

Educação e Saúde

um olhar interdisciplinar

N. Cham.: 370.1130981 E26

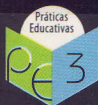
Título: Educação e saúde: um olhar interdisciplinar.



14305836

Ac. 192126

BCCE



José Rogério Santana



Graduado em Pedagogia (UFC). Mestre em Educação Brasileira (UFC). Doutor em Educação Brasileira (UFC). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Ceará no Instituto UFC Virtual trabalha-

do com Educação a Distância (EaD). Integrante do Núcleo de Pesquisa História e Memória (UFC). Possui experiência na área de Educação, com ênfase em Tecnologia Educacional, Educação a Distância e Ensino de Matemática, atuando principalmente nos seguintes temas: informática educativa, educação à distância, educação matemática, geometria dinâmica e formação de professores. Também desenvolve trabalhos sobre a relação Imagem e Memória na perspectiva da Pedagogia das Imagens Culturais.

Lia Machado Fiuza Fialho



Pós-Doutoranda em Educação na Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PB. Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará – UFC/CE, Mestre em Saúde Coletiva pela Univer-

sidade de Fortaleza – UNIFOR/CE, Especialista em Inclusão da Criança Especial no Sistema Regular de Ensino – UFC/CE, Pedagoga pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE, Bolsista CAPES. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE. Tem experiências na área de Educação, com ênfase em História da Educação e Educação em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: juventude, história oral, escolas, práticas educativas e formação pedagógica.



Educação e Saúde:
um olhar interdisciplinar

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Cleudene de Oliveira Aragão

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josénio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

COLEÇÃO PRÁTICAS EDUCATIVAS

COMITÊ EDITORIAL

Lia Machado Fiuza Fialho | Editora-Chefe

José Albio Moreira Sales

José Gerardo Vasconcelos

CONSELHO EDITORIAL

Antonio Germano Magalhães Junior UECE	Isabel Maria Sabino de Farias UECE
Antônio José Mendes Rodrigues FMHU/Lisboa	Jean Mac Cole Tavares Santos UERN
Cellina Rodrigues Muniz UFRN	José Rogério Santana UFC
Charlton José dos Santos Machado UFPB	Maria Lúcia da Silva Nunes UFPB
Elizeu Clementino Flagra UNEB	Raimundo Elmo de Paula Vasconcelos Junior UECE
Emanuel Luiz Roque Soares UFRB	Robson Carlos da Silva UESPI
Ercília Maria Braga de Olinda UFC	Rui Martinho Rodrigues UFC
Ester Fraga Vilas-Boas Carvalho do Nascimento UNIT	Samara Mendes Araújo Silva UESPI

Ac. 193126
R. 14305836/19
13/03/2019

Organizadores

José Rogério Santana

Lia Machado Fiuza Fialho

Cristine Brandenburg

Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior

Educação e Saúde:

um olhar interdisciplinar

370.1130981

E26



1ª Edição
Fortaleza | CE | 2014

PERGAMUM
UFC/BCCE

Educação e Saúde: um Olhar Interdisciplinar

© 2014 *Copyright by* José Rogério Santana • Lia Machado Fiuza Fialho •
Cristine Brandenburg • Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior
(ORGANIZADORES)

IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRAZIL
EFETUADO DEPÓSITO LEGAL NA BIBLIOTECA NACIONAL

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893. FAX: (85) 3101-9893
Internet: www.uece.br – E-mail: eduece@uece.br



COORDENAÇÃO EDITORIAL

Cleudene de Oliveira Aragão

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Carlos Alberto Alexandre Dantas

REVISÃO DE TEXTO

Leonora Vale de Albuquerque

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Perpétua Socorro Tavares Guimarães – CRB 3/80

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

Educação e saúde: um olhar interdisciplinar / José Rogério Santana,
Lia Machado Fiuza Fialho, Cristine Brandenburg et al...
[organizadores]. – Fortaleza: EdUECE, 2014.

218 p. : il.

