

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

Edição 2018/1, v.5, n.9



ABENFISIO
Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

EDITORES CHEFES

Arthur de Almeida Medeiros

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Dernival Bertoncello

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

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 Nasrala 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 Hyde Hasue, Universidade de São 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

Lennon Macedo

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



SUMÁRIO

EDITORIAL	5
ARTIGO ORIGINAL	7
UM OLHAR DA FISIOTERAPIA PARA AS SOBREVIVENTES DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO Regielly Candido da Silva, Alessandra de Asá Earp Siqueira, Juliana Garcia Gonçalves	
RECONHECIMENTO LEXICAL DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA DURANTE LEITURA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE Andressa da Silva Palmeira, Paulo Henrique Ferreira de Araújo-Barbosa, Emerson Fachin-Martins	17
APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA COM A SAÚDE DE JOVENS UNIVERSITÁRIAS Maristella Borges Silva, Vítor de Melo Borges Neto, Dernival Bertoncello	32
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE Rayane Rabelo Ferraz Viana, Ricardo Goes de Aguiar, Neidimila Aparecida Silveira, Giselle de Carvalho Brito, Adriana Andrade Carvalho	42
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SOBRECARGA DE TRABALHO DE CUIDADORES DE IDOSOS RESTRITOS AO LAR Gracielle Pampolim, Marise Cupertino Lessa Ferreira, Vanessa Gonçalves da Silva, Luciana Carrupt Machado Sogame	52
REVISÃO DE LITERATURA	62
FATORES RELATIVOS À VIDA ACADÊMICA E À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO SISTEMÁTICA Ana Carolina Dorigoni Bini, Anara de Oliveira Camilo, Débora Kauane Nascimento, Gustavo Athayde Stockler, Ketllin Braghnoho, Tatiane Budniak Mazur	
ENSAIO TEÓRICO	69
FISIOTERAPIA E SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, Jessica Carvalho Lima, Dernival Bertoncello	
RESUMO DE TESE	81
ALINHAMENTO POSTURAL DA COLUNA NO PLANO SAGITAL DE CRIANÇAS EUTRÓFICAS E ACIMA DO PESO EM FASE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR: ESTUDO LONGITUDINAL Mariana Zingari Camargo	

EDITORIAL

Michele Ramos Lourenço
Michelle Guiot Mesquita

Instituto Federal de Educação, Ciência
e Tecnologia do Rio de Janeiro

Dando continuidade às publicações desta revista, cujas temáticas envolvem a formação, o cuidado e os diferentes cenários possíveis de atuação do Fisioterapeuta, este volume nos presenteia com uma discussão importante acerca do olhar ampliado em saúde e da qualidade de vida das pessoas, em especial dos estudantes de fisioterapia, trabalhadores e usuários de saúde e cuidadores.

Um dos principais objetivos da revista “**Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**” é colocar em foco o que está sendo produzido, discutido e problematizado nas academias que vêm se esforçando para pensar a formação em saúde atrelada ao perfil de um fisioterapeuta mais sensível às necessidades de saúde das pessoas, tanto em suas singularidades como nas coletividades, e que seja capaz de atuar com base nos princípios e diretrizes do SUS, compreendendo seu fazer sempre contextualizado com seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. Consideramos este o grande diferencial desta revista, que tem como norteador principal a aproximação de

seus leitores a estes debates e contribuir com a formação de sujeitos críticos preocupados com a qualidade da formação do fisioterapeuta brasileiro e com o acesso dos usuários de saúde à fisioterapia, provocando assim, mudanças substanciais no seu perfil profissional que por muitas décadas atuou sob a lógica de um modelo *curativo-reabilitador-privatista*.

Ao lermos os artigos ofertados neste volume, teremos a oportunidade de conhecer diferentes pesquisas que enfocam a qualidade de vida, o cuidado, o trabalho e a formação em fisioterapia. Dentre elas um texto que nos faz refletir sobre a importância do cuidado humanizado e do olhar integral para pacientes e fisioterapeutas que atuam na oncologia, na medida em que os autores aproximam uma lente para a discussão das consequências afetivas e sociais reveladas nas experiências vividas. Um artigo aborda o alinhamento postural de crianças na fase pré-escolar e escolar e nos suscita o debate sobre o impacto dos resultados na qualidade de vida desta população de maneira geral. Três textos abordam a saúde

do trabalhador, sendo dois deles direcionados a temática para a sobrecarga física e mental de cuidadores de idosos e a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e o enfoque às questões oriundas do trabalho como o respeito, reconhecimento, satisfação e outras problemáticas discutidas nos estudos atrelados a este tema. Outro artigo problematiza a atuação do fisioterapeuta na saúde do trabalhador em conformidade com sua política de atenção integral, apontando as fragilidades, avanços e caminhos necessários a percorrer. Há também uma pesquisa interessante que trata da CIF, por meio da análise do reconhecimento lexical de seus vocábulos pelos estudantes de fisioterapia e suas consequências diretas na sua atuação profissional e na promoção da saúde em diferentes áreas de atuação e ciclos de vida. Ainda em relação ao olhar para os estudantes de fisioterapia, dois artigos nos convidam ao debate sobre suas aptidões físicas, prática de exercícios, hábitos e qualidade de vida, em diferentes contextos mas que têm em comum a necessidade de se pensar o adoecimento de jovens estudantes e estratégias para que a formação seja lugar de produção de saúde, acima de tudo.

Interessante observar que os diferentes ciclos de vida e eixos temáticos atrelados a políticas públicas brasileiras estão presentes nos trabalhos publicados neste volume: a saúde da criança, do adulto, do idoso, da mulher e do trabalhador. Excelentes oportunidades para pensar as fragilidades e potencialidades percebidas e vividas pelos trabalhadores, estudantes, cuidadores e familiares no que tange ao cuidado em saúde.

Assim, convidamos todos e todas à leitura atenciosa deste volume por considerarmos assuntos ricos de questões atualmente discutidas e relevantes na formação, gestão e cuidado em saúde, importantes para o fazer do fisioterapeuta em diversos cenários de prática. Assuntos que se fundem em temáticas maiores e que nos remetem a diversas reflexões tão necessárias nos tempos atuais, destacando o engendramento destas questões a todo o contexto que envolve o cuidado da saúde da população.

UM OLHAR DA FISIOTERAPIA PARA AS SOBREVIVENTES DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A LOOK OF PHYSICAL THERAPY FOR CERVICAL CANCER SURVIVORS

Regielly Candido da Silva

Programa de Pós-Graduação em
Clínica Médica
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Alessandra de Asá Earp Siqueira

Juliana Garcia Gonçalves
Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva - INCA

Contato

Regielly Candido da Silva
Rua Guilherme Marconi, 117/ 206
Centro

Rio de Janeiro - RJ

CEP: 20240-180

E-mail: regiellycandido.fisio@hotmail.com

RESUMO

Objetivos: O presente estudo teve por objetivo analisar o papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes do câncer do colo do útero a partir do olhar de pacientes sobreviventes e de fisioterapeutas. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, composta por roteiros de entrevistas semiestruturadas realizadas com fisioterapeutas e pacientes do ambulatório de um hospital de referência no tratamento de câncer ginecológico. **Resultados e Discussão:** Os relatos compartilhados revelam a experiência de viver com os efeitos tardios do tratamento, o papel do fisioterapeuta no cuidado às sobreviventes e questões relacionadas com as políticas públicas de saúde e a atenção fisioterapêutica em oncologia. **Conclusões:** Além das questões corporais, fruto das sequelas da doença e do tratamento, essas mulheres falam da sua dificuldade de reinserção social e afetiva e do sofrimento gerado pela sua nova condição. A fisioterapia desempenha um importante trabalho com as sobreviventes do câncer do colo do útero, resultando em melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional dessas mulheres. **Palavras-chave:** Fisioterapia. Oncologia. Sobreviventes. Câncer do colo do útero.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to analyze the role of physical therapy in the care of survivors of cervical cancer from the perspective of survivors and physiotherapists. **Methods:** Qualitative research, consisting of semi-structured interview scripts, carried out with physiotherapists and patients of a referral hospital in the treatment of gynecologic cancer. **Results and Discussion:** The shared reports reveal the experience of living with the late effects of the treatment, the role of the physiotherapist in the care of survivors, and issues related to public health policies and physiotherapeutic care in oncology. **Conclusion:** In addition to the physical changes resulting from the disease and treatment, these women talk about their difficulties in social and emotional rehabilitation and the suffering generated by their new condition. Physical therapy plays an important role with cervical cancer survivors, resulting in improved quality of life and functional capacity of these women. **Keywords:** Physical Therapy Specialty. Medical Oncology. Survivors. Uterine Cervical Neoplasms.

INTRODUÇÃO

Atualmente, os avanços na detecção e no tratamento do câncer têm mudado a evolução da doença; e ainda que algumas condições sejam graves e irreversíveis, em outras, tem sido possível obter longos períodos de sobrevida e até mesmo a cura¹.

O câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública, principalmente nos países menos desenvolvidos, sendo a quarta neoplasia mais frequente entre as mulheres². No Brasil, são estimados 16.370 novos casos em 2018-2019³. Essa doença tem bom prognóstico se diagnosticada de forma precoce, e estudos têm revelado um aumento no número de sobreviventes em longo prazo²⁻⁴. No entanto, o seu tratamento pode levar a uma série de efeitos adversos, com elevado impacto na qualidade de vida das pacientes^{5,6}.

Os sobreviventes de câncer representam um grupo crescente, com necessidade de uma abordagem específica que supra suas necessidades⁷. Considerando que ele engloba várias experiências relacionadas com o significado da vida tanto para a pessoa quanto para seus familiares, o conceito de sobreviventes de câncer é dinâmico^{8,9}. Em 1985, o médico Fitzhugh Mullan desenvolveu um trabalho que acabou se tornando essencial para conhecer os aspectos da sobrevivência ao câncer. Nesse trabalho, ele descreve a sobrevivência como algo além de manter-se vivo. Para Mullan¹⁰, sobreviver ao câncer envolve a luta psicológica e física contra a doença, os impactos de seu tratamento e todos os transtornos que ela traz ao cotidiano.

No âmbito da sobrevivência ao câncer, a fisioterapia pode realizar um importante trabalho com a equipe de saúde, no restabelecimento da capacidade funcional dos usuários, colaborando para o seu retorno às atividades cotidianas. A fisioterapia oncológica é uma especialidade que visa preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade funcional e prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico. Atua na prevenção e tratamento de complicações em todas as fases da linha de cuidado do câncer e nos três níveis de prevenção^{11,12}.

Conhecer as experiências dos fisioterapeutas e o efeito de seu trabalho no cuidado às sobreviventes do câncer do colo de útero, assim como compreender como as pacientes percebem esta atuação e seus benefícios, é uma forma de dar visibilidade e destacar a importância dessa prática profissional¹³.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo analisar o papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes do câncer do colo do útero a partir do olhar de pacientes sobreviventes e de fisioterapeutas.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), parecer – 1.201.492. Em cumprimento à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantia de anonimato, foi atribuída a letra “S” (sobrevivente) seguida de um número, de acordo com a sequência das entrevistas (S1, S2, S3, e assim por diante). Da mesma forma, para os fisioterapeutas, foi atribuída a letra “F” (fisioterapeuta). O número de participantes foi definido no decorrer da pesquisa à medida que foram obtidas as informações para analisar os aspectos da atuação da fisioterapia na sobrevivência ao câncer, de acordo com o princípio da saturação teórica¹⁵.

As entrevistas foram realizadas no ambulatório de fisioterapia em ginecologia do Hospital do Câncer II, unidade de referência no tratamento do câncer ginecológico do INCA. Participaram da pesquisa mulheres adultas, que concluíram o tratamento oncológico, com pelo menos um ano de acompanhamento fisioterapêutico. Não foram incluídas pacientes em cuidados paliativos ou com *deficit* cognitivos. Também foram convidadas as fisioterapeutas em atividade no ambulatório no período de coleta de dados.

Foram realizadas entrevistas individuais guiadas por roteiro semiestruturado, contendo questões relacionadas com o perfil sociodemográfico das participantes, além de questões norteadoras sobre a temática, como: por que você foi encaminhada à fisioterapia? Qual a sua principal queixa em relação às consequências do tratamento do câncer? Foi necessária alguma adaptação na sua rotina no trabalho ou em casa? De que forma a fisioterapia contribuiu para a sua melhoria física? Você voltou a fazer as atividades que fazia antes do tratamento?

A entrevista realizada com as fisioterapeutas incluiu questões, como: qual o papel do fisioterapeuta diante das sobreviventes do câncer do colo do útero? Qual a principal demanda destas pacientes? Qual o impacto da fisioterapia na qualidade de vida destas pacientes? Você poderia relatar brevemente um caso que conheça? Você considera que as políticas de saúde suprem as necessidades das pacientes nesta fase?

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas para organização e análise do material. A análise foi desenvolvida de acordo com o método proposto por Bardin¹⁶. A análise temática foi realizada em três fases: (1) pré-análise, com o objetivo de conhecer o

texto e apreender os significados gerais; (2) exploração do material, com classificação, categorização dos dados, e construção de um quadro analítico; e, por fim, a (3) interpretação dos significados contidos nos discursos, estabelecendo uma relação entre os dados obtidos e os dados da literatura. Os resultados da análise de conteúdo foram apresentados de forma descritiva, de acordo com as categorias e subcategorias temáticas registradas na matriz de análise. As categorias estão interligadas e influenciam-se mutuamente, podendo ser encontrada mais de uma categoria nas respostas das entrevistadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foram entrevistadas duas fisioterapeutas e seis mulheres em acompanhamento no ambulatório de fisioterapia. A idade das sobreviventes variou de 37 a 64 anos.

Todas as sobreviventes eram casadas ou viviam em união estável. Quatro participantes cursaram o ensino fundamental, e duas haviam concluído o ensino médio. Quanto à ocupação, duas donas de casa, duas empregadas domésticas, uma cabeleireira e uma cozinheira. O câncer de colo de útero está associado a mulheres de condições sociais desfavoráveis, com baixa escolaridade, ocupações vincula-

das ao ambiente doméstico e salários mais baixos, o que dificulta o cuidado adequado com a própria saúde¹⁷. Ashing-Giwa et al.¹⁸ relataram uma falta de suporte social evidente na população de mulheres latino-americanas acometidas por câncer ginecológico, assim como as dificuldades socioeconômicas enfrentadas por essas mulheres.

Todas as pacientes foram submetidas à quimioterapia e radioterapia. Cada modalidade tem potenciais reações adversas, além de sequelas físicas e psicológicas tardias. No caso do grupo estudado, destacaram-se os efeitos tardios da radioterapia, como fibrose e estenose do canal vaginal, falta de lubrificação, dor, e necessidade de ostomia. Todas estas sequelas afetam de forma direta a autoimagem, feminilidade, relações íntimas e qualidade de vida¹⁹.

As experiências compartilhadas pelas sobreviventes revelam as adaptações à rotina, o retorno às atividades anteriores ao tratamento e as contribuições da fisioterapia nessa fase de suas vidas. Ao abordar os aspectos após tratamento do câncer, foram encontradas diversas situações que influenciam a qualidade de vida dessas pacientes. O resultado da análise das informações contidas nas narrativas possibilitou a construção das categorias e subcategorias registradas no Quadro Analítico (Tabela 1).

Tabela 1. Quadro analítico com as categorias temáticas e subcategorias empíricas

QUADRO ANALÍTICO	
CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS
Vivendo com os efeitos tardios	Os efeitos no corpo
	Os efeitos no cotidiano
	Os efeitos nas relações com o trabalho
	Os efeitos nas relações amorosas e sexuais
	Os efeitos nas relações sociais
O papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes	A compreensão do papel do fisioterapeuta
	Os impactos do tratamento fisioterapêutico
Políticas Públicas de saúde e atenção fisioterapêutica em oncologia	Formação de quadros para o SUS
	Financiamento do sistema

Material empírico da coleta de dados

Vivendo com os efeitos tardios

Em relação aos *efeitos tardios do tratamento oncológico*, as participantes não identificaram de forma clara, tendo dificuldade de distinguir as sequelas da doença e os impactos do tratamento. No decorrer das entrevistas, todas as sobreviventes relataram algum desconforto como efeito tardio (descritos na literatura)¹²:

“... eu não tenho nenhuma queixa não... eu tô normal. Eu só não posso assim, puxar um móvel, pegar um balde cheio. Mas o resto é tudo vida normal. Eu só não posso ficar muito abaixada porque quando eu levanto dói que é uma beleza. Nem andar muito porque as minhas pernas começam a doer... Depois que a gente faz a braqui [terapia], essas coisas, a gente fica sem a disposição que tinha antes. Não tem mais aquela vontade de fazer as coisas que fazia antes” (S2, 44 anos).

Os *efeitos no corpo* causados pelos tratamentos quimioterápico e radioterápico foram relatados nas entrevistas, incluindo alterações físicas que podem repercutir em diversas esferas da vida da mulher¹². As fisioterapeutas relataram que se deparam com frequência esses relatos em seus atendimentos:

“Elas não têm muita ideia da radioterapia. Do que a radioterapia vai deixar de sequela. Então vão pra radioterapia sem saber o que vão encontrar pela frente. E aí tem incontinência urinária, bexiga hiperativa, linfedema, estenose de vagina, incontinência fecal” (F2).

A dor pode ser um efeito duradouro do tratamento do câncer²⁰. No presente estudo, a sensação de dor nos membros inferiores resultou em dificuldade para realizar e retomar as atividades no dia a dia.

“Eu sinto dores ainda, nas pernas principalmente. Por exemplo, academia eu não posso mais fazer por conta dos pesos. Não posso mais fazer. Então a única coisa que eu posso fazer é uma caminhada” (S3, 37 anos).

“Minhas pernas doem muito. Coisas que eu não parava pra sentir, mas agora eu sinto” (S5, 49 anos).

O linfedema é caracterizado pelo aumento do volume do membro comprometido, decorrente do comprometimento da drenagem linfática causada pelo tratamento cirúrgico ou radioterápico, e pode representar não somente um dano estético, mas também redução da capacidade funcional²¹.

“Recentemente eu vim e pedi a fisioterapia por um problema que eu tô no momento na perna. Deu linfedema por conta da radioterapia” (S4, 59

anos).

A fadiga é uma sensação subjetiva de cansaço físico ou emocional, que não seja proporcional à atividade realizada recentemente, podendo interferir na capacidade funcional da paciente²². Entre os efeitos tardios, as pacientes relataram uma sensação de cansaço físico anormal durante as atividades do dia a dia.

“Porque me cansa ainda muito. Tanto é que a minha faxina leva uma semana. Eu consigo fazer tudo e quando termina tem que começar tudo de novo” (S4, 59 anos).

Em relação aos impactos do tratamento oncológico no *cotidiano*, a fadiga é a principal queixa. Depois do tratamento, elas vivenciaram um cansaço que faz com que se sintam menos dispostas, também se cansam mais rápido durante as atividades. As atividades rotineiras exigem maior esforço, impondo limites.

“Porque me cansa ainda muito. Tanto é que a minha faxina leva uma semana. Eu consigo fazer tudo e quando termina tem que começar tudo de novo” (S4, 59 anos).

“Você não consegue ter a mesma rotina que você tinha. Depois do tratamento, eu me senti incapaz de fazer tudo aquilo que eu fazia. Claro que você não fica normal. Você fica mais cansada. Eu me considero uma pessoa curada, mas eu me sinto cansada. Eu levo mais tempo, eu faço, eu paro e depois continuo. Mas a rotina é a mesma. Eu faço tudo. A maior parte da manhã eu tô na cozinha, mas aí eu me sinto cansada a parte da tarde” (S5, 49 anos).

As alterações físicas e emocionais impostas por sequelas do tratamento podem gerar efeitos negativos nas relações com o trabalho. Além disso, a ausência de vínculos formais demonstra a fragilidade da proteção social oferecida a essas mulheres, uma vez que, sem vínculo, não há possibilidade de auxílio-doença, por exemplo.

“A única coisa que mudou é o mercado mesmo de trabalho. Porque eu ainda não consegui um trabalho legal que eu possa estar adaptada a esse trabalho. Isso é um pouquinho complicado” (S3, 37 anos).

F2 também faz referência a essa dificuldade:

“A maioria dessas mulheres ou ajuda, ou sustenta a família. E aí elas não conseguem voltar a trabalhar porque têm problemas de incontinência urinária, problemas de linfedema, eu acho que o impacto maior é o linfedema. Eu acho que isso é uma grande mutilação: você mutila a mulher sexualmente, você mutila a mulher social e economicamente. E acaba desgastando todo o lado da mulher. Você fica assim

se sentindo inútil. Muitas delas falam isso: “Me sinto inútil, eu não consigo fazer”. É o que eu vejo que tem mais marginalidade com essas mulheres é isso, você não conseguir fazer com que elas encontrem uma profissão pra que voltem a produzir pra família” (F2).

Existe um processo de adaptação para voltar a realizar atividades laborativas imposto pela condição física que algumas mulheres apresentam após o tratamento:

“Só não tô mais cozinhando direito, né. Eu tenho que cozinhar atrás das bocas do fogão, não posso cozinhar na frente. Por causa do calor perto da minha barriga” (S1, 58 anos).

“Eu levo mais tempo pra fazer as coisas. Eu era diarista. Agora eu sei que eu não posso enfrentar uma diária numa casa enorme como eu fazia. Eu acho que eu não tenho capacidade mais de tudo isso. Pelo cansaço que eu fique” (S5, 49 anos).

A reorganização da vida dessas mulheres, inclusive no que diz respeito às atividades no trabalho, demanda apoio social e emocional. De acordo com Mullan¹⁰, o apoio social e familiar é um importante amenizador da dura realidade vivenciada pelo sobrevivente. Muitas vezes isso não ocorre, conforme F2:

“Elas apresentam demandas de grande sofrimento por perda do parceiro, por falta de apoio social, né? Uma rede de apoio social que consiga fazer com que essa mulher encontre um caminho. A falta de renda, a falta de suporte de serviços pra tratar essas sequelas, pra ela poder melhorar.”

Entre os efeitos nos relacionamentos amorosos e sexuais, destaca-se a fibrose tecidual que pode levar à estenose vaginal, provocando disfunções sexuais, tais como dor e sangramento, e consequente diminuição do desejo e excitação²³.

Além disso, alguns fatores de risco para o câncer do colo uterino estão relacionados com os hábitos sexuais da mulher, o que pode fazer com que elas sejam estigmatizadas ou culpabilizadas pelo adoecimento. Após o tratamento do câncer, a sexualidade pode ser deixada de lado, dando lugar ao medo e à baixa autoestima.

“O que tá mais me incomodando é só essa parte só. Bate na mesma tecla, toda vez. A gente até namora, mas na hora que chega lá... acabou o clima, acabou tudo. Aí fica complicado mesmo” (S2, 44 anos).

“Eu consigo até manter uma relação íntima, mas sinto muito, dói... Eu parei com os exercícios” (S4, 59 anos).

Os relatos sugerem uma tendência ao isolamento e afastamento social. A maneira como a so-

brevemente encara as adaptações faz com que ela crie estratégias para lidar com as alterações ocorridas em decorrência do tratamento. No entanto, os relatos apontam para prejuízo nas suas relações sociais.

“Tem coisas, tipo sair pra tomar um chopinho, essas coisas assim eu cortei. É muito raro. Normalmente eu tomo alguma coisa em casa. E assim, mudou, mudou bastante. Eu acredito que é diferente, mas assim... eu acho que eu tô pior. Porque eu acho que quebra um pouco a alegria da gente, né” (S4, 59 anos).

As incontinências urinárias e fecais são condições que repercutem no convívio social, profissional e familiar, afetando a autoconfiança e provocando vergonha e medo diante de amigos, familiares ou desconhecidos²⁴.

“Se eu sinto vontade de evacuar ou urinar eu tenho que ir de imediato, não dá pra segurar tanto” (S3, 37 anos).

Por vezes, as sobreviventes adotam estratégias para evitar constrangimentos.

“Hoje eu vim pra cá, eu nem almocei. Pra eu não ficar incomodada. Ontem eu bebi bastante água, mas hoje eu não posso. Depois que eu chego em casa é que eu vou beber mais porque eu sei que eu preciso” (S6, 64 anos).

Em muitos casos, também é preciso adaptar-se à colostomia. A realização desse procedimento cirúrgico provoca mudanças profundas no modo de viver das pacientes. As alterações físicas estão relacionadas com as mudanças no funcionamento do sistema gastrointestinal, pela perda do controle fecal e da eliminação de gases, e da necessidade de gerenciar os cuidados com o estoma e a trocas de bolsas, além das alterações na imagem corporal²⁵.

“Eu fiz uma cirurgia pra colocar colostomia, então no caso abriu minha barriga, né. E esse corte, ele me incomoda. Até hoje eu sinto um pouco” (S4, 59 anos).

“Eu evacuava pela vagina. Aí a médica falou que ia ter que fazer essa colostomia. Hoje eu saio menos do que antes porque me incomoda. A perda do xixi e esse negócio de colostomia. Tem hora que enche, né?! Aí eu penso assim, não vou comer, não vou beber. Incomoda as duas coisas, né. O maior incômodo é esse, a urina e a colostomia... Eu tava crente que quando fizesse um ano, eu ia refazer. Voltar ao normal, tirar a bolsa. Mas aí disseram que não... Aí eu passo essas privações todas” (S6, 64 anos).

Algumas sobreviventes desenvolveram estratégias de enfrentamento, tentando adaptar-se às

mudanças no cotidiano impostas pela ostomia. As falas a seguir podem revelar uma preocupação em manter a colostomia secreta ou evitar constrangimentos. Por outro lado, algumas relatam a tentativa de manter suas atividades normais, pela consciência da importância do convívio social.

“Se eu fosse aquela mulher que não gosta de sair de casa, eu só saía de casa pro hospital. Aí eu faço essas adaptações pra eu conseguir sair. Eu gosto de sair também. Se eu ficar em casa eu fico doente. Mais ainda” (S4, 59 anos).

“Eu tive todo esse tratamento, mas sempre na ativa. Eu não gosto de ficar sem fazer nada. Porque você ficar sem fazer nada, você contrai mais problema, então a minha cabeça tá sempre ocupada” (S5, 49 anos).

O papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes

Inicialmente, existe uma dificuldade de compreensão por parte das sobreviventes sobre qual é o papel da fisioterapia. As entrevistadas demonstram que elas desconheciam a motivação do encaminhamento até perceberem os benefícios. Todas foram encaminhadas à consulta com a fisioterapia por profissionais da braquiterapia, que as informaram sobre os possíveis efeitos da radioterapia. Contudo, não há, segundo o discurso colhido, compreensão neste momento sobre a importância da avaliação e acompanhamento fisioterapêutico.

