de 75 publicações, destas, um livro, dois manuais e 72 artigos. Quanto aos artigos, após leitura de resumos, foram selecionados 52 para leitura na íntegra. Ao final, 38 artigos foram excluídos considerando os critérios estipulados, resultando 14 estudos adequados à metodologia adotada. Pode-se concluir por meio do estudo a relevância da utilização do Genograma como instrumento de avaliação familiar e espera-se que sirva como estímulo na sua divulgação e contribuição terapêutica, de maneira a proporcionar uma assistência sistemática, ampliando as expectativas sobre a família e ainda minimizando os questionamentos existentes para sua execução, suprimindo assim as dificuldades sobre o método avaliativo.

Descritores: Genograma. Genetograma. Avaliação familiar. Estrutura familiar. Bem-estar familiar.

ABSTRACT

The aim of this study is to present a theoretical framework that helps the family assessment through the construction of genograms. It is an integrative review with research in books and manuals about the theme and the databases Lilacs, SciELO and Pubmed, consulting original articles on the topic published from 2002 to 2015. Articles were evaluated and analyzed according to the following inclusion criteria: articles and studies written and published from the year 2002 to the year 2015; written in Portuguese, English or Spanish; possible cross-sectional studies, case reports, literary review articles as well as books and manuals based on the theme proposed. Articles with repetitions and texts that did not treat the subject and impossibility to access

to them in full were deleted. The research resulted in a total of 75 publications, being one book, two manuals and 72 articles. Regarding the articles, after reading the abstracts, 52 were selected for reading in full. In the end, 38 articles were deleted according to the stipulated criteria, resulting in 14 studies adequate to methodology adopted. It can be concluded by means of the study the relevance of using the Genogram as an instrument of family assessment and is expected to serve as a stimulus in its disclosure and therapeutic contribution, in order to provide systematic assistance, increasing the expectations about the family and still minimizing the existing questions to its execution, thus supplying the difficulties about the evaluation method.

Keywords: Genogram. Genetogram. Family assessment. Family structure. Family well-being.

INTRODUÇÃO

A Fisioterapia tem tido crescente projeção no cenário da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para seu conhecimento de núcleo para o aumento dos índices de saúde nesse nível de atenção, apoiando e compartilhando ações que envolvem a família como foco do cuidado.

A avaliação e intervenção na família constitui um relevante processo para a coordenação do cuidado em todas as etapas existentes das ações de saúde. Conhecer sua estrutura e composição, observando como se organizam e interagem os membros que a compõem, é vital para o cuidado¹. A família é representada por divergentes definições e pelos mais variados conceitos e até mesmo atribuições, podendo também ser observada sob a ótica de diferentes teorias². Diante da família moderna, que tem adquirido níveis de complexidade que passam desde o próprio conceito atual de família, ou ainda pela estrutura desta, isto é, unindo diversos casamentos, divórcio, separações, filhos oriundos dessas corporações e a escolha do parceiro, resulta em um verdadeiro desafio a ser superado na busca de uma representação gráfica e símbolos para tão distintas articulações, que venham proporcionar sua caracterização³.

O Genograma familiar ou genetograma é uma representação gráfica que apresenta, por meio de suas características, o desenho ou mapa da família⁴. São retratos gráficos da história que identificam a estrutura básica, bem como o funcionamento que se dão entre os membros dessa célula social⁵. A aplicabilidade do genograma ocorre por permitir observar pelo menos três gerações da família, bem como sua composição e demais dados fundamentais, como a idade, trabalho, separações, mortes, entre outros⁶. Nesse

cenário, o genograma representa um dos instrumentos mais úteis que o profissional de saúde dispõe na coleta de informação e para traçar a estrutura interna das famílias, utilizando regras e linguagem própria, e ainda mapeando pontos fortes e de vulnerabilidades⁷.

Até os anos 1980, os genogramas não favoreciam um único formato de representações de seus símbolos, o que desencadeava conflitos para os que faziam uso do instrumento, considerando que, assim, cada um apresentava sua maneira de compreensão⁸. Assim, é apenas na década de 1980, segundo Burd e Baptista, por meio de comitê, que ocorre padronização sobre o formato do instrumento, com símbolos distintos e maneiras particulares de configuração familiar⁴. Os traçados básicos do genograma, identificados inicialmente por Gerson e McGoldrick, responsáveis também por sistematizarem seu uso, foram definidos utilizando ilustrações e traçados que descrevem, respectivamente, as pessoas e suas relações⁹.

Na construção do genograma, é hábito incluir pelo menos três gerações, com membros da família fixados em séries horizontais e crianças em linhas verticais, orientados em sentido de esquerda para a direita, começando pela mais velha. Cada membro é representado por um quadrado (masculino) ou um círculo (feminino) e apontados, na parte interna de cada símbolo, o nome e a idade. Em caso de óbito de um membro da família, o ano de sua morte é colocado acima do quadrado ou círculo¹. São indicados ainda, no próprio genograma, as doenças e transtornos referentes a cada indivíduo, desenvolvendo assim uma imediata identificação; bem como também suas relações afetivas, marcadas por meio das chamadas linhas de relacionamento, que possibilitam ainda dimensionar a intensidade de envolvimento emocional entre os membros da família¹⁰.

Por intermédio do genograma, torna-se possível conhecer a família atual do paciente identificado, situações de divórcio e separações existentes entre casais, levantando ainda seu tempo de duração; assim como ocorrência de situações de aborto ou adoção, doenças graves e pessoas já falecidas com o registro do respectivo ano e causa da morte. Demais informações significativas, tais como uso de drogas, alcoolismo, obesidade e encarceramento, também podem ser acrescentadas¹¹.

Embora o trabalho baseado no genograma seja hoje preconizado como proposta fundamental para a atenção familiar, sua pragmatização apresenta ainda alguns questionamentos a serem superados.

OBJETIVOS

Apresentar um referencial teórico que auxilie a avaliação familiar por meio da construção de genograma e contribuir para sua divulgação como importante instrumento de avaliação familiar.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa, sendo esse um tipo de estudo retrospectivo e secundário que permite uma compreensão completa do fenômeno estudado, e ainda a síntese de múltiplos estudos publicados, possibilitando reflexões e conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo¹². O material de análise foi limitado à busca de livros e manuais acerca do tema proposto, além de artigos publicados em periódicos e revistas utilizando as bases Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), Pubmed (US National Library of Medicine National Institute of Health Search) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) durante o período de junho a julho de 2015. A consulta de artigos foi feita de forma retrospectiva até o ano de 2002, utilizando os seguintes termos: Genograma, Genetograma, Avaliação Familiar, Estrutura Familiar, Bem-estar familiar e suas respectivas versões em inglês (*Genogram, Genetogram, Family assessment, Family structure, Family well-being*) e espanhol (*Genograma, Evaluación de la familia, Estructura familiar, Bienestar familiar*) sempre associados ao termo: Saúde da Família – referenciado pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). A pesquisa acerca dos *softwares* específicos foi realizada utilizando os mesmos termos aqui propostos em *site* de busca disponível na internet, o Google®.

A busca se baseou em artigos selecionados mediante uma análise de adequação deles ao tema, procedendo a uma leitura cuidadosa dos resumos dessas publicações por parte de todos os autores deste, para a seleção das que abordavam o genograma como utilização de instrumento de avaliação familiar. Os artigos foram avaliados e analisados integralmente conforme os seguintes critérios de inclusão: artigos e estudos escritos e publicados desde o ano 2002 até o ano de 2015; escritos em português, inglês ou espanhol; podendo ser estudos transversais, relatos de caso, artigos de revisão literária e ainda livros e manuais baseados no tema proposto para análise de dados e complementação de informações. Foram excluídos os artigos com repetições e os textos que não tratavam da temática definida e impossibilidade de acesso a eles na íntegra. Os estudos ainda foram analisados quanto às variáveis: ano de publicação e área de atuação profissional.

RESULTADOS

A pesquisa resultou em um total de 75 publicações (1 livro, 2 manuais e 72 artigos) que faziam referências aos termos utilizados na estratégia de busca. Quanto aos artigos, após leitura de resumos, foram selecionados 52 para leitura na íntegra. Ao final, 38 artigos foram excluídos considerando os critérios estipulados, resultando 14 estudos adequados à metodologia adotada, sendo todos em língua portuguesa.

Após análise do material bibliográfico, constatou-se que os artigos na temática de avaliação familiar por meio de genograma publicados em periódicos nos últimos 12 anos apresentaram uma baixa média de publicações, havendo uma concentração de publicações mais recentes, entre os anos de 2002 e 2015. Destacando-se em número de publicações estão a Psicologia e a Enfermagem. Estudos em outras áreas apresentam menor proporção, como Enfermagem associada com Medicina. Também foram encontrados estudos nas áreas de Administração, Odontologia, Epidemiologia, Sociologia e Biomedicina associados à Psicologia. Não foram encontrados estudos publicados na área de Fisioterapia.

Tabela 1. Artigos segundo as variáveis: Ano de publicação, área de conhecimento e/ou atuação

Ano de Publicação	n	%
2002 – 2008	7	50
2009 – 2013	6	42
2014 – 2015	1	8
Total	14	100

Área de Conhecimento e/ou atuação	n	%
Enfermagem	4	28
Psicologia	5	35
Enfermagem e Medicina	3	14
Outros (Administração, Odontologia, Epidemiologia, Biomedicina, Psicologia, Sociologia e Farmácia)	4	21
Total	14	100

DISCUSSÃO

A construção do conhecimento acerca da família, com referenciais teóricos, estratégias de aproximação e relacionamento familiar, bem como instrumentos de avaliação, proporcionam ao profissional de saúde visão e atenção de forma sistêmica. Uma vez que a família vista como foco central do processo saúde-doença requer uso de instrumentos de abordagem familiar capazes de identificar e de retratar a estrutura familiar como seus padrões de relacionamentos e conflitos. O genograma representa um meio sucinto de informações colhidas, permitindo lembrar detalhes do histórico familiar⁴. Embora seja uma representação estática, a sua leitura é veloz e a sua compreensão objetiva, o que a torna uma fer-

ramenta bastante eficaz. Esse instrumento difere de uma árvore genealógica, considerando que comporta uma pluralidade de informações, bem como relações familiares, ao mesmo tempo que inclui todos os membros da família, como também aqueles não necessariamente familiares¹³.