ISBN: 978-85-7826-225-9

(Coleção Práticas Educativas, n. 3)

1. História da Educação – Brasil I. Santana, José Rogério II.
Fialho, Lia Machado Fiuza III. Brandenburg, Cristine IV. Título

CDD 370.81

Sumário

PREFÁCIO

Cristine Brandenburg | 7

DINAMARCA: Sistema de Saúde Pública de um País Desenvolvido

Sonia Maag

Miriam Viviane Baron

Lia Machado Fiuza Fialho | 11

FISIOTERAPIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Raízes e Desafios

Cristine Brandenburg

Aline Barbosa Teixeira Martins

José Rogério Santana

José Carlos Figueiredo Martins | 33

REFLEXÕES DA SAÚDE COLETIVA SOBRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônio Rodrigues Ferreira Júnior

Ivana Daniela César

Maria dos Prazeres Carneiro Cardoso

Tássia Fraga Bastos | 55

ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE: Reflexões Através de um Olhar

Fisioterápico, Médico e de Enfermagem

Miriam Viviane Baron

Janine Koepp

Cristine Brandenburg

Marcelo Carneiro | 69

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Silvana Mara Rocha Sydney Montenegro

Iramaia Bruno Silva Lustosa

Erika Belém Lima

Moêma Karina da Silva Façanha

Gislene Torres de Oliveira | 91

A TRANSVERSALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NA FISIOTERAPIA, NUTRIÇÃO E SERVIÇO SOCIAL

Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha

Alexandre Sales Barros

Alberlane Pereira de Matos | 119

ABORDAGEM INTEGRATIVA EM HIV/AIDS: um Contexto Médico e Fisioterapêutico

Guilherme Alves de Lima Henn

Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior

José Rogério Santana | 141

ATROFIA MUSCULAR POR DESUSO: Conceitos, Implicações na Saúde Coletiva e Aspectos Nutricionais

Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior

Emanuela Freire de Almeida Santos

Vânia Marilande Ceccatto

Valden Luis Matos Capistrano Júnior | 159

A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Alberto Magno Gonçalves

Ilda Machado Fiuza Gonçalves

Lia Machado Fiuza Fialho

Rosa Brígida Simões Barros | 179

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE:

Elemento Indispensável para Avaliação das Condições de Saúde

Dinara de Moraes Gouveia

Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia

Jorgiana de Oliveira Mangueira

Otávio Vieira Gouveia

Samara Sousa Vasconcelos Gouveia

Samila Sousa Vasconcelos | 199

PREFÁCIO

E*ducação e Saúde*: um Olhar Interdisciplinar é resultado de um trabalho de numerosos estudiosos das áreas de conhecimentos abrangendo educação, saúde e interdisciplinaridade. Os trabalhos aqui expressados, embora realizados de modo independente, têm uma preocupação comum em sua origem. Todos estes estudos têm, como intuito, servir como fonte de compreensão literária de saber e pesquisa para quem for desfrutar da leitura deste livro.

Esta obra é coordenada pelo professor doutor José Rogério Santana, professora doutora Lia Machado Fiuza Fialho, doutor Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior e eu, Cristine Brandenburg que prefaciei esta coletânea de artigos.

Trata-se, no entanto, de uma obra multiprofissional e multidisciplinar que perneia entre profissionais de diversas regiões do país e do exterior. Sendo que compõem o cenário de distintas instituições de ensino superior: Universidade Federal de Goiás (UFGO), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Universidade Estadual do Ceará (UECE), SÓPU NORDSJAELLAND/ Dinamarca (Escola de Saúde) e outras instituições de ensino superior, tanto no grau de bacharel ou licenciado, como nos graus de especialista, mestre e doutor.

Sonia Maag, Miriam Viviane Baron e Lia Machado Fiuza Fialho no primeiro capítulo deste livro nos contemplam com uma breve discussão a respeito do sistema de saúde da Dinamarca, um pequeno país com cerca de 5,4 milhões de habitantes, que apresenta um dos mais elevados níveis de saúde do mundo.

Cristine Brandenburg, Aline Barbosa Teixeira Martins, José Rogério Santana e José Carlos Figueiredo Martins dissertam sobre a fisioterapia como ciência e que tem como objetivo o estudo do movimento humano. Assim como o de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função. No percurso deste capítulo leva-se em consideração que é uma profissão relativamente nova, comentam-se as suas conquistas no espaço do sistema de saúde em âmbito da atenção primária à saúde.