“Eu tenho uma consulta com a enfermagem e a enfermagem já manda a gente pra fisioterapia. Eu acredito que foi pra minha melhoria. Porque se não fosse eles não teriam encaminhado, né” (S5, 49 anos).

A adesão das pacientes pode ser influenciada pela maneira como ocorre o encaminhamento. A adesão pode ser compreendida, segundo Silveira e Ribeiro²⁶, como a frequência, a constância e a perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde, compreendendo desde o comparecimento às consultas até a mudança de hábitos de vida para adaptação ativa às novas condições de saúde por meio do autocuidado. Dessa forma, entende-se o vínculo entre o profissional e o paciente como estruturante. Subtil et al.²⁷ salientam que o fenômeno da adesão ao tratamento fisioterápico é multifatorial.

Nessa perspectiva, pode-se supor que o processo comunicativo no momento do encaminhamento poderia ser um fator relevante na garantia do seguimento regular das pacientes ao tratamento fisioterápico. Constituir um fluxo de encaminhamento que permita que a paciente compreenda as motivações de todas as etapas do tratamento e estabeleça vínculos com os profissionais cuidadores é fundamental.

Além disso, falta de orientação preventiva e integral pode fazer com que as mulheres procurem o serviço de fisioterapia somente quando as disfunções já estejam instaladas e agravadas, aumentando a complexidade da abordagem:

“Eu vim na fisioterapia no período em que eu estava em tratamento, aí depois eu não vim mais na fisioterapia, não marquei. Por esquecimento, eu não sei. Foi muita coisa na minha cabeça e essa passou” (S4, 59 anos).

No entanto, o vínculo de confiança estabelecido durante o tratamento e a percepção dos benefícios acabaram minimizando a falta de compreensão inicial. As sobreviventes entrevistadas percebem na melhoria das suas condições de saúde a motivação do encaminhamento.

“Eu precisei fazer a fisioterapia pra não ter problemas circulatórios, esse tipo de coisa. Fiz exercício vaginal por conta da braqui também” (S4, 59 anos).

As fisioterapeutas demonstram compreender seu papel no cuidado às sobreviventes. A promoção da qualidade de vida aparece como objetivo principal:

“O fisioterapeuta tem todo o cuidado com a questão da qualidade de vida da paciente, das pacientes que venham a ter consequências do tratamento, seja por quimioterapia, cirurgia ou radioterapia” (F1).

Nas entrevistas, todavia, é possível identificar que as pacientes necessitam de uma atenção que transcenda o tratamento das sequelas sobre o corpo.

“A gente tem um papel que é o controle de possíveis sequelas que virão, ou o controle de sequelas que já estão instaladas. E eu acho que o maior objetivo é a inclusão social e melhorar a qualidade de vida... A falta de renda, a falta de suporte de serviços pra tratar essas sequelas, pra ela poder melhorar. Então as demandas vão desde o acolhi-

mento pra escuta até a demanda de produção socioeconômica” (F2).

Quanto ao *impacto do tratamento fisioterapêutico*, a fisioterapia colabora para o retorno às atividades cotidianas. A abordagem engloba orientações, acompanhamento e reavaliações periódicas, e tratamento das disfunções que não puderam ser prevenidas¹².

As entrevistadas relataram as orientações de cuidados nas atividades diárias, adoção de hábitos saudáveis, educação quanto aos possíveis efeitos tardios do tratamento, além das maneiras de evitá-los. Percebe-se a valorização das orientações prestadas pelo fisioterapeuta e suas repercussões na vida das sobreviventes.

“Antes era muito complicado pra eu fazer as coisas. Era muito dependente das pessoas. Poucas coisas eu fazia, poucas coisas eu conseguia. Tipo abaixar, levantar, subir escadinha, essas coisas assim” (S6, 64 anos).

“Eu sinto diferença no dia que eu não faço os exercícios. Eu sinto mais dor no meu corpo. Eu acho que as minhas pernas doem mais, essas coisas” (S5, 49 anos).

Os relatos nos permitem inferir que o estabelecimento de vínculos é um fator de sucesso visto que o tratamento provoca efeitos no corpo que fragilizam as pacientes em suas relações sociais e na sua feminilidade.

“A gente muitas vezes fica sozinho nesse cenário. O que eu posso te dizer é que quando a gente está num serviço público, com uma equipe, a gente consegue gerenciar melhor isso. Mas quando você trata essas doentes fora de um serviço público, é muito mais solitário esse atendimento” (F2).

O impacto da fisioterapia na qualidade de vida das sobreviventes também pode ser percebido na fala de F1:

“A gente consegue prevenir o linfedema, melhorar a vida dela sexualmente, a incontinência urinária... Também tem muita paciente que vem com muitas queixas, com desconforto geral nas atividades diárias. E tudo isso a gente consegue prevenir ou reverter com a fisioterapia. A gente com certeza melhora porque quando as pacientes retornam aqui elas conferem e dizem isso” (F1).

A sobrevivência ao câncer impacta toda a dinâmica de vida pessoal, familiar, das relações com o trabalho e relações sociais da mulher²⁹. Tanto os

relatos das sobreviventes quanto das fisioterapeutas dão a dimensão do quanto o tratamento fisioterápico é capaz de ajudar no resgate da autoestima e do apoio na reinserção das mulheres na sua vida social apesar das limitações e da irreversibilidade de algumas sequelas.

Políticas públicas de saúde e atenção fisioterapêutica em oncologia

No que diz respeito às políticas públicas de saúde e a inserção do tratamento fisioterápico na rede de atenção a saúde, as fisioterapeutas destacam a falta de uma abordagem específica para as sobreviventes, especialmente na área de reabilitação. Em relação ao acompanhamento dessas pacientes em longo prazo, as entrevistadas relataram a dificuldade de encaminhamento dessas pacientes.

“Quando você pega a linha de cuidado, e você vê lá a parte que fala de reabilitação, de cuidado paliativo, aí você vê o número de casos, não chega nem perto. E o que me chama atenção é que quando a gente fala de câncer, a gente fala de mundo, e o déficit de fisioterapia nessa área é enorme” (F2).

“Eu não tenho esse retorno de atendimento no sistema. Quando vem do câncer – linfedema, dor ou qualquer complicação do tratamento – realmente é absorvido aqui e fica em seguimento” (F1).

Em 2011, o governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022. As doenças crônicas “são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura”²⁸. O câncer está incluído neste rol por ser uma enfermidade de tratamento longo que exige fluxos assistenciais bem definidos que garantam cuidado integral ao usuário. As mudanças em estilo de vida assim como a reabilitação e reinserção social dos pacientes requerem a definição clara das ações e serviços que serão ofertados por cada ponto de atenção à saúde.

De forma complementar, em maio de 2013, foi promulgada a Portaria nº 874, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Do-

enças Crônicas no âmbito do SUS. Entre os objetivos da política, estão a redução da mortalidade e da incapacidade, bem como a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos²⁹. Na referida portaria, na seção que descreve os princípios e diretrizes relacionadas com o cuidado integral (Capítulo II, Seção V, artigo 14), está descrito o atendimento multiprofissional a todos os usuários, nos diversos níveis de atenção, com oferta de cuidado compatível à “evolução da doença”.

Apesar dos programas e leis recentemente instituídos, a rede de atenção ao paciente com câncer ainda não está estruturada para assistir o paciente em todas as fases de sua evolução.

“Eu trato aqui eternamente. Eu não tenho esse retorno de atendimento no sistema... O SUS é bem complicado na questão da rede. Porque a maioria das pessoas na verdade quando vem pra cá não vem assim de uma referência e vou voltar depois voltar pro meu posto de saúde, né. A pessoa foi no ginecologista e veio encaminhada pra cá. Pode ser uma emergência e veio encaminhada pra cá” (F1).

Os relatos demonstram ainda que os serviços especializados em oncologia acabam cumprindo um papel que poderia ser repassado a outros pontos da rede de atenção. A desestruturação da linha de cuidado e a falta de mecanismos de interlocução nos pontos de atenção impulsionam a informalidade.

“Quando há, por exemplo, um paciente que more perto de algum serviço de saúde que eu sei que tem fisioterapia ambulatorial naquele serviço, (...) eu mando ele de volta pra lá. Quando tem alguma outra complicação ortopédica, neurológica, eu tento buscar através de meios próprios. Hoje tem o SISREG (Sistema de Regulação)... é bom, mas é mais complicado pro paciente pra ele poder retornar (SIC). Mesmo assim eu tento entrar em contato com a clínica dele de origem e eu dou um laudo mais fidedigno possível pra ele poder procurar alguém que possa ajudá-lo” (F1).

Vale a pena ressaltar o modo como o sistema de saúde é organizado, considerando como norteadores o perfil epidemiológico, o grupo de risco e a patologia. As respostas aos problemas de saúde da população precisam estar de acordo com as condições de saúde das pessoas³⁰. Nesse sentido, as fisioterapeutas entrevistadas reconhecem que escolhas são feitas considerando as prioridades epidemiológicas e a capacidade financeira do sistema. F1 acredita que existe uma priorização dos recursos financeiros para aquilo que é considerado emergencial, ou seja, a prevenção do câncer e em seguida a sobrevida física. A escassez de recursos faz com que os aspectos relacionados com a qualidade de vida e sobrevida sejam, de certa forma, menos as-

sistidos pelo serviço de saúde:

“Na verdade, a gente tem uma demanda que é sempre maior do que o que a gente pode ofertar. Você faria uma grande dispensação financeira para coletar preventivo dessas pacientes e tratar o câncer, fazer uma quimioterapia, uma radioterapia, ou você gastaria dinheiro com essa paciente que precisa melhorar a qualidade de vida? Você não tem dinheiro pros dois. Você tem que escolher. Ela tem que sobreviver pra existir o depois” (F1).

Outro aspecto central e desafiador da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é a formação de profissionais e a promoção de educação permanente para a qualificação do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde³⁰. No relato das fisioterapeutas, destaca-se o *deficit* de formação profissional em oncologia.

F2 cita que o processo de transição epidemiológica que vem ocorrendo nos últimos anos chama a atenção para a necessidade de adequações no processo de formação do fisioterapeuta. As ações de prevenção do câncer são muito importantes, mas o número crescente dos casos e o aumento da sobrevida despertam a necessidade de qualificação profissional:

“Quantos profissionais fazem oncologia? Não tinha que ter oncologia lá na graduação? Não tem. Eu acho que estamos num nó. As pessoas estão adoecendo de câncer, estão vivendo mais tempo, mas com qualidade de vida não tão boa quanto poderiam estar” (F2).

O resultado do estudo reforça a necessidade de ampliação da discussão do cuidado integral em câncer, que inclua os sobreviventes com todas as suas nuances, desde econômicas até sociais e emocionais. Considerar que as mulheres que sobrevivem ao tratamento do câncer do colo do útero carecem de tratamento contínuo já é um passo no sentido de garantir uma cobertura para a reabilitação em diversos pontos da rede.

CONCLUSÕES

Em relação aos relatos das sobreviventes do câncer de colo de útero, concluímos que as sequelas da doença e do tratamento são de diversas naturezas, com implicações importantes na sua relação com o próprio corpo e nas suas relações sociais, incluindo trabalho e relações afetivas/sexuais. Apesar de relatarem desconhecimento da motivação para o encaminhamento fisioterápico, demonstram perceber como benéficos os efeitos deste acompanhamento na sua qualidade de vida. Os relatos sugerem que as sobreviventes não identificam de forma clara e global como a doença e o tratamento impactam nas suas vidas.

Em relação aos relatos das fisioterapeutas, verificou-se que demonstram clareza do seu papel e do efeito benéfico da sua atuação na melhoria da vida das mulheres sobreviventes do câncer do colo do útero. No entanto, sentem-se impotentes e solitárias diante da grandeza das queixas apresentadas, visto que são multifatoriais e complexas, para além da sua competência/formação profissional. Além disso, ressentem-se da ausência de uma estratégia mais ampla de cuidado para esse grupo de pacientes para que seja alcançada a integralidade do cuidado na atenção oncológica.

O presente estudo procurou dar voz às pacientes sobreviventes do câncer do colo do útero e aos profissionais de fisioterapia que cuidam dessas pacientes, contribuindo assim para dar visibilidade ao importante trabalho de apoio, cuidado e reinser-

ção social que esses especialistas realizam.

A pequena amostra estudada foi capaz de retratar as múltiplas questões que acometem as mulheres sobreviventes do câncer do colo do útero e de permitir uma reflexão acerca da complexidade do tratamento e cuidado demandado por elas. Assim, além das questões corporais, frutos das sequelas da doença e do tratamento, essas mulheres nos falam da sua dificuldade de reinserção social e afetiva e do sofrimento gerado pela sua nova condição. Todos os temas abordados devem ainda ser compreendidos à luz das questões socioeconômicas em que as sobreviventes estão inseridas. Nesse sentido, essas mulheres necessitam de tratamento, mas também de acolhimento e de uma abordagem multiprofissional que lhes ajude a reassumir o controle de suas vidas e a reencontrar seu espaço social.

REFERÊNCIAS

1. Pinto C, Ribeiro JLP. A qualidade de vida dos sobreviventes do cancro. *Rev Port Sau Pub* 2006; 24(1): 37-56.
2. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *The Lancet Oncol* 2012; 13 (8): 790-801.
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. [acessado em 2018 fev 22]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). International Agency for Research on Cancer. Globocan IARC, 2012. [Internet] [acessado 2015 mar 15]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>.
5. Greenwald HP, McCorkle R. Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical Cancer. *J Women's Health*. 2008; 17 (6): 955-963.
6. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Klushman BC, Fairclough D, Krebs LU. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Ginecol Oncol* 2005; 97(2): 310-317.
7. Boini S, Briançon S, Guillemin F, Galan, P Hercbebrg, S. Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: a longitudinal pre-post assessment. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2(1): 1.
8. Farmer BJ, Smith ED. Breast cancer survivorship: are African women considered? A concept analysis. *Oncol Nurs Soc* 2002; 29(5): 779-787.
9. Morgan MA. Cancer Survivorship: History, Quality-of-Life Issues, and the Evolving Multidisciplinary Approach to Implementation of Cancer Survivorship Care Plans. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36(4): 429-436.
10. Mullan F. Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer. *N Engl J Med* 1985; 313(4): 270-273.
11. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 364 de 20 de maio de 2009. Reconhece a Fisioterapia Onco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 16 mai.
12. Franceschini J, Scarlato A, Cisi MC. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós-tratamento do câncer do colo do útero: revisão bibliográfica. *Rev Bras Cancerol* 2010; 56(4): 501-506.
13. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Rev bras ginecol obstet*. 2016; 34(10): 453-458.

14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. [acessado 2015 fev 20]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Sau Pub* 2011; 27 (2): 389-394.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70; 2008.
17. Nogueira ACC, Silva LB. As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública. Trabalho apresentado no “XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú - MG”; 2008.
18. Ashing-Giwa KT, Tejero JS, Kim J, Padilha GV, Kagawa-Singer M, Tucker MB, et al. Cervical cancer survivorship in a population based sample. *Ginecol oncol* 2009; 112(2): 358-364.
19. Oliveira CL, Sousa FPA, Garcia CL, Mendonça MRK, Menezes IRA, Brito Junior FE. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Rev Rene* 2012; 11(número especial): 53-60.
20. International Association for the study of pain. Dor do câncer [Internet]. [Acessado 2015 Dez 8]. Disponível em: http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/CancerPainFactSheets/CancerPain_Portuguese.pdf.
21. Camargo MC, Marx AG. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo, SP: Roca; 2000.
22. Wagner LI, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. *Br J Cancer* 2004; 91(5): 822-828.
23. Vidal MLB, Santana CJD, Paula CLD, Carvalho MCMP. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Cancerol* 2013; 59(1): 17-24.
24. Foldspang A, Mommsen S. The international continence society (ICS) incontinence definition: Is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? *J Clin Epidemiol* 1997; 50(9):1055-1060.
25. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev Bras Enf* 2011; 64(6): 1043-1047.
26. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de “enseñanza” para profesionales de la salud y pacientes. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2005; 9(16): 91-104.
27. Subtil MML, Goes DC, Gomes TC, Souza ML. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioter Mov* 2011; 24(4): 745-753.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. [Internet]. [acessado 2015 jul 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 16 mai.
30. Negri B, Viana A. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo, SP: Sobravime; 2002.

RECONHECIMENTO LEXICAL DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA DURANTE LEITURA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

LEXICAL RECOGNITION OF PHYSICAL THERAPY STUDENTS DURING A READING OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

Andressa da Silva Palmeira
Paulo Henrique Ferreira de Araújo-Barbosa
Emerson Fachin-Martins

Faculdade de Ceilândia
Universidade de Brasília

Contato

Emerson Fachin-Martins
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Setor Colina, Bloco J/604
Asa Norte
Brasília - DF
CEP: 70.904-110
E-mail: emersonntai@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Dimensionar o reconhecimento de vocábulos por estudantes de fisioterapia durante leitura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e propor estratégias de enriquecimento lexical a partir dos vocábulos desconhecidos apreendidos com o intuito de treinar habilidades e competências descritivas de estados de saúde individuais e populacionais.

Método: O conteúdo da CIF foi fragmentado em 9 trechos consecutivos de aproximadamente 30 páginas cada. Para cada trecho, um grupo de estudantes foi formado para a leitura e declaração de vocábulos desconhecidos. Os estudantes tinham a escolha de sugerir um significado para o vocábulo desconhecido caso desejassem. Posteriormente, os vocábulos e os seus significados sugeridos, quando anotados, foram analisados por dois julgadores cegos que verificaram o significado descrito pelo estudante com o significado real. Discordâncias foram decididas por um terceiro julgador. **Resultados:** A amostra foi composta por 37 estudantes com $19,8 \pm 1,5$ (média \pm DP) anos de idade que declararam 167 vocábulos como desconhecidos. Os vocábulos foram desconhecidos por no mínimo 1 e no máximo 16 estudantes. Dos estudantes que declararam vocábulos desconhecidos, 30% arriscaram colocar um possível significado, porém somente 18% deles aproximaram o significado anotado do significado real. Os trechos 3, 4 e 9 foram aqueles com maior número de vocábulos desconhecidos. **Conclusões:** Conclui-se que a CIF possui quase duas centenas de vocábulos desconhecidos por estudantes de fisioterapia, os quais estão concentrados no interior e no final do documento. Sugere-se um glossário contendo os 167 vocábulos para enriquecimento lexical de futuros leitores.

Palavras-chave: Compreensão. Classificações. Dicionário. Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: To scale the word recognition of physical therapy students during a reading from International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and to propose lexical enrichment strategies for unknown apprehended vocabulary in order to develop skills and competencies to describe individual and populational health status. **Method:** ICF content was fragmented in 9 consecutive sets of approximately 30 pages each. For each set, a group of students was composed for the reading and statement of unknown words. When an unknown word was identified, the reading was interrupted, and the word written down. The students had the choice to suggest a meaning to the unknown word if desired. Later, the words and their suggested meanings, were analyzed by two blind judges who evaluated the declared meaning with the real one. Disagreements were decided by a third judge. **Results:** The sample consisted of 37 students who were 19.8 ± 1.5 (mean \pm SD) years old who declared 167 words as unknown. The words were unknown for a maximum of 16 and at least one students. Out of the students who declared not knowing words, 30% risked putting one possible meaning, but only 18% of them approached their meaning to the real meaning. Sections 3, 4 and 9 were the segments with the highest number of unknown words. **Conclusions:** The ICF has nearly two hundred words unknown to physical therapy students and these are concentrated in the middle and in the end of the document. We recommend a glossary composed by the 167 words as lexical enrichment for future students.

Keywords: Comprehension. Classification. Dictionary. Physical Therapy Specialty.

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi concebida em um documento textual cuja versão publicada em 2001 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) corresponde a um aprimoramento da versão anterior conhecida por Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). O conteúdo textual, aprovado por padrões de descrição mundiais, adotou o modelo de atenção biopsicossocial que dispõe sobre a combinação de concepções biológicas, sociais e pessoais para informar sobre saúde de indivíduos e populações em seu discurso¹.

Diferentemente da forma como a CIDID foi textualmente concebida, a CIF apoiou sua organização taxonômica em um modelo de estado de saúde integrado por determinantes presentes em quatro componentes: (1) funções do corpo, (2) estruturas do corpo, (3) atividades e participação e (4) fatores contextuais (pessoais e ambientais). Ainda na sistematização da organização dessa forma de classificação, adotou-se a estratégia de qualificação

dos códigos, que transformam os determinantes do estado de saúde em códigos neutros que, somente quando qualificados, permitem identificar se tal determinante de saúde (código) informa um aspecto positivo (funcionalidade no seu sentido *stricto*) ou negativo (incapacidade) do estado de saúde (funcionalidade no seu sentido *lato*)^{1,2,3}.

A CIF não foi criada com o propósito de substituir a Classificação Internacional de Doenças (CID), outro documento textual que já se encontra na décima versão e já integrado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mas, sim, para complementar os indicadores de saúde que possuem um grande foco em óbitos e doenças, não abrangendo contextos ambientais, sociais e individuais (não biológicos) que também interferem no estado de saúde do indivíduo e ampliam a visão puramente biológica desse estado⁴.

A CIF aponta em seu objetivo mais universal proporcionar uma linguagem padronizada para promover a compreensão e fomentar estudo dos determinantes da saúde, instituindo uma linguagem comum e unificada entre os profissionais de todas as categorias e em todo o mundo. Acompanhando

esse objetivo universal, observam-se na literatura científica, desde sua publicação em 2001, inúmeras propostas de incorporação do racional presente na CIF em práticas assistenciais e gerenciais em saúde³.

O modelo de organização taxonômica qualificável da CIF permite seu uso de forma multidirecional, ocasião em que os fatores ambientais, sociais e pessoais se inter-relacionam com o fator biológico na caracterização de um estado de saúde dado pelo balanço entre determinantes de funcionalidade ou de incapacidade. Logo, o modelo utilizado também permite que a caracterização em códigos qualificáveis seja aplicável para levantamento de dados epidemiológicos e de dados que contribuem para a gestão de recursos humanos em diversos setores da sociedade^{2,5}.

No decorrer das páginas do texto que compõe o manual de utilização da CIF, podemos encontrar cerca de 1.454 códigos descritos em maior (microinformação) ou menor (macroinformação) detalhamento do determinante de saúde, por meio de vocábulos muitas vezes desconhecidos por quem o utiliza, o que poderia dificultar o seu uso, bem como a boa compreensão e interpretação das descrições que clarificam os códigos atribuídos aos determinantes, comprometendo assim a adequada qualificação do código que só será alcançada, caso o vocabulário receptivo dos leitores abranja a totalidade e a especificidade lexical encontradas nesse texto¹.

De acordo com Pedrosa, Dourado e Lemos⁶, cada indivíduo se comunica por meio de uma coleção de palavras de sua determinada língua, proferindo assim o vocabulário expressivo, que está embasado no vocabulário receptivo que se aprimora com o avançar dos anos e está relacionado com a percepção e o processamento de informação. Esses processos comunicativos vão acontecer pela aquisição da linguagem que ocorre durante o desenvolvimento cognitivo e origina a capacidade de compreensão dos conceitos, bem como dos seus significados perante a leitura das palavras⁶. Assim, o processo comunicativo se inicia com o nascimento e perdura por todo o ciclo de vida humano.

Nesse contexto, a junção dos processos de formação do léxico é denominada como desenvolvimento lexical, mantendo uma inter-relação progressiva com as experiências sociointeracionais do ambiente onde o indivíduo está inserido e contextualizado, que se aperfeiçoam por toda a vida. Ou seja, o desenvolvimento do conjunto de vocabulários receptivos e de campos lexicais distintos serão aprimorados pelas experiências vividas que constantemente apresentarão novas palavras a serem incorporadas no conjunto da obra lexical⁶.

Especialistas são concordantes em reconhecer que o desenvolvimento de vocabulários receptivos é essencial para incrementar o vocabulário expressivo e a capacidade de compreender e expressar em campos lexicais distintos^{6,7}. Em particular no campo lexical da saúde, a aquisição de uma linguagem precisa, coerente e própria para descrever condições e estados de saúde é habilidade e competência desejadas para um fisioterapeuta².

Em consulta nacional promovida no âmbito da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) para reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Fisioterapia, que foi sancionada pela Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002^{8,9} e apresentada no XXVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia de 2016; a preocupação com a aquisição de linguagem foi citada como dimensão a ser incorporada na formação de fisioterapeutas pelo Brasil, reforçando assim a necessidade de explorarmos melhor os vocabulários reconhecidos pelos estudantes de fisioterapia.

A aquisição do vocabulário receptivo está relacionada com o aperfeiçoamento da linguagem e de processos cognitivos que capacitam na inferência de significados e na atribuição de sentidos de forma automática quando palavras desconhecidas aparecem em um texto lido. Tais processos aprimoram a compreensão, definida por Nalom et al.¹⁰ como a habilidade de indivíduos interpretarem e integrarem o conteúdo do material lido por meio de memória e inferência. Dessa forma, a leitura de materiais oferecidos no decorrer da formação de

estudantes universitários estaria gradativamente acrescentando novos vocábulos que agregariam informações que somente serão internalizadas em seu intelecto, quando apoiada na compreensão receptiva ou na consulta a glossários¹⁰.

Embora o senso comum considere a compreensão um sinônimo de fluência, os conceitos são distintos, e ambos fazem parte do processo de aprendizagem na leitura de novos vocábulos. Segundo Nalom et al.¹⁰, a fluência precede a compreensão com a habilidade de reconhecer as palavras, ou, de acordo com Salles e Parente¹¹, é uma atividade complexa imposta de diversos processos cognitivos inter-relacionados, dos quais os primordiais seriam o reconhecimento de palavras ao acessar o léxico mental individual e a compreensão textual escrita que se fundamenta na elaboração de inferências alicerçadas nas habilidades linguísticas gerais, na memória, nos conhecimentos gerais a respeito do mundo que unidos fornecem uma reprodução macroestrutural do texto no imaginário do leitor^{7;10}.

Entretanto, tal habilidade de reconhecimento automático dos vocábulos no contexto de leitura pode não ser habilidade presente em todos os estudantes universitários. Cada vez mais, é possível identificar no meio universitário a presença do que se conhece popularmente por analfabetismo funcional¹². A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) define analfabetismo funcional como sendo uma incapacidade observada em um indivíduo que consegue ler as letras, palavras e frases isoladas, mas que não é capaz de explicar o sentido do texto¹². No Brasil, o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF), com apoio do Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE), apresentou que, em 2011, o analfabetismo funcional alcançou a marca de 27% das pessoas entre 15 e 64 anos de idade. O mais surpreendente foi notar que, dos classificados como analfabetos funcionais, 4% possuíam nível superior¹³.