É consenso na literatura consultada que as informações contidas em um genograma podem incluir vários aspectos dentro de uma família como fatores genéticos, médicos, sociais, comportamentais e culturais, sendo demonstrados dados como nomes e idades dos familiares, datas exatas de nascimento, casamentos, separações, divórcios, mortes, ocupações, doenças, lugares de residência e as relações entre os membros da família. Todos esses dados denotam a estrutura familiar e podem se configurar

como indícios do funcionamento e dinâmica desta¹. Apesar de o seu foco ser na família, o genograma traz também informações individuais muito relevantes, como traumatismos, pontos de vulnerabilidade e como os sujeitos desempenham a capacidade de resolver problemas⁸. Dessa maneira, os profissionais de saúde estarão em melhores condições de realizar um atendimento mais abrangente, de forma a poder detectar as necessidades assistenciais do paciente, levando em conta seu contexto psicossocial¹⁰.

Originalmente, o genograma foi utilizado por investigadores no campo das ciências sociais, como antropologia do parentesco, mas, sobretudo da genética para estudos de doenças hereditárias; posteriormente, nos anos 1970 veio a ser difundida pelo psiquiatra Murray Bowen, sendo renomeado de “diagrama familiar” para “Genograma Familiar” no ano de 1972¹³.

Algumas barreiras podem ser notadas na aplicação prática desse instrumento, como a escassez de uma simbologia padrão que determine de forma universal um significado para cada componente, além da subjetividade na coleta de dados. Apesar da padronização realizada na década de 1980 por Gerson e McGoldrick, na literatura, surgem formatos com símbolos diferentes e maneiras próprias de traçar as conformações familiares, o que ainda gera desordem e impossibilidade de leitura do instrumento por outros profissionais. Diante desse cenário, serão apresentados posteriormente a arquitetura, símbolos e relações dos genogramas mais presentes observados na literatura.

O Genograma comumente é constituído a partir das informações colhidas no primeiro dia com o paciente, em que se deve inicialmente identificar o(s) indivíduo(s) que irá (ão) fornecer a informação principal; recolher os nomes dos membros da família; com suas respectivas datas de nascimento, morte, abortos, etnia; bem como datas de casamentos, separações, divórcios, podendo ser inclusos ainda nesse sentido, e a critério do avaliador, outros acontecimentos importantes no contexto familiar, que repercutem nele; e ainda informações acerca das condições socioeconômicas do indivíduo: locais de moradia, profissão, nível de escolaridade e religião. É necessário também se lembrar de acrescentar doenças crônicas ou graves e condições de saúde, especialmente de transmissão hereditária, segundo abreviaturas e à direita do símbolo a que se refere; traços genéticos; modos de relacionamento/funcionamento entre os membros da família e, eventualmente, não familia-

res/instituições¹³. Tais procedimentos são comuns a todos os artigos consultados nesta revisão.

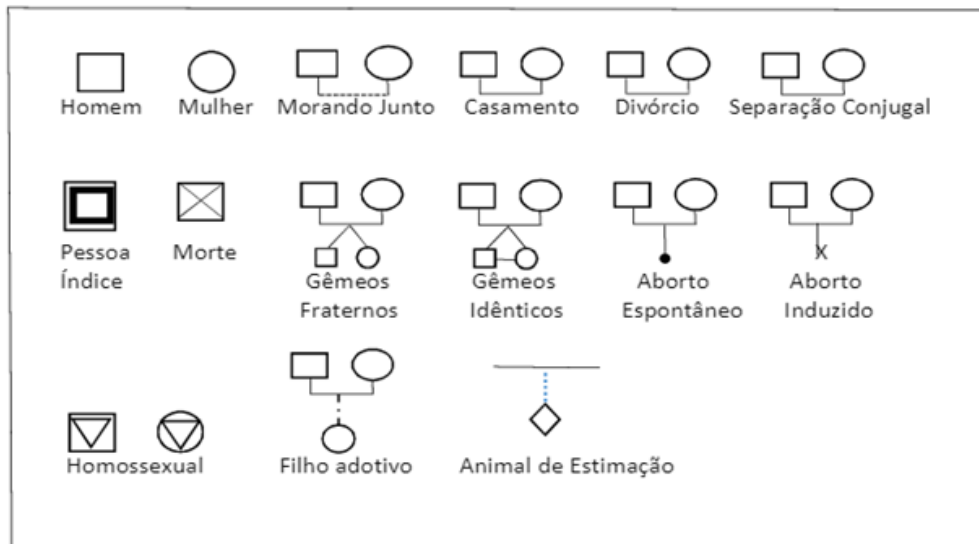
Os desenhos básicos do genograma foram definidos empregando figuras geométricas que representam as pessoas e linhas que descrevem suas relações. Entre a literatura revisada, todas recomendam que o gênero masculino seja representado por um quadrado, e o feminino por um círculo. Nos estudos pesquisados, a pessoa índice foi sinalizada com uma marcação em negrito sobre o seu desenho geométrico, sendo entendimento comum apenas a necessidade de seu destaque. Outro achado frequente a todos os estudos aqui empreendidos é a conexão por linha horizontal contínua, com a figura masculina à esquerda e a figura feminina à direita, indicando indivíduos casados. Quando esta linha aparece tracejada, indica união estável (moram juntos); em alguns estudos é identificada sobre a linha a data ou ano de casamento^{9,10,13,14} e em outros as datas não estão presentes nas linhas^{3,4,7,8,11}. Seguindo a ideia de que o genograma é utilizado como método facilitador na avaliação da família, achamos ser interessante colocar as referidas datas supracitadas, considerando que, por meio disso, não seria necessário identificá-las na anamnese, minimizando assim o trabalho do avaliador. É consenso entre os artigos a separação conjugal representada apenas por um traço sobre a linha horizontal e o divórcio por dois traços também sobre a linha horizontal.

A idade das pessoas pode ser colocada dentro^{9,10,11,13,14} ou fora^{3,8} das figuras; e o nome, na parte inferior. Os filhos são representados em uma linha abaixo, conectados com o traço horizontal do casamento por linhas verticais, sendo o filho mais velho representado à esquerda. A representação é distinta para os filhos adotivos, com linhas pontilhadas, e para filhos gêmeos, cujo ponto de conexão é um só. O aborto espontâneo é representado por um círculo negro, enquanto aborto induzido, por um “x”.

De todas as referências consultadas, apenas uma relatou a representação do animal de estimação¹³, e duas a do homossexual, encontrada em um artigo¹⁰ e no livro¹⁵. Consideramos que elas são relevantes e que podem ser acrescentadas à simbologia adotada, contemplando, respectivamente, a forte ligação de elo e afetividade criada com os animais domésticos e a diversidade de orientações sexuais. Já para a representação de óbito, não há variações na literatura, sendo identificadas por um “x” dentro do símbolo, com data de óbito imediatamente acima.

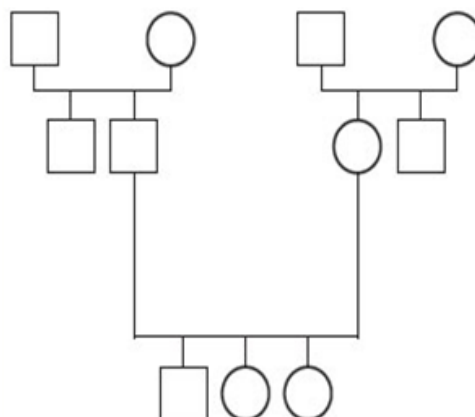
Mediante o conflito existente, aqui propomos um rol de símbolos que possam ser utilizados no genograma, considerando a literatura consultada. A figura 1 traz os símbolos mais utilizados, contemplando um número maior de elementos que podem ser inseridos neles, ampliando suas representações.

Figura 1. *Simbologia mais utilizada no genograma*



As várias gerações, antepassados e descendentes, são representados, cada uma, em um nível horizontal da figura, podendo-se distinguir, ao olhar, a geração dos avós, dos pais, dos netos, entre outras. A linha contínua em torno de alguns símbolos representa os membros da família que moram em uma mesma casa e que são de especial importância, no caso de famílias reconstituídas, para localizar com quem vivem os filhos. A figura 2 apresenta a arquitetura mais utilizada na configuração do genograma.

Figura 2. *Arquitetura do genograma*



O terapeuta e a família também podem eleger elementos importantes e informações sobre atividades profissionais, características dos indivíduos e seus relacionamentos, identificados pela família para serem anotados no desenho do genograma⁹.

As relações afetivas entre os componentes da família também são representadas por meio de linhas. Estas são construídas com o paciente e/ou com os familiares durante a entrevista de organização do genograma. As linhas permitem identificar a intensidade de envolvimento emocional entre os membros da família². A definição dos relacionamentos não aparece claramente na construção dos genogramas dos artigos consultados, porém, um dos artigos⁴ sugere uma padronização do entendimento destes vínculos, facilitando assim as representações, descritas a seguir:

Relacionamento harmônico: define-se como a união entre dois ou mais membros familiares que mantêm sentimentos positivos um para com o outro e que possuem interesses, atitudes ou valores mútuos.

Relacionamento conflitual: caracteriza os relacionamentos nos quais existem estreita vinculação emocional, além de presença constante de conflitos entre os membros familiares.

Relacionamento conflituoso: caracteriza-se pelas relações nas quais há constante atrito que ge-

ram muita ansiedade e desavenças no meio familiar expresso por dificuldade de comunicação, podendo até evoluir para violência física.