Antônio Rodrigues Ferreira Júnior, Ivana Daniela César, Maria dos Prazeres Carneiro Cardoso e Tássia Fraga Bastos apresentam reflexões da Saúde Coletiva sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um tema atual que aos poucos vai conquistando espaço dentro do domínio da saúde em nosso país.

Miriam Viviane Baron, Janine Koepp, Cristine Brandenburg e Marcelo Carneiro explanam sobre a atenção terciária no campo da saúde. Que deve ser multiprofissional e interdisciplinar e, para isso, lançam suas diferentes experiências em suas áreas de atuação. Envolvendo conhecimentos fisioterapêuticos, médicos e de enfermagem, pois, todos estes em seus focos de atendimento, visam promover a saúde.

Silvana Mara Rocha Sydney Montenegro, Iramaia Bruno Silva Lustosa, Erika Belém Lima, Moema Karina da

Silva Façanha e Gislene Torres de Oliveira mostram uma preocupação perante o quadro de envelhecimento da população brasileira e consecutivamente com o surgimento de doenças crônicas degenerativas. Trazem à tona um estudo em que demonstram uma análise da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física. Um esboço muito interessante, que nos faz refletir sobre as práticas de exercícios desenvolvidas para a prevenção e seus benefícios.

Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha, Alexandre Sales Barros e Alberlane Pereira de Matos tratam, a partir de um estudo sobre a transversalidade da saúde da mulher na fisioterapia, nutrição e serviço social, que enfatizou e contribui consideravelmente na promoção da saúde feminina. Pelo Ministério da Saúde, a partir 1970, a saúde da mulher foi conquistando espaço e ganhou no século XX um olhar mais global, com ênfase na prevenção dos agravos e na promoção da saúde integral da mulher.

Guilherme Alves de Lima Henn, Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior e José Rogério Santana em uma conjuntura entre médico e fisioterapeutas abordam sobre uma abordagem integrativa em pacientes com HIV/AIDS. Atuando de forma interativa e multiprofissional com outros profissionais da saúde, demonstram que o fisioterapeuta encontra-se capaz de desenvolver trabalhos preventivos e curativos melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior, Emanuela Freire de Almeida Santos, Vânia Marilande Ceccatto e Valden Luis Matos Capistrano Júnior com o capítulo "Atrofia muscular por desuso: Conceitos, Implicações na Saúde Coletiva e Aspectos Nutricionais", procuram evidenciar que esta situação compromete e constitui um problema de saúde.

de pública no Brasil e em todo o mundo. O que acarreta custos elevados para a reabilitação funcional, grande impacto financeiro ao Ministério da Saúde e para as famílias dos acometidos. Da mesma forma, este estudo demonstra como o aporte nutricional adequado contribui de forma expressiva para o retardo, ou até a diminuição da atrofia muscular.

Alberto Magno Gonçalves, Ilda Machado Fiuza Gonçalves, Lia Machado Fiuza Fialho e Rosa Brígida Simões Barros têm o empenho de demonstrar as dificuldades de interação entre profissionais da saúde na promoção da saúde bucal, visto que cada profissional tem uma formação específica.

Dinara de Moraes Gouveia, Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia, Jorgiana de Oliveira Manguiera, Otávio Vieira Gouveia, Samara Sousa Vasconcelos Gouveia e Samila Sousa Vasconcelos, permeando entre vários paradigmas no que se refere a uma forma de campo de dados para a criação de condições de avaliação e planejamento em promoção de saúde, desfecham a importância da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), necessária para estudantes, profissionais e gestores de saúde.

Esta coletânea reúne uma série de artigos das mais diferentes áreas de atuação que contribuem significativamente como fonte de saber e convida a todos a refletir sobre a temática em torno da educação, saúde e interdisciplinaridade.