Dada a diversidade de estratégias de aprendizagem

em que as experiências vividas por estudantes universitários de fisioterapia assumem na aquisição de vocabulário, avaliar o reconhecimento lexical receptivo dos estudantes em formação, em um documento textual mundialmente reconhecido, configura-se como estratégia didática e aumentativa do campo lexical. De um lado, temos a possibilidade de obter um panorama do conjunto de vocábulos que representam um desafio lexical durante a leitura do texto presente na CIF para os estudantes em formação; de outro, a possibilidade de ofertar um glossário específico dos vocábulos mais desconhecidos para favorecer a aquisição de uma memória lexical para aqueles que não conseguiriam inferir significado de forma automática durante a leitura. Ante o exposto, o trabalho teve como objetivo dimensionar o desconhecimento de vocabulário receptivo de estudantes de fisioterapia durante leitura textual da CIF.

MÉTODOS

O presente estudo aconteceu no âmbito da disciplina denominada Funcionalidade e Saúde que é ofertada para o curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília (UnB). A disciplina tem por objetivo descrever os componentes relacionados com a saúde e com o bem-estar, apresentando modelos de funcionalidade e incapacidade que permitam uma melhor identificação do papel do fisioterapeuta em todos os níveis de atenção à saúde. Nesse contexto, conceitos e conteúdos são incorporados na prática de descrição de estados de saúde tanto na recepção quanto na expressão da linguagem oral e/ou escrita no campo lexical da saúde em um cenário de formação e educação permanente.

A disciplina tem como foco a apreensão de conteúdos extraídos em discursos orais e escritos, bem como o treinamento de habilidades e competências para descrever e compreender documentos textuais para relatar estados de saúde

de um indivíduo ou de uma população. Uma vez adotado o modelo de estado de saúde proposto na CIF e instrumentalizado o uso combinado das Classificações Internacionais como ferramenta para sistemas de informação em saúde, a disciplina torna-se também um espaço para discutir linguagem e sistemas de informação.

O interesse de dimensionar o desconhecimento do vocabulário receptivo durante a leitura da CIF surgiu da proposta de utilizar os vocábulos desconhecidos em estratégias metacognitivas de enriquecimento lexical que proporcionaria o treinamento de habilidades e competências para descrever estados de saúde individuais e populacionais. Também teve a intenção de formar um glossário para consulta em um *software* de codificação e qualificação de informações sobre os estados de saúde que está sendo desenvolvido no âmbito do time de pesquisa INFOSAÚDE – Funcionalidade e Informação em Saúde. Este time de pesquisa faz parte da equipe TECSAÚDE – Tecnologias Diagnósticas, Terapêuticas e Assistenciais em Saúde que compõe com outras equipes o NTAAI – Núcleo de Tecnologia Assistiva, Acessibilidade e Inovação da Universidade de Brasília (<http://www.ntaai.unb.br/>).

A pesquisa caracterizou-se como um estudo transversal, empírico e qualiquantitativo, visto que a utilização conjunta de métodos quantitativos e qualitativos não são excludentes, mas, sim, complementares^{14,15}. Essa visão é centrada na explicação de um fenômeno por meio de métodos quantitativos; e o seu significado, pelos qualitativos, abrangendo um maior cenário a depender do intuito do pesquisador. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da UnB pelo número CAAE: 45148215.1.0000.0030. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); após, receberem orientação dos procedimentos que foram aplicados na pesquisa e posteriormente a concordância em participar.

O curso de Fisioterapia da FCE da UnB possui principalmente estudantes ingressos por meio do Vestibular, do Programa de Avaliação Seriada (PAS) e do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). No ano de 2014, 102 pessoas no 1º e 2º semestres ingressaram no curso de Fisioterapia, sendo que, destes, 53 ingressaram no 1º/2014 e 49 no 2º/2014. Nesse mesmo ano, 29 estudantes colaram grau, perfazendo uma quantidade de 12 egressos no 1º/2014 e 17 egressos no 2º/2014¹⁶.

Participaram da pesquisa uma amostra de conveniência (n=37) formada por todos os estudantes de Fisioterapia regularmente matriculados na disciplina supracitada e que estavam presentes na aula no momento da avaliação (não mencionaremos o período da coleta de dados para manter a confidencialidade dos estudantes pesquisados).

Foi realizado um teste de leitura oral controlado de palavras contextualizadas no próprio texto do documento fonte: a CIF, para identificar o desconhecimento no campo lexical desse documento. Partimos do pressuposto que todos os estudantes encontravam-se no mesmo nível de compreensão lexical, dado que, em sua maioria, adentraram no mesmo semestre no curso de Fisioterapia e estariam expostos a experiências didático-pedagógicas similares até então.

A CIF, em sua versão na língua portuguesa falada no Brasil, foi fragmentada sequencialmente em 9 trechos consecutivos de aproximadamente 30 páginas cada um. Cada trecho foi distribuído para leitura por um dos integrantes de cada grupo (orador), de um total de 9 grupos, dos quais 8 deles eram compostos por 4 estudantes, e 1, por 5 estudantes.

Cada estudante recebeu um formulário para declarar vocábulos desconhecidos que seriam identificados no momento da leitura pelo orador do grupo. O processo de leitura ocorreu no período de duração da disciplina de 4 horas com intervalo de aproximadamente 15 minutos entre cada metade do período total (2 horas). O professor responsável pela disciplina estava presente na sala de aula assistindo

aos grupos e dando as orientações sobre a leitura dos trechos da CIF.

Uma vez iniciada a leitura, a cada vocábulo desconhecido identificado por um dos integrantes do grupo, a leitura era interrompida pelo orador para que o integrante com dúvida anotasse o vocábulo, ou, periodicamente, quando o professor identificava uma queda na capacidade de atenção dos grupos, para que retomassem a atenção. Nesse mesmo formulário, o estudante poderia também anotar um possível significado, caso ele desejasse.

Posteriormente, os vocábulos e seus prováveis significados, quando anotados por desejo do estudante, foram analisados por dois julgadores independentes que verificaram a aproximação do significado apresentado pelo estudante com o significado real do vocábulo. Os julgadores analisaram os possíveis significados nos diferentes contextos que o vocábulo pode ser empregado conforme consulta ao dicionário Michaelis disponível *on-line*. As discordâncias encontradas entre os julgadores foram decididas por um terceiro julgador.

Os resultados foram então processados e apresentados por meio da média, desvio padrão e moda, em planilhas do programa Microsoft® Excel 2010. A ANOVA – Análise de Variância com pós-teste de Duncan – foi também empregada para comparar a quantidade de vocábulos desconhecidos em comparações entre os 9 trechos por grupos que realizaram o teste de leitura. Estabeleceu-se $p < 0,05$ para considerar diferenças estatisticamente significativas nas análises. Para a análise qualitativa, foi realizada uma análise de conteúdo que permitiu a apreensão dos vocábulos desconhecidos e seus prováveis significados ao longo dos respectivos trechos fragmentados da CIF¹⁵.

RESULTADOS

A média geral de idade dos estudantes avaliados foi de $19,8 \pm 1,5$ (média \pm DP), com idade mínima de 18 e máxima de 24 anos. Dos estudantes considerados na pesquisa, 33 (89,1%) ingressaram na UnB no período de 2/2013 (fluxo regular de oferta); e 4 (10,9%) ingressaram em outros períodos (estudantes fora do fluxo por motivo de reprovação

ou trancamento da disciplina). A média total de vocábulos desconhecidos foi de 14,5 vocábulos por grupo, tendo o grupo 4, que realizou a leitura do Trecho 4 (T4), relatado a maior quantidade de vocábulos desconhecidos (42 vocábulos).

Em todos os 9 trechos da CIF, 167 vocábulos foram declarados como desconhecidos por pelo menos um estudante entre os presentes por grupo, vocábulos estes que estão listados nos quadros da figura 1. As tabelas agruparam vocábulos qualificados conforme a separação pela moda de estudantes que relataram dúvida por vocábulo.

A lógica de separação pelas tabelas levou em consideração que a moda de estudantes que não reconheceram o vocábulo, ou seja, um vocábulo não ter sido reconhecido por 4 estudantes, representou o ponto divisor (quadro central da figura 1) da quantidade de estudantes para determinar se um vocábulo seria mais desconhecido (não ser reconhecido por mais de 4 estudantes, quadro da esquerda da figura 1) ou menos desconhecido (não ser reconhecido por menos de 4 estudantes, quadro da direita da figura 1).

Figura 1. Quadros com vocábulos desconhecidos nos trechos fragmentados da CIF agrupados pela moda de estudantes que desconheciam o vocábulo em três grupos

Vocábulos mais desconhecidos	
	acuidade
	alopática
	constructo
	doravante
	empírico
	estigma
	percentis
	sazonal
	timbre
	treinadores auditivos de FM
10 vocábulos	

Vocábulos desconhecidos pela moda de estudantes

aerofagia	elegibilidade	hipernatremia	prefácio
afasia	eletrolítico	hipogonadismo	priapismo
agalactia	eletro-óptico	hiponatremia	protético
alactasia	emaciação	hipopituitarismo	ptose
algoritmo	empachamento	holisticamente	redundância
alodinia	endossa	idiomática	riquixá
amenorréia	ergonomia	inerente	saneamento
anopsia	escopo	labilidade	sáris
atenuar	escotoma	litigios	símbolo bliss
atetose	estupor	melodiosidade	subsídios
azoospermia	extrínseco	mitigando	taxonômica
catatonia	galactorrêia	mutismo	teletipos
circularidade	gama	nistagmo	terminologia
detrimento	genuíno	obnubilação	tom
dialética	handicap	obstante	unívoca
diplopia	hematológico	oligozoospermia	urge
discinesia	hemianopsia	oligúria	verborrêia
dísdia dococinesia	hidrâmnios	peristaltismo	verter
disfagia	hidronefrose	permutas	xeroftalmia
ecolalia			

77 vocábulos

Vocábulos menos desconhecidos

acinético	coreia	frigidez	orografia
alopecia	corióide	geniturinárias	ortopédico
ambígua	debilidade	gerenciar	polimenorragia
ambivalência	descontinuidade	hipercalcemia	poliúria
anúria	dismenorréia	hipermenorréia	prostrado
áreas anexas	dispareunia	hipermortilidade	protração
aspereza	distonia	hiperpituitarismo	Provêem
assimilação	distônico	hiperpotassamia	provisão
assoalho pélvico	ducto cístico	hipocalcemia	psicossociais
atitudinal	ecopraxia	hipotônico	regurgitar
caçarola	ectópica	hipotossemia	remendar
calibrado	escalão	literal	retração
caquexia	escaras	manufaturada	sacádicos
ciclomotores	esclera	menorragia	síntese
claudicação	espasmo	mialgia	subfertilidade
closed caption	espasmódica	miastenia	supina
codificador	etiologia	micção	tartamudez
conotação	excludentes	monoparesia	terminológicas
contextuais	exteroceptivos	monoplegia	vernaculares
coprolalia	filiação	Narcolepsia	vernaculistas

80 vocábulos

Os vocábulos desconhecidos dispostos na figura 1 encontravam-se distribuídos em todos os trechos fragmentados. No entanto, os trechos com maior quantidade de vocábulos desconhecidos foram os trechos 3, 4 e 9 (Figura 2), indicando o menor reconhecimento lexical nesses respectivos trechos da CIF.

Os vocábulos desconhecidos pela moda de estudantes dispostos no quadro central da figura 1 também se encontravam distribuídos em todos os trechos fragmentados. Todavia, para os vocábulos classificados como menos desconhecidos por estudantes (quadro da direita na figura 1), somente o trecho 4 apresentou uma maior quantidade de

vocábulos declarados como desconhecidos. Já no quadro da esquerda da figura 1, que representa os vocábulos mais desconhecidos por estudantes, os vocábulos estavam distribuídos em 7 dos 9 trechos fragmentados da CIF, sendo exceção somente os trechos 5 e 6.

Nesse contexto, foi constatado maior desconhecimento lexical nos trechos 7 (com 4 vocábulos), seguido dos trechos 2, 8 e 9 com 2 vocábulos cada, de um total de 10 vocábulos desconhecidos por mais de 4 estudantes. A caracterização dos trechos consecutivos e fragmentados de aproximadamente 30 páginas cada um, na CIF em sua versão na língua portuguesa falada no Brasil, está demonstrada na tabela 1.

Figura 2. Box-plots da quantidade de vocábulos declarados como desconhecidos por pelo menos 1 estudante em todos os trechos consecutivamente distribuídos aos nove grupos da amostra. As setas indicam as diferenças significativas identificadas pela ANOVA seguida do pós-teste de Duncan

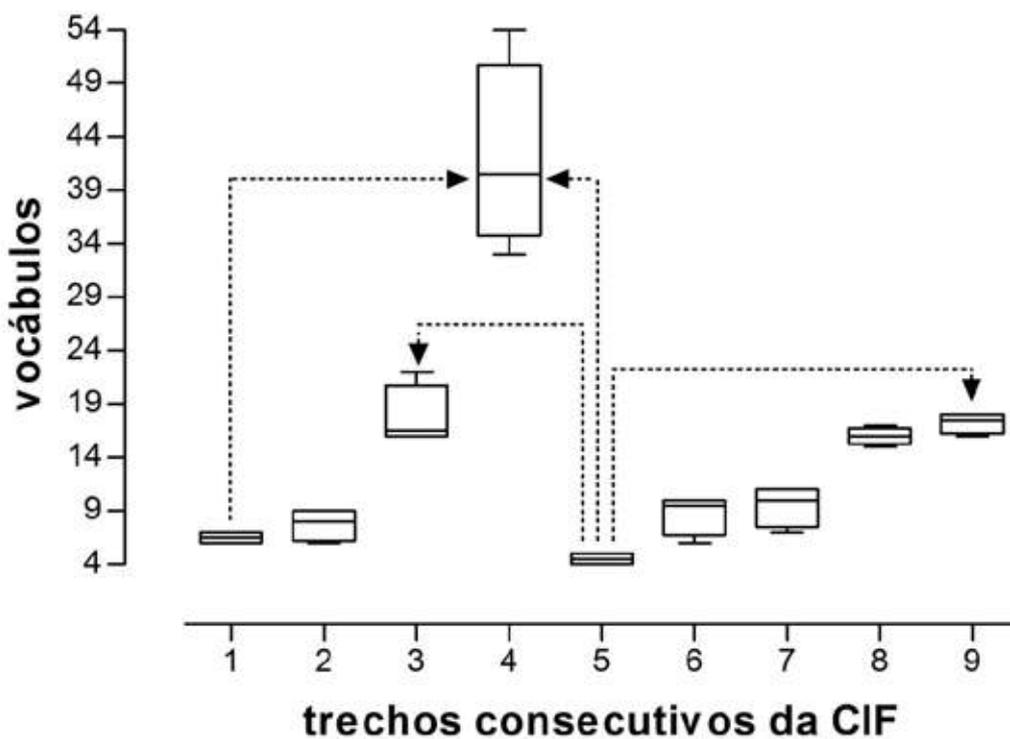


Tabela 1. Caracterização dos conteúdos por páginas e trechos distribuídos por grupos de estudantes

Trechos	Páginas	Conteúdo
Trecho 1 (T1)	0 a 32	Capa e contracapa, folha de rosto, sumário e introdução
Trecho 2 (T2)	33 a 60	Usos da CIF, classificação de primeiro e segundo nível
Trecho 3 (T3)	61 a 98	Classificação detalhada com definições: funções do corpo (até o Capítulo 4)
Trecho 4 (T4)	99 a 130	Funções do corpo (do Capítulo 5 ao 8) e estruturas do corpo (Capítulos 1 e 2)
Trecho 5 (T5)	131 a 161	Estruturas do corpo (do Capítulo 3 ao 8), atividades e participação (até o Capítulo 3)
Trecho 6 (T6)	162 a 198	Atividades e participação (do Capítulo 4 ao 9)
Trecho 7 (T7)	199 a 222	Fatores ambientais (até o Capítulo 4)
Trecho 8 (T8)	223 a 262	Fatores ambientais (Capítulo 5) e anexos 1 e 2
Trecho 9 (T9)	263 a 296	Anexos 3 ao 10

Os vocábulos foram desconhecidos por no mínimo 1 e no máximo 16 estudantes. Dos estudantes que declararam vocábulos desconhecidos, 30% arriscaram colocar um possível significado, porém somente 18% deles aproximaram o significado anotado do significado real. Os trechos 3, 4 e 9 foram os trechos com maior número de vocábulos desconhecidos, havendo diferença significativa entre os trechos 1 e 4, trechos 5 e 4, trechos 5 e 3 e trechos 5 e 9, conforme apresentada na figura 2.

DISCUSSÃO

Neste estudo, mediante os resultados levantados, foi possível dimensionar o desconhecimento de vocabulário receptivo de estudantes de Fisioterapia durante a leitura da CIF. Como resultado direto desse processo de avaliação do reconhecimento lexical dos estudantes no contexto da CIF, foi criado um glossário que pôde ser utilizado em exercícios didáticos, com estratégias metacognitivas de enriquecimento lexical, bem

como em consultas para aquisição de habilidades e competências na descrição dos estados e condições de saúde individuais e populacionais.

A partir da familiaridade com alguns vocábulos citados, poderíamos observar o uso da estratégia metacognitiva, que é a capacidade de um indivíduo inferir a partir de vocábulos familiares ou já experimentados, podendo fazer inferências corretas ou incorretas, a depender do nível de interpretação e consistência do conhecimento prévio.

Nossos resultados mostraram que uma quantidade mínima de estudantes (18% dos 30% que arriscaram anotar um significado) conseguiu inferir significado com a estratégia metacognitiva. Tal estratégia vai além da cognitiva, pois ela é caracterizada por funções automatizadas de reconhecimento para identificar as informações mais objetivas que estão explícitas no texto. A metacognição se caracteriza pela capacidade de inferir e interpretar, fazer reflexões a partir de questões, sendo dividida em monitoramento, autoexplicação e justificativa¹⁷.

No monitoramento, seja enquanto se lê ou após a leitura, o leitor avalia se há inconsistências em sua compreensão de parte do texto ou dele como um todo. Essas inconsistências podem ser empíricas, quando contradizem o conhecimento de mundo do leitor, ou lógicas, quando há proposições contraditórias no texto. A partir da detecção de suas dificuldades, o leitor pode eleger estratégias para remediá-las. O leitor pode fazer uso do monitoramento no nível local enquanto lê partes do texto, ou no nível global, tomando o texto como um todo, durante ou após a leitura^{17,18}.

No tocante à autoexplicação, são as inferências que vão além do texto, gerando nova informação, estando excluídos dessa categoria outros tipos de comentários, tais como paráfrases do texto. Ademais, em relação às justificativas, após responder a perguntas relativas à compreensão do texto lido, podem ser solicitadas ao leitor justificativas para as suas respostas. Estas justificativas consistem na explicação das bases de suas respostas¹⁷. Poucos estudantes (30%) arriscaram explorar suas capacidades metacognitivas ou não tinham condições de fazer tal inferência.

Para que as estratégias metacognitivas se desenvolvam, várias habilidades são necessárias, principalmente aquelas envolvidas no processamento fonológico, sendo comprovada por meio de estudos experimentais em crianças que revelam que os problemas em leitura e escrita comprometem a consciência fonológica (habilidade de reconhecer e pronunciar as sílabas e fonemas), nomeação (capacidade de acessar a forma fonológica da palavra, figura ou números, dentre outros), memória de curto prazo de conteúdo oral (o armazenamento, por curtos períodos de tempo, da linguagem falada) e vocabulário (receptivo ou expressivo)¹⁸.

Uma estratégia que possibilita o desenvolvimento dessas habilidades, já bastante difundida na literatura, é o mapa conceitual, que é uma ferramenta de ensino/aprendizagem que requer a capacidade de analisar, sintetizar, experimentar e hierarquizar conceitos para facilitar a meta-aprendizagem. Favorece a integração e ampliação dos conhecimentos, bem como possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico na descrição dos estados e condições de saúde. Tal método de aprendizagem foge da forma tradicional de ensinar e favorece as etapas fisiológicas do aprendizado, tornando-o pleno e eficiente^{19,20}.

De acordo com os nossos resultados, nota-se que os trechos T3, T4 e T9 indicaram um menor reconhecimento lexical receptivo pelos estudantes (figura 2), sendo o T4 o trecho de maior desconhecimento lexical com 42 vocábulos declarados como desconhecidos. Tal trecho está relacionado com o componente de funções e estruturas do corpo (OMS, 2004)¹. O T4 foi seguido pelo T3, que assim como o T4 abordam termos bem específicos de anatomia e fisiologia humana, contendo também vocabulário que descreve sinais e sintomas de determinadas disfunções que ainda são desconhecidas pelos estudantes que, apesar de já terem realizado disciplinas biológicas que utilizam tais campos lexicais, podem ainda não ter suficientemente treinado os vocábulos para garantir o seu efetivo aprendizado e compreensão (tabela 1).

Desse modo, o mapa conceitual, que é um exemplo de estratégia de aprendizado que aborda o conceito heurístico, pode ser aplicado no processo de reconhecimento de palavras quer por via lexical, quer por via fonológica, ou ainda por acesso ao léxico ortográfico armazenado na memória de longo prazo^{18,19,21}. Ao que parece, o mapa conceitual seria

um método de estratégia de aprendizado pelo qual os estudantes com menor reconhecimento lexical nos trechos T3, T4 e T9, conseguiriam descobrir, aprender e destrinchar os conceitos dos vocábulos desconhecidos.

Por sua vez, o T9, é um trecho composto por descrição das utilizações, das diretrizes éticas, das orientações e das exemplificações do uso da CIF (tabela 1). O desconhecimento de vocábulos nesse trecho poderia ser justificado pela falta de conhecimento da CIF e seu raciocínio clínico, uma vez que, para a maioria dos estudantes é nessa disciplina que eles entram em contato pela primeira vez com a classificação. Tal conhecimento será apresentado e elucidado no decorrer da disciplina objeto de investigação no estudo. Cabe ainda ressaltar que os trechos mais desconhecidos (T3, T4 e T9), conforme representado na figura 2, ainda apresentam vocabulário que não é praticado cotidianamente pelos estudantes que ainda não desenvolveram muitas práticas de campo, assim, estão distantes do campo lexical usual deles.

Essa hipótese corrobora estudos^{10,22} que verificaram um melhor desempenho em recepção de vocabulário quando por meio de habilidades acadêmicas exigidas em variadas atividades pedagógicas de aprendizado realizadas em cenários de atuação prática. Nesse contexto, tais cenários propiciam aos estudantes o aperfeiçoamento e ampliação lexical. Assim, garantem aos estudantes a oportunidade real de aprender novo vocabulário e conhecer sua forma e significado em contexto de uso.

Em contrapartida, nos trechos em que foram observados menos vocábulos desconhecidos (quadro da direita na figura 1) estão presentes textos dos componentes de atividade e participação e fatores ambientais¹ (tabela 1), que utilizam um vocabulário mais comum do campo lexical das atividades humanas que são facilmente reconhecidas, por esta razão poderiam estar no campo lexical mais usual ao estudante. Tal suposição é sustentada

por Piccolo e Salles et al.²², que investigaram a relação entre leitura, memória de trabalho, quociente de inteligência e vocabulário em crianças. Os resultados evidenciaram que há uma relação estreita entre memória de trabalho, vocabulário e outros processos cognitivos no processo de leitura. Ainda, quando foram incluídas somente crianças sem qualquer *deficit* intelectual, a memória de trabalho visuoespacial e o vocabulário contribuíram mais para o desempenho em compreensão de leitura. Ou seja, o estímulo recebido do contexto do ambiente em que o estudante está inserido seria o agente na capacidade de compreender uma informação e adquirir o vocabulário e seu significado.

Dos estudantes avaliados, 89,1% (33 estudantes) ingressaram na UnB no período 2/2013 e encontravam-se, portanto, na etapa do curso em que a maioria das disciplinas dispostas na matriz curricular utiliza vocábulos dos componentes biológicos da CIF. No entanto, existem também disciplinas de cunho social e epidemiológico que abordam o contexto coletivo da saúde e a compreensão do trabalho do profissional da saúde, o que mostra a ampliação do léxico no contexto da saúde coletiva, elucidada pelo modelo de atenção biopsicossocial que é empregado na CIF. Tal observação reforça a mudança da visão centrada na doença para um foco na funcionalidade ampliada para além dos componentes biológicos como elemento essencial da saúde^{2,3,5,16}.

A quantidade de vocábulos elencados como desconhecidos podem expressar o nível do léxico mental dos estudantes^{6,23,24}, que reflete o período do curso em que os estudantes se encontram, conhecendo vocábulos mais triviais e de mais baixa complexidade lexical no campo da saúde. Os vocabulários mais desconhecidos podem até estar presentes nos contextos das disciplinas que os estudantes já cursaram ou estão cursando, contudo, a prática de utilização de tal linguagem ainda pode não ter sido incorporada no léxico mental. Ainda, os vocábulos desconhecidos podem fazer parte do contexto de disciplinas que ainda serão cursadas.

Neste estudo, os sujeitos estão inseridos em atividades universitárias que, supostamente, implicam uma rotina diária de leitura. As circunstâncias sociais e culturais são bastante ricas e diversificadas e, supostamente, com foco no campo lexical da saúde. O cenário apresentado tornaria possível a imersão nesse universo de familiarização com o novo vocabulário.

Tal visão está de acordo com os estudos^{7,10} que confirmaram que, com o avançar dos anos de vida, também se aumenta o vocabulário, fato esse inerente ao próprio desenvolvimento fisiológico e cognitivo. No entanto, nesses estudos, constatou-se que as crianças mais velhas obtiveram um desempenho menor do que as crianças mais novas, verificando que o vocabulário depende de um avanço coeso com os estímulos recebidos do ambiente, da cultura e da sociedade em que o indivíduo está inserido, ou seja, somente ter mais tempo de vida não é garantia absoluta de maior reconhecimento lexical para adultos.

Como a CIF aplica em seu texto vocábulos desde os mais simples aos mais complexos, desde os mais usuais aos mais específicos do campo lexical da saúde, a depender do componente considerado (função ou estrutura do corpo, atividade e participação e fatores contextuais) e do detalhamento da informação (capítulos e desdobramento dos códigos raízes), supostamente encontraríamos vocábulos mais ou menos fáceis de serem reconhecidos, cujo reconhecimento se apoiariam mais ou menos em um campo lexical automático ou em formação.