Relacionamento vulnerável: caracteriza os relacionamentos nos quais não há conflito explícito, mas que, entretanto, oferecem risco de existir conflitos em condições adversas ou fases de transição.

Relacionamento distante: caracteriza a forma de relacionamento encontrada principalmente em famílias desunidas. O relacionamento entre os membros caracteriza-se por pouco contato, principalmente de ordem emocional.

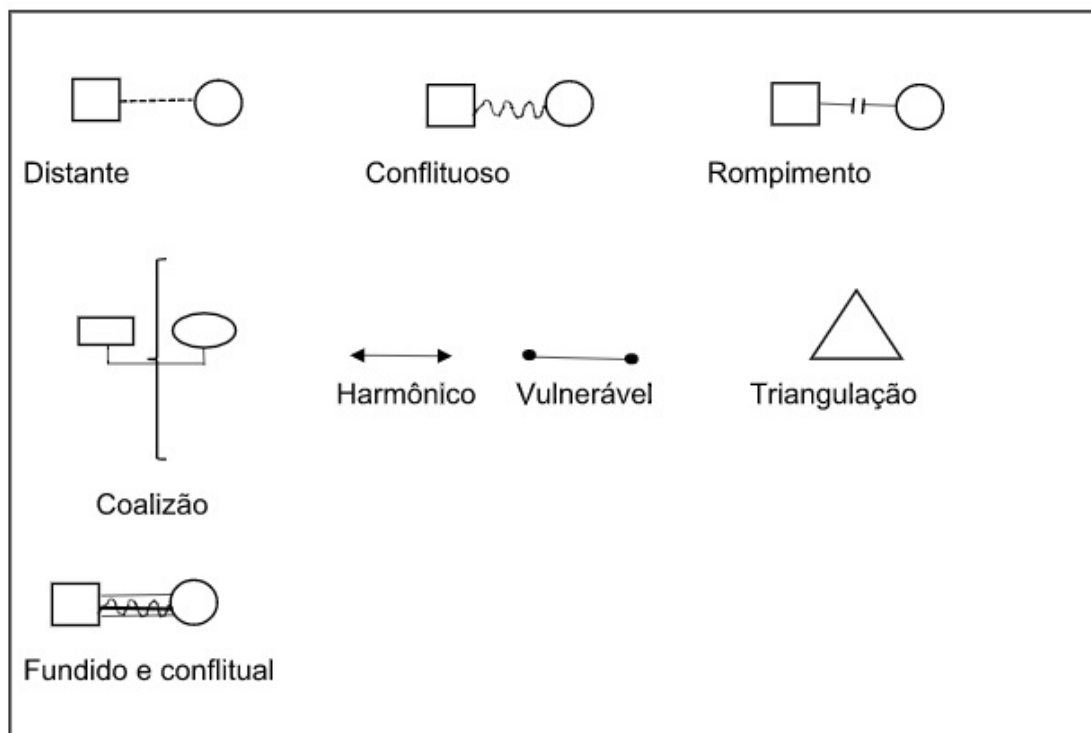
Rompimento: caracteriza os relacionamentos nos quais a ligação emocional entre os membros é mantida, podendo ou não haver contato entre os componentes.

Triangulação: é a configuração emocional entre três pessoas, na qual a pessoa “triangulada” cumpre uma função periférica de regulação da tensão existente entre outras duas.

Coalizão: consiste na união de duas pessoas com uma terceira.

Em função da literatura observada, encontramos mais presentes a representação gráfica dos seguintes relacionamentos, demonstrados na figura 3.

Figura 3. Relacionamentos e legendas utilizados no genograma



Fonte: Adaptado de Leonidas C, Santos MA⁽⁷⁾.

Apesar de recorrente, os relacionamentos familiares podem ser modificados ao longo do tempo. Essa mudança permite a sobrevivência e continuidade da família, além da diferenciação de seus membros. Ao profissional de saúde, essa visualização possibilita o planejamento de estratégias de intervenção na família, assim como a identificação de indivíduos com possibilidades de serem envolvidos no processo de cuidado.

No que se refere às patologias identificadas na construção do genograma, de acordo com a leitura realizada, a simbologia adotada para tal foi retratada apenas em dois artigos^{10,13} e encontrada uma sugestão de siglas em manual¹⁶, em que as patologias mais frequentemente representadas são demonstradas na tabela 2.

Tabela 2. Siglas das patologias e condições mais frequentes

Hipertensão Arterial	HA
Diabetes	DIA
Hanseníase	HAN
Deficiência	DEF.MULT.
HIV	HIV
Gestante alto risco	GAR
Uso de substâncias licitas ou ilícitas/Drogas	DROG
Alcoolismo	ALC
Transtorno mental	TME
Câncer	CA
Desnutrição	DESN
Asma	ASM
Deficiência Física	DEF.IS
Deficiência Mental	DEF.MENT
Deficiência visual	DEF.VIS
Idosos frágil	ID.FRAG.
Anemia	ANE
Tabagismo	TAB
Obesidade	OBES
Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	ATDNOM

Fonte: adaptado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva de Minas Gerais.

Embora busque-se aqui proporcionar uma visão padronizada na construção e leitura de genogramas por profissionais de saúde, não se descarta a necessidade da inclusão de legendas que forneçam informações sobre o significado dos elementos simbolizados em uma representação gráfica específica.

Os genogramas podem ser desenhados à mão livre ou com o auxílio de programas simples, como editores de texto ou *softwares* que permitam a criação e manipulação de desenhos. Entendendo o desafio de elaborar essa representação gráfica, alguns programas de computador, *softwares*, foram desenvolvidos com o intuito de facilitar essa construção, porém, apesar de obedecerem às padronizações de simbologia básica, eles diferem em alguns elementos, trazendo ainda um obstáculo à leitura por profissionais de diferentes localidades. Optamos por relacionar aqueles disponíveis em formato gratuito ou não, não se limitando aos de produção nacional.

Randy e Gerson desenvolveram o primeiro programa de computador específico para genograma, desenhado para o Macintosh original em 1982. Desde então, foram desenvolvidos diversos aplicativos, como, por exemplo, o Genogram-Maker Millennium (www.genogram.org), disponível na língua inglesa e circulando em sistemas operacionais Windows® e Mac®. Além dele, outro programa bastante popular é o GenoPro (www.GenoPro.com), que traz uma série de símbolos e legendas em inglês, o que dificulta o seu manuseio, entretanto, a grande maioria dos símbolos presentes no programa são os mais utilizados para criação do genograma, o que o torna bem aceito pelos profissionais. O GenoPro só está disponível na plataforma Windows® e em versão paga. Temos ainda o Genogram Analytics (<http://www.genogramanalytics.com>), que pode ser trabalhado em computadores que contenham os respectivos sistemas operacionais, Windows® ou Mac®, sendo um sistema pago, apresentando também no idioma inglês. Contemplando o acervo de programas anteriormente citados, no ano de 2011, foi disponibilizado ainda o aplicativo livre “Álbum de Família”, que permite, em português e em linguagem digital, a construção de genograma, disponível em www.albumdefamilia.nescon.medicina.ufmg.br.

O fisioterapeuta, assim como outros profissionais de saúde, estando munido da construção do contexto da família, tendo como elo o conhecimento da

funcionalidade, dinâmica e o suporte familiar existente, torna sua prática terapêutica amplamente significativa, de modo a possibilitar o planejamento de estratégias de assistência domiciliar mais efetiva, articulando os cuidados com os agentes colaboradores. A revisão em pauta confirma a utilização do genograma como parte importante nesse processo. Embora obviamente ainda limitados nas informações que apresentam, acredita-se que futuramente e tendo o avanço tecnológico como aliado abrir-se-á espaço para que se colem ainda mais informações do que aquilo que se pode hoje exibir de uma só vez. É certo que os terapeutas levam e reúnem consigo mais informações acerca da vida das pessoas do que aquelas demonstradas em uma ilustração de genograma, mas espera-se que logo tenhamos condições de adotar quais aspectos dele queremos expor para um objetivo em comum ou particular, possibilitando ainda condições de informação integral em uma base digital.

CONCLUSÕES

De acordo com esta revisão, pode-se concluir a relevância da utilização do Genograma como instrumento de avaliação familiar para os profissionais inseridos no contexto de Saúde da Família e a necessidade de estender estudos sobre a sua utilização na atuação fisioterapêutica.

O Genograma como instrumento de avaliação, quando bem adotado e executado, proporciona uma maior compreensão do núcleo familiar em seu contexto psicossocial. Desse modo, espera-se ainda que exista o aumento gradativo da capacidade exploratória sobre esse instrumento, trazendo à tona cada vez mais sua eficiência e aplicabilidade, bem como medidas de avanços tecnológicos acerca deste, a fim de facilitar e qualificar cada vez mais o seu uso, fomentando a prática de profissionais e acadêmicos.