Cristine Brandenburg

Fortaleza, 21 de maio de 2014

DINAMARCA: Sistema de Saúde Pública de um País Desenvolvido

Sonia Maag

Cursa Social og Sundhedsassistent (SSA) na escola de saúde Söpu Nordsjaelland – na cidade de Hilleroed. Estagiária no Hospital Herlev – departamento de Urologia H122. Veksøe Sjaelland – Dinamarca

E-mail: sonia@maag.dk

Miriam Viviane Baron

Fisioterapeuta pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela UNINTER/Curitiba. Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS.

E-mail: miriamvbaron@yahoo.com.br

Lia Machado Fiuza Fialho

Pós-Doutora em Educação na Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PB. Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará – UFC/CE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR/CE. Especialista em Inclusão da Criança Especial no Sistema Regular de Ensino – UFC/CE, Pedagoga pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE. Tem experiências na área de Educação, com ênfase em História da Educação e Educação em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: juventude, história oral, escolas, práticas educativas e formação pedagógica.

E-mail: lia_fialho@yahoo.com.br



Primeiramente, gostaríamos de mencionar pontos como a geografia, política, escolaridade, cultura e economia da Dinamarca, para melhor entendimento do contexto geral que se dará na continuidade deste capítulo.

A Dinamarca é um pequeno país com uma população total de cerca 5,4 milhões de habitantes e uma área de aproximadamente 43.094 km². É membro da União Europeia desde 1973, sendo igualmente membro das Nações Unidas, Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial do Comércio e Conselho da Europa (ESTEVEES *et al.*, 2010).

O país se enquadra economicamente como um dos países mais ricos do mundo e apresenta um dos mais elevados níveis de assistência e condições de saúde. A indústria é a principal fonte de renda do país. Com exceção do petróleo, gás natural e solo fértil, o país é escasso em recursos naturais (ESTEVEES *et al.*, 2010).

De acordo com o Denmarks Statistik (2008) e UNI. C Statistik & Analyse (2010), o grau de educação é consideravelmente elevado, e cerca de 30% da população possui diploma de nível superior.

O regime político do país é a monarquia, atualmente regido pela rainha Margrethe II. O governo central possui uma democracia representativa, isto significa que a população é quem indica os representantes dos governos federal, municipal e estadual. O governo federal é regido por um(a) ministro de estado ou primeiro(a) ministro, atualmente regido por Helle Thorning Schmidt, governo este

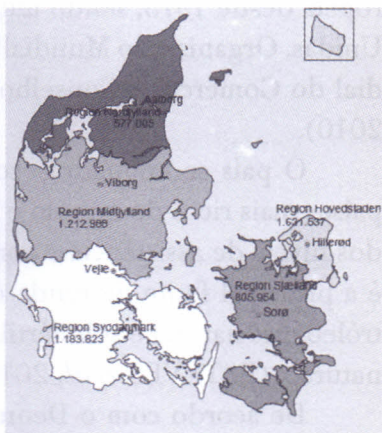
iniciado no primeiro dia de janeiro de 2012. O poder legislativo (Folketinget) juntamente com os governos locais e regionais possui plena autonomia na distribuição e investimentos de seus recursos financeiros.

E as eleições para troca de governos e conselhos eleitos, ocorrem de 4 em 4 anos, simultaneamente com as eleições regionais.

Os governos locais divididem-se em 5 regiões e 98 municípios, conforme o (Sundhed og Indenrigsministeriet de 2010).



Mapa 1 – Localização da Dinamarca na Europa



Mapa 2 – Mapa do país com a localização das 5 regiões

O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E OS RECURSOS FINANCEIROS

O sistema de saúde público dinamarquês está atualmente dividido em cinco regiões, desde a reforma de 2007. Conforme o Finansministeriet (2012) (Ministério das Finanças da Dinamarca), a negociação da distribuição dos recursos financeiros para a saúde é realizada anualmente e

ocorrem juntamente com o governo federal, os conselhos municipais e regionais.

A política regional é constituída pelos hospitais e a promoção da saúde é uma das suas principais atribuições. Aos municípios/prefeituras, competem a responsabilidade pelas escolas, os serviços sociais, a prevenção e a promoção da saúde, bem como alguns cuidados com a saúde.