Ao que parece, o campo lexical automático acessado pelos estudantes desta amostra não está ainda amadurecido em termos de vocabulário específico do campo lexical da saúde, como já discutido. Assim, o que poderia estar determinando o nível de reconhecimento automático seriam os processos condicionados ao longo da vida de práticas de leitura e das circunstâncias sociais e culturais, relacionadas com o ambiente no qual o indivíduo estaria inserido²¹.

Este estudo não avaliou previamente o nível de leitura dos estudantes, uma limitação para análises mais amplas, porém se sabia o fluxo de progressão no curso que o estudante se encontrava. A bagagem de leitura não necessariamente estaria relacionada com o texto da CIF, mas no ambiente e no social de convívio de cada estudante que seria determinístico na influência da prática de leitura.

A importância da leitura na formação lexical é enfatizada por Freire²⁵ ao discorrer sobre a necessidade da leitura. Segundo ele, a prática da leitura está no gosto pelo ler, que é desenvolvido na medida em que os assuntos estejam de acordo com o interesse e a necessidade do leitor. Isso estabelece uma troca de intimidade e consciência entre educadores e estudantes. A educação tem por dever o estímulo ao desenvolvimento da leitura crítica, com a participação consciente dos educadores e educandos na construção da sociedade e de profissionais.

Nossos resultados sugerem que os estudantes investigados ainda não possuem a atividade complexa de reconhecer as palavras para acessar o léxico mental individual no contexto da CIF. Tal fato pode ser explicado segundo a lógica apontada por Monteiro e Soares²¹, que descrevem ser a fluência e a compreensão entidades distintas. Segundo os autores citados, fluência é a capacidade de reconhecimento das palavras que levam à compreensão e, irá depender de diversos processos interligados para fornecer um contexto macroestrutural do texto^{10,11}. Logo, o fato de termos identificado 167 vocábulos desconhecidos poderia mostrar que apesar da amostra ser fluente na língua portuguesa, ela apresenta dificuldade de fluência no campo lexical de alguns contextos presentes no texto da CIF. O estudante provavelmente necessitaria de maior tempo para absorver o modelo e contextos presentes no texto da CIF, pois, no período do curso em que eles se encontram, ainda seriam necessárias práticas de vivência relacionadas com a sua futura atuação para incorporar novos aprendizados, bem

como concretizar o aprendizado das disciplinas que já foram cursadas.

Dessa forma, a aplicação das estratégias de reconhecimento de palavras, segundo Seabra e Dias¹⁸, constituem em logográfica, alfabética e ortográfica. Para uso dessas estratégias, cabe às habilidades de processamento fonológico da consciência fonológica e compreensão auditiva – tal processo é favorecido pela extensão de vocabulário do indivíduo, ou seja, saber reconhecer cada vocábulo e seu significado. A aplicação dessas estratégias pode se dar por meio da metodologia ativa, que tem sua visão educacional arquitetada no princípio da autonomia, colocando os próprios estudantes como fundamentais agentes de seu aprendizado; bem como trabalhar o exercício contínuo de motivação e estímulo à reflexão e produção de conhecimento para promover seu próprio desenvolvimento²⁶.

Uma outra limitação deste estudo foi o fato de não termos medido a compreensão do que os estudantes leram, visto que foi somente medido o reconhecimento lexical. Isso não nos permite inferir o quanto essa falta de vocabulário foi significativa para compreender. Tal abordagem deve ser considerada em trabalhos futuros.

Uma forma de avaliação da compreensão encontrada na literatura é a proposta por Taylor²⁷, que desenvolveu o Teste de Cloze – instrumento amplamente utilizado em estudos de linguagem que se mostra eficaz, prático, de fácil aplicação e de alto índice avaliativo do desempenho acadêmico para estudantes. Por meio desse instrumento, é possível obter indicadores de que os estudantes com melhores percentuais testados exibem os melhores resultados nas práticas avaliativas das disciplinas que cursam. Além disso, constatam que o baixo nível de compreensão é uma importante barreira na dificuldade de leitura e de aprendizagem, permitindo inferir que o sucesso na graduação em nível superior está diretamente relacionado com o amadurecimento do estudante enquanto leitor^{28,29,30}.

Por último, conjecturamos ser importante que o estudante seja inserido precocemente, no

decorrer da graduação, nos cenários de prática em que ele utilizaria o campo lexical da CIF. Por meio das estratégias metacognitivas e de reconhecimento de palavras estimulados nos cenários de prática, o léxico desejado seria evocado repetitivamente à memória de trabalho e, possivelmente, se consolidaria em memória de longa duração. Tal hipótese se sustenta no fato de que, em uma trajetória de atividades didáticas percorrida pelo estudante unicamente em salas de aulas e com sistemas de avaliação puramente teóricos, o estudante não aplica em diferentes contextos seu vocabulário, não favorecendo o reconhecimento, compreensão e expressão das palavras e seus significados.

CONCLUSÃO

Conclui-se, com este estudo, que quase duas centenas de vocábulos presentes no texto da CIF são desconhecidos por estudantes de Fisioterapia com um menor reconhecimento lexical dos estudantes em formação nos trechos relacionados com os componentes de funções e estruturas do corpo. Sugere-se a necessidade de utilizar estratégias de aprendizagem que incluam atividades contextualizadas em cenários reais de prática para obter uma construção do conhecimento da CIF cujo modelo de organização taxonômica pode ser aplicado no raciocínio clínico da prática fisioterapêutica e útil no percurso acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Nós agradecemos às estudantes do curso de Fisioterapia da FCE da UnB Raquel C. M. Cavalcanti, Fernanda R. Medeiros e Tatiana I. S. Oliveira por suas contribuições durante os procedimentos metodológicos de coleta de dados; bem como à Professora Juliana F. F. Romão que foi a terceira julgadora no processo de avaliação da aproximação do significado sugerido pelos participantes ao significado real do vocábulo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2004.
2. Araújo ES. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008
3. Martins EF, de Sousa PH, Barbosa PH, de Menezes LT, Costa AS. A Brazilian experience to describe functioning and disability profiles provided by combined use of ICD and ICF in chronic stroke patients at home-care. *Disability and Rehabilitation* 2011; 33(21-22): 2064 - 74.
4. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(2): 437–451.
5. Araújo-Barbosa PHF. Modelagem e simulação de informações do estado de saúde codificadas pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: requisitos e subsídios para sistemas de informação em saúde [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2016.
6. Pedrosa BAC, Dourado JS, Lemos ST. Desenvolvimento lexical, alterações fonoaudiológicas e desempenho escolar: revisão de literatura. *Revista CEFAC* 2015; 17(5): 1633–1642.
7. Araújo MVM, Marteleto MRF, Schoen-Ferreira TH. Avaliação do vocabulário receptivo de crianças pré-escolares. *Estudos de Psicologia* 2010; 27(2): 169–176.
8. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. Reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia. [Internet]. [acessado 2016 out 30]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioterapia>.
9. Brasil. Resolução CNE/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Ministério da Educação, 2002. [Internet] [acessado 2016 nov 01]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>.
10. Nalom AFO, Soares AJC, Cárnio MS. A relevância do vocabulário receptivo na compreensão leitora. *CoDAS* 2015; 27(4): 333–338.
11. Salles JF, Parente MAMP. Processos Cognitivos na Leitura de Palavras em Crianças: Relações com Compreensão e Tempo de Leitura. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2001; 15(2): 321–331.
12. Unesco. Relatório de Monitoramento Global de EPT 2013/4. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. 2014.
13. Brasil. Relatório de Educação para todos no Brasil. Ministério da Educação. 2014.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, v. 70, 1977.

15. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso. *Texto & Contexto Enfermagem* 2006; 15(4): 679–684.
16. Universidade de Brasília. Relatório de Autoavaliação Institucional 2015. Universidade de Brasília, 2015.
17. Hodges LVSD, Nobre APM. O uso de estratégias metacognitivas como suporte à compreensão textual. *Revista Eletrônica de Educação* 2011; 6(2): 476–490.
18. Seabra AG, Dias N. Reconhecimento de palavras e compreensão de leitura : dissociação e habilidades linguístico-mnemônicas preditoras. *Revista Neuropsicología Latinoamericana* 2012; 4(1): 43–56.
19. Bittencourt GKGD, Nóbrega MML, Medeiros ACT, Furtado LG. Mapas conceituais no ensino de pós-graduação em enfermagem: relato de experiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2013; 34(2): 172–176.
20. Dornelas LF, Duarte NMC, Magalhães LC. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Revista Paulista de Pediatria* 2015; 33(1): 88–103.
21. Monteiro SM, Soares M. Processos cognitivos na leitura inicial : relação entre estratégias de reconhecimento de palavras e alfabetização. *Educação e Pesquisa* 2014; 40(2): 449–465.
22. Piccollo LR, Salles JF. Vocabulário e memória de trabalho predizem desempenho em leitura de crianças. *Psicologia: Teoria e Prática* 2013; 15(2): 180-191.
23. Coltheart M, Rastle K, Perry C, Langdon R, Ziegler J. DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review* 2001; 108(1): 204–256.
24. Corso HV, Salles JF. Relação entre leitura de palavras isoladas e compreensão de leitura textual em crianças. *Letras de Hoje* 2009; 44(3): 28–35.
25. Freire PA. A importância do ato de ler: em três artigos que se complementam. São Paulo, 1982.
26. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(2): 2133–2144.
27. Taylor WL. Cloze procedure: A new tool for measuring readability. *Journalism Quarterly* 1953; 30: 434-438.
28. Oliveira R, Oliveira KL. Leitura e condições de estudo em universitários ingressantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora* 2007; 8(1): 51–59.
29. Oliveira KL, Santos AAA, Primi R. Estudo das relações entre compreensão em leitura e desempenho em disciplinas na universidade. *Revista Interação em Psicologia* 2003; 7(1): 19-25.
30. Souza NA, Coruchovitch E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. *Educação em Revista* 2010; 26(3): 195–217.

APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA COM A SAÚDE DE JOVENS UNIVERSITÁRIAS

PHYSICAL FITNESS RELATED TO THE HEALTH OF UNIVERSITY YOUNG WOMEN

Maristella Borges Silva

Curso de Fisioterapia
Faculdade de Talentos Humanos
Fernando Max Lima

Vítor de Melo Borges Neto

Curso de Fisioterapia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dernival Bertoncello

Departamento de Fisioterapia Aplicada
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Contato

Dernival Bertoncello
Av. Getúlio Guaritá, 159
Abadia

Uberaba - MG

CEP: 38025-440

E-mail: dernival.bertoncello@uftm.edu.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar e caracterizar a aptidão física relacionada com a saúde de jovens universitárias não treinadas de cursos de graduação de uma universidade pública brasileira. **Métodos:** As participantes responderam a um questionário sobre os seus dados pessoais e realizaram avaliação física abrangendo dados vitais; dados antropométricos; flexibilidade muscular; força de preensão palmar; testes de força e resistência muscular com uso da massa corporal e com o uso de aparelhos de musculação. **Resultados:** Participaram 28 voluntárias (21,67±1,96 anos) que apresentaram risco moderado para a saúde na avaliação do parâmetro de relação cintura-quadril, alterações no componente flexibilidade, com escore classificado como ruim no teste de sentar e alcançar e valores abaixo da média para flexões de braço. **Conclusões:** Há necessidade de políticas específicas de promoção de hábitos saudáveis e de prática de atividades físicas, uma vez que jovens sedentárias são representativas de boa parcela da população brasileira e, a curto prazo, ingressarão na categoria de pessoas economicamente produtivas e mais suscetíveis às doenças crônico-degenerativas em decorrência do avanço da idade.

Palavras-chave: Aptidão física. Estilo de vida sedentário. Perfil de saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate and characterize the health-related physical fitness of untrained young undergrad women from a Brazilian public university. **Methods:** All volunteer students answered a questionnaire about their personal data and underwent a physical assessment including vital signs, anthropometric data, muscular flexibility, handgrip strength, strength and endurance tests using body mass and using weight machines resistance. **Results:** 28 volunteers participated, aged 21.67 ± 1.96 years who showed moderate health risk at waist-to-hip ratio, presence of alteration in flexibility components, with bad scores in the sit-and-reach test and values below the mean for the push-up test. **Conclusion:** There is a need for specific policies to promote healthy habits and physical activity among this population because sedentary young women represent a large amount of the Brazilian population and, in the short period, will reach the economically productive category and will be more susceptible to chronic diseases in result of aging.

Keywords: Physical fitness. Sedentary Lifestyle. Health profile. Public health.

INTRODUÇÃO

O advento tecnológico tem contribuído para redução dos níveis de realização de atividades físicas uma vez que trouxe facilidades e praticidade à vida das pessoas, exigindo menos utilização do corpo e, conseqüentemente, um menor gasto energético¹. Até mesmo opções de atividades de lazer (televisão, computador e vídeo game, por exemplo) favorecem à exposição de comportamentos sedentários. Assim, essa diminuição da exigência da aptidão física na vida cotidiana é preocupante, pois pode se tornar um problema para a saúde da população².

Pesquisas apontam que a inatividade física se correlaciona com sexo e fatores socioeconômicos³. Além disso, a prática de atividade física regular na juventude pode ser determinante para um estilo de vida ativo nas fases subseqüentes da vida⁴. Portanto, um estilo de vida fisicamente ativo, com prática regular de atividade física, deve ser um componente primordial de programas de saúde pública^{3,5} e ser adotado, idealmente, desde as faixas etárias jovens.

Os componentes da atividade regular e aptidão físicas (força, resistência muscular, flexibilidade, composição corporal, aptidão cardiorrespiratória)

estão relacionados com a redução dos índices de morbimortalidade, contribuindo para aumento da longevidade, além de contribuírem para a melhora do desempenho na capacidade funcional do praticante e serem fatores de proteção para disfunções crônico-degenerativas^{1,6}. Outros estudos apontam, ainda, que o exercício físico afeta fortemente a plasticidade cerebral, parâmetros funcionais e estruturais e indicativos de inteligência em humanos⁷⁻¹⁰.

Em vista do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar e caracterizar componentes da aptidão física relacionada com a saúde de jovens universitárias não treinadas de cursos de graduação em ciências da saúde de uma universidade pública brasileira.

MÉTODOS

A amostra foi constituída por 28 estudantes universitárias com idades entre 18 e 27 anos, não praticantes de musculação ou de qualquer tipo de exercício físico regular nos últimos dois anos por mais de seis meses consecutivos. Foram excluídas as participantes com presença de alterações musculoesqueléticas ou cardiopulmonares durante o

período de avaliação ou que desejassem interromper a sua participação. Esta amostra, embora em número reduzido, é representativa das estudantes universitárias de cursos em ciências da saúde da instituição onde se realizou a pesquisa, uma vez que constituía 20% da população dos cursos avaliados (primeiros períodos).

A cada participante, foi aplicado um questionário contendo os seguintes itens: dados pessoais, perfil alimentar diário, atividades extrauniversitárias, antecedentes pessoais de prática esportiva e antecedentes pessoais e familiares de morbidades. Em seguida, foi feita avaliação física envolvendo: aferição da pressão arterial; verificação das frequências cardíaca e respiratória, com a participante sentada após repouso de 10 minutos; avaliação de indicadores antropométricos: massa corporal (Balança G.TECH®, modelo GLASS 3 FWB) e estatura (Estadiômetro Micheletti®); medida da circunferência da cintura e do quadril (fita métrica metálica retrátil, Sanny®), sendo considerada a média aritmética das duas medidas realizadas em cada local; mensuração das dobras cutâneas (tricipital, peitoral, subaxilar, subescapular, abdominal e suprailíaca) com uso do adipômetro clínico CESCORF®, considerando a média aritmética das três medidas realizadas¹. O cálculo do índice de massa corporal – IMC (kg/m²) foi obtido com base nos dados da massa corporal e da estatura. As medidas de circunferências corporais e dobras cutâneas foram obtidas para o cálculo de relação cintura-quadril (RCQ) e percentual de gordura corporal respectivamente.

A avaliação da flexibilidade de cadeia muscular posterior foi realizada pelo teste de flexibilidade no Banco de Wells (Sanny®), também conhecido como teste de sentar e alcançar. Os testes de retração muscular foram realizados, segundo protocolo de Kendall¹¹, para os músculos quadríceps, isquiotibiais, grande dorsal, redondo maior e fibras superiores e inferiores de peitoral maior com a utilização do flexímetro (Sanny®), a fim de quantificar a amplitude de movimento, exceto para o teste de retração do músculo quadríceps que foi classificado como 'presente' ou 'ausente'.

Para avaliação de força e resistência muscular, realizou-se teste de 10 repetições máximas (10RM) com aparelhos (Athletic Advanced 300M®) de supino reto, extensores de joelho e flexores de joelho, após familiarização prévia ao primeiro teste, na semana antes da avaliação, para minimizar interferência pelo processo de aprendizagem. Decorridos cinco minutos de descanso após cada teste de 10 RM, foi solicitada a execução da maior quantidade de repetições possíveis até a exaustão com 80% da carga obtida no teste realizado de 10RM, a fim de verificar a resistência muscular com uso dos aparelhos. Halteres com precisão de 0,5kg foram utilizados quando necessários para ajustes dos valores da carga.

Em data subsequente e não consecutiva, foram feitos testes motores de flexão e extensão de braços no solo, agachamentos e abdominais. Tais testes foram executados somente com a resistência corporal, ou seja, sem incremento de carga e consistiam na execução da maior quantidade possível de repetições durante 1 minuto e até exaustão, determinada por cada voluntária ao prosseguir o teste transcorrido o primeiro minuto.

Também foi avaliada a força de preensão palmar em dinamômetro hidráulico (Saehan®, modelo SH 5001), com o equipamento devidamente calibrado. Realizaram-se três coletas, bilateralmente, com intervalo de 1 minuto entre cada medida para evitar fadiga muscular, sendo considerada para o estudo a média dessas medidas. Foi padronizada a posição da participante em ortostatismo, com ombro e antebraço em neutro e cotovelo fletido a 90°.

Inicialmente, os resultados foram analisados quanto à distribuição normal dos dados pelo teste Kolmogorov-Smirnov (Statistica®), ratificando a normalidade dos dados, exceto para RCQ, repetições máximas de agachamento e retração dos músculos grande dorsal e redondo maior do membro superior direito. Os dados foram analisados de forma descritiva mediante média e desvio-padrão; e para as variáveis que não seguiram a distribuição normal, foram empregadas mediana e amplitude interquartil. Os dados categóricos foram apresentados por distribuição de frequências. O teste de correlação

linear de Pearson foi utilizado para verificar se havia relação entre o desempenho e os diferentes testes motores, sendo que valores $\geq 0,8$ foram considerados fortes; e $< 0,5$, fracos. Os valores intermediários foram considerados de força moderada¹².

O presente estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – nº do protocolo: 1483/2010. Todas as participantes receberam informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Foram avaliadas 28 universitárias com idade média de 21,67 ($\pm 1,96$) anos, as quais se apresentaram normotensas, normocárdicas e eunéicas no momento inicial da avaliação. No questionamento a respeito dos antecedentes pessoais, houve relatos isolados de artrite reumatoide controlada, dislipidemia, asma e escoliose. Em relação ao histórico familiar, cerca de 83,3% das voluntárias relataram presença de hipertensão arterial sistêmica; 70,8%, de diabetes; 37,5%, de sobrepeso/obesidade; 8,3%, de dislipidemia; e 20,8% referiram presença de outras patologias isoladas como: lúpus eritematoso sistêmico; neoplasias; acidente vascular encefálico; trombose venosa profunda; e hiperuricemia. Quanto ao histórico de atividades físicas, 79,2% já haviam realizado musculação, e 50% possuíam histórico de prática esportiva ou outro tipo de treinamento físico. Em relação aos hábitos de vida das voluntárias, todas não possuíam controle da dieta alimentar, 4,2% eram tabagistas e 91,7% declararam-se não etilistas.

As características antropométricas da amostra são apresentadas na tabela 1. Os valores médios do IMC e do percentual de gordura corporal encontrados estão em conformidade com valores de referência aceitáveis para a faixa etária estudada. Valores de IMC entre 18,5 e 24,9 foram considerados normais¹³, e a faixa de 21% a 26% de percentual de gordura corporal foi considerada como classificação média¹. Porém, o valor da mediana da relação cintura-quadril de 0,72 extrapola os referenciais demonstrando risco moderado para a saúde uma vez que, para mulheres com idade entre 20 e 29 anos, este risco compreende os escores entre 0,71 e 0,77¹⁴.

Tabela 1. Dados antropométricos descritivos da amostra

Variáveis	Valores
Massa (Kg) (média \pm DP)	57,33 \pm 6,57
Altura (m) (média \pm DP)	1,65 \pm 0,06
IMC (kg/m ²) (média \pm DP)	21,08 \pm 1,90
GC (%) (média \pm DP)	23,64 \pm 3,94
RCQ (mediana/mínimo-máximo)	0,72/0,65 – 1,45

DP – Desvio padrão; IMC – Índice de Massa Corporal;
GC – Gordura Corporal; RCQ – Relação Cintura-Quadril.

Tabela 2. Testes motores com utilização da massa corporal como resistência

Variáveis	1º minuto	Exaustão
Flexão e extensão de braço (reps) (média \pm DP)	13,22 \pm 5,31	14,00 \pm 6,09
Abdominais (reps) (média \pm DP)	31,15 \pm 9,82	37,52 \pm 14,42
Agachamentos (reps) (média \pm DP)	27,93 \pm 6,19	72,33 \pm 38,17

reps – número de repetições; DP – Desvio padrão.

Tabela 3. Testes motores com uso de aparelhos de musculação

Variáveis	10 RM (Kg)	Exaustão 80% da carga (reps)
Supino reto (média±DP)	14,80±3,67	17,48±2,99
Extensor de joelhos (média±DP)	18,12±6,09	17,88±2,89
Flexor de joelhos (média±DP)	8,81±2,36	20,09±4,51

DP – Desvio padrão; 10 RM – 10 repetições máximas; reps – número de repetições.

Tabela 4. Testes de flexibilidade e de dinamometria

Variáveis	Valores
Banco de Wella (cm) (média±DP)	24,01±6,44
Preensão Palmar Direita (Kgf) (média±DP)	27,15±3,65
Preensão Palmar Esquerda (Kgf) (média±DP)	25,03±4,11

DP – Desvio padrão; kgf – quilograma-força.

Na avaliação de força e resistência muscular pelos testes motores com uso da massa corporal como resistência, os valores médios obtidos da quantidade de flexão e extensão de braços realizadas em 1 minuto (13,2) estão abaixo da média esperada de 15 a 20 repetições para mulheres com idade entre 20 e 29 anos. A quantidade média de flexões abdominais em 1 minuto (31,1) está pouco acima do referencial médio de 25 a 30 repetições de acordo com sexo e faixa etária^{15,16} (tabela 2).

O agachamento não é considerado um teste padronizado, no entanto, por ser atividade corriqueira nas atividades de vida diária, foi empregado para avaliar a força e resistência muscular de membros inferiores e comparar com os testes de flexão e extensão de joelhos com aparelhos. Os valores encontrados para esses testes e os demais seguem descritos nas tabelas 2 e 3. A correlação (*r*) entre as quantidades de repetições máximas alcançadas durante 1 minuto e até a exaustão foi considerada forte para flexão e extensão de braços (*r* = 0,95) e para abdominais (*r* = 0,88), mas foi fraca para agachamentos (*r* = 0,13).

Em relação à flexibilidade, observou-se presença de retração muscular em 46% das avaliações para grande dorsal e redondo maior, 19% para fibras inferiores do peitoral maior, 54%

para quadríceps e 96% para isquiotibiais e cadeia posterior (considerando uma amostragem total de 56 para cada músculo avaliado bilateralmente). Nenhuma jovem avaliada apresentou retração para fibras superiores de peitoral maior. Conforme apresentado na tabela 4, a flexibilidade avaliada pelo teste de sentar e alcançar foi considerada ruim (< 27) uma vez que a média feminina para a faixa etária de 20 a 29 anos é de 32 a 35 cm^{15,16}. Já os valores obtidos para preensão palmar direita (27,25) e esquerda (25,03) podem ser classificados como medianos (25 kgf a 37 kgf para membro direito e 22 kgf a 33 kgf para membro esquerdo)¹⁷ (tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou avaliar e caracterizar a aptidão física relacionada com a saúde de jovens não treinadas em idade adulta por se tratar de parcela representativa da população. As mulheres representam 51% da população brasileira, sendo que 17,65% dessas possuem idades entre 20 e 29 anos¹⁸. Além disso, a realização desse estudo vai ao encontro das necessidades de conhecer melhor a percepção que essa população tem sobre sua saúde e as formas de prevenção de doenças e de se manterem saudáveis.

De acordo com National Health Interview Survey (NHIS), 60,1% das mulheres norte-americanas acima de 18 anos comparadas com 50,3% dos homens relataram que nunca se engajaram na prática vigorosa de atividade física¹⁹. No Brasil, embora a população brasileira seja bastante heterogênea e distribuída por vasto território geográfico, um estudo de Coorte realizado no sul mostrou que o sedentarismo em adultos jovens foi predominante em mulheres (80,6%) quando comparado aos homens (49,2%)²⁰.

A falta de prática regular de atividade física é considerada um dos principais problemas de saúde pública da atualidade pelo papel que desempenha na incidência e prevalência de doenças crônicas^{21,22}. Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como doenças cardiovasculares, diabetes ou musculoesqueléticas, nas quais o sedentarismo demonstra ser um fator de risco importante, são responsáveis por 58,5% das mortes no mundo e 45,9% da carga global de doenças²³. No Brasil, estima-se que já representam cerca de 66% do total de mortes por causa conhecida²⁴. Essas doenças, por serem de longa duração, demandam grandes ações, procedimentos e serviços de saúde e, conseqüentemente, muitos gastos financeiros. No Brasil, o Ministério da Saúde estima cerca de R\$ 3,8 bilhões em gastos ambulatoriais e R\$ 3,7 bilhões em gastos com internação que totalizam aproximados R\$ 7,5 bilhões/ano em gastos com DCNT²⁵. Embora o foco deste estudo não tenha sido correlacionar falta da prática regular de atividades físicas com presença de doenças, destaca-se o fato de que estudantes da área de saúde, que futuramente se tornarão profissionais incumbidos de disseminar tais conhecimentos, não são praticantes desse hábito saudável.

No presente estudo, foram avaliados alguns dos componentes da aptidão física relacionada com a saúde, como a força e resistência muscular, a flexibilidade e a composição corporal, os quais estão associados à redução dos níveis de morbimortalidade e/ou com um melhor desempenho nas atividades diárias juntamente com a aptidão cardiorespiratória^{1,6}.