Referências

1. Sousa FGM, Figueiredo MCAB, Erdmann AL. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde*. 2010; 11(1): 60-63.
2. Cecagno S, Souza MD, Jardim VMR. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 26, n. 1, p.107-112, 2004.
3. Zuse AS, Rossato VMD, Backes VMS. Genetograma: um instrumento de trabalho na compreensão sistêmica de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002; 10(3): 308-20.
4. Wendt, NC, Crepaldi MA. A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 21(2): 302-310.
5. Rodrigues N, Chaves ACP, Fonseca RN. Contribuição do genograma no contexto da atenção farmacêutica. 2011.
6. Liége OA, Luan PF, Ivana L, Caroline CE, Joeme DS, Débora SO. Reflexão conceitual e empírica da importância dos instrumentos de entrevista inicial: anamnese e genograma. *Anais da VI mostra científica do cesuca*, v.1, n. 7, 2013.
7. Leonidas C, Santos MA. Relações familiares nos transtornos alimentares: o Genograma como instrumento de investigação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(5):1435-1447.
8. Machado HB; Soprano ATB; Machado et al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. *Fam. Saúde Desenv*. Curitiba, v.7, n.2, p.149-157, 2005.
9. Liara LK, Blanca SGW. O Genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. *Avaliação Psicológica*. 2008; 7(3): 415-426.
10. Muniz JR, Eisenstei E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(1): 72 – 79.
11. Castoldi, L, Lopes RCS, Prati LE. O Genograma como Instrumento de Pesquisa do Impacto de Eventos Estressores na Transição Família - Escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006; 19(2): 292-300.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4): 758-64.
13. Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®: (re)descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Tecnologias da Informação em Educação*, vol. 5(2), Outubro 2013.
14. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde Soc*. São Paulo, v.18, n.3, p.515-524, 2009.
15. Monica McGoldrick; Randy Gerson; Sueli Petry. *Genogramas: Avaliação e Intervenção Familiar*. 3ª ed. Brasil: São Paulo; 2011.
16. Núcleo de educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. *A família como foco da Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2011.

NECESSIDADE E VALOR DE USO DO FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: NOTAS PARA O DEBATE

NEED AND USE VALUE OF THE PHYSICAL THERAPIST IN INTENSIVE CARE UNIT:
NOTES FOR THE DEBATE

Giovanni Gurgel Aciole

Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Associado do curso de Medicina da UFSCar. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Glaucia Nancy Takara

Silvia Leticia Pavão

Thaís Rabiatti Aurichio

Fisioterapeutas, alunas do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia/UFSCar

Contato

GRUPO Quíron – Estudos e Práticas em Saúde
Rod. Washington Luiz, SP 330 – km 235 S/N
Monjolinho
São Carlos-SP
CEP: 13565-905
E-mail: gescufscar@gmail.com

RESUMO

A ampliação da clínica em saúde tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de práticas de promoção e prevenção em saúde, e gerou novos arranjos organizacionais na política pública em saúde visando à interdisciplinaridade de saberes e práticas profissionais, por meio das equipes de referência e apoio matricial, indispensáveis para a humanização da gestão e atenção em saúde. A Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, corrobora a reforma política em saúde, exigindo a presença do fisioterapeuta na equipe de referência, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Este texto destaca a importância desse profissional para a preservação da vida e incorporação do atendimento integral nas UTIs, trazendo benefícios e recuperação integral aos pacientes, especialmente em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Modalidades de fisioterapia. Serviço hospitalar de fisioterapia. Atenção integral à saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

The expansion of clinical health aims to improve the quality of life of users through health promotion and prevention practices and generated new organizational arrangements in public policy in health aimed at interdisciplinary knowledge and professional practices, through the reference and matrix support teams, essential for the humanization of health management and care. Resolution no7 of 24 February 2010 confirms the political reform in health, requiring the presence of the physical therapist in the reference staff in Intensive Care Units (ICU). This text highlights the importance of such professional for the preservation of life and incorporation of comprehensive care in ICUs, bringing benefits and full recovery to patients, especially in the hospital environment.

Keywords: Intensive Care Units. Physical Therapy Modalities. Physical Therapy Department-Hospital. Comprehensive Health Care. Public Health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde vem perseguindo integrar outras práticas aos conceitos tradicionalistas que visavam estritamente à cura das doenças e a prevenção nas práticas de saúde¹. Atualmente as políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde têm como principal meta melhorar da qualidade de vida dos usuários, por meio de práticas de promoção e prevenção em saúde. Hoje em dia, ter saúde é resultado de melhores condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde².

No território das práticas profissionais que trabalham com o movimento e a saúde corporal, esse conceito de saúde foi incorporado de maneira mais clara com a criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) elaborada pela Organização Mundial de Saúde, que rompe o paradigma da doença como ausência de saúde e amplia a percepção das capacidades e potencialidades do indivíduo doente diante das suas atividades e do meio em que ele está inserido. A criação da CIF surge pela necessidade de conhecer o que acontece com o paciente após o diagnóstico médico, como a doença se repercute em sua vida e o que ele é capaz de realizar em sua rotina diária³.

A implementação dessa nova abordagem em saúde exige novos arranjos organizacionais. O modelo tradicional da saúde, vertical, levava à hierarquização, departamentalização, burocratização e pouca resolutividade dos problemas em saúde⁴. O modelo adotado pela reforma tem uma organização em saúde transversal, que objetiva estimular a troca de conhecimentos e práticas e a produção da saúde, como produto e objeto de trabalho em equipe multiprofissional, que pode ser básica ou de referência⁵.

A equipe de referência caracteriza-se por um grupo de profissionais considerados essenciais para a atenção do problema em saúde apresentado pelo usuário. Esta equipe é responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos em saúde, elaborando projetos e buscando outros recursos terapêuticos se necessário. As equipes de referência seguem uma composição multiprofissional, permitindo a valorização de cada profissional, sem que haja predomínio das atuações médicas em detrimento das outras profissões. Além disso, sua atuação ocorre em qualquer nível de atenção em saúde, seja em uma equipe do programa de saúde da família, na atenção primária, ou uma equipe de transplante de órgãos, na atenção terciária^{4,5}.

O apoio matricial se apresenta como a atenção especializada da equipe de referência, na necessidade de complementos e de rearranjos no novo modelo organizacional. Equipe de referência e apoio matricial, atuando conjuntamente, elaboram um projeto terapêutico individualizado, estabelecendo cada vez mais um vínculo terapêutico entre os profissionais e os usuários^{4,5}.

A interação entre essas equipes de trabalho promove a troca de práticas, saberes, dúvidas e resultados. Cada um dos profissionais que a compõem exerce uma função ímpar, não exclusivamente pelo cuidado que deve dirigir a cada paciente, mas pelo que representa de sua profissão perante a equipe. Dessa forma, esses arranjos interdisciplinares são essenciais à gestão em saúde e tornam-se ferramentas indispensáveis para a humanização da gestão e atenção em saúde.

No caso de pacientes extremamente graves, como os encontrados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a presença da equipe de referência e apoio matricial é essencial para a manutenção vida. Todavia, a composição dos profissionais em cada uma das equipes ainda é um amplo campo de discussões^{4,5}. No âmbito hospitalar, especialmente nas UTIs, o objetivo do tratamento foi sempre o de oferecer cuidados intensivos, voltados para a manutenção das funções vitais, paralelamente ao tratamento da doença de base. A monitorização dos pacientes exige cuidados contínuos de médicos e enfermagem, além da atuação de outros profissionais.

Segundo a Portaria nº 3432 do Ministério da Saúde⁶, existem critérios de classificação para UTI de acordo com o nível de sua complexidade, o que é usado para definição dos recursos humanos necessários para atuar nela. Naquelas de menor complexidade, para cada dez leitos ou fração, há a necessidade de um médico intensivista diarista, um médico plantonista, um enfermeiro exclusivo da unidade e um fisioterapeuta (presente no turno da manhã ou da tarde), bem como um técnico em enfermagem para cada dois leitos ou fração.

Na portaria supracitada, não aparecem informações a respeito da exclusividade da atuação do fisioterapeuta na equipe básica da UTI ou sua atuação também no setor terciário, e não apenas na UTI. Nas UTIs de maior complexidade, a proporção dos profissionais básicos para o número de leitos da terapia intensiva deve ser maior. Nessas unidades, o Ministério da Saúde exige a presença de um fisioterapeuta exclusivo sem atuação e outros setores. Entretanto, não há especificação quanto ao período de tempo em que esse cuidado deve ser realizado, se de forma exclusiva por turno da manhã ou tarde ou se deve ser contínuo (24 horas por dia).

A Resolução RDC N°7, de 24 de fevereiro de 2010⁷, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovou requisitos mínimos para funcionamento de UTIs. Estabelece que a designação de uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo os seguintes profissionais: um médico diarista/rotineiro (nos turnos matutino e vespertino), um médico plantonista (em cada turno) e um fisioterapeuta (nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação) para cada dez leitos ou fração, bem como um enfermeiro assistencial (em cada turno) para cada oito leitos ou fração, e um técnico de enfermagem (em cada turno) para cada dois leitos.

A ampliação da atuação do fisioterapeuta em termos de carga horária e a abrangência desse requisito para todas as unidades independentemente de sua complexidade confirmam a importância desse profissional no que tange à preservação da vida e manutenção de sua qualidade em uma unidade de cuidados intensivos.

No contexto de delineamento de funções, o trabalho multiprofissional é o grande trunfo da saúde coletiva para promoção do cuidado integral.

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O papel dos profissionais da área da saúde, em especial do Fisioterapeuta, apresenta grande complexidade ante a constante necessidade de qualificação dos serviços de assistência à saúde, que pelos novos conceitos incorporados não se limitam apenas a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Diante disso, há uma constante ampliação da área de atuação profissional do Fisioterapeuta, permitindo a descoberta de novas possibilidades de intervenção. Quanto ao trabalho nas UTIs, resta a delimitação da função exercida por esses profissionais para garantir a promoção do cuidado em sua forma integral, indo de encontro aos novos conceitos de saúde recentemente estabelecidos para a sociedade.

Este profissional exerce atividades na área terapêutica e de reabilitação, além de atuar no desenvolvimento de programas de prevenção, proteção e promoção da saúde. Ao se firmar como área específica do conhecimento, a fisioterapia atua no tratamento e prevenção de alterações cinético-funcionais como distúrbios neuromusculares, musculoesqueléticos, neurológicos, respiratórios, cardiocirculatórios, gineco-obstétricos, pediátricos e nas áreas de geriatria e oncologia⁸.