Ficam a cargo destes governos e conselhos eleitos as atividades e recursos básicos do sistema de saúde, como os serviços de enfermagem, serviços domiciliários, serviço odontológico municipal, campanhas de prevenção e promoção da saúde e instituições para pessoas com diminuição de suas funções físicas ou psíquicas.

Os recursos financeiros para a saúde provêm de uma combinação de impostos nacionais, que é distribuída de forma equivalente pelas regiões com objetivo de minimizar as diferenças econômicas e populacionais existentes entre as regiões.

A população possui livre escolha hospitalar. O regime da livre escolha foi introduzido em 1993, e acontece desde que esta respeite o tempo de espera e limite previsto por lei para cada caso.

Conforme o Sundhedsstyrelsen (2009) (Conselho de Saúde da Dinamarca), depois da primeira consulta por um clínico geral, os pacientes recebem via correio ou e-mail, uma relação de hospitais e prazos previstos para o atendimento. Cada paciente tem o livre-arbítrio para escolher e obter atendimento nos hospitais públicos e também em alguns hospitais privados sem fins lucrativos da Dinamarca, para o tratamento de sua doença, desde que este tenha o mesmo nível de especialização, tanto para cirurgias, exames

ou tratamentos e que seja órgão reconhecido e inspecionado pelo Ministério da Saúde.

A população tem a garantia de atendimento à saúde pública gratuita. Os benefícios e coberturas incluem o acesso a consultas de clínica geral e diferentes especialidades, incluindo oftalmologia e otorrinolaringologia e serviços de emergência médica 24 horas.

O sistema de pagamento aplica-se a serviços de enfermagem domiciliares, dentistas, tratamentos de fisioterapia e medicamentos.

Os exames para a diagnose de doenças são totalmente gratuitos e realizados nos hospitais tanto públicos como privados, ou em clínicas especializadas credenciadas ao sistema de saúde federal. A receita médica é expedida eletronicamente e o próprio paciente arca com as despesas de seu tratamento.

Já as consultas e tratamentos dentários são fornecidos gratuitamente pelo governo municipal para crianças e adolescentes em nível escolar até que estes completem os 18 anos de idade. Após esta faixa etária, cada indivíduo é responsável pela sua saúde bucal, sem contribuição monetária por parte do governo para esta finalidade.

Nos últimos anos, as companhias de seguro privadas com fins lucrativos estão em expansão, numa oferta similar ao seguro de saúde pública, disponibilizando uma cobertura de cuidados hospitalares privados na Dinamarca ou no exterior.

O seguro de saúde privado é essencialmente distribuído através de acordos com empresas sob a forma de seguros de grupo, contribuindo largamente para a forte taxa de crescimento dos sistemas privados.

QUALIDADE DE VIDA E CULTURA DO MOVIMENTO

É impossível comentar o fator qualidade de vida sem mencionar o fator saúde. Saúde e qualidade de vida andam lado a lado e torna-se assim o estilo de vida de uma determinada sociedade.

E na sociedade dinamarquesa, a cultura de uma vida saudável e o cuidado com o meio ambiente faz parte do dia a dia da maioria da população e tem início na infância.

De acordo com uma pesquisa realizada em 2007/2008 do Instituto Europeu sobre qualidade de vida e trabalho na Europa, entre os diferentes aspectos sociais e econômicos que podem influenciar a vida familiar e a saúde, mostrou que, estar em dia com sua saúde é muito importante para manter a qualidade de vida em alta, para 81% dos países europeus entrevistados (RENEHAN, 2009).

Dentre estes, Renehan (2009), cita que os cidadãos dinamarqueses estão no topo da lista dos que estão mais satisfeitos com o nível de qualidade de vida, num total de 85% da população entrevistada. Para melhor entender o que é ter saúde e o que é ter qualidade de vida para os dinamarqueses, é fundamental entender como ela acontece e como é definida.

De acordo com o livro *Sundhedsfremme i hverdagen*, que significa “saúde preventiva diária”, lançado recentemente pela editora Mundsgaard, em que os autores baseiam-se na Teoria de Antonovskys que trata dos estudos da cognitividade e criatividade, esclarecem que, criatividade e aprendizado juntamente são a chave para um processo mais dinâmico de aprendizagem. Os autores conceituam ainda a saúde preventiva como um acontecimento diário de um modo de ser individual, ou de um grupo de pessoas.