Em relação ao componente flexibilidade, o teste de sentar e alcançar tem uma boa indicação para ser realizado na avaliação em diversas faixas etárias e grande aceitação devido à utilização de um movimento que se assemelha a algumas ações do cotidiano, à sua fácil aplicabilidade e por avaliar a flexibilidade ao nível da articulação do quadril com enfoque nos músculos isquiotibiais e ao nível da coluna, especialmente região lombosacra²⁶. Verificou-se que o resultado de flexibilidade das participantes foi considerado ruim ($24,01 \pm 6,44$ cm), o que é preocupante, pois o desenvolvimento da flexibilidade é uma capacidade física necessária para a execução dos movimentos em geral, facilitando tarefas do cotidiano. Além disso, trata-se de um componente da aptidão física relevante para a saúde em geral, principalmente na manutenção da postura corporal e na prevenção de lombalgias, as quais representam forte indício de flexibilidade do quadril reduzida^{26,27}. Dias e colaboradores⁶, ao analisarem a flexibilidade de 123 mulheres sedentárias, também encontraram valores ($24,1 \pm 9,7$ cm) considerados ruins para o teste. Outro estudo avaliou a flexibilidade da mesma forma, pelo teste de sentar e alcançar, em uma população de 11.114 mulheres brasileiras, entre as quais, 1.172 eram sedentárias e 668 ativas na faixa etária de 20 a 29 anos; e encontraram média de $23,55 \pm 9,43$ cm para as sedentárias, valores condizentes com nossos achados. Já as mulheres fisicamente ativas apresentaram valores médios superiores ($27,01 \pm 9,84$ cm).

A força e resistência musculares são componentes fundamentais da aptidão física, pois garantem a funcionalidade por serem requeridas em várias atividades de vida diária como carregar objetos, manter a postura, transpor obstáculos. Além de desempenhar papel importante na prevenção de osteoporose²⁸. Para avaliação da força e resistência muscular, foram empregados neste estudo testes motores com uso da massa corporal como resistência e testes com uso de aparelhos de musculação, além da medida de força de preensão palmar. Ressalta-se que a utilização de diferentes testes para avaliar o mesmo componente de determinada

capacidade física como realizado neste estudo pode ser interessante pelo fato de alguns testes se assemelharem mais às atividades cotidianas de uma determinada pessoa que outros, e essas semelhanças não são comuns, necessariamente, entre pessoas com vivências diversas. Por isso, uma mesma pessoa pode apresentar desempenhos diferentes em testes distintos. Por outro lado, a associação de resultados próximos entre testes distintos pode ratificar o achado em relação àquele componente específico.

Nos testes de flexão e extensão de braço, os valores obtidos pelas participantes em 1 minuto não alcançaram a média esperada, enquanto para flexões abdominais, os valores estavam dentro da normalidade. Dias e colaboradores⁶ encontraram valores médios de $13,8 \pm 9,3$ para flexão e extensão de braços e de $22,4 \pm 8,2$ para flexões abdominais ao avaliar 123 mulheres entre 20 e 29 anos inativas há mais de seis meses, valores estes que também se encontram abaixo da média esperada para sexo e idade estudados. Os valores obtidos com relação à quantidade máxima de agachamentos por minuto não puderam ser comparados com outros estudos, por não se tratar de um teste motor padronizado. Contudo, esses dados foram utilizados para elaboração de protocolo de treinamento com exercícios resistidos para essas participantes em um segundo momento.

Além disso, os testes motores realizados durante 1 minuto ou até exaustão para flexão e extensão de braços e abdominais correlacionam-se bem entre si, demonstrando serem representativos da força e resistência muscular em jovens sedentárias, uma vez que poucas participantes conseguiam manter a realização dos movimentos solicitados por mais de um minuto. Todavia, a correlação de agachamentos foi considerada fraca, isso pode ser devido ao fato de os membros inferiores, envolvidos nesse exercício, atuarem em muitas atividades de vida diária, o que já exige maior condicionamento

destes membros. Portanto, isso pode ser levado em consideração para melhor adequação da avaliação e prescrição de treinamento de força e resistência muscular de membros inferiores em jovens sedentárias. Em relação à avaliação de força e resistência muscular em aparelhos de musculação para os movimentos padronizados de supino reto e flexão e extensão de joelhos, optou-se pela utilização de 10 RM (repetições máximas). Embora a realização do teste de 1 RM seja padronizado e mais utilizado, ele fornece maior risco de lesões pela sobrecarga imposta às articulações, principalmente em indivíduos não treinados comparado ao de 10 RM. Não foram encontrados na literatura resultados de trabalhos em jovens sedentárias com métodos avaliativos semelhantes para comparar os achados deste estudo.

Dentre os testes empregados para avaliação da força e resistência muscular, destaca-se a importância da força de preensão palmar. Esta apresenta aplicações na normatização da força em diferentes populações como indicador da força total do corpo, sendo empregada para testes de aptidão física²⁹⁻³¹. Por meio de estudos populacionais, foi possível estratificar essa força em função do sexo, idade e nível de força. Os resultados encontrados no estudo a partir da realização dessa avaliação se enquadram em valores medianos de referência^{16,17}.

Na avaliação da composição corporal, os valores de IMC e da porcentagem de gordura corporal foram aceitáveis, porém, o índice cintura-quadril demonstrou risco moderado para a saúde. A composição corporal é um componente importante, assim como os demais, para avaliar o estado de saúde uma vez que valores inadequados extraídos dessa avaliação podem estar relacionados com fatores de risco para diversas doenças, como, por exemplo, obesidade, doenças encefalovasculares, cardiovasculares, endócrinas, disfunção do sistema musculoesquelético (osteoartrite), além de problemas psicológicos e sociais³².

Algumas limitações do estudo concentram-se no fato de alguns dos testes empregados não serem padronizados ou válidos, dificultando, assim, a comparação com outros estudos. Além disso, não foi avaliada a capacidade aeróbica, a qual poderia ser um indicador que se correlaciona com a morbimortalidade de uma dada população. Entretanto, indicadores antropométricos foram utilizados no estudo para inferir possíveis riscos de morbimortalidade. Os achados do estudo também precisariam ser correlacionados com fatores sociais e ambientais. No entanto, é possível já inferir o papel importante das Instituições de Ensino Superior do país ante o combate à inatividade física dos discentes, além dos demais atores que dela fazem parte. De modo geral, o aumento dos níveis de atividade física teria grande impacto na melhoria da saúde da população, implicaria maior coerência entre o componente educacional necessário para os profissionais de saúde intervirem em problemas de saúde pública e aquilo que eles vivenciam para si, além de menores custos com tratamento de doenças crônicas pelos órgãos públicos em serviços de saúde.

CONCLUSÃO

As jovens avaliadas obtiveram valores dentro da normalidade para a maioria das variáveis analisadas segundo a idade; no entanto, apresentaram risco moderado para a saúde segundo RCQ e desempenhos inferiores para flexibilidade e para força e resistência muscular nos movimentos de flexões de braço. Por isso, essa população merece atenção minuciosa no acompanhamento do seu estado de saúde e na evolução do quadro temporal e prospectivo uma vez que serão multiplicadores do conceito de prevenção de doenças e manutenção de hábitos saudáveis de vida, como é o caso da prática de exercícios físicos regulares. Há necessidade de políticas específicas de promoção de hábitos saudáveis e de prática de atividades físicas, uma vez que mulheres jovens sedentárias são representativas de boa parcela da população brasileira e, em curto prazo, ingressarão na categoria de pessoas economicamente produtivas e mais suscetíveis às doenças crônico-degenerativas em decorrência do avanço da idade.

REFERÊNCIAS

1. Glaner MF. Importância da aptidão física relacionada à saúde. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2003;5(2):75-85.
2. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, Silveira DS et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidade básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:39-54.
3. Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(3):387-399.
4. Telama R, Laakso L, Nupponen H, Rimpelä A, Pere L. Secular trends in youth physical activity and parents' socioeconomic status from 1977 to 2005. *Pediatr Exerc Sci.* 2009;21:462-474.
5. Rankinen T, Bouchard C. Physical activity, Mortality, and Genetics. *Am J Epidemiol.* 2007;166(3):260-2.
6. Dias DF, Reis ICBd, Reis DAd, Cyrino ES, Ohara D, Carvalho FO, et al. Comparação da aptidão física relacionada à saúde de adultos de diferentes faixas etárias. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2008;10(2):6.
7. Hillman CH, Erickson KI, Kramer AF. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9:58-65.

8. Aberg MAI, Pedersen NL, Torén K, Svartengren M, Bäckstrand B, Johnsson T, et al. Cardiovascular fitness is associated with cognition in young adulthood. *PNAS*. 2009;106(49):20906-11.
9. Erickson KI, Prakash RS, Voss, MW, Chaddock L, Hu L, Morris KS, et al. Aerobic fitness is associated with hippocampal volume in elderly humans. *Hippocampus*. 2009;19:1030-1039.
10. Sibley BA, Etnier JL. The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Pediatr Exerc Sci*. 2003;15:243-256.
11. Kendall FP. *Músculos: provas e funções*. 5rd. São Paulo: Manole; 2007.
12. Santos C. *Estatística descritiva: manual de auto-aprendizagem*. Lisboa: Silabo; 2007. 264p.
13. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
14. De Onis, M.; Habicht, J.P. Anthropometric reference data for international use: Recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am. J. Clin. Nutr.* 1996;64:650-658.
15. *Canadian Standardized Test of Fitness – CSTF – Operations manual*. 3rd. Canada: Minister of Supply and Services Canada; 1987. 40 p.
16. Corbin CB, Lindsey R. *Concepts in physical education*. 9rd. Dubuque: WCB Brown and Benchmark; 1997.
17. Guedes DP, Guedes JERP. *Manual prático para avaliação em educação física*. Barueri: Manole; 2006. 429p.
18. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2011 [cited 2011 Sep 9]. Available from: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.
19. Pleis JR, Ward BW, Lucas JW. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2009. *Vital and Health Statistics, Series 10, No. 249*. Hyattsville, Md: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2010. DHHS publication No. (PHS) 2011-1577 [cited 2011 sep 9]. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_249.pdf.
20. Azevedo Mario R, Horta Bernardo L, Gigante Denise P, Victora Cesar G, Barros Fernando C. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(Suppl 2):70-77.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

22. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines advisory committee report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
23. World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002. (The World Health Report, 2002).
24. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela, MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.
25. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
26. Rassilan EA, Guerra TC. Evolução da flexibilidade em crianças de 7 a 14 anos de idade de uma escola particular do município de Timóteo-MG. *Movimentum - revista digital de educação física*. 2006;1:1-13.
27. Araújo SS, Oliveira H, Paz AA, Santos CAS. Avaliação da flexibilidade de adolescentes através do teste de sentar e alcançar. *Revista Vida e Saúde*. 2002;1(1):1-5.
28. Broderick CR, Winter GJ, Allan RM. Sport for special groups. *MJA*. 2006; 184(6):297-302.
29. Bohannon RW. Muscle strength: clinical and prognostic value of hand-grip dynamometry. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2015;18:465-70.
30. Sánchez Torralvo FJ, Porrás N, Abuín Fernández J, García Torres F, Tapia MJ, Lima F, et al. Normative reference values for hand grip dynamometry in Spain. Association with lean mass. *Nutr Hosp*. 2018;35:98-103.
31. Moreira D; Godoy JR; Júnior WS. Estudo sobre a realização da preensão palmar com a utilização do dinamômetro: Considerações anatômicas e cinesiológicas. *Revista Fisioterapia Brasil*. 2001;2(5):295-300.
32. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123:e146.

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

QUALITY OF LIFE IN THE WORK OF COMMUNITY HEALTH WORKERS

Ricardo Goes de Aguiar

Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo
Curso de Fisioterapia
Universidade Federal de Sergipe

Rayane Rabelo Ferraz Viana

Neidimila Aparecida Silveira

Giselle de Carvalho Brito

Adriana Andrade Carvalho

Curso de Fisioterapia
Universidade Federal de Sergipe

Contato

Ricardo Goes de Aguiar
Rua Y, 959 – Summerville – casa 69
Aruanda
Aracaju – SE
CEP: 49000-480
E-mail: ricardoaguiar@ufs.br

RESUMO

A singularidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como mediador do acesso a direitos sociais na região em que vive pode levar à sobrecarga física e mental. O objetivo deste trabalho foi analisar a Qualidade de Vida no Trabalho dos ACS que atuavam no município de Lagarto, Sergipe. Trata-se de um estudo transversal com ACS com pelo menos um ano de atuação na função no município, abordando Qualidade de Vida no Trabalho pelo modelo de Walton e aspectos socioeconômicos. Os dados foram digitados, e a análise estatística descrita foi realizada utilizando o EPI Info, versão 6.0 d. A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,5%), com ensino médio completo (68,3%), residindo na área de abrangência da unidade (82,5%). Estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o salário, benefícios extras, distribuição dos Equipamentos de Proteção Individual, oportunidade de crescimento profissional, treinamentos e respeito aos direitos do trabalhador. Por outro lado, estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a importância do trabalho, relacionamento com colegas e chefes, comprometimento com o trabalho, respeito à individualidade e relevância social. Espera-se que o estudo subsidie ações destinadas à melhoria das condições de vida e trabalho desses trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Qualidade de Vida. Satisfação no Emprego.

ABSTRACT

The uniqueness of Community Health Workers' (CHW) work as a mediator to access social rights in their localities may lead to physical and mental overload. The aim of this study was to analyze the quality of life of the CHW in their work in the city of Lagarto, Sergipe, Brazil. A cross-sectional study was performed with CHA that worked at least one year in the city, by addressing the quality of life at work with the Walton's model and socioeconomic aspects. The data were entered, and the described statistical analysis was performed using EPI Info (version 6.0 d). Most participants were female (77.5%), with a high school degree (68.3%), and living near the primary healthcare unit area (82.5%). The participants were dissatisfied or very dissatisfied with the salary, extra benefits, distribution of individual protection equipment, professional growth opportunities, training, and respect for workers' social rights. Nevertheless, they were satisfied or very satisfied with the importance of their work, relationships with colleagues and bosses, commitment to work, respect for individuality, and social relevance. Thus, the present study is expected to subsidize actions aimed at improving the living and working conditions of those workers.

Keywords: Family Health. Community Health Workers. Quality of Life. Job Satisfaction.

INTRODUÇÃO

A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) se traduziu em transformações no sistema brasileiro de proteção social em saúde. Nesse cenário, a saúde da família surgiu como estratégia de reorientação do modelo de atenção do SUS, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), baseada em equipes mínimas compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A proposta inicial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) era estender a cobertura dos serviços de saúde e, consequentemente, reduzir a mortalidade materna e infantil, principalmente nas áreas mais carentes das regiões Norte e Nordeste¹⁻⁶.

O ACS foi reconhecido como profissional de saúde, sendo-lhe conferidas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de ações individuais ou coletivas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Esse profissional representa um elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida. Tem potencialidade para agregar saberes acerca do processo saúde-doença, assumindo a

condição de tradutor do conhecimento científico em popular e colaborando para o acesso da comunidade aos serviços de saúde⁷⁻¹⁰.

Entre as suas atribuições, estão o mapeamento da área; cadastramento das famílias e atualização permanente; identificação de áreas de risco; realização de acompanhamento mensal das famílias sob sua responsabilidade; desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde e repasse da dinâmica social da comunidade para os outros membros da Equipe de Saúde da Família (ESF)^{11,12}.

Deve ser considerada a singularidade centrada no trabalho do ACS, que, por sua vez, exige atenção a inúmeros aspectos das condições de vida da população. Sua identidade comunitária e seu papel social diferenciam-no dos demais profissionais de saúde, principalmente por atuar como mediador e facilitador do acesso a direitos sociais. É um profissional que provém das classes populares e que possui características próprias, tendo em vista que atua no local que reside^{13,14}.

Esse personagem tem uma missão social representada por sua identificação com a comunidade, seus valores, costumes, linguagem e o poder de liderança atribuído, com potencial possibilidade de promover melhoria nas condições

de vida e saúde da população, o que torna tênue a linha que separa o profissional do morador e do usuário do serviço no qual trabalha¹⁵.

O trabalho desse profissional pode ser comprometido por fatores como as responsabilidades, condição salarial, resistência da população, além da inexistência de limites entre o ambiente de trabalho, seu conteúdo e o seu local de moradia, implicando sobrecarga tanto física quanto mental¹⁶.

Diante disso, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é considerada fator relevante na análise das condições de trabalho, relacionando variáveis ambientais, comportamentais e organizacionais, a fim de possibilitar humanização nos setores de trabalho, o que, conseqüentemente, implica a obtenção de resultados satisfatórios tanto para o trabalhador como para a instituição^{17,18}.

Alguns modelos estruturais abordam a QVT utilizando indicadores de satisfação ou insatisfação, como o proposto por Walton, segundo o qual o conceito de QVT está calcado na humanização do trabalho e responsabilidade social da empresa, envolvendo necessidades e anseios do indivíduo, por meio de um processo de reestruturação e organização do trabalho, associado à formação de equipes com maior poder de autonomia. Para ele, deve existir um equilíbrio entre trabalho e outras esferas da vida^{19,20}.

Para a avaliação da QVT, Walton elenca oito categorias: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso ou desenvolvimento das capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, constitucionalismo, trabalho e vida e relevância social²¹.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo analisar a QVT dos ACS do município de Lagarto, Sergipe (SE).

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritivo. A população do estudo correspondeu a 135 ACS, que atuavam há pelo menos um ano na função no município de Lagarto-SE e que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa. Esses ACS estavam distribuídos em 18 equipes entre PACS e Estratégia Saúde da Família. Participaram da pesquisa 120 ACS, representando uma perda de 11,1%.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários aplicados por entrevistadores treinados na própria unidade em que o profissional atuava, em local que garantisse a privacidade do participante, no período de agosto a outubro de 2014. Foram utilizados dois questionários: socioeconômico e de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de Walton.

O questionário socioeconômico desenvolvido pelo grupo de pesquisadores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Sergipe – campus Lagarto teve como objetivo caracterizar o perfil do ACS. Foram abordadas as condições de saúde e de trabalho, constando as variáveis: sexo, idade, estado civil, condições de moradia, escolaridade, raça, renda familiar, participação econômica, condições de deslocamento para o trabalho, prática de atividade física, quantidade de famílias que acompanha, visitas domiciliares, participação em capacitações e treinamentos.

O segundo instrumento de coleta de dados, o modelo Walton de Qualidade de Vida no Trabalho, foi escolhido pela sua abrangência e aplicabilidade no contexto. É um modelo multidimensional e autoexplicável, que utiliza como referência as

percepções das últimas duas semanas.

O questionário é composto por oito domínios, e suas respostas abordam as variáveis da escala de resposta psicométrica de Likert, alternando desde muito insatisfeito a muito satisfeito, com cinco níveis cada uma, e domínios medidos em direção positiva. Assim, escores mais altos indicam melhor avaliação.

Os dados foram organizados e analisados utilizando estatística descritiva por meio do programa Epi Info versão 6.0d, utilizando frequência absoluta e relativa para caracterização dos participantes e das variáveis utilizadas no estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado, parecer nº. 416.831/ 2013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Todos os voluntários receberam informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em participar da pesquisa, de acordo com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 120 ACS participantes, 93 (77,5%) eram do sexo feminino; e 27 (22,5%), do masculino (tabela 1). Houve equilíbrio no estado civil, com 44,2% solteiros e 40,0% casados. Foram encontrados resultados semelhantes, com maior predominância de indivíduos do sexo feminino, casados e com ensino médio completo no estudo de Freitas et al.³. Alguns autores relacionaram o trabalho do ACS ao trabalho feminino,

Tabela 1. Perfil socioeconômico dos Agentes Comunitários de Saúde, Lagarto (SE), 2014

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	27	22,5
Feminino	93	77,5
Estado civil		
Solteiro	53	44,2
Casado	48	40,0
Divorciado	8	6,6
Viúvo	2	1,7
Amasiado	9	7,5
Reside na área de abrangência da unidade		
Sim	100	83,3
Não	20	16,7
Tipo de moradia		
Própria, quitada	87	72,5
Própria, ainda pagando	8	6,7
Alugada	12	10,0
Cedida	12	10,0
Outra condição	1	0,8
Faixa de renda mensal da família		
Até 1 salário mínimo	22	18,3
De 1 a 3	78	65,0
De 3 a 6	17	14,1
6 a 9	2	1,7
> 9 salários	1	0,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	6	5,0
Ensino médio	82	68,3
Técnico	9	7,5
Superior ou graduação	18	15,0
Pós-graduação	5	4,2

considerando o contexto histórico de associação da figura feminina ao cuidado em saúde^{9,14}.

Em relação à escolaridade, 68,3% possuíam ensino médio completo. Embora o trabalho do ACS, a princípio, fosse mais voltado para a educação em saúde, sem a exigência de conhecimento predominantemente técnico e científico, com o decorrer dos anos, houve mudança no perfil desses profissionais com crescente escolarização²². Tendo em vista as demandas da comunidade, os ACS do município de Lagarto apontaram a necessidade de busca contínua pelo conhecimento, assim como pela ascensão profissional.

Cada ACS era responsável, em média, por 156 famílias. A maioria (83,3%) residia na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) que atuava; e 72,5%, em imóvel próprio quitado. O fato do acesso ao cargo de ACS no município ter ocorrido por meio de concurso público, conferindo estabilidade aos trabalhadores, deve contribuir para esse resultado, o que favorece a fixação do profissional e o estabelecimento de vínculo com a comunidade local.

Para o cumprimento das atribuições do ACS, é primordial o acesso ao território e famílias, fazendo-se necessários meios de locomoção adequados. Nesse sentido, a caminhada acaba sendo o meio mais fácil e econômico para executar as visitas domiciliares. Contudo, longas distâncias e barreiras geográficas podem dificultar o acesso²³. Pouco mais da metade dos ACS participantes (50,4%) relataram utilizar o deslocamento a pé da residência ao trabalho, o que pode gerar insatisfação pela distância das UBS às microáreas, pela ausência de transporte público organizado no município e pelas elevadas temperaturas na maior parte do ano.

Dos 36,7% que afirmaram realizar algum tipo de atividade física, 45,4% praticavam em uma frequência de 3 a 4 dias por semana. Os resultados corroboram os achados de Ursine, Trelha e Nunes²³, nos quais 43,8% dos ACS relataram algum tipo de prática. Considerando os benefícios da atividade física na prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas e melhoria da qualidade de vida, devem-se estimular programas de exercícios

físicos voltados aos ACS, que poderiam atuar como multiplicadores em ações de educação em saúde.

Questionados sobre capacitação, 93,3% relataram participar em, pelo menos, um curso, porém, 46,0% referiram que raramente estes foram ofertados. Freitas et al.³ enfatizaram a importância da qualificação, visando aliar o conhecimento popular, acumulado pela experiência em situações de adoecimento e de assistência precária aos serviços públicos, com o conhecimento técnico-científico na área da saúde, indispensável para as práticas de promoção da saúde. Ou seja, são necessárias as capacitações frequentes, tendo em vista as demandas da comunidade, bem como a necessidade de conhecimento técnico-científico dos ACS.

Em relação ao domínio salário (compensação) justo e adequado, 47,5% dos ACS demonstraram insatisfação, com 74,1% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com os salários comparando ao dos colegas, 81,6% insatisfeitos ou muito insatisfeitos com as recompensas e 57,5% muito insatisfeitos com os benefícios extras recebidos. Paula et al.¹⁷ apontaram que tanto os baixos salários como a sobrecarga e desvalorização do trabalho dos ACS geram desmotivação em relação à profissão e que tal situação influencia a satisfação do trabalhador, contribuindo negativamente para o sofrimento e adoecimento, agravado pela recorrente desvalorização da área da saúde pelo poder público, gerando remuneração e benefícios aquém das responsabilidades que os profissionais têm que assumir.

Dentro do domínio condições de trabalho, 27,5% estavam insatisfeitos com a jornada de trabalho, e 25,0% estavam satisfeitos; no quesito carga de trabalho, 33,3% estavam insatisfeitos; e 24,1%, satisfeitos. É válido destacar que a carga de trabalho do ACS é de 40 horas semanais, porém, seu trabalho é direcionado por metas, como o acompanhamento de aproximadamente 150 famílias, possibilitando uma flexibilização da jornada de trabalho, que pode justificar a diversificação nas opiniões a respeito da jornada e carga de trabalho do ACS^{24,25}.

Tabela 2. *Percepções de acordo com o modelo Walton acerca da Qualidade de Vida no Trabalho dos ACS, Lagarto (SE), 2014*

Domínio	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Salário justo e adequado					
Salário	28,3%	47,5%	17,5%	5,8%	0,8%
Salário comparado ao dos colegas	25,0%	49,1%	15,8%	9,1%	0,8%
Recompensas	34,1%	47,5%	6,6%	5,0%	6,6%
Benefícios extras	57,5%	36,6%	1,6%	3,3%	0,8%
Condições de trabalho					
Jornada de trabalho semanal	20,0%	27,5%	21,6%	25,0%	5,8%
Carga de trabalho	15,0%	33,3%	23,3%	24,1%	4,1%
Uso de tecnologias	35,8%	45,8%	12,5%	5,8%	0%
Salubridade	25,0%	45,8%	15,0%	12,5%	1,6%
Uso de EPis	55,0%	33,3%	8,3%	0,8%	2,5%
Cansaço causado	21,6%	39,1%	20,0%	15,0%	4,1%
Uso das capacidades					
Autonomia	12,5%	27,5%	18,3%	32,5%	9,1%
Importância da profissão	3,3%	11,6%	7,5%	50,0%	27,5%
Polivalência	4,1%	30,0%	23,3%	30,8%	11,6%
Avaliação de desempenho	2,5%	9,1%	16,6%	52,5%	19,1%
Responsabilidade conferida	5,0%	19,1%	12,5%	47,5%	15,8%
Oportunidade de crescimento					
Crescimento profissional	29,1%	36,6%	10,0%	17,5%	6,6%
Treinamentos	24,1%	40,0%	15,0%	15,0%	5,8%
Situações de demissão	7,5%	32,5%	24,1%	27,5%	8,3%
Incentivo para estudar	43,3%	44,1%	4,1%	6,6%	1,6%
Integração social					
Discriminação	5,8%	22,5%	18,3%	40,8%	12,5%
Relacionamento (colegas e chefes)	3,3%	5,8%	8,3%	53,3%	29,1%
Comprometimento da equipe	3,3%	9,1%	16,6%	52,5%	18,3%
Valorização de ideias e iniciativas	11,6%	30,0%	17,5%	30,8%	10,0%
Constitucionalismo					
Respeito aos direitos	32,5%	43,3%	11,6%	10,0%	2,5%
Liberdade de expressão	11,6%	25,0%	18,3%	35,0%	10,0%
Normas e regras	9,1%	36,6%	25,8%	20,8%	7,5%
Respeito a individualidade	3,3%	10,8%	19,1%	50,0%	16,6%
Trabalho e vida					
Trabalho e vida	3,3%	15,8%	11,6%	50,8%	18,3%
Trabalho e lazer	7,5%	18,3%	15,8%	45,8%	12,5%
Trabalho e descanso	5,0%	27,5%	19,1%	38,3%	10,0%
Relevância social					
Orgulho	4,1%	7,5%	5,0%	50,0%	33,3%
Imagem da secretaria	27,5%	37,5%	19,1%	13,3%	2,5%
Integração comunitária	23,3%	31,6%	29,1%	11,6%	4,1%
Qualidade dos serviços prestados	20,0%	40,0%	28,3%	9,1%	2,5%
Política de recursos humanos	26,8%	40,3%	17,6%	12,6%	2,5%

Fatores de sobrecarga no trabalho prejudicam a qualidade com que as atividades são realizadas e, conseqüentemente, a QVT. Carga horária de trabalho, metas a serem cumpridas, falta de privacidade e liberdade, local de moradia, interação com os demais profissionais e com moradores da comunidade são alguns desses fatores apontados como barreiras no trabalho do ACS^{17,26}.