Na rede hospitalar, em especial, nos cuidados intensivos, a presença desse profissional ganha destaque por caber a ele a manutenção/recuperação/otimização da função respiratória e motora. A atuação

sobre o sistema respiratório, tradicional no meio hospitalar, permite ao fisioterapeuta manter as vias aéreas sem secreção e a adequada função dos músculos respiratórios. Quanto ao aparato musculoesquelético, ele tem o papel de atuar sobre a perda de força e massa muscular e sobre o déficit da funcionalidade, que caso não tratado, pode repercutir na qualidade de vida dos indivíduos, por longos períodos após a alta hospitalar⁹.

Já é evidenciado na literatura que o trabalho intensivo do fisioterapeuta diminui os riscos de infecção hospitalar e das vias respiratórias, proporcionando uma economia nos recursos financeiros que seriam usados na compra de antibióticos e outros medicamentos de alto custo. Além disso, a manutenção da funcionalidade preserva a qualidade de vida desses indivíduos após a alta hospitalar, tornando-os aptos a exercer a sua atividade de vida diária e econômica, permitindo a reinserção destes em suas atividades de participação social^{10,11}. Diante disso, a atuação do fisioterapeuta na terapia intensiva implica benefícios não somente para os custos da saúde no geral como também de maneira especial para os pacientes. Portanto, a presença contínua e exclusiva do fisioterapeuta é indispensável para um atendimento integral em saúde e para a promoção de qualidade dentro de uma UTI.

Além do fisioterapeuta, toda a equipe de profissionais de saúde tem seu papel bem definido na promoção da saúde, e mais do que isto, de qualidade de vida, especialmente em ambiente hospitalar.

EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A equipe básica de terapia intensiva deve ser organizada seguindo o modelo de gestão em saúde proposto pelo Ministério da Saúde⁵, respeitando os cargos e atribuições de cada profissional. Dessa forma, deve abranger uma equipe de referência e outra de apoio matricial. A equipe de referência deve ser bem estabelecida em relação aos profissionais que a compõem, possuir organização e entrosamento suficientes para garantir o atendimento integral do paciente. Tais atribuições e responsabilidades devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI⁷. Além disso, o apoio matricial deve ser fundamentado de acordo com a sua constituição e disponibilidade. O arranjo organizacional é necessário por envolver o tratamento de pacientes criticamente enfermos, os quais necessitam de atenção complexa e ininterrupta por parte de todos os profissionais.

A presença da figura do médico e do enfermeiro é essencial para manter o cuidado intensivo. Entretanto, sob a influência da nova concepção de saúde, que integra aspectos de qualidade de vida, outros profissionais de saúde tornaram-se tão necessários quanto estes. Dentre esses profissionais, destacam-se o nutricionista, o fonoaudiólogo, o assistente social, o psicólogo e o fisioterapeuta. A atuação conjunta desses profissionais é essencial para garantir a promoção da saúde à luz dos novos conceitos de integralidade e humanização. Essa união de profissionais permite uma visão mais integral do usuário e do trabalho interprofissional, explorando a potencialidade dos profissionais envolvidos no cuidado.

Dessa forma, todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar. As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente por meio do apoio matricial, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional⁷. A organização dos profissionais em uma equipe de referência permite que a responsabilidade das decisões tomadas não repouse apenas sobre o médico, mas sobre todos os profissionais que a integram.

A atuação do fisioterapeuta na terapia intensiva era determinada por lei e ocorria de acordo com o nível de complexidade da UTI. Com a nova resolução, o fisioterapeuta teve sua atuação ampliada em todas as unidades de terapia intensiva, independentemente

de sua complexidade, passando a ser efetivamente um profissional membro da equipe de referência, uma vez que esta é composta de profissionais essenciais ao cuidado do paciente.

O manejo das situações clínicas vivenciadas em uma UTI necessita de atenção especial, além de monitorização contínua e ininterrupta de um profissional de saúde. Uma vez que médicos e enfermeiros possuem outras atribuições, a presença de mais um profissional especializado no manejo dos equipamentos e da situação clínica torna-se necessária. Em alguns hospitais-escola, o fisioterapeuta é autorizado a atuar nos casos de desconspensações respiratórias. Em geral, nesses locais, cada profissional realiza sua avaliação individual, posteriormente a situação é discutida em equipe, e um plano terapêutico é traçado. Assim, cada profissional passa a ter uma atividade com o objetivo de atingir esse plano terapêutico. Eles irão monitorizar em conjunto o sucesso ou não da terapêutica implementada, e em caso de insucesso ou complicações, irão decidir em conjunto por uma nova terapêutica, sem que a responsabilidade do insucesso ou da complicação recaia sobre um profissional.

O objetivo do fisioterapeuta nas UTIs, onde os pacientes passam longos períodos acamados e em inatividade, é retirar, assim que possível, o paciente do leito e, assim que este apresentar estabilização do quadro clínico, iniciar o treino de atividades de vida diária. A decisão de retirar o paciente do leito depende da decisão de todos os profissionais da equipe de referência e do auxílio deles. Dessa forma, a atuação sobre o paciente para promoção da funcionalidade e manutenção da qualidade de vida é uma responsabilidade da equipe multiprofissional, exigindo a cooperação de todos para que o objetivo final seja atingido. Nesse cenário, o fisioterapeuta, com seu amplo espectro de atuação, exerce papel crucial, justificando sua atuação exclusiva nessas unidades.

Com base na importância da fisioterapia para o paciente crítico, o fisioterapeuta deve sempre fazer parte da equipe de referência de qualquer UTI independentemente do seu nível de complexidade, e dada a sua relevância, sua presença deveria ser contínua, ininterrupta 24 horas por dia, em todas as terapias intensivas. Se, parte do apoio matricial ou parte da equipe de referência, mas não presente 24 horas no dia, o fisioterapeuta perde a essência da sua atuação, e não é capaz de executar a sua função de forma adequada, deixando de promover os benefícios esperados aos pacientes. Assim, a ampliação da carga horária para 18 horas conforme a nova resolução⁷ foi necessária. Essa mudança leva a uma melhor composição da equipe e, conseqüentemente, melhor atendimento ao usuário visando a uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas vêm conquistando avanços significativos no reconhecimento de sua profissão para a garantia de melhores cuidados aos pacientes em ambiente hospitalar. Tal avanço ganha reforço significativo com a implementação das Resoluções que regulamentam a inserção desse profissional nos diversos espaços de atenção à saúde, em especial, no ambiente hospitalar.

Com o rol de ações e práticas assistenciais de recuperação e reabilitação, promoção da saúde e prevenção de agravos que esse profissional pode prestar, ganha corpo a ampliação do conceito em saúde como produção de qualidade de vida, e o cuidado integral ao paciente. Iniciativas normativas são essenciais para o reconhecimento de diversos profissionais de saúde, geram novos espaços de atuação e de emprego a esses profissionais e garantem melhores condições de saúde à população.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acessado 2010 Ago 02]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf.
2. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2): 580-588.
3. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev. Bras. de Epidemiol 2005; 8(2): 187-193.
4. CAMPOS, GWS, DOMITTI AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública 2007; 23(2): 399-407.
5. Ministério da Saúde. Secretária-Executiva da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em 02 de ago. 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Diário Oficial da União 1998; 12 ago. Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>. Acesso 02 de ago. 2010.
7. Resolução no 7 de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010; 24 fev.
8. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª região. Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Porto Alegre: CREFITO 5; 1997.
9. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respiratory medicine. 2005; 99(9): 1096-104.
10. Kress JP. Clinical trials of early mobilization of critically ill patients. Crit Care Med 2009; 37(Supl 10).
11. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet 2009; 373:1874–82.

ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE ACTIVITY OF THE PHYSICAL THERAPIST IN FAMILY HEALTH SUPPORT CENTERS OF JOÃO PESSOA: AN EXPERIENCE REPORT

Verônica de Oliveira Dantas Gadelha

Fisioterapeuta Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto pela ASSOBRAFIR Pós-Graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) Prefeitura Municipal de João Pessoa

Contato

Rua Philadelpho Pinto de Carvalho, Aero clube, João Pessoa-PB, Brasil CEP: 58036 105 E-mail: veronica-gadelha@hotmail.com

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) fazem parte da atenção básica, sendo constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas e Academia da Saúde. O presente artigo teve por objetivo relatar experiências vivenciadas por uma profissional atuando em um NASF, trazendo reflexões a respeito do processo de trabalho, atividades desenvolvidas e benefícios trazidos à população na área de Fisioterapia. O Fisioterapeuta, nos NASF, atua nas Unidades de Saúde da Família (USF) de sua área de referência. São realizadas atividades específicas de núcleo profissional, em que são realizados atendimentos clínicos individuais,

discussão de casos clínicos e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS); bem como realização de atividades coletivas, como participação em atividades das Academias da Saúde, atividades em grupos terapêuticos e diversos equipamentos sociais do território. As atividades realizadas têm contribuído positivamente para a integralidade do cuidado aos usuários da atenção básica, proporcionando ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios de referência. Pode-se verificar que a atuação na área de Fisioterapia tem se demonstrado eficaz e resolutiva na equipe analisada e no seu respectivo território de referência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde. **Palavras-chave:** Fisioterapia. Estratégia Saúde da Família. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Support Centers (NASF) are part of the basic care, consisting of teams composed of professionals from different areas of knowledge, who must act in an integrated manner and support the professionals of the Family Health Teams, of the Basic Care Teams for specific populations and the Health Academy. This article aims to report experiences lived by a professional working in a NASF, bringing reflections about the work process, activities developed and benefits brought to the population in the field of Physical Therapy. Description of the experience: The Physical therapist, in the NASF, works at the Family Health Units (USF) in her reference area. Specific activities of professional nucleus are carried out, in which individual clinical care, discussion of clinical cases and construction of a Unique

Therapeutic Project (PTS) are performed, as well as carrying out collective activities such as participation in activities of Health Academies, activities in therapeutic groups and various social equipments in the territory. Results and Impacts: The activities carried out have contributed positively to the comprehensiveness of care to users of basic care, providing a broadening of the clinic, helping to increase the capacity for analysis and intervention on health problems and needs, in clinical, health and environmental terms within the reference territories. Final considerations: It can be verified that the performance in the field of Physical Therapy has been demonstrated to be effective and resolute in the analyzed team and in its respective territory of reference, contributing to the improvement of the quality of health services.