Definem saúde como “um conjunto de conceitos que são controlados pela motivação interior de cada indivíduo ou sociedade” (FREDENS; JOHNSEN; THYBO, 2011).

Segundo os autores, a tradução de saúde preventiva pode ser bastante complexa, dependendo de fatores individuais que irão determinar a maneira como agimos e reagimos. O ambiente a nossa volta possui influências na tomada de decisões. Por isso, faz parte da cultura dinamarquesa o acompanhamento, desde a infância, da saúde de forma preventiva, trabalhando-a nas atividades diárias individuais e coletivas.

Der findes ikke én, men flere måder at forstå sundhed på, og der er ikke én, men flere måder at betragte og legitimere bevægelse som sundhedsfremmede praksis på [...] (SVENDSEN, 2010).

[...] não se encontram uma, mas várias maneiras de se entender saúde, e não só uma, mas várias maneiras de definir e legitimar o movimento de prevenção da saúde na prática [...]

De acordo com Svendsen (2010), autora da frase acima, do artigo “Movimento como cultura da saúde”, nos revela que saúde pode ser definida de diferentes maneiras, tudo depende de como a vemos. O artigo refere-se ao movimento de prevenção da saúde que se iniciou nas escolas dinamarquesas.

E baseado nos diferentes pontos de vista, iniciou-se um trabalho com uma série de materiais, recursos físicos e naturais de forma reeducadora, método este que se preconiza desde 1975.

Este modo de pensar e agir saúde como cultura do movimento, retrata uma visão que possui foco para o corpo

e a natureza, e transforma a educação de gerações futuras mais saudáveis e felizes.

Segundo Svendsen (2010), a saúde se define de quatro diferentes formas: saúde como cultura da higiene, saúde como própria realização do corpo, saúde como cultura do consumo e por último, saúde como cultura do movimento.

Primeiramente, precisa-se entender qual a associação que cada indivíduo tem em relação ao que são saúde e qualidade de vida, pois estas são diferentes para todos. Os ajustes necessários concretizam-se primeiramente pelo próprio indivíduo, na família e na escola, e deve ser bem entendido e analisado para se poder trabalhar continuamente e a partir daí, realizar as mudanças e ajustes necessários, bem como seus progressos.

A saúde e qualidade de vida são bem definidas e trabalhadas pelos dinamarqueses, esta definição “individual” acompanha todas as etapas da vida, desde a infância até a velhice, por isso cada indivíduo é responsável pela sua saúde e seu bem-estar geral. Quanto antes a cultura do movimento seja adquirida, melhor saúde e qualidade de vida terão o indivíduo/sociedade.

Nas escolas as crianças aprendem a ser cidadãos pensantes, e que delas depende um futuro com melhor estilo de vida que se tem hoje. Um exemplo, para melhor entendimento: “aprender que os produtos ecológicos além de não degradarem o meio ambiente, possuem maior concentração de vitaminas, proteínas e sais minerais, além de prevenirem uma série de doenças como o câncer”.

Certas escolas proíbem as crianças de ter em suas lancheiras qualquer produto como balas, chocolates e refrigerantes. Regras estas estabelecidas pelos próprios alunos em conjunto com o conselho de pais ou responsáveis.

SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na Dinamarca, o assunto saúde é foco de atenção, pois a população de idosos vem crescendo muito no país, o que gera constantes transformações na esfera das políticas federais, estaduais, regionais e municipais.

A expectativa de vida está acima dos 80 anos, de acordo com Denmark Statistik, 2011. Ao completar os sessenta anos de idade espera-se uma longevidade de 83,7 anos para as mulheres e 81,7 para os homens. E com a qualidade de vida e saúde em alta, a tendência de expectativa de vida é aumentar ainda mais nos próximos anos.

O primeiro setor que trabalha em âmbito municipal possui uma grande responsabilidade em se tratando da saúde e prevenção das doenças, e juntamente a ele trabalham os sindicatos e a população na prevenção e acompanhamento de doenças mais comuns das comunidades locais, numa forma de autoajuda.