Ainda no domínio condições de trabalho, os participantes estavam muito insatisfeitos ou insatisfeitos em relação ao uso de tecnologias (81,6%), assim como com as condições salubres do trabalho (70,8%); e 88,3%, com os equipamentos de segurança e proteção individuais e coletivos disponibilizados.

No estudo de Nascimento e David²⁷, sobre os riscos no trabalho do ACS, destacaram-se os físicos, como a exposição aos raios solares. Os profissionais estão propensos a desenvolver câncer de pele, em função de ter a visita domiciliar como atividade laboral essencial, associado ao clima quente e seco no Brasil. Por outro lado, também ocorre a exposição à umidade, nos períodos de chuvas e em locais úmidos.

Em relação ao domínio relevância social e importância do trabalho, nos quesitos qualidade dos serviços prestados, 60% estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Pouco mais de 66,8% se sentiam da mesma forma em relação ao tratamento recebido pela secretaria. O setor saúde, como prestador de serviços, deveria lançar mão de recursos para viabilizar um melhor desempenho, com uma melhor satisfação, tanto dos usuários quanto dos servidores.

Por outro lado, no domínio integração social, nos quesitos relacionamento com os colegas e chefes no trabalho e comprometimento da equipe, a maioria estava satisfeita. O estudo de Medeiros et al.²⁸ estabeleceu uma análise qualitativa, identificando a existência de ajuda mútua entre os

agentes, bom relacionamento e cumplicidade entre eles e a equipe da ESF. Dessa forma, o trabalho torna-se significativo pela existência de relações de parceria entre os membros da equipe.

No domínio oportunidade de crescimento, os ACS estavam muito insatisfeitos ou insatisfeitos com a possibilidade de crescimento profissional (65,7%), bem como com os treinamentos realizados (64,1%). Além de estarem insatisfeitos ou muito insatisfeitos na categoria respeito aos direitos do trabalhador (75,8%).

Mota e David¹⁴ argumentaram que a profissão de ACS possibilita o acesso a um conhecimento, um saber novo, por meio de capacitações para o trabalho. A atuação em equipe multiprofissional e a formação em serviço conferem aos ACS uma sensação de pertencimento a uma equipe de saúde e uma sensação de prestígio social, por poder diferenciar seu conhecimento do conhecimento popular.

Por outro lado, a indefinição é marcante no seu cotidiano de trabalho, não somente porque não lhe seja dado, a priori, um corpo de conhecimentos bem definidos, e, sim, pelo fato de que o seu trabalho se constitui na pluralidade, em encontros e desencontros, nos quais ele afeta e é afetado. O trabalho do ACS é, em si, potência, diversidade, indefinição, busca, rupturas, contratualidades e fugas²⁹.

O grau de insatisfação dos ACS com as capacitações e treinamentos realizados, considerados insuficientes, pode estar associado a dificuldades enfrentadas em situações na sua rotina que exigem conhecimentos técnico-científicos, como dúvidas de usuários, como discutido em Garcia et al.¹². Além disso, sua insatisfação com salário, fornecimento de equipamentos e proteção e segurança, condições no trabalho, possibilidade de crescimento profissional podem estar relacionados

com a insatisfação no domínio respeito aos direitos do trabalhador.

Por outro lado, mais de 70% dos participantes sentiam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a importância da profissão, com as avaliações de desempenho realizadas e com a responsabilidade conferida. Isso sugere que, apesar das dificuldades apontadas no estudo, o profissional sente-se realizado em ser ACS, considerando a possibilidade de ajudar a comunidade em que reside e contribuir para a melhoria da saúde da comunidade²⁶. Barroso e Guerra³⁰ também identificaram que mais da metade dos ACS apresentavam realização pessoal satisfatória (58,3%). Ponderaram, ainda, que um dos aspectos que contribuiu para a manutenção da percepção de realização pessoal veio do tipo de trabalho realizado, que permitiu ao ACS sentir-se útil para a comunidade em que vivia e atuava.

CONCLUSÃO

O trabalho do ACS é caracterizado pela intermediação do acesso a direitos sociais para a comunidade em que vive e atua, podendo levar à sobrecarga física e mental. Os resultados do estudo demonstraram que a maioria dos participantes estava insatisfeita ou muito insatisfeita com o salário, benefícios extras, distribuição dos EPI, oportunidade de crescimento profissional, treinamentos e respeito aos direitos do trabalhador. Por outro lado, estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a importância do trabalho, relacionamento com colegas e chefes, comprometimento com o trabalho, respeito à individualidade e relevância social.

Com base nos achados, sugerem-se ações destinadas à melhoria das condições de vida e trabalho desses trabalhadores, com a garantia de condições salubres no trabalho e o fornecimento de EPI, além de um olhar atencioso do poder público local para esses indivíduos/profissionais e para relevância do seu trabalho com a população do município, possibilitando ações contínuas de qualificação, que contribuam para o crescimento pessoal e profissional e forneçam os conhecimentos necessários para execução das atividades diárias. Por outro lado, nesse processo, faz-se necessário um movimento de busca de autonomia, de fortalecimento e valorização enquanto cidadãos e categoria profissional que potencialize o papel do ACS na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab. educ. saúde*. 2015 abr;13(1):45-66.
2. Moura FFS, Silva CRC. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. *Physis*. 2015 set;25(3):993-1010.
3. Freitas LM, Coriolano-Marinus MWL, Lima LS, Ruiz-Moreno L. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. *ABCS Health Sci*. 2015;40(3):171-177.
4. Fonseca AF, Machado FRS, Bornstein VJ, Pinheiro R. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto contexto - enferm*. 2012 jul./set; 21(3):519-527.
5. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 jun;15(1):1509-1520.
6. Santos LPG, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 mar;44(1):76-83.
7. Vidal SV, Motta LCS, Siqueira-Batista R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde Soc*. 2015 mar;24(1):129-140.
8. Silva CRC, Chiaperini PL, Frutuoso MFP, Morell MGGP. Extensão universitária e prática dos agentes comunitários de saúde: acolhimento e aprendizado cidadão. *Saúde soc*. 2014 jun;23(2):677-688.
9. Santos ÍER, Vargas MM, Reis FP. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. *rPOT*. 2014 set;14(3):324-335.
10. Brasil. Lei n. 11.350, de 05 de outubro de 2006. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 outubro 2006. Sec.1, p.1.*
11. Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 abr;16(4):2115-2122.
12. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trab. educ. saúde*. 2017 jan./abr;15(1):283-300.
13. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010 Dez;20(4):1143-1164.
14. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab. educ. saúde*. 2010 out;8(2):229-248.

15. Menegussi JM, Ogata MN, Rosalini MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. *Trab. educ. saúde*. 2014 abr.;12(1):87-106.
16. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 mai.;18(5):1375-1386.
17. Paula ÍR, Marcacine PR, Castro SS, Walsh IAP. Work ability, musculoskeletal symptoms and quality of life among community health workers in Uberaba, Minas Gerais, Brazil. *Saude soc*. 2015 mar;24(1):152-164.
18. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCLima. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 Fev;21(2):497-508.
19. Rueda FJM, Lima RC, Raad AJ. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: relação entre escalas que avaliam os construtos. *Boletim de psicologia*. 2014 dez.;64(141):129-141.
20. Padilha V. Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: a panaceia delirante. *Trab. educ. saúde*. 2009 nov;7(3):549-563.
21. Marques AL, Borges R, Reis IC. Mudança organizacional e satisfação no trabalho: um estudo com servidores públicos do estado de Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*. 2016 fev;50(1):41-58.
22. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 fev;20(2):525-536.
23. Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev Bras Saude Ocup*. 2010 dez;35(122):327-339.
24. Brasil. Decreto 8.474 de 22 de junho de 2015. *Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 junho 2015. N.117, p.10.*
25. Ministério da Saúde. *Guia Prático Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 128p.
26. Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trab. educ. saúde*. 2011 nov;9(3):461-478.
27. Nascimento GM, David, HMSL. Avaliação de riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo. *Revista enfermagem, UERJ*. 2008 out./dez;16(4):550-556.
28. Medeiros RLR, Andrade AMBA, Fernandes AFC, Almeida NMGS. O Agente Comunitário de Saúde como agente de mudança sociocultural. *Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde*. 2006.
29. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2013 ago;17(46): 575-586.
30. Barroso SM, Guerra ARP. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. Saude Colet*. 2013 set;21(3):338-345.

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SOBRECARGA DE TRABALHO DE CUIDADORES DE IDOSOS RESTRITOS AO LAR

PREVALENCE OF WORK OVERBURDEN AND ASSOCIATED FACTORS
IN CAREGIVERS OF HOMEBOUND ELDERLY

Gracielle Pampolim

Curso de Fisioterapia e Medicina
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Marise Cupertino Lessa Ferreira

Curso de Enfermagem
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Vanezia Gonçalves da Silva

Curso de Medicina
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Luciana Carrupt Machado Sogame

Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas e Desenvolvimento Local
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Contato

Gracielle Pampolim

Rua Augusto dos Anjos, 205/501
Vitória – ES
E-mail: graciellepampolim@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O ato de cuidar da pessoa idosa deve incluir um conjunto de atividades desenvolvidas pela família, comunidade e profissionais de saúde. **Objetivo:** verificar a presença de sobrecarga de trabalho nos cuidadores de idosos restritos ao lar e a relação entre essa sobrecarga e as características sociodemográficas dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória-ES. **Métodos:** Estudo transversal com 165 cuidadores de idosos restritos ao lar assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória-ES. A sobrecarga foi avaliada por meio da Zarit Burden Interview, e coletadas variáveis referentes ao perfil dos idosos. Utilizaram-se os testes Chi-quadrado de Pearson e a Correlação de Spearman para as análises de dados. **Resultados:** A prevalência de sobrecarga entre os cuidadores foi de 32,7%. Foi identificado que idosos mais jovens e de raça negra/parda sobrecarregam mais seus cuidadores, enquanto a sobrecarga é menor entre os cuidadores de idosos que residem em bairros nobres. **Conclusão:** Acredita-se que os resultados apresentados neste estudo podem servir como base de avaliação diagnóstica, ressaltando a necessidade de enxergar o cuidador como sujeito que também necessita ser cuidado.

Palavras-chave: Cuidador. Idosos. Saúde da família.

ABSTRACT

Introduction: The act of caring for the elderly should include a set of activities developed by the family, community and health professionals. **Objective:** to verify the presence of work overload in caregivers of the elderly restricted to the home and the relationship between that overload and the socio-demographic characteristics of the elderly, assisted by a Family Health Unit in the city of Vitória-ES. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 165 caregivers of the homebound elderly assisted by a Family Health Unit of Vitória-ES. The burden was assessed through the Zarit Burden Interview, and variables were collected regarding the profile of the elderly. Pearson's Chi-square tests and Spearman's correlation were used for data analyses. **Results:** The prevalence of overburden among caregivers was 32.7%. Younger and black / brown elderly have been found to overburden more their caregivers, while the burden is lower among caregivers of older people living in noble neighborhoods. **Conclusion:** It is believed that the results presented in this study can serve as a basis for diagnostic evaluation, highlighting the need to see the caregiver as a subject who also needs to be cared for.

Keywords: Caregivers; Elderly; Family Health

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que vem afetando cada vez mais os países em desenvolvimento¹. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou, em 2010, uma importante aceleração do processo de envelhecimento, em que a expectativa de vida da população saltou de 48,0 anos, em 1960, para 73,4 anos, em 2010, e continua crescendo continuamente². Tal fato também é observado em diversos estados, como é o caso do Espírito Santo, onde, em 2004, a cada 100 jovens capixabas, existiam pouco mais de 34 idosos, já em 2014, essa relação quase dobrou, sendo 63,4 idosos para cada 100 jovens³.

Caracterizado por um processo normal, gradual e irreversível, o envelhecimento traz consigo uma progressiva redução das capacidades funcionais do organismo⁴, que resultam em redução da independência funcional e possível afastamento social do idoso – por vezes restringindo-o unicamente ao convívio familiar –, podendo ou não estar associado a doenças crônicas. Esse processo faz com que o idoso necessite de apoio e ajuda de terceiros para realização das suas atividades de vida diária, sendo o provedor desse apoio, nos dias atuais, denominado como cuidador⁵.

No entanto, o ato de cuidar da pessoa idosa deve incluir um conjunto de atividades desenvolvidas pela família, comunidade e profissionais de saúde, que se reverte em um ambiente caracterizado pela preocupação com a integralidade, singularidade, valorização e respeito ao outro. Todas essas ações devem ser conduzidas para a identificação das necessidades do idoso, bem como para suporte e apoio ao cuidador evitando a sobrecarga de trabalho^{6,7}.

A sobrecarga de trabalho ocorre quando existe um desequilíbrio da relação funcional entre as exigências do trabalho; e capacidades biológicas e psicológicas do trabalhador, por isso avaliar a carga de trabalho é uma forma de evitar possíveis agravos na saúde do trabalhador, ou seja, daquele que cuida⁸. Apesar de os estudos indicarem a indiscutível presença de sobrecarga nos cuidadores de idosos⁹⁻¹¹, não foi identificado na literatura um consenso sobre a prevalência desta. Especialmente sem a especificidade de um grupo de idosos dependentes ou com alguma doença crônica.

Dessa forma definiu-se como objetivo deste estudo verificar a presença de sobrecarga de trabalho nos cuidadores de idosos restritos ao lar e a relação entre essa sobrecarga e as características sócio demográficas dos idosos, assistidos por uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Vitória-ES.

MÉTODOS

Trata-se de uma análise secundária do banco de dados do estudo transversal de abordagem quantitativa denominado “Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma unidade de saúde da família do Município de Vitória- ES”, coletados a partir da pesquisa emanada do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Ensino pelo Trabalho para a Saúde (PRO-PET Saúde), vinculado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

Amostragem

Para composição da amostra do estudo macro, foram considerados 298 idosos restritos ao lar, adscritos à Unidade de Saúde Dr. José Moysés, tendo como base fevereiro de 2014. Destes 298, 215 foram incluídos no estudo, sendo que 83 idosos foram excluídos em razão de óbito, mudança de endereço ou não consentimento para o estudo. Dos incluídos, 165 possuíam cuidadores que responderam ao questionário de sobrecarga. Dessa forma, o presente estudo apresenta uma amostra de conveniência de 165 cuidadores de idosos restritos ao lar.

Foi considerado restrito ao lar o idoso incapaz de sair de casa sem acompanhante¹²; e para classificação destes, utilizaram-se os dados obtidos na ficha de cadastro na Estratégia Saúde da Família registrada na Rede Bem Estar, prontuário eletrônico da rede de atenção do município de Vitória-ES e

informações dos Agentes Comunitários de Saúde.

Foi considerado cuidador o indivíduo que desempenha o ato de cuidar da pessoa idosa, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, recreação e lazer, sendo este alguém da família, da comunidade ou de instituições especializadas que exercem o cuidado com ou sem remuneração⁶.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM sob o protocolo número 567.990. Os participantes aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foram respeitadas todas as diretrizes da Resolução 466/12.

Variáveis Estudadas

Os dados foram obtidos por meio de entrevista face a face, realizadas na residência dos idosos por acadêmicos participantes do PET dos cursos de fisioterapia, enfermagem e medicina da EMESCAM, previamente treinados pela pesquisadora principal.

A presença de sobrecarga de cuidadores foi avaliada por meio da escala *Zarit Burden Interview* (ZBI) composto por 22 itens que avaliam as condições de saúde, psicológicas, emocionais, sociais e financeiras que podem vir a ser afetadas em razão dos cuidados prestados ao idoso. Esta escala foi traduzida e validada para a população brasileira em 2002. A pontuação de cada item varia entre 0 e 4, e o score total da escala, entre 0 e 88 pontos, em que pontuações elevadas indicam altos níveis de sobrecarga. O ponto de corte utilizado para classificação dos cuidadores foram: score ≤ 21 para ausência de sobrecarga e ≥ 22 para presença de sobrecarga¹³.

Para relacionar a sobrecarga do cuidador com as características sociodemográficas dos idosos, foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, escolaridade, local de residência e quantidade de filhos dos idosos.

Análise Estatística

O Teste Chi-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher (quando uma ou mais frequências esperadas foi inferior a 5) foi aplicado para comparar as variáveis categóricas do perfil do idoso com a presença ou ausência de sobrecarga nos cuidadores, e o cálculo da Razão de Prevalência foi empregado para as variáveis com $p < 0,10$ na análise inferencial para determinar o tamanho da influência da variável sociodemográfica no desfecho de sobrecarga do cuidador.

A normalidade dos dados contínuos foi verificada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov. Uma vez identificada a não parametricidade dos dados contínuos, foi aplicado o teste de Correlação de Spearman para determinar a correlação entre o nível de sobrecarga do cuidador com a idade do idoso e com a quantidade de seus filhos. Para interpretação da magnitude da correlação, foi utilizada a seguinte classificação dos coeficientes de correlação: correlação fraca ($< 0,4$); correlação moderada ($\geq 0,4$ a $< 0,5$); e correlação forte ($\geq 0,5$).

As análises inferenciais foram conduzidas utilizando o *software* SPSS (IBM 22) e nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

No presente estudo, foram entrevistados 165 cuidadores de idosos restritos ao lar assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Verificou-se que a sobrecarga esteve presente em 54 dos entrevistados, o que nos revela uma prevalência de 32,7% de sobrecarga de cuidadores.

A análise das características sociodemográficas dos idosos com relação à presença ou ausência de sobrecarga dos cuidadores está descrita na tabela 1.

As Razões de Prevalência de sobrecarga de cuidadores com relação a sexo, raça e local de residência dos idosos estão descritas na tabela 2.

A análise da correlação de Spearman evidenciou uma correlação fraca, negativa e estatisticamente significativa entre a idade do idoso e a pontuação da ZARIT, ou seja, quanto menor foi a idade do idoso, maior foi a sobrecarga do cuidador. Não foi encontrada correlação entre a sobrecarga de cuidadores e a quantidade de filhos dos idosos.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sócio demográficas dos idosos de acordo com a sobrecarga de seus cuidadores – USF Dr. José Moysés – Vitória/ES

Variáveis sociodemográficas dos Idosos		Amostra (n= 165)	Ausência de Sobrecarga de Cuidadores (n= 111)	Presença de Sobrecarga de Cuidadores (n= 54)	p
		N	n (%)	n (%)	
Sexo					
	Masculino	39	22 (20)	17 (32)	0,07
	Feminino	126	89 (80)	37 (68)	
4º Idade (>80)					
	Sim	126	87 (78)	39 (72)	0,38
	Não	39	24 (22)	15 (28)	
Raça					
	Branços	128	92 (83)	36 (67)	0,019*
	Negros ou Pardos	37	19 (17)	18 (33)	
Escolaridade^a					
	Analfabetos	34	18 (19)	16 (33)	0,32
	Até 4 anos	40	30 (31)	10 (20)	
	5 a 8 anos	33	21 (22)	12 (15)	
	9 a 11 anos	25	17 (18)	8 (16)	
	> 11 anos	13	10 (10)	3 (6)	
Filhos					
	Sim	142	98 (88)	45 (83)	0,38
	Não	22	13 (12)	9 (17)	
Local de Residência					
	Bairro Nobre	115	83 (75)	32 (59)	0,04*
	Bairro Popular	50	28 (25)	22 (41)	

* $p < 0,05$

^a para esta variável, considerou-se n = 145

Tabela 2. Razão de Prevalência de sobrecarga em cuidadores de acordo com as características sexo, raça e local de residência de idosos restritos ao lar
USF Dr José Moysés – Vitória/ES

Variáveis Independentes	RP*	IC 95%
Idosos do sexo masculino	1,48	0,95 – 2,32
Idosos de raça negra ou parda	1,72	1,12 – 2,66
Idosos residentes em bairro nobre	0,63	0,41 – 0,97
* RP – Razão de Prevalência		

Tabela 3. Distribuição da Correlação de Spearman entre a sobrecarga do cuidador relacionada com a idade e a quantidade de filhos dos idosos restritos ao lar
USF Dr José Moysés – Vitória/ES

Variáveis Correlacionadas	Pontuação da Zarit	<i>p</i>
Idade do Idoso	-0,272	< 0,001*
Quantidade de Filhos do Idoso	0,083	0,14
* <i>p</i> < 0,001		

DISCUSSÃO

Neste estudo, identificamos uma prevalência de 32,7% de sobrecarga nos cuidadores avaliados. Na literatura, não há uma prevalência determinada para tal desfecho, são vários os estudos encontrados que dissertam sobre a sobrecarga de idosos, entretanto, tais estudos sempre salientam alguma característica determinante nos idosos, como uma doença crônica, sequelas ou dependência funcional. No estudo de Brandão et al.⁹, em que não houve a seleção de cuidadores de idosos com algum tipo de comorbidade, identificou-se uma prevalência de 87,2% de sobrecarga entre os cuidadores avaliados, porém, apesar de não apresentarem comorbidades

específicas, estes idosos eram assistidos por um serviço de atenção domiciliar, em que 48,5% foram identificados como totalmente dependentes. Já o estudo de Bom, Sá e Cardoso¹⁰ identificou uma prevalência de 67,9% de sobrecarga entre os cuidadores formais e informais de idosos de dois centros de atenção à pessoa idosa.

Todavia, independentemente da seleção ou não de um grupo de risco, as prevalências encontradas por este estudo e nos estudos citados diferem consideravelmente. Uma justificativa para o bom resultado encontrado neste estudo pode ser o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde que assistem o território pesquisado. O excesso de carga de trabalho pode ser amenizado com ações

advindas da Estratégia Saúde da Família, que tem como funções: acompanhar de perto a realidade de cada família; tomar providências para evitar o aparecimento de doenças; atuar para solucionar os casos em que a doença já existe; e prover orientações para garantir uma vida com qualidade e saúde tanto para o idoso como para o cuidador^{6,14-15}.

Entretanto, de acordo com estudos de Santos et al¹⁶, um dos elementos essenciais para atenção integral do idoso, que propicia a visão integral e ambiental do cuidado prestado a este indivíduo, é a visita domiciliar, um dos grandes problemas para a atenção ao idoso prestado pela Estratégia Saúde da Família. Esses autores pontuam que essa deficiência é de ordem material, com a falta de transporte adequado para os profissionais de saúde, e de recursos humanos, devido à escassez de profissionais especializados e/ou capacitados para essa função. O que é reforçado por estudos de Carvalho, Assunção e Bocchi¹⁷, ao realizarem uma revisão integrativa sobre a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao atendimento dispensado aos idosos: eles identificaram que os profissionais reconhecem a falta de preparo da equipe e enfatizam a dificuldade na estrutura organizacional e política da estratégia no que tange à velhice da população.

Quanto às características demográficas dos idosos deste estudo, identificamos um predomínio de idosos do sexo feminino em ambos os grupos, entretanto o grupo com sobrecarga de cuidadores apresentou 12% mais homens do que o grupo sem sobrecarga, com uma tendência estatística de $p = 0,07$. Ressaltando esse achado, encontramos que a prevalência de idosos do sexo masculino foi 48% maior no grupo de cuidadores com sobrecarga de trabalho (RP 1,48 – IC95% 0,95 a 2,32). Tais achados

corroboram estudos como o de Costa et al.¹⁸, que também encontraram que uma das características dos idosos que mais sobrecarregam seus cuidadores é ser do sexo masculino.

Os homens apresentam maiores dificuldades para aceitar a necessidade de ser cuidado e a condição de dependência, colaborando para o surgimento de sobrecarga entre os cuidadores. Além disso, preocupam-se menos com a sua saúde o que os tornam mais vulneráveis a agravos de doenças crônicas, o que está ligada diretamente com o comprometimento da autonomia^{18,19}. Entretanto, apesar dos achados da literatura e da tendência estatística encontrada neste estudo, esta não é uma informação que pode ser afirmada como verdade.

Não encontramos diferença estatisticamente significativa entre os grupos de cuidadores de idosos restritos ao lar com relação a 4º idade, todavia, a correlação de Spearman identificou que quanto menor foi a idade do idoso, maior foi a sobrecarga do cuidador ($r -0,272 - p < 0,001$). Corroborando este resultado, estudos realizados por Costa et al.¹⁸ e Gratão et al.²⁰ mostraram maior ocorrência de sobrecarga em cuidadores de idosos mais jovens.

Esses achados podem estar relacionados com o fato de que o processo senescente em si já coopera para a ocorrência de sobrecarga do cuidador, especialmente se este cuidador for familiar do idoso²¹. Quando se trata de idosos mais novos, que estão acostumados com uma vida independente e autônoma, esse processo pode ser visto com muitas dificuldades e estresse. Somado a isso, temos a ansiedade do cuidador ao ver a impaciência do idoso ao tentar e não conseguir realizar certas tarefas, fazendo, por vezes, com que esse cuidador queira tomar essa responsabilidade para si no

intento de privar o idoso desse estresse, podendo gerar, então, a sobrecarga física e emocional.

Outra justificativa que pode ser levantada está relacionada com o processo de adaptação. Com o passar do tempo, o cuidador pode estar se adaptando ao cuidado demandado pelo idoso, e não mais se sentir sobrecarregado com as tarefas que, agora, está acostumado a desempenhar.