Keywords: Supervision; Professional training; Political aspects; Syllabuses.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, buscando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde no país¹.

Os NASF fazem parte da atenção básica, sendo constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes, devendo, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como redes sociais e comunitárias.^{2,3}

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras.⁴

Nesse sentido, o presente artigo busca relatar experiências vivenciadas por uma profissional atuando em um NASF, trazendo reflexões a respeito do processo de trabalho, atividades desenvolvidas e benefícios trazidos à população na área de Fisioterapia.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

No município de João Pessoa, o território é dividido em cinco Distritos Sanitários, sob a perspectiva da regionalização, com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar. A atenção primária é composta pela Estratégia Saúde da Família (representada pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e Equipes de Saúde da Família), NASF, Consultório na Rua e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Nesse contexto, os profissionais dos NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, integram-se às equipes de saúde da família, sob a perspectiva da responsabilização compartilhada, a partir da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência.

Os profissionais dos NASF realizam o apoio matricial, que se caracteriza como a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência, possuindo uma gerência em comum e prestando apoio a equipes de referência (equipes de saúde da família), representando apoio assistencial e técnico-pedagógico, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos⁵.

Entre as atribuições do profissional nos NASF, encontra-se o apoio técnico-pedagógico, que permite realizar Educação Permanente em Saúde com as equipes de saúde da família, contribuindo com conhecimentos específicos para a realização de um cuidado integral ao paciente.

Os NASF não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais nem são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica), a partir dos encaminhamentos aos profissionais.

O Fisioterapeuta, nos NASF, atua nas USF de sua área de referência, de acordo com a equipe multiprofissional do NASF que compõe. São realizadas atividades específicas de núcleo profissional, em que são realizados atendimentos clínicos individuais em diversas áreas de especialidade profissional (Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Traumatológica-Ortopédica, Osteopatia, Fisioterapia em Saúde da Mulher e Fisioterapia em Gerontologia), discussão de casos clínicos e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Como também realização de atividades coletivas, como participação em atividades das Academias de Saúde, atividades em grupos terapêuticos (grupos de HIPERDIA, de idosos, gestantes, dependentes químicos, de homens, entre outros) e em diversos equipamentos sociais do território (como escolas, igrejas, entre outras instituições).

Outro campo de atuação do Fisioterapeuta nas equipes de saúde da família é no apoio técnico-pedagógico, no qual são realizados matriciamentos com os profissionais no que concerne a temáticas específicas. Como também a participação em áreas técnicas da Secretaria Municipal da Saúde (Área Técnica da Pessoa com Deficiência, Doenças Crônicas, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança, Saúde da Pessoa Negra, Saúde do Idoso, Participação Popular, Programa Saúde na Escola, Rede Escola, Saúde Mental e DST/AIDS), contribuindo para a discussão, elaboração de relatórios, formulação e implementação de políticas públicas voltadas para essas populações específicas e condições em saúde de alta prevalência na população, sendo o profissional responsável por difundir o conhecimento nos territórios a partir do matriciamento, como também realizar atividades educativas, de promoção da saúde e prevenção de agravos em datas comemorativas e alusivas a essas temáticas específicas.

RESULTADOS E IMPACTOS

A partir das experiências e vivências proporcionadas pelo NASF ao qual pertencço, é possível perceber que a atuação fisioterapêutica clínica tem contribuído para a diminuição no número de encaminhamentos para especialidades médicas de difícil acesso (como, por exemplo, reumatologia), diminuição no tempo de reabilitação dos pacientes (como, por exemplo, os com lesões de origem traumática ou neuromuscular), intervenção precoce e eficaz a pacientes com necessidades especiais, como também para a melhoria do acesso dos pacientes e diminuição do tempo de espera para a realização de avaliação e atendimento em Fisioterapia.

Já a realização das atividades coletivas de orientação, promoção de saúde e prevenção de agravos, a partir da realização de salas de espera e grupos terapêuticos, tem dado enorme contribuição na educação em saúde da população usuária das USF, permitindo uma maior integralidade do cuidado. Como também, a realização dos matriciamentos nas equipes de saúde tem contribuído para uma maior disseminação do conhecimento. Ademais, a discussão de processos de trabalhos tem contribuído para uma melhoria da organização do funcionamento e gestão dos recursos humanos das unidades.

Desse modo, as atividades realizadas na área de Fisioterapia têm contribuído positivamente para a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios de referência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a composição de cada um dos NASF deve levar em conta os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de saúde que serão apoiadas, a partir dos relatos apresentados, pode-se verificar que a atuação na área de Fisioterapia tem-se demonstrado eficaz e resolutiva na equipe analisada e no seu respectivo território de referência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde.

O presente estudo abre perspectivas para outros com a temática em questão, que possam ser realizados com um maior número de indivíduos participantes, contribuindo para a avaliação e melhoria de serviços em saúde oferecidos à população.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.
3. Brasil. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2012.
4. Brasil. Portaria nº 198/SAS/MS, de 28 de março de 2008. Inclui no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 71 – Centro de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 31 mar. 2008.
5. Brasil. Portaria nº 256/SAS/MS, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial da União, Brasília, 14 mar. 2013.

REFORMA E ESTRUTURAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE FARMÁCIA DA UFRGS: NOVOS TEMPOS, NOVOS ALUNOS

REFORM AND CURRICULAR STRUCTURE OF PHARMACY COURSE OF UFRGS:
NEW TIMES, NEW STUDENTS

Ricardo Crapanzani França

Natanael Martins

Matias Segelis Vieira

Mayara Dadda

Graduandos em Farmácia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Denise Bueno

Doutora em Ciências Biológicas

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Contato

Denise Bueno

Av. Ipiranga, 2752/601

Faculdade de Farmácia – UFRGS

CEP: 90610-600

Porto Alegre/RS

E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

RESUMO

A formação dos estudantes dos cursos de saúde tem se dado de forma predominantemente isolada e compartimentalizada: a partir de disciplinas estanques, cada aluno vive uma trajetória individual em que seu cotidiano não é considerado no histórico acadêmico. A abordagem dos problemas vivenciados em sala de aula não é sequer debatida entre os profissionais educadores. Este estudo busca analisar a evasão, avaliar a existência ou não de permanência prolongada (ao que se denomina retenção), bem como entender os motivos dessas no Curso de Farmácia-UFRGS, contextualizando estes processos na consolidação das mudanças curriculares que ocorrem no curso.

Palavras-chave: Educação; Capacitação Profissional; Evasão Escolar; Farmácia.

ABSTRACT

The training of students in health courses has taken place in a predominantly isolated and compartmentalized way: from watertight disciplines, each student lives an individual trajectory where their daily life is not considered in academic history. The approach to problems experienced in the classroom is not even debated among professional educators. This study aims to analyze the evasion, to evaluate the existence or not of prolonged permanence (which we will call retention), as well as to understand the reasons of those in the Pharmacy Course-UFRGS, contextualizing these processes in the consolidation of the curricular changes that occur in the course.

Keywords: Education; Professional Training; Students Dropouts; Pharmacy.

INTRODUÇÃO

A democratização do ensino tem trazido para debate questões as quais a universidade não encontrou respostas; existem diferenças no desempenho dos alunos. As condições socioeconômicas e o *background* cultural podem ser fatores que impactam os indicadores de educação. O acolhimento dos cursos de formação pode estar influenciando o desempenho acadêmico. Os tempos parecem ter mudado, esta lógica constantemente aparece no debate em sala de aula entre docentes e discentes. De que tempo estamos falando? Do que é contado como horas, dias, anos ou o que envolve aprendizado temporal de novas tecnologias e forma de globalização do conhecimento?

A universidade parece não estar preparada para receber e lidar com a diversidade dos alunos que ingressam, tampouco para a problematização do seu papel diante das expectativas dos alunos em relação ao curso universitário escolhido e à futura profissão. Por muito tempo, ela se pensava como uma instituição que prescindia da interação com o meio profissional. Não havia um interesse na aproximação, muito menos o reconhecimento da necessidade de uma construção conjunta entre a universidade e os profissionais que atuavam na sociedade.

A reorientação curricular, principalmente considerando as transformações propostas para a área da saúde, desacomodaram essa forma de pensar o saber acadêmico. Na perspectiva contemporânea, a formação universitária deve contemplar: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, que busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde.

A formação dos estudantes dos cursos de saúde tem se dado de forma predominantemente isolada e compartimentalizada a partir de disciplinas estanques. Docentes ministram conteúdos fragmentados. Estudantes, de maneira semelhante, são socializados por uma maneira de aprender e por uma visão tradicional do conhecimento. Algumas das consequências desse tipo de processo formativo são: a evasão discente, a falta de integração dos conhecimentos, a dificuldade de comunicação entre as diversas formações, as disputas de poder entre as corporações profissionais que ficam expressas

na dinâmica de funcionamento dos departamentos, uma diminuição da resolutividade do trabalho na formação universitária e a não inserção do profissional recém-formado ao mercado de trabalho.

Em 2008/1, o Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) fez sua reforma curricular para adequação à Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Nessa reforma, o curso passou a ter 11 semestres de duração, em que o acadêmico cursa, em cada um desses semestres, uma média de 30 créditos, dispostos em disciplinas de no máximo 8 créditos. As disciplinas estão distribuídas em 25 departamentos em 3 *campi* da universidade (centro, saúde, vale). A matriz curricular é constituída de uma primeira fase de disciplinas obrigatórias com duração de 9 etapas (semestres), seguida de uma segunda fase de disciplinas eletivas obrigatórias (10^a e 11^a etapas) na qual o aluno cursa obrigatoriamente no mínimo 24 créditos. Nessas duas últimas etapas, o aluno realiza o trabalho de conclusão de curso e cursa disciplinas relacionadas com os estágios finais. Observa-se, desde então, que os alunos na sua grande maioria não conseguem finalizar o curso em 11 semestres, levando em torno de 15 semestres ou mais a finalização do curso, grande parte deles interrompe o curso por um período ou evade-se do curso ou da universidade.