Com relação à raça, observamos uma grande prevalência de idosos autodeclarados brancos, tanto na população geral quanto nos grupos, porém, no grupo de cuidadores com sobrecarga, houve uma diminuição nessa diferença, com aumento de 13% de idosos de raça negra ou parda, ou seja, no grupo sem sobrecarga de cuidadores, a prevalência de idosos negros ou pardos é menor ($p < 0,019$). Esse dado se torna ainda mais evidente quando, ao calcular a Razão de Prevalência para esta variável, encontramos que a prevalência de idosos de raça negra ou parda foi 72% maior no grupo de cuidadores com sobrecarga (RP 1,72 – IC95% 1,12 a 2,66).

Certo et al.²², ao realizarem revisão sistemática da literatura, encontraram que a raça negra é um fator potencializador para o surgimento da fragilidade no idoso, e Cruz et al.²³, ao analisarem idosos internados em um hospital de Cuiabá, identificaram que a única variável sociodemográfica que foi associada com a capacidade funcional foi a raça, em que os idosos de raça negra apresentaram maior dificuldade para a realização de atividades de vida diária.

De acordo com Certo et al.²², a fragilidade é um termo adotado para caracterizar idosos com elevado risco de quedas, hospitalizações e incapacidades; e segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²⁴, a incapacidade funcional é o principal problema que pode afetar o idoso, visto

que esta se caracteriza pela perda das habilidades físicas e psíquicas necessárias para a realização das atividades de vida diária. Dessa forma, é possível entender a associação positiva entre idosos da raça negra/parda com o maior índice de sobrecarga em seus cuidadores.

Quanto ao local de residência dos idosos, encontramos mais idosos residindo em bairros nobres, o que se manteve entre os grupos de cuidadores com e sem sobrecarga. No entanto, identificamos uma diminuição de 16% na frequência de idosos residentes em bairros nobres no grupo de cuidadores com sobrecarga, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,04$). O cálculo da Razão de Prevalência mostrou que a prevalência de idosos que residem em bairros nobres diminuiu em 37% no grupo de cuidadores sem sobrecarga (RP 0,63 – IC 95% 0,41 a 0,97).

A hipótese que pode ser levantada para justificar tal fato é que, residindo em bairros nobres, esses idosos podem ter um poder aquisitivo mais elevado que aqueles que residem em bairros populares. Dessa forma, é possível que seus cuidadores trabalhem em regime formal, ou seja, são cuidadores treinados para a função que exercem; e, dessa forma, apresentam menos chance de desenvolver sobrecarga de trabalho. Bom, Sá e Cardoso¹⁰, em seu estudo realizado com 53 cuidadores, identificaram que, em sua maioria, os cuidadores formais apresentaram ausência de sobrecarga, em contrapartida, apenas os cuidadores informais apresentaram sobrecarga severa. Entende-se que, sem o devido treinamento, os cuidadores informais – que costumam ser esposas, filhas e netas – estão mais propensos a desenvolver sobrecarga de trabalho.

No que tange à escolaridade, presença e quantidade de filhos, encontramos um grande número de idosos com baixa escolaridade e com filhos, não havendo diferença estatística para essas variáveis entre os grupos. Também não foi identificada a influência da quantidade de filhos sobre a sobrecarga de cuidadores.

As limitações deste estudo consistem em sua abordagem seccional, que não permite estabelecer relações causais. Além disso, é importante ressaltar que o estudo macro, que deu origem a esta pesquisa, tinha como foco o idoso, fazendo com que os dados do cuidador não tenham sido completamente inquiridos.

CONCLUSÃO

Foi identificada uma prevalência 32,7% de sobrecarga de cuidadores; que idosos mais jovens e de raça negra/parda sobrecarregam mais seus cuidadores, enquanto a sobrecarga é menor entre os cuidadores de idosos que residem em bairros nobres.

Acredita-se que os resultados apresentados neste estudo possam servir como base de avaliação diagnóstica, ressaltando a necessidade de enxergar o cuidador como sujeito que também necessita ser cuidado. Ademais, propõe-se que esse cuidado deva ser prestado pelas equipes de saúde da família, em forma de orientações e ações que visem evitar a ocorrência de sobrecarga entre os cuidadores e possibilitar um envelhecimento ativo e saudável aos longevos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2014: a wealth of information on global public health. Geneva: WHO, 2014.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
3. Instituto Jones dos Santos Neves. Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo. Vitória: ES, 2013.
4. Araújo I, Paúl C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):866-871.
5. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. Rev Bioét. 2013;21(3):518-524.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed. 2009.
7. Coutinho AT, Popim RC, Carregã K, Spiri WC. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. Esc Anna Nery. 2013 Sep-Dec;17(4):628-637.
8. Frutuoso JT, Cruz RM. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. Rev Bras Med Trab [Internet] 2005 [acessado 2018 mar 25]; 3(1):29-36. Disponível em: www.rbmt.org.br/export-pdf/166/v3n1a05.pdf.
9. Brandão FSR, Costa BGS, Cavalcanti ZR, Bezerra MR, Alencar LCA, Leal MCC. Overload of elderly people caregivers assisted by a home care service. J Nurs UFPE on line. 2017;11(Suppl. 1):272-279. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201704>.
10. Bom FS, Sá SPC, Cardoso RSS. Overload in caregivers of the elderly. J Nurs UFPE on line. 2017;11(1):160-164

11. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Coelho SC, Fabrício-Whebe SCC et al. Burden of work in caregivers of frail elders living at home. *Acta paul. Enferm.* 2012;25(5):768-774.
12. Ursine PGS, Cordeiro HA, Moraes CL. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Ciênc Saúde Col.* 2011;16(6):2953-2962.
13. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):12-17.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção básica – PNAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
15. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco NSP. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):254-62.
16. Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Souza MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis.* 2016;26(1):45-62.
17. Carvalho CJA, Assunção RC, Bocchi SCM. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. *Physis.* 2010;20(4):1307-1324.
18. Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. *Esc Anna Nery.* 2015;19(2):350-355.
19. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(1):147-56.
20. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):134-41.
21. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):35-40.
22. Certo AC, Sanchez K, Galvão A, Fernandes H. A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. *Actas de Gerontologia [Internet]* 2016 [acessado 2018 mar 25]; 2(1):1-11. Disponível em <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/56>.
23. Cruz APM, Pinto RLC, Lage YG, Nasralla MLS, Alterações da Capacidade Funcional de Idoso Durante a Internação Hospitalar. *Coorte [Internet]* 2011 [acessado 2018 mar 25]; 3(3):22-29. Disponível em <http://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/18/37>.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 20 nov 2006.

FATORES RELATIVOS À VIDA ACADÊMICA E À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

FACTORS RELATED TO ACADEMIC LIFE AND THE PRACTICE OF PHYSICAL EXERCISES IN UNIVERSITY STUDENTS: SYSTEMATIC REVIEW

Ana Carolina Dorigoni Bini
Anara de Oliveira Camilo
Débora Kauane Nascimento
Gustavo Athayde Stockler
Ketllin Bragnholo
Tatiane Budniak Mazur

Departamento de Fisioterapia
Universidade Estadual do Centro Oeste

Contato
Ana Carolina Dorigoni Bini
Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03, Vila Carli
Guarapuava – PR
E-mail: ana.carolina.db@hotmail.com

RESUMO

Introdução: É categoricamente aceito que a prática regular de atividade física pode, em qualquer idade, alterar vários aspectos de relevância na saúde do indivíduo. Durante a vida acadêmica, os fatores que podem levar à prática de atividades físicas são diferenciados, levando em consideração as perspectivas sociais e culturais que prevalecem. **Métodos:** O estudo se trata de uma revisão sistemática, utilizando artigos coletados nas bases de dados: SciELO, ScienceDirect e PubMed, utilizando os descritores: atividade física, universitários e sedentarismo, sendo estes pesquisados nos idiomas português e inglês. Como critérios de inclusão, utilizaram-se: pesquisas publicadas entre os anos de 2010 e 2018, artigos originais, realizados entre universitários de todos os cursos e de ambos os sexos. **Considerações Finais:** A transição da adolescência para a vida adulta, mudança de cidade, período de adaptação ao curso, mudança de perspectiva sobre a prática de exercícios físicos e o comodismo são influenciadores diretos na vida do jovem adulto que acaba de entrar na universidade. Diante dessa realidade, é de suma importância o incentivo à prática de atividades físicas, visto que ela causa tantos benefícios ao corpo quanto à saúde, bem como qualidade de vida em geral.

Palavras-chave: Atividade física. Estudante. Sedentarismo.

ABSTRACT

Introduction: Is categorically accepted that regular practice of physical activities can, at any age, change various aspects of relevance in the individual's health. During academic life, the factors that can lead to the practice of physical activities are differentiated, taking into account the social and cultural perspectives that prevail. **Methods:** The study is a systematic review, using articles collected in the databases: SciELO, ScienceDirect and PubMed, using the descriptors: physical activity, university students and sedentarism, those being searched in Portuguese and English. As inclusion criteria, we used: researches published between the years 2010 and 2018, original articles, carried out among university students in general and of both sexes. **Final Considerations:** The transition from adolescence to adulthood, moving to another city, period of adaptation to the course, change of perspective on physical activity, and convenience are direct influences on the life of the young adults who have just entered university. Before such reality, it is extremely important to encourage the practice of physical activities, since it causes so many benefits to the body, health and quality of life in general.

Keywords: Exercise. Students. Sedentary Lifestyle.

INTRODUÇÃO

A entrada na universidade não transpõe apenas os limites profissionais do jovem, mas também os pessoais e emocionais. Muitos dos que optam por fazer uma graduação acabam mudando completamente seus hábitos em virtude disso, visto que a maneira de se alimentar, estudar, exercitar-se, comunicar-se e gastar o tempo livre muda no processo de adaptação à nova rotina.

O estudo global da saúde nessa fase da vida precisa circundar ambientes muito diversos. Os frequentadores do ensino superior atualmente advêm de diversas origens, condições sociais e culturais¹.

Estudos afirmam que a prática constante de atividade física influencia na manutenção do equilíbrio corporal e mental do indivíduo². Ou seja, durante a formação física e psicológica do ser, esta prática, aliada a bons hábitos alimentares, auxilia no crescimento e prevenção de futuras doenças³.

A análise da prática de atividade física em universitários é diferenciada, sendo um público que dispõe de uma rotina irregular em virtude do tempo que destina aos estudos⁴. Diversos são os motivos que levam o jovem a buscar uma vida fisicamente ativa, entre esses: prevenção de doenças, bem-estar e condição física⁵.

O sedentarismo é considerado por algumas literaturas como um dos maiores problemas epidemiológicos do século. Ele está diretamente relacionado com o avanço da tecnologia e sua tamanha facilidade, que proporciona menor gasto energético até nas atividades mais simples do cotidiano⁶.

O universitário, sendo sujeito de risco a se tornar sedentário, tem sido alvo de inúmeras políticas públicas em desenvolvimento nas universidades. Tais medidas objetivam pesquisar os fatores motivacionais que levam à prática de atividade física; e por meio dos resultados, incentivar o acadêmico a melhorar seus hábitos.

A depressão, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um transtorno mental comum caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite, é observada como uma das principais doenças entre os universitários atualmente, causada por diversas razões, inclusive a saída do seio familiar e adaptação à nova rotina.

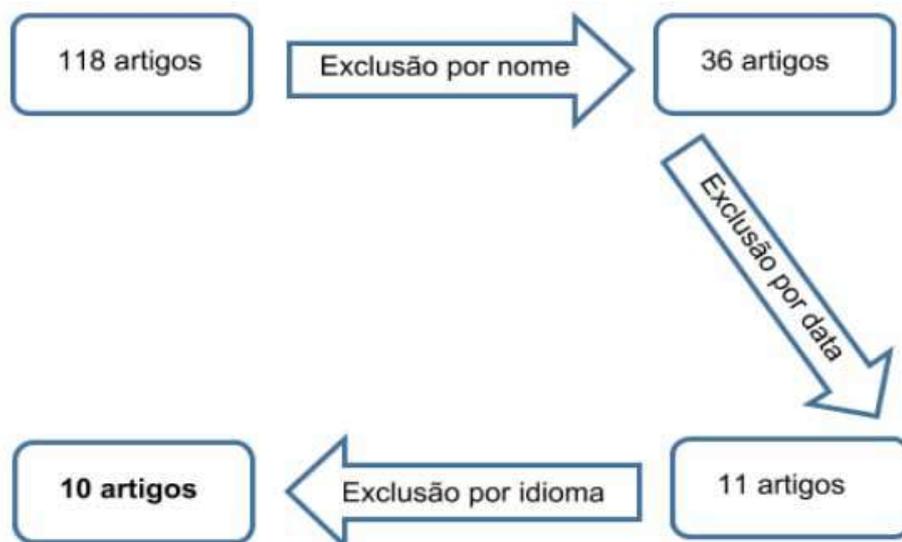
Além dos motivadores por fatores físicos, o fator psíquico também tem sido estudado em grande escala. Assim, observa-se que a prática constante de atividades físicas diminui a probabilidade de o universitário desenvolver doenças como a depressão², além de diminuir a incidência de desistentes durante o período da graduação^{7,8}.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi verificar, por meio da literatura atual, como a prática de atividades físicas interfere na vida do universitário.

MÉTODOS

O estudo se trata de uma revisão da literatura com o intuito de proporcionar a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis no tema estudado. Primeiramente, definiu-se uma questão norteadora que direcionou o estudo: “Como a prática de atividades físicas interfere na vida do universitário?”. Os dados foram coletados por meio de uma busca eletrônica nas bases de dados: SciELO, ScienceDirect e PubMed, utilizando os seguintes descritores: atividade física, universitários e sedentarismo, nas combinações: atividade física em universitários, universitários e sedentarismo, universitários sedentários, atividade física e qualidade de vida, universitários e doenças; estas pesquisadas nos idiomas português e inglês.

Foram adotados como critérios de inclusão: documentos publicados entre os anos de 2010 e 2018 sobre estudos realizados em humanos, artigos originais, entre universitários em geral de ambos os sexos. Os dados foram levantados nos meses de março e abril de 2017, obtendo 37 artigos no total. A partir destes, foram retirados 25 que não atenderam a todos os critérios de inclusão. Após a leitura completa, foram excluídos mais 3 artigos, tendo o montante final de 9 trabalhos inclusos nos resultados do escrito final.



RESULTADOS

Ano de publicação/ Autores	Local	Amostra/ Cursos	Objetivos	Principais conclusões
Costa et al., 2015;	Pernambuco - Brasil	199 alunos Educação física.	Analisou e comparou o comportamento, a qualidade de vida e o nível de atividade física entre universitários do curso de educação física.	Os resultados não assinalaram grandes diferenças entre a qualidade de vida e níveis de atividade física de alunos do primeiro e último ano.
Guedes, Legnani e Legnani, 2013;	Universidade Estadual de Londrina - Paraná, Brasil	2.380 universitários, 1.213 mulheres e 1.167 homens.	Motivos pelos quais os universitários procuram a prática de atividade física.	Os fatores motivacionais para o exercício variam de acordo com: sexo, idade, além de classe econômica familiar e IMC.
Legnani et al., 2011;	Universidade Estadual de Londrina - Paraná, Brasil	63 universitários, sendo 54% homens e 46% mulheres Engenharia Civil e Psicologia,	Fatores motivacionais relacionados com a prática de exercícios físicos em acadêmicos.	Encontrou-se como os maiores incentivadores motivacionais para a prática de exercícios físicos: prevenção de doenças, condição física, prazer e bem-estar.
Lapa, 2015;	Universidade Aknediz, Turquia	700 estudantes, sendo 400 mulheres e 300 homens.	Comparou o bem-estar psicológico de universitários de acordo com sexo e níveis de atividade física.	Os níveis de bem-estar psicológico entre homens e mulheres foram ambos satisfatórios, porém os participantes do sexo masculino foram melhor avaliados na autoaceitação.
Cieslak et al., 2012;	Curitiba - Paraná	178 universitários, 83 homens e 95 mulheres Administração, Biologia, Economia, Engenharias, Enfermagem, Farmácia e Odontologia.	Níveis de qualidade de vida e atividade física em universitários em geral.	Os níveis de qualidade física e de atividade física foram considerados satisfatórios, porém, houve grandes diferenças quando analisados os níveis relacionando os sexos.
Noce et al., 2016;		32 universitários.	Influência de atividades físicas nos níveis de qualidade de vida em jovens.	Não foram observadas grandes mudanças nos níveis de qualidade de vida dos sujeitos sedentários e fisicamente ativos.
Diehl e Hilger, 2016;	Alemanha	600 universitários Alemanha.	Níveis de atividade física durante a transição da escola para a faculdade.	Aqueles que mudaram de residência para o início dos estudos tiveram menor nível de atividade física em comparação com aqueles que permaneceram em sua cidade natal para estudar.
McFadden, Fortier e Guérin, 2017;	Canadá	05 participantes.	Influência do nível de atividade física em estudantes de graduação do sexo feminino com depressão.	O estudo revelou que os sintomas depressivos diminuíram e a atividade física aumentou a partir da implantação do PAC (Aconselhamento de Atividade Física).

DISCUSSÃO

A entrada na universidade traz consigo alguns fatores que causam mudança na vida do universitário, tais como o nível de atividade física. Por meio da análise dos artigos selecionados, pode-se observar a forma que a mudança na rotina de atividade física influencia no cotidiano do acadêmico, bem como a medida que variáveis como o curso, o período e o sexo alteram as taxas de praticantes de exercícios físicos.

No trabalho que analisou os acadêmicos de educação física de uma universidade do Pernambuco, em que a amostra era de 199 alunos, não foram constatadas grandes diferenças no número de sedentários e fisicamente ativos entre os ingressantes e concluintes do curso⁹. Em contrapartida, um estudo realizado na Alemanha, no qual foram analisados 600 universitários de todos os cursos, mostrou que o índice de prática de exercícios físicos cai quando o jovem adentra no âmbito acadêmico, devido a fatores, como: distância dos pais, obrigação de encontrar um novo círculo de amizades, aumento de responsabilidades e trabalhos e, conseqüentemente, diminuição do tempo livre^{5,10}.

Observou-se também, de acordo com as coletas realizadas na Universidade Estadual de Londrina – UEL, com amostra total de 2.443 acadêmicos, que vários agentes são responsáveis por influenciar o universitário na adoção à prática regular de exercícios físicos. Destes agentes, os principais encontrados foram: prevenção de doenças, condição física, prazer e bem-estar⁵, estes que foram analisados distintamente de acordo com sexo, idade, classe econômica familiar e IMC⁴.

Em análise realizada visando distinguir os níveis de atividade física de acordo com os sexos, dentro de uma amostra de 178 alunos de Curitiba – PR, foi encontrada uma grande porcentagem de universitários fisicamente ativos, porém se encontram mais homens praticantes de exercícios físicos em relação às mulheres¹¹, e outras, realizadas em Londrina – PR, com uma amostra de 63 universitários, não notaram-se grandes diferenças entre os sexos, mas ficou evidente que os homens pontuam mais quando o quesito analisado é a autoaceitação, o que corrobora as afirmativas de que a prática de exercícios físicos influi neste quesito⁵.

Em estudo realizado em cinco mulheres no Canadá com ênfase na depressão em geral, observou-se que a prática regular de exercícios físicos tem um efeito semelhante ao uso de medicamentos usados atualmente no combate à doença¹². Esse “remédio” age semelhantemente, por exemplo, aos fármacos compostos por endorfina, hormônio este que tem seus níveis elevados naturalmente durante a prática de exercícios físicos, passando ao indivíduo uma sensação de bem-estar e de saúde geral.

Nas instituições estudadas durante a mesma análise canadense, afirmou-se que a implantação de programas de Aconselhamento de Atividade Física, PAC, dentro dos *campi* universitários resultou em uma diminuição dos níveis de depressão e aumento do número de universitários fisicamente ativos, pois a regularidade dos exercícios físicos auxilia na adaptação a essa nova etapa e na gestão do estresse¹².

CONCLUSÃO

Alguns fatores, como a transição da adolescência para a vida adulta, mudança de cidade, período de adaptação ao curso, mudança de perspectiva sobre a prática de atividades físicas e o comodismo, são influenciadores diretos na vida do jovem adulto que acaba de entrar na universidade.

A entrada no âmbito acadêmico muitas vezes se dá após o fim do ensino médio, com média de idade de 17 anos e requer um grande amadurecimento em um pequeno período, devido às responsabilidades que começam a surgir na vida do jovem. A falta de *campus* universitário em algumas cidades exige que, em muitas vezes, o acadêmico tenha que se deslocar para poder estudar, fazendo com que o recém-universitário se adapte rapidamente a um novo círculo social, que, na maioria dos casos, é um ambiente heterogêneo, com indivíduos de diferentes idades, sexo, condições sociais.

Muitas vezes, o estudante entra na universidade sem conhecer o curso e o que ele oferece e acaba se decepcionando, aumentando assim os níveis de desistência entre os novatos, bem como as chances de estes desenvolverem depressão. A atividade física age nesse contexto causando efeito reverso, diminuindo a chance de eles desenvolverem essa patologia, além de diminuir os níveis de desistência.

REFERENCIAS

1. Oliveira NRC, Padovani RdaC. Saúde do estudante universitário: uma questão para reflexão, Cien & Saude Col. 2012; 19 (3): 995-996.
2. Lapa TY. Physical Activity Levels and Physicological Well-Being: A Case Study of University Students, Int J of Prev Med 2015; 4 (3): 293-310.
3. Pinheiro BO, Andrade ALM, Micheli D. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida no uso de drogas em adolescentes. Rev Elet Saúde Mental Álcool e Drogas 2016; 12 (3):178-187.
4. Guedes DP, Legnani RFS, Legnani E. Exercise motives in a sample of Brazilian university students. Rev Motriz 2013; 19(3): 590-596.
5. Legnani RFS, Guedes DP, Legnani E, Filho VCB, Campos, Wde. Fatores motivacionais associados à prática de exercício físico em estudantes universitários. Rev. Bras. Ciênc. Esporte 2011; 33(3): 761-772.
6. Noce F, Castro HdeO, Ferreira TS, Guo J, Andrade AGPde, Costa, VTda. A 6-month comparison of quality of life and mood states between physically active and sedentary college students. Rev da Fac de Med de Ribeirão Preto e do Hosp das Clínicas da FMRP 2016; 49(1): 9-16.
7. Guedes DP, Legnani RFS, Legnani E. Motivos para a pática de exercício físico em universitários e fatores associados. Rev Bras de Ativ Fís e Saúde 2012; 17(4): 270-274.
8. Wilson O, Vairo N, Bopp MJ, Sims D, Dutt K, Pinkos B. Melhores práticas para promover o ciclismo entre estudantes universitários e funcionários. J of Transp and Health 2018; 9:234-243.
9. Costa BDV, Batista GR, Leão NES, Paes PP. Quality of life, stages of behavioral changes and physical activity level of Physical Education students. Rev Bras de Ativ Fis e Saúde 2015; 20(5): 476-482.
10. Diehl K, Hilger J. Physical activity and the transition from school to university: A cross-sectional survey among university students in Germany. Sci & Spo 2016; 31(4): 223- 226.
11. Cieslak F, Cavazza GF, Lazarotto L, Titski ACK, Stefanello JMF, Leite N. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. Rev da Edu Fis/UEM 2012; 23 (2):251-260.
12. McFadden T, Fortier MS, Guérin E. Investigating the effects of Physical Activity Counselling on depressive symptoms and physical activity in female undergraduate students with depression: A multiple baseline single-subject design. Ment Health and Phys Activ 2017; 12: 25-36.

FISIOTERAPIA E SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

PHYSICAL THERAPY AND OCCUPATIONAL HEALTH IN BRAZIL

**Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
Dernival Bertoncello**

Departamento de Fisioterapia Aplicada
Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Jessica Carvalho Lima

Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Contato

Jéssica Carvalho Lima

E-mail: jcarvalho.fisio.uftm@hotmail.com

RESUMO

Várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando avançar nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador, e o maior avanço foi o reconhecimento constitucional como área contida no âmbito da saúde pública. No entanto, os obstáculos ainda são grandes. Os recursos materiais e quadro de pessoal capacitado ainda são insuficientes; e os indicadores nacionais colocam o país em situação crítica em relação às nações socialmente mais desenvolvidas. Nesse sentido, cabe a reflexão a respeito da atuação da Fisioterapia nesse campo. Entre as especialidades fisioterapêuticas, a Saúde do Trabalhador e Ergonomia vêm aumentando em relevância, com um crescente número de profissionais atuando nessa área. As Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia ocupacional forneceram clareza sobre os papéis dos fisioterapeutas dentro dessa especialidade, mas ainda há muito a percorrer para que, cada vez mais, essa área de atuação seja reconhecida pelas empresas, governo, sociedade e, principalmente, pelos trabalhadores, foco dessa atuação. Os órgãos representantes da categoria e as Instituições de Ensino Superior têm papel importante para divulgar, explicitar melhor a área e trabalhar mais as disciplinas relacionadas com a saúde do trabalhador, bem como conduzir esses profissionais ao que lhes cabe realizar nessa área.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Fisioterapia. Ergonomia.

ABSTRACT

Several initiatives of the Brazilian society have been seeking to advance public health policies in comprehensive care in Occupational Health, and the greatest advance was the constitutional recognition of it as an area within the scope of public health. However, the obstacles are still great. The material resources and the trained personnel are still insufficient and national indicators place the country in a critical situation compared to socially more developed nations. In this sense, it is necessary to reflect on the performance of Physical Therapy in this field. Among the physiotherapeutic specialties, Occupational Health and Ergonomics have been increasing in relevance, with an increasing number of professionals working in this field. The Resolutions of the Federal Board of Physical Therapy and Occupational Therapy have provided clarity on the roles of physiotherapists within this specialty, but there is still a long way to go so that this area of action is increasingly recognized by companies, government, society, and mainly by the workers, the focus of this action. The entities representing the category and the Institutions of Higher Education have an important role to disseminate, to better explain the field, and to work more the subjects related to the health of the worker, as well as to lead these professionals to what they have to do in this area.

Keywords: Occupational Health. Physical Therapy Speciality. Ergonomics.

SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Em 1970, o Brasil passou por um intenso crescimento no número de trabalhadores industriais, que se organizaram para reivindicar melhores salários e regulamentação da jornada laboral, sendo os primeiros movimentos em defesa da saúde pela melhoria das condições de trabalho. O processo saúde-doença tomou novas interpretações com o avançar das pesquisas e das reflexões acerca da Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública, passando a considerar o trabalho como fator intrínseco a esse processo¹.

Como forma de não somente abordar o tratamento de indivíduos adoecidos, e, sim, prevenir agravos à saúde, a saúde do trabalhador (ST) configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares (técnicos, sociais, políticos, humanos), multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças². Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância¹; e, no Brasil, mantém relações com a luta dos trabalhadores pelo direito à saúde e com a Reforma Sanitária Brasileira³.