A Faculdade de Farmácia adere à Resolução nº 1, de 17 de junho de 2010, da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), que normatiza o Núcleo Docente Estruturante (NDE), e à Resolução nº 22/2012 do CEPE/UFRGS, que deliberou sobre as Diretrizes de Funcionamento do NDE na UFRGS; e, em 2012, estrutura seu NDE com 5 membros docentes que se candidataram para executar essa função. A primeira demanda para o NDE foi a avaliação da reforma curricular implantada em 2008/1. A Comissão de Graduação do Curso de farmácia (COMGRAD-FAR) alimentou o núcleo com dados de retenção, evasão e reivindicações do corpo discente e docente, sinalizando que havia uma necessidade de reavaliação sobre a estrutura que foi criada na época. O Núcleo de Avaliação da Unidade (NAU) trouxe ao NDE a situação das avaliações discentes sobre as disciplinas com maior índice de reprovação.

O NDE estudou o plano pedagógico do curso, planilhas de evasão e retenção, índices de reprovação, questionários de avaliação docente e discente, planos de aula, referências bibliográficas, carga horária, referencial bibliográfico durante dois anos.

Ao final de 2014, o NDE propôs uma adaptação curricular composta de 3 etapas:

Etapa 1: Criação de Formação Diversificada Complementar (FDC) – adesão à Resolução nº 04/2011 da Faculdade de Farmácia que denomina a FDC:

"A Formação Diversificada Complementar está definida como a parte mais mutável do currículo, correspondente às disciplinas que representam os conhecimentos e habilidades em constante transformação e evolução devido aos avanços da pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e às transformações sociais. Esta parte do currículo é composta por disciplinas e por atividades regulamentadas e deve propiciar formação de excelência e expressar a identidade regional da instituição, sempre combinando competência profissional com cidadania responsável".

Por meio da FDC e sustentados pelas disciplinas da Formação Essencial Obrigatória, os professores oferecem aos estudantes variadas possibilidades de capacitação profissional em diferentes áreas de conhecimento ou em temáticas de interesse da farmácia e da atuação profissional. A FDC tem como função precípua permitir que o estudante faça escolhas por determinadas áreas ou temas e conclua sua graduação complementando conhecimentos, habilidades e atitudes de acordo com suas preferências pessoais.

As disciplinas que compõem as FDCs são classificadas como obrigatórias, obrigatórias-alternativas e eletivas e estão situadas a partir do 7º semestre curricular. Cada FDC tem um conjunto de disciplinas próprio que a caracteriza, constituindo assim um "minicurículo". Várias disciplinas poderão ser comuns a mais de uma FDC. As FDCs foram divididas em 5 grupos: Assistência farmacêutica, Análises Clínicas e Toxicológicas, Indústria de Insumos, Medicamentos e Cosméticos, e Ciências e Tecnologia de Alimentos.

Etapa 2: Redução do número de créditos da Formação Essencial Obrigatória

O NDE estudou exaustivamente os problemas curriculares relatados pelos discentes a partir de dados gerados pelo Núcleo de Avaliação da Unidade e pela Comissão de Graduação e Diretório Acadêmico. A partir dessa análise, foram propostas alterações curriculares que envolveram enxugamento de carga horária, realocação de disciplinas consideradas de formação obrigatória para eletiva ou obrigatória-alternativa e readaptação curricular.

Tais reformas abrangeram os departamentos internos e externos à Faculdade de Farmácia. Os departamentos internos aderiram prontamente aos argumentos do NDE. Os externos apresentaram inúmeras resistências às reformas que foram implantadas.

Etapa 3: Seriação curricular e horários

Prevista após êxito da Etapa 2 com análise de pré-requisitos, horários, sequenciamento de disciplinas e conteúdo. Revisão de referencial bibliográfico. A hipótese desta etapa é que o currículo da Farmácia é "engessado" e dessa forma se torna pesado, oferecendo poucas opções ao aluno que é reprovado em uma disciplina ao longo do curso.

As propostas do NDE foram levadas ao corpo docente e discente da Faculdade de Farmácia e na sequência ao Conselho da Unidade, tendo sido aprovadas em bloco.

A Etapa 1 foi implantada no semestre 2016-1, as etapas 2 e 3 tramitam na Câmara programadas para o semestre 2016-2.

Fica evidenciado que a compreensão dos problemas enfrentados pelo Sistema de Educação em Saúde, no caso na farmácia, exige mais do que simples informação e formação. É necessário haver uma profunda reflexão, um debate que questione supostas evidências, reticências e incompreensões que afetam aspectos importantes das práticas vivenciadas na unidade de formação acadêmica. Há uma dissonância entre a sala de aula e o preconizado pelas políticas públicas. Essa reflexão deve permitir uma visão global dos problemas que se pretende enfrentar, aprofundando as causas e, sobretudo, envolvendo-nos nas soluções concebidas para mudanças na forma de atualização do debate acadêmico que está em contínuo processo de reeducação. Ao mesmo tempo, nos processos educativos do ensino superior em saúde, vislumbra-se um potencial para a reorientação das graduações, visto que é possível, por meio do exercício de reflexão e de desnaturalização dos modelos acadêmicos instituídos, operar em um espaço docente-pedagógico com novos pressupostos. Nessa direção, aponta-se a articulação entre pesquisa e intervenção como estratégia para acompanhar a processualidade.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi realizar acompanhamento discente no Curso de Farmácia-UFRGS antes da introdução das inovações pedagógicas a serem implantadas, criando ferramenta de acompanhamento permanente das propostas a serem estabelecidas. A partir desse acompanhamento, criar uma escala de risco para discentes que apresentem maior risco de evasão do curso, com parâmetros observados durante o estudo. Com os parâmetros estabelecidos, fazer o acompanhamento na COMGRAD-FAR desses discentes que apresentem riscos de evasão por meio de tutorias docentes.

METODOLOGIA

O estudo envolve o Sistema de Graduação da UFRGS, onde pesquisamos a trajetória dos alunos ingressantes no Curso de Farmácia; entrevista com discentes do primeiro ano do curso e análise de dados. Para dar conta do objetivo proposto neste estudo, dois movimentos de coleta de dados foram realizados:

No primeiro, situado no âmbito da pesquisa quantitativa, foi elaborada uma ferramenta da COMGRAD-FAR para realização de diagnóstico contínuo sobre a retenção e evasão do curso. Foram verificados os dados de retenção e evasão disponibilizados pela COMGRAD-FAR. A análise da solicitação de matrícula foi analisada como fonte primária. Foi estruturado um banco de dados no qual todos os alunos do Curso de Farmácia foram categorizados em três grupos: Sem problemas de matrícula – Risco menos eminente de evasão; Com problemas de matrícula – Risco de evasão; Com impossibilidade de seguir o curso – Risco grave de evasão.

O segundo, pesquisa como estudo qualitativo, foi realizado nas disciplinas curriculares do primeiro semestre do curso. Foram realizadas observações em sala de aula, entrevistas e busca documental. Optou-se pelo método etnográfico nesse diagnóstico para permitir triangulação de dados, com entrevistas, documentos e observação participante. A partir desse diagnóstico, foi planejada uma pesquisa intervenção.

RESULTADOS

A Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é uma instituição federal de ensino superior, na cidade de Porto Alegre-RS. Possui cadastrados no sistema de matrícula da universidade 700 alunos. O perfil do aluno do curso de farmácia ao longo dos semestres tem sido o de predomínio de mulheres (70%), moradores da região metropolitana (72%), faixa etária até 21 anos (80%), brancos (75%), renda mensal de 3 a 10 salários mínimos (60%), provenientes de escola privada (52%).

O estudo quantitativo gerou os seguintes dados:

Foram verificados os dados de retenção e evasão disponibilizados pela COMGRAD-FAR. A análise da solicitação de matrícula foi analisada como fonte primária. Foi estruturado um banco de dados no qual todos os alunos do Curso de Farmácia foram categorizados em três grupos: Sem problemas de matrícula – Risco menos eminente de evasão; Com problemas

de matrícula – Risco de evasão; Com impossibilidade de seguir o curso – Risco grave de evasão. Dos 700 alunos constantes no sistema, foi possível analisar dados de 518. Destes, foram excluídos: 1 aluno por afastamento para realização de estudos, 8 alunos por afastamento por trancamento, 4 alunos por afastamento por vínculo sem atividade, 9 alunos por desistência de vaga, 2 alunos por desligamento, 2 alunos por readmissão por abandono, 11 alunos por trancamento, 6 alunos por transferência para outra universidade e 3 alunos por transferência interna; ao total 68 alunos foram retirados do banco de dados do estudo, totalizando 450 alunos.

Considerando o número de disciplinas nas quais esses alunos se matricularam em 2015-2, observa-se que a maior parte deles (74%) efetuou matrícula em 3 a 7 disciplinas, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Matrícula Discente

Disciplinas de matrícula em 2015/1		
	Frequências	Porcentagem
0	23	5,1%
1	29	6,4%
2	25	5,6%
3	67	14,9%
4	60	13,3%
5	82	18,2%
6	72	16,0%
7	52	11,6%
8	32	7,1%
9	7	1,6%
11	1	0,2%
Total	450	100,0%

Figura 1. Conceitos D atribuídos aos discentes

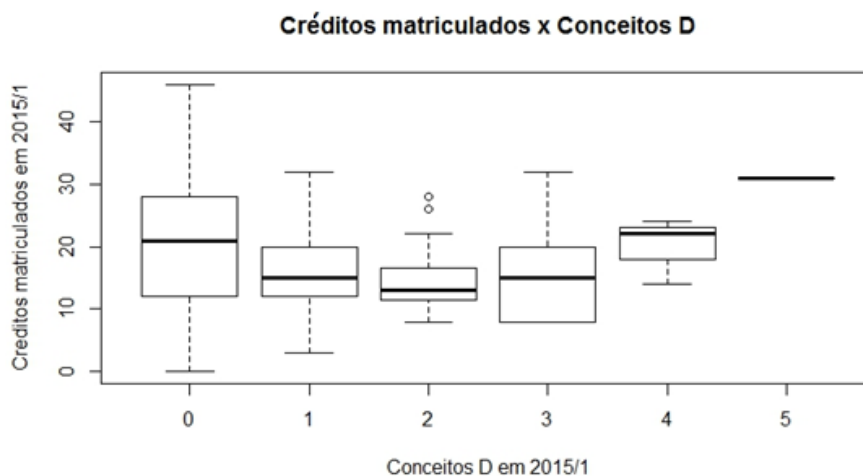
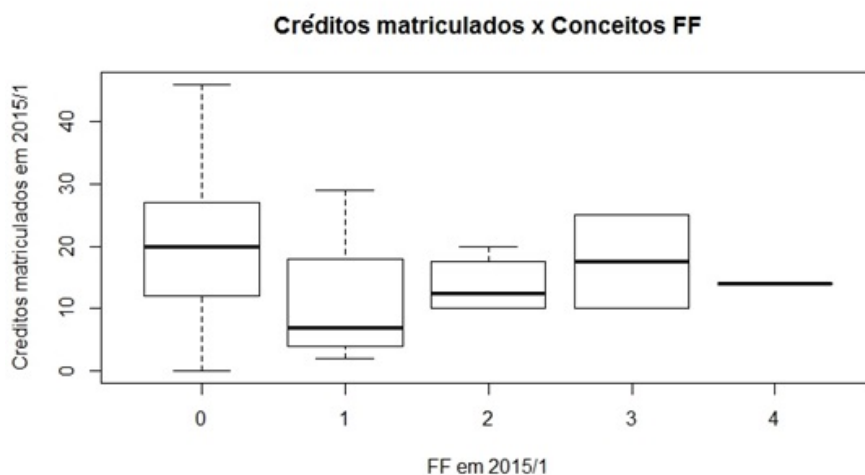


Figura 2. Conceitos FF atribuídos aos discentes



A análise da Figura 1 nos mostra que, no semestre 2015-1, 28,4% dos alunos matriculados tiveram um ou mais conceitos D atribuídos. As variáveis apresentam uma correlação negativa fraca (-0.118), o que indica que houve um leve decréscimo dos conceitos D à medida que aumentaram o número de créditos matriculados.

A análise da Figura 2 nos mostra que, no semestre 2015-1, 6,2% dos alunos matriculados tiveram um ou mais conceitos FF atribuídos. Houve uma baixa correlação negativa (-0.101), podendo indicar um decréscimo dos conceitos FF à medida que aumentam o número de cadeiras em que o aluno se matricula.

A soma dos dados relacionados ao conceito D e FF totalizaram 34,6% dos alunos ativos que apresentaram uma interrupção no seu curso em virtude do conceito obtido.

A partir desses dados, foi possível categorizar em três grupos os alunos do curso:

1. Sem problemas de matrícula

Risco menos eminente de evasão: alunos que não apresentam conceitos de aprovação periódicos, seguem sua etapa de seriação, matrícula ativa semestralmente, média de matrícula em disciplina por semestre: 5 disciplinas.

2. Com problemas de matrícula

Risco de evasão: discentes que realizam matrícula em menos de 4 disciplinas, reprovação anterior, matrícula com interrupção ou atestado ou trancamento por um semestre, outra atividade extra universidade.

3. Com impossibilidade de seguir o curso

Risco grave de evasão: discentes com matrícula em menos de 3 disciplinas, presença de FF no histórico, atividades extra universidade, mais de 2 atestados por semestre com período longo, trancamento e interrupção contínua.

O estudo qualitativo gerou os dados:

Foram realizadas entrevistas com os calouros 2015/2 para coleta de dados. Para identificação dos discentes, foi utilizada a listagem de calouros de 2015/2, com 57 calouros. Os discentes foram convidados a participar da pesquisa que foi aplicada pelos monitores da bolsa da Pró-Reitoria de Graduação (PAG), realizada em dois momentos: na terceira semana de aula com o intuito de conhecer os calouros, coletando dados de perfil do estudante, e após a primeira metade do semestre, observando as dificuldades enfrentadas pelos discentes. Os alunos foram informados previamente sobre o objetivo do estudo pelos monitores e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de concordância. Dos 57 alunos, 5 não compareceram as duas entrevistas e um não compareceu a segunda, totalizando 52 entrevistas na primeira fase e 51 na segunda fase.

Os relatos observados a partir das entrevistas realizadas no momento 1 – início do curso – reforçaram os dados quantitativos deste estudo. Observou-se que a garantia de vínculo no primeiro semestre parece ser motivada pelo maior número de disciplinas cursadas, o que gera um relato de reconhecimento de grupo social:

“ Gosto de vir para aula, ver meus colegas, mesmo na hora da prova, quando enxergo todo mundo doído, percebo que não sou só eu...!”

“ Acordar cedo, achei que não ia conseguir, minha casa é longe... mas se todo mundo consegue, eu também...”

O afastamento do grupo social também é observado como um fator de evasão:

“ Faltei um dia... me perdi... não sei quem são meus colegas, quem é o cara que está dando aula...”

O não reconhecimento das instâncias da universidade, falta de conhecimento sobre o funcionamento das aulas, das avaliações, dos espaços:

“ Todo dia me perco, pergunto e ninguém sabe me informar...”

Receios institucionais:

“ Aquele professor dá medo... ele não olha para a gente... não dá bom dia... nem sei o nome dele... só sei que a prova vai ser difícil.”

Os dados relacionados com o relato 2 – após realização das avaliações nas disciplinas – geram preocupação com a evasão:

Relatos de solidão institucional:

“ Me sinto só... nem os colegas ajudam...”

O reconhecimento de algumas lideranças acadêmicas:

“ Me sentia burra, mas aí conheci a XX, ela me mostrou que posso aprender em grupo, agora estudo junto com as colegas e me dei bem...”

Relatos de busca profissional:

“ Entrei no vestibular na UFRGS achei o máximo, mas agora não sei se gosto deste curso, mas fazer tudo de novo não dá, né?”

Riscos de evasão:

“ Estou no primeiro semestre e é assim, acho que vou desistir, como eu conto para o povo lá de casa?”

A intervenção sugerida a partir deste acompanhamento por tutoria docente, com a hipótese de que a integralidade dos dados de sala de aula e das informações constantes na comissão de graduação podem prevenir situações-problema que dificilmente se resolvem no processo de matrícula, em virtude do acúmulo de dificuldades operacionais e pelo número de discentes no curso. As diversas participações no processo de construção do plano integrado de formação pode potencializar contribuições que fortaleçam os vínculos estabelecidos entre instituição universitária e discente.

O grupo que parece necessitar apoio da COMGRAD-FAR com brevidade é o 2, o que tem problemas de matrícula com discentes que realizam matrícula em menos de 4 disciplinas, reprovação anterior, matrícula com interrupção ou atestado ou trancamento por um semestre, outra atividade extrauniversitária. Observamos que existe a necessidade de chegarmos nesses alunos antes que eles cheguem ao grupo 3, o de difícil reversão, no qual não existe mais tempo hábil para a não evasão. Nossa hipótese é que os docentes podem contribuir para esse processo de não evasão, havendo reconhecimento da relação aluno-professor, o que nos nossos dados parece ter sido a fragilidade maior do processo de aprendizado.

Hoje o aluno vê o docente como um avaliador, e não como um possível apoiador institucional no aprendizado. A mudança desse paradigma dentro da institucionalização das COMGRADs pode contribuir para a otimização das vagas universitárias.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Com o número elevado de alunos no Curso de Farmácia, fica a ideia de continuidade do projeto para que seja possível fazer avaliações que consideramos importantes no estudo, como, por exemplo, a forma como o docente avalia o processo de aprendizado e sua relação e comprometimento com o projeto pedagógico do curso. A forma como está construído o palco do aprendizado e o comportamento do público que assiste o espetáculo de sala de aula parecem ter mudado e exigem quebra de paradigmas educacionais que precisam repensar a graduação como espaço ímpar de manutenção da pesquisa e extensão universitária.

Referências

1. Guidoni P. On Natural Thinking. *European Journal of Science Education* 7 (2) 133-140, 1985.
2. Toulmin S. *La comprensión humana. Vol 1: El uso colectivo y la evolución de los conceptos.* Madrid, Alianza, 1977.
3. Kastrup V, Barros RB. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia, ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina, 2009.
4. Davini MC, Roschke MA. Conocimiento Significativo: el diseño de un proyecto de Educación Permanente en Salud. En Haddad, Clasen Roschke, y Davini, (eds): *Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos no 100.* Washington DC. OPS, 1995
5. Piaget J. *Epistémologie Génétique;* Paris, PUF, 1979.
6. Mac Lean P, Guyot, R. *Les trois cerveaux de l'homme.* Paris, Laffont, 1990.
7. Pellegrini C, Bugnion JM. *Pour une pédagogie a trois dimensions.* Nice, ZEP, 1994.
8. Moscovici S. The phenomenon of Social Representations. In Farr, R. M e MOSCOVICI, S. (eds). *Social Representations.* Cambridge, Cambridge University Press, 1984a.
9. Goodman, em Brunner, J.: *Actual Minds, Possible Worlds.* Boston Harvard University Press, 1986.
10. Santos BS. 2000. *A crítica da razão indolente – Contra o desperdício da experiência.* São Paulo: Cortez.