A partir dos anos 1980, surgiram diversas iniciativas em direção à ST, tendo sido criados Programas de Saúde do Trabalhador no âmbito da rede pública de saúde⁴. No ano de 1986, aconteceram importantes eventos que contribuíram para a construção de princípios e diretrizes sobre esse campo, como a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e, em dezembro do mesmo ano, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador¹, que definiu a ST como decorrente da melhoria das condições de emprego; estabilidade no trabalho e que este seja bem remunerado; oportunidade

de lazer; organizações livres, autônomas e representativas da classe; direito à informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida-saúde- trabalho, acesso aos serviços de saúde com capacidade resolutiva e em todos os níveis, além de efetiva participação em quaisquer decisões sobre assuntos referentes à classe; além de recusa ao trabalho sob condições que não considerem estes e outros direitos.

Em termos do marco político normativo, a ST é situada na perspectiva da saúde como direito universal, conquista social garantida na Constituição Federal de 1988⁵ que, no art. 200, em seus incisos II e VIII, considerou o trabalho como fator determinante da saúde da população e, conseqüentemente, responsabilizou o Estado pela execução das ações de ST, marcando o desenvolvimento dessa questão no Brasil. Esta foi consolidada pela Lei nº 8.080/90⁶ que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, incluindo ações em ST, privilegiando a organização dessas ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)⁷, determinando que as ações de ST devam ser executadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nos âmbitos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos, estabelecendo ser competência do SUS participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de ST de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios. Ainda, regula também a necessidade de o Conselho de Saúde estruturar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST)¹.

Na década de 2000, a área técnica de ST do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.679, oficializou a Rede Nacional de Atenção

Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), para estruturar e normatizar a habilitação e o convênio entre os municípios, estados e o Ministério da Saúde para a implantação dos CEREST no território nacional⁸. Em 2009, foi publicada a Portaria nº 2.729, de 11 de novembro, integrando a rede de serviços do SUS por meio do CEREST, que tem a finalidade de “dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais”⁹.

Instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) tem por objetivo definir os princípios e diretrizes acerca da ST, assim como as ações estratégicas entre os órgãos competentes¹⁰.

Como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da ST constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que entende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde, preconizando um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, devendo ter o trabalhador como sujeito de um processo de mudanças¹¹.

Assim, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando avançar nas políticas públicas de atenção integral em ST, incluindo ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados com o trabalho. No entanto, os obstáculos são grandes; bem como os indicadores nacionais que colocam o país em situação crítica em relação às nações socialmente mais desenvolvidas¹². Fica evidente que o maior avanço da ST no Brasil foi seu reconhecimento constitucional como área contida no âmbito da saúde pública¹. Os recursos materiais e quadro de pessoal capacitado, contudo, ainda são insuficientes¹³.

Nesse sentido, cabe a reflexão a respeito da atuação da Fisioterapia nesse campo.

FISIOTERAPIA E SAÚDE DO TRABALHADOR

A Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, fisiológicas, patológicas, bioquímica, biofísica, biomecânica, cinesioterápicas, além das disciplinas sociais e comportamentais¹⁴

Até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação, incorporando a partir daí também as de promoção e a prevenção da saúde da população como área de atuação¹⁵.

Entre as especialidades fisioterapêuticas, a ST e Ergonomia são exemplos que vêm aumentando em relevância clínica, com um crescente número de profissionais atuando nessas áreas em todo o mundo, refletida por um aumento na demanda por melhorias no trabalhador, saúde e produtividade da empresa. No entanto, as pesquisas científicas ainda são incipientes, com um número limitado de estudos publicados em comparação com outras especialidades, como a musculoesquelética e a cardiorrespiratória¹⁶.

FISIOTERAPIA E SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

Considera-se a ST como um campo específico da área da Saúde Pública no SUS, com a finalidade de promover e proteger a saúde de pessoas envolvidas no exercício do trabalho, e que essa se constrói por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada¹⁷, implicando uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, visando à preservação e à promoção da saúde, com medidas de alcance coletivo².

Os campos de atuação da fisioterapia ainda são, em sua maioria, destinados ao tratamento de distúrbios cinéticos já instalados, justificados pela própria historicidade de surgimento da profissão, que visava reintegrar socialmente o indivíduo debilitado, ao mesmo tempo que são fortemente embasados por formação acadêmica restrita ao pensamento clínico/terapêutico¹⁸.

A fisioterapia com a formação voltada para o modelo individual e curativo, todavia, encontra uma limitação estrutural, muitas vezes insuficiente para o diagnóstico da situação/condição de risco e ações no campo da ST no SUS. Enquanto participante do processo de consolidação de ações de vigilância, esse profissional tem o desafio de compreender a abrangência de suas habilidades, o conhecimento do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores e agregar em sua atuação novos elementos, possibilitando melhores condições para o desenvolvimento de ações de saúde integradas¹⁹. Assim, os conhecimentos necessários à nova prática profissional devem aproximar-se de saberes da epidemiologia, que poderá oferecer conhecimentos quanto à distribuição das doenças nas coletividades, sua magnitude e potenciais fatores de risco e

das ciências sociais, que poderão desvelar os fatores culturais, comportamentais e religiosos do processo saúde-doença, bem como subsidiar a contextualização da realidade histórico-social na determinação do risco²⁰.

A inserção do profissional fisioterapeuta nos CEREST no país reflete ampliação da percepção do campo de atuação da fisioterapia no âmbito da vigilância dentro do SUS; e a adequação da atuação desse profissional à consolidação de ações integradas, pautadas na valorização da prevenção-promoção da saúde e controle dos riscos, tem sido pensada, por vezes, em âmbito acadêmico, a partir de mudanças nas estruturas curriculares em cursos de graduação¹⁵

Ainda há, entretanto, um longo caminho a percorrer. Estudo de Melo et al.¹⁹ relata que a composição dos CEREST nacionais apresentou equipes formadas, em sua maior parte, pela presença de médicos (13,9%), seguida por enfermeiros (13,9%), profissionais de nível técnico (12,3%) e por fisioterapeutas (11,9%). Dos fisioterapeutas, a maior parte estava alocada nas regiões Sudeste (37,7%) e Nordeste (32,6%) respectivamente. A região Sul apresentou 13,2%, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste alcançaram o menor percentual, sendo as regiões que demonstraram mais CEREST sem fisioterapeuta. Entre as atividades desempenhadas pelos profissionais de fisioterapia, ações vinculadas à vigilância em ST estavam presentes em mais de 50,0% dos CEREST respondentes. No entanto, 42,6% relataram também a presença das atividades de atendimento clínico e reabilitação.

Há evidências de que os profissionais dos CEREST podem encontrar dificuldades em compreender o nível de complexidade da atenção em que estão inseridos, não entendendo a proposta desses órgãos na organização do SUS, havendo a necessidade de aprimoramento na formação dos profissionais para atuar na lógica das ações requeridas pela vigilância em ST^{21, 22}.

FISIOTERAPIA DO TRABALHO E PROGRAMAS EMPRESARIAIS

Em 2003, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou a Resolução 269/03 que reconhece a área de atuação da Fisioterapia do Trabalho, dando referência aos procedimentos em ST do profissional fisioterapeuta.

Amparado pela Resolução nº 269, de 18 de dezembro de 2003 do COFITTO, cabe ao Fisioterapeuta do Trabalho identificar, avaliar e observar os fatores ambientais que possam constituir risco à saúde funcional do trabalhador, em qualquer fase do processo produtivo, alertando a empresa sobre sua existência e possíveis consequências e realizar a análise biomecânica da atividade produtiva do trabalhador, considerando as diferentes exigências das tarefas nos seus esforços estáticos e dinâmicos, entre outras atribuições.

Em 13 de junho de 2008, a Resolução nº 351 do COFFITO reconheceu a Fisioterapia do Trabalho como especialidade do profissional fisioterapeuta^{23,24}. O Ministério do Trabalho (MTE), por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), especifica e detalha suas práticas comprovadas nessa área, distinguindo áreas de atividade, competências pessoais e recursos de trabalho, destacando que o especialista fisioterapeuta do trabalho executa: avaliação a clientes e pacientes; estabelece o diagnóstico fisioterapêutico; planeja estratégias de intervenção; implementa ações de intervenção; educa em saúde; gerencia serviços de saúde; executa atividades técnico-científicas; trabalha com segurança, entre outras²⁵, formalizando o código número 2236-60, como sendo do especialista fisioterapeuta do trabalho.

A Resolução nº 403 do COFFITO, em 2011, forneceu clareza sobre os papéis dos fisioterapeutas dentro desta especialidade. Essa Resolução, que é semelhante para aqueles usados em outros países como a Austrália, a Holanda, o Canadá e os Estados Unidos, estabelece as habilidades e competências requeridas para terapeutas para implementar programas de educação em saúde, capacidade física e avaliações funcionais, trabalho e análise do local de trabalho, treinamento de habilidades motoras, risco controle e programas de exercícios físicos²⁶. A Resolução nº 465, de 20 de maio de 2016, disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia do Trabalho, concedendo o título ao profissional fisioterapeuta de Especialista Profissional em Fisioterapia do Trabalho²⁷.

O fisioterapeuta do trabalho tem-se tornado peça fundamental, atuando em áreas como a ergonomia e a biomecânica juntamente com uma equipe multidisciplinar. Realiza avaliações, diagnósticos e programas de intervenção; assessora empresas e os trabalhadores em questões judiciais, realiza perícias técnicas em ergonomia em tribunais; desenvolve programas de prevenção e qualidade de vida, além de atuar em ambulatórios e clínicas voltadas à ST⁽²⁸⁾.

Este vem atuando também como colaborador da Justiça do Trabalho, em avaliações relacionadas com as doenças causadas pelos riscos biomecânicos das atividades laborais, assim como coadjuvante na Fisioterapia Forense ou Jurídica, que, caracteriza uma atuação fisioterapêutica específica à emissão de laudos e pareceres, para utilização no universo forense/jurídico/legal, ou do direito. A Perícia Judicial Fisioterapêutica é bastante promissora; e vem ganhando espaço no mercado de trabalho. Esta é

uma área que ainda precisa ser mais bem explorada, estudada e divulgada para maior reconhecimento e respeito ao Fisioterapeuta, perante os demais profissionais, já atuantes nesse seguimento²⁹.

A Fisioterapia do Trabalho, portanto, é uma área em franca expansão não apenas no Brasil, sendo uma realidade diferente das outras áreas da fisioterapia, pois esse profissional se relaciona contratualmente com pessoas jurídicas, necessita de uma visão empresarial, raciocínio estratégico bem estruturado, grande conhecimento da ergonomia, biomecânica ocupacional, legislação trabalhista e previdenciária, além das habilidades conquistadas na graduação. Ainda há muito a percorrer, buscando o reconhecimento legal e técnico-científico, para que, cada vez mais, essa área de atuação receba o merecido reconhecimento pelas empresas, governo, sociedade e, principalmente, pelos trabalhadores, foco dessa atuação²³.

No entanto, segundo Moser e Kerhig³⁰,

A análise de programas de cunho preventivo e interventivo realizadas a partir do trabalho de profissionais da Fisioterapia inseridos em programas empresariais e o estudo de alguns projetos implantados em empresas de médio e grande porte evidenciaram uma tendência ao estabelecimento de objetivos que têm como referência:

- a) redução da dor e fadiga;
 - b) melhora da capacidade física para o trabalho;
 - c) redução do absenteísmo;
 - d) diminuição de gastos com tratamentos de saúde e aumento da produtividade,
- Esses objetivos revelam a preocupação com a performance do trabalhador, para a obtenção de resultados, e embora contribuam para a manutenção e melhoria das condições de saúde, evidenciam uma grande preocupação com a capacidade produtiva do trabalhador, em detrimento dele mesmo enquanto pessoa, que, colocando a sua força de trabalho cada vez mais a serviço da produção, ajuda a manter a estrutura e os padrões de dominação do capital e ao mesmo tempo favorece o aparecimento de um conflito mesmo que velado entre por um lado, o saber e as percepções e experiências dos trabalhadores sobre saúde e trabalho, e por outro, a concepção oficial das empresas acerca do tema³⁰.

Portanto, ao fisioterapeuta atuante nas empresas, cabe

[...] a compreensão do processo de trabalho e a busca do entendimento das demandas da empresa, a partir dos vários interlocutores que nela convivem, devem ser partes dos objetivos desses programas, para que suas ações não estejam voltadas para uma abordagem focalizada em técnicas paliativas que não transformam, ou seja, não promovem a saúde, mas apenas modificam alguns aspectos de uma situação mais ampla³⁰.

Compreender o indivíduo de forma ampliada e integral dentro do seu contexto social é uma necessidade vigente entre os profissionais de saúde, com destaque para os fisioterapeutas.

PAPEL DOS ÓRGÃOS REPRESENTATIVOS DA CATEGORIA E RESPONSÁVEIS PELA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Aos órgãos representativos da categoria, cabe maior incentivo à incorporação de um maior número de profissionais nessa área, divulgando, na comunidade empresarial, acadêmica, de profissionais de saúde e da classe trabalhadora em geral, acerca da importância da atuação do Fisioterapeuta do Trabalho. Deve haver uma luta constante para atuação nas políticas públicas de saúde, nos CEREST ou em unidades de atenção à saúde, condicionada às ações que visem garantir a viabilidade social da proposta do SUS.

Para a atuação na iniciativa privada, cabe, entre outras ações, a elaboração de projetos de lei e luta pela sua implantação como o que inclua o fisioterapeuta do trabalho na NR4, relacionada com os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e que visa promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador em seu local de trabalho, para que seja obrigatória em todas as empresas a presença desse profissional no quadro de colaboradores. Atuando de forma integrada à equipe do SESMT, este contribuirá para o planejamento, implementação, controle e execução de políticas e programas voltados para a execução de ações de assistência integral aos trabalhadores, exigidos pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho como as Comissões Internas de Prevenção de Acidente do Trabalho (CIPA); o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e outros.

Ressalta-se aqui também o papel primordial das Instituições acadêmicas, especialmente as universidades públicas, na relevância da formação ampla e de qualidade sobre a ST aos futuros profissionais fisioterapeutas e especializandos, considerando o art. 4º da Resolução 465 que disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia do Trabalho²⁷, que relata que o exercício profissional do Fisioterapeuta do Trabalho é condicionado ao conhecimento e domínio das seguintes áreas e disciplinas, entre outras:

- I – Anatomia geral dos órgãos e sistemas;
- II – Ergonomia;
- III – Doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho;
- IV – Biomecânica ocupacional;
- V – Fisiologia do trabalho;
- VI – Saúde do trabalhador;
- VII – Legislação em saúde e segurança do trabalho;
- VIII – Legislação trabalhista e previdenciária;
- IX – Sistemas de gestão em saúde e segurança do trabalho;
- X – Organização da produção e do trabalho;
- XI – Aspectos psicossociais e cognitivos relacionados ao trabalho;
- XII – Estudo de métodos e tempos;
- XIII – Higiene ocupacional;
- XIV – Ginástica laboral;
- XV – Recursos terapêuticos manuais;
- XVI – Órteses, próteses e tecnologia assistiva;
- XVII – Acessibilidade e inclusão;
- XVIII – Administração e Marketing em Fisioterapia do Trabalho;
- XIX – Humanização;
- XX – Ética e Bioética²⁷.

Além do conhecimento e domínio dessas áreas e disciplinas, são necessárias disciplinas e estágios supervisionados que permitam a interação com outros campos da área de saúde, em uma aproximação com a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional, vigilância à ST e vigilância ambiental, com vistas à identificação e acompanhamento de problemas que requerem atenção contínua, ação sobre territórios definidos e articulação entre as ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação, Bacharelado, em Fisioterapia, devem ser observadas e implementadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Fisioterapia, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país, conforme Capítulo I, art. 2º, parágrafo único do esboço da minuta das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação, bacharelado, em fisioterapia:

Constituem os princípios da formação do bacharel em Fisioterapia:

I - O Sistema Único de Saúde – SUS, como campo de atuação e exercício profissional, seja na esfera pública e ou privada, considerando as políticas públicas vigentes e o contexto social;

II - A saúde como direito fundamental do cidadão;

III - A pessoa como ser indissociável nas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual;

IV - A Integralidade da atenção à saúde do ser humano, considerando-se as particularidades ambientais, atitudinais, sociais, étnicas, de gênero, raça, políticas, econômicas e culturais, individuais e de coletividades;

V - A promoção da saúde, da qualidade de vida, do bem-estar, da prevenção e da recuperação como estratégia de atenção e cuidado em saúde; [...]³¹.

Ainda com relação a essa minuta, seu art. 3º relata que:

O bacharel em Fisioterapia terá um perfil generalista, humanista, crítico, criativo, reflexivo e ético, para atuar nos diferentes níveis de complexidade e de atenção à saúde, com base na evidência científica, no rigor intelectual e nos avanços tecnológicos, resultante da identidade profissional construída ao longo do processo formativo. O bacharel em Fisioterapia deverá ser um profissional:

I – Comprometido com o Sistema Único de Saúde, tendo como propósito a saúde funcional do indivíduo e da coletividade, nas diferentes complexidades, mediante a análise contextualizada dos fatores pessoais e ambientais nas situações que envolvem o processo saúde-doença, na apropriação do conhecimento e dos recursos disponíveis;

II - Sensível à realidade sociocultural e econômica das pessoas em seu meio; empático, atencioso e engajado às políticas públicas, questões sociais, culturais, epidemiológicas e ambientais com vistas à sustentabilidade e ao princípio da economicidade; [...]³¹.

O Capítulo III, que trata das condições e procedimentos da formação profissional do bacharel em fisioterapia, em seu art. 8º relata que:

as condições e procedimentos da formação profissional se reportam às competências do egresso de Fisioterapia descritas nas dimensões e domínios e que integram habilidades, atitudes, conhecimentos e saberes para o alcance do perfil profissional almejado. Para tanto, os conhecimentos necessários a essa formação estão dispostos em:

[...]

IV - Conhecimentos da Saúde Coletiva – abrange os conhecimentos necessários para a compreensão do processo saúde-doença na situação de saúde considerando os fatores contextuais, para prevenção de agravos e promoção de saúde, cuidado e recuperação da saúde do indivíduo e melhoria da qualidade de vida da população. Consistem em conhecimentos dos determinantes sociais em saúde, epidemiologia, saúde ambiental, vigilância em saúde, políticas públicas de saúde e ferramentas de gestão, bem como os conhecimentos sobre as redes de atenção à saúde e a relação com os distintos equipamentos sociais com vistas as ações intersetoriais, interprofissionais e o trabalho em equipe; [...] ³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços na ST no Brasil e seu reconhecimento como área da saúde pública, os indicadores de saúde dos trabalhadores brasileiros e as estatísticas de acidentes de trabalho são fonte de inquietação.

No âmbito do SUS, é uma das áreas de atuação que mais desafios enfrenta para a sua efetiva implantação, por razões que se situam na essência das relações sociais de produção, em que sobressaem os conflitos de classe e a hegemonia do poder político-econômico na condução das políticas públicas³².

Ainda há muito o que fazer para consolidar a atuação do fisioterapeuta nesse campo, para além do profissional que cuida do trabalhador já adoecido.

Nesse sentido, os órgãos representantes da categoria e as Instituições de Ensino Superior têm papel importante para divulgar, explicitar melhor a área e trabalhar mais as disciplinas relacionadas com a ST, bem como conduzir esses profissionais ao que lhes cabe realizar nessa área e, principalmente, refletir sobre sua responsabilidade profissional, política e social com relação às questões referentes a precarização do trabalho e a exclusão social, com um olhar para a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Minayo-Gomes CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(6): 1963-1970.
2. Minayo-Gomes CM, Thedim-Costa SMF. A construção do campo de saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(2):21-32
3. Brito J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 879-890, 2005.
4. Lacaz FAC. O Campo da Saúde do Trabalhador: Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4): 757-766.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
6. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial* 1990.
7. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Cien Saúde Colet* 2005; 10(4):817-828).
8. Brasil. Portaria nº 1.679 de 19 de Setembro de 2002. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002.
9. Brasil. Portaria nº 2.728 de 11 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências sendo inegável o avanço da área, com a criação de uma identidade comum. *Diário Oficial da União* 2009.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e trabalhadora. 2012.
11. Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.
12. Lacaz FAC. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: Lourenço E et al. (Org.). *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.
13. Costa D, Lacaz AC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. bras. Saúde ocup* 2013; 38(127): 11-30.
14. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. [Internet] [acessado 19 jan 30]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344.
15. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. *Interface* 2011; 15(37):551-64.
16. Padula RS, Oliveira AB, Carregaro RL, Sato TO. Physical therapy in occupational health and ergonomics: practical applications and innovative research approaches. *Braz. J. Phys. Ther.* 2016; 20(5): 490-492.
17. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Representação no Brasil das doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos OPAS/OMS para os serviços de saúde. 2001.

18. Rodrigues RM. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Perspectivas*. 2008; 2(8): 104-9.
19. Melo BF, Souza ACAG, Ferrite S, Bernardes KO. Atuação do fisioterapeuta nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: indicadores das notificações dos Dort. *Fisioter Pesqui*. 2017; 24(2): 136-142.
20. Bispo Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(supl 1): 1627-1636.
21. Dias EC, Chiavegatto CV, Silva TL, Reis JC, Silva JM. Construção da Renast em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2002-2007. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(2): 66-74.
22. Minayo-Gomez CM. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013; 38(127): 11-30.12.
23. Baú LM; Klein AA. O reconhecimento da especialidade em fisioterapia do trabalho pelo COFFITO e Ministério do Trabalho/CBO: uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador. *Rev. bras. fisioter*. 2009; 13(2): V-VI.
24. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 351, de 13 de junho de 2008. Dispõe sobre o Reconhecimento da Fisioterapia do Trabalho como Especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. [internet]. [acessado 2019 jan 24]. Disponível: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3114>.
25. Baú LMS. Fisioterapia do trabalho: ergonomia, legislação, reabilitação. Curitiba. Ed. Clãdosilva, 2002.
26. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 403 de 03 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2011
27. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Nº 465 de 20 de maio de 2016. Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2016.
28. Maia FES. Fisioterapia do Trabalho: Uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador. Revisão de literatura. *Rev Urutáua*. 2014; (29): 124-34.
29. Veronesi Júnior JR. Perícia judicial para fisioterapeutas: perícia cinesiológica funcional, assistência técnica judicial, modelos e legislações. 3. ed. São Paulo: Andreoli; 2009.
30. Moser AD; Kerhig R. O conceito de saúde e seus desdobramentos nas várias formas de atenção à saúde do trabalhador. *Fisioterapia em Movimento* 2006; 19(4): 89-97.
31. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. ABENFISIO. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. Esboço de minuta das diretrizes curriculares nacionais do Curso de graduação, bacharelado, em fisioterapia. 2017. [Internet] [acessado 2019 jan 30]. Disponível em: <http://abenfisio.com.br/wp-content/uploads/2017/08/ESBO%C3%87O-MINUTA-DCN-FISIOTERAPIA-EM-17.06.2017.-1.pdf>.
32. Vasconcellos LCF, Aguiar L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate* 2017; 41(113): 605-617.

ALINHAMENTO POSTURAL DA COLUNA NO PLANO SAGITAL DE CRIANÇAS EUTRÓFICAS E ACIMA DO PESO EM FASE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR: ESTUDO LONGITUDINAL

POSTURAL ALIGNMENT OF THE SPINE IN SAGITTAL PLANE OF EUTROPHIC AND OVERWEIGHT CHILDREN IN THE PRESCHOOL AND SCHOOL PHASE: LONGITUDINAL STUDY

Mariana Zingari Camargo

Dirce Shizuko Fujisawa
Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
Universidade Estadual de Londrina
Universidade Norte do Paraná

Introdução: A identificação precoce das alterações posturais e de fatores agravantes se faz necessária para que a criança mantenha o alinhamento adequado. **Objetivos:** Descrever e caracterizar o alinhamento postural da coluna vertebral, em plano sagital, de crianças da fase pré-escolar à escolar. Dois estudos foram desenvolvidos: (1) caracterizar a postura da cabeça, cervical e ombros; (2) avaliar o alinhamento da coluna torácica e lombar e oscilação de tronco, no plano sagital, de crianças eutróficas e acima do peso corporal. **Métodos:** Em ambos os estudos, a amostra foi de 99 crianças, as avaliações realizadas em dois momentos, fase pré-escolar (5 e 6 anos) e escolar (de 8 a 11 anos). As avaliações foram por meio de análise antropométrica e fotogrametria computadorizada. As variáveis angulares e lineares avaliadas por meio da fotogrametria foram: ângulo sagital da cabeça, ângulo cervical, ângulo dos ombros, distância da cabeça, ângulo oscilação de tronco, ângulo torácico e ângulo lombar. **Resultados:** No primeiro estudo, diferenças foram encontradas entre as fases pré-escolar e escolar, mas apenas as variáveis ângulo do ombro (AO) e distância da cabeça (DC) foram significantes (AO = 32,79 [30,49 – 35,09] e 35,84 [33,53 – 38,15] p = 0,026, respectivamente; DC = 8,40 [8,07 – 8,73] e 11,23 [10,94 -11,52] p <0,001, respectivamente). A correlação positiva foi obtida entre a distância da cabeça e massa corporal ($\rho= 0,597$, p <0,001). No segundo estudo, foram identificadas diferenças entre

os grupos eutrófico e acima do peso, na fase escolar, para as variáveis ângulo torácico-AT(206,07±7,31 e 211,63±5,68; p<0,001) e ângulo lombar-AL (104,32±7,93 e 97,13±9,32; p<0,001). Observou-se que os valores obtidos de AT e AL dos escolares sofreram influência na postura dos pré-escolares. **Conclusão:** Os estudos desenvolvidos identificaram a presença de alterações no alinhamento postural. As alterações foram no posicionamento da cabeça, da cervical e dos ombros entre as crianças nas fases pré-escolar e escolar, apresentando cabeça anteriorizada e ombros protusos. Também foram identificadas alterações significantes nas regiões torácica e lombar da coluna em escolares com excesso de peso corporal, evidenciando hiperlordose torácica e hiperlordose lombar.

Palavras-chave: Criança. Postura. Fotogrametria. Crescimento e desenvolvimento. Obesidade pediátrica.

Keywords: Child. Posture. Photogrammetry. Growth and development. Pediatric obesity.

Disponível em:

http://repositorio.pqsskroton.com.br/bitstream/123456789/16666/Mariana_Z_Camargo_tese.pdf