O objetivo é a inclusão das pessoas na cultura local e nas atividades de trabalho, acompanhando-as positivamente em suas atividades.

Conforme Eners (2010), pessoas dependentes de acompanhamento e estimulação preservam suas funções físicas e psíquicas através do apoio e estimulação para a execução de suas atividades de vida diária, mantendo sua qualidade de vida.

E os profissionais da saúde têm como foco a utilização dos recursos e habilidades individuais que cada um possui, de forma que trabalha em conjunto, com a utilização de recursos disponíveis no meio em que a pessoa esteja inserida. “Aproveitando-se” das diferentes situações

diárias, desenvolve-se a automotivação que reforça e desenvolve a autoestima e a autoajuda, para que as pessoas consigam realizar suas atividades normais e manter sua rotina diária sem necessidade de ajuda do governo.

Este projeto tem base teórica e se aplica nacionalmente. *Hjælp til selv hjælp* que significa “Ajude a ajudar-se”, tem como ponto de partida a bagagem cultural que cada indivíduo possui, respeitando e utilizando os recursos individuais e do meio cultural para a reestruturação e suprindo as necessidades e funções de cada um (BLICHFELDT, 2010).

A autoajuda é um elemento básico para que cada indivíduo possa reestruturar seu dia a dia, aprendendo a viver normalmente, apesar de ter um impedimento físico, por exemplo.

Conforme o portal nacional da saúde, dentre as doenças mais comuns entre os dinamarqueses, estão relacionadas uma lista de oito: a infecção urinária, o diabetes, a depressão, as doenças cardiovasculares, o câncer, a artrite e artrose, doenças pulmonares e a osteoporose. A maioria destas doenças é causada por uma vida sedentária e poderia e pode ser prevenida em um futuro próximo se estas pessoas mantiverem as oito dicas de saúde sugeridas pelo Ministério da Saúde (RUGH *et al.*, 2008).



Figura 1 – Dicas de saúde sugeridas pelo Ministério da Saúde da Dinamarca

MORADIAS CONJUNTAS, ASILOS E HOSPÍCIOS

Ao completar sessenta anos de idade, todo e qualquer cidadão que, por algum motivo tiver suas funções físicas e psíquicas minimizadas, recebe uma mensagem da prefeitura, oferecendo ajuda para as atividades diárias, caso este possua algum problema que o impeça de realizá-las. Ou ainda nos casos de decreto por invalidez antecipada causadas por acidentes, derrames cerebrais entre outros.

Todos têm a possibilidade de se mudar para um local mais central, para casas que possuem fácil acesso a centros de compras e com a possibilidade de ter atendimento diário individualizado da equipe de saúde, conforme a necessidade de cada um.

Existem profissionais da saúde destinados a realizar este trabalho, e após realizar visita as pessoas, determinam as mudanças necessárias. Após determinar qual o tipo de ajuda que a pessoa necessitará, estes transmitem a informação sobre a oferta de mudança para os endereços que estejam vagos, conforme a necessidade.

Estes profissionais também são contatados pelos hospitais que, por sua vez, contatam a central de materiais e equipamentos que facilitarão o retorno e o bem-estar do paciente para sua casa. Por exemplo: uma senhora idosa que sofreu uma cirurgia no quadril. Após a alta hospitalar esta senhora terá de seguir um acompanhamento e treinamento em grupo com fisioterapeutas nos centros mais próximos de sua residência.

E um ergoterapeuta irá solicitar aparelhos ou equipamentos para o retorno a sua residência, como por exemplo: uma cama hospitalar, elevação do vaso sanitário que facilite

o movimento de descida e subida ao ir ao banheiro, muletas, cadeira de rodas, entre outros.

Se a casa tiver muitas escadas que impeçam seu retorno imediato, a pessoa tem a possibilidade de residir em um centro de reeducação e reestabilização física por algumas semanas até sua recuperação parcial, se esta for possível. Tudo que facilite o seu restabelecimento de forma rápida e efetiva para a continuação de uma vida normal.

No caso de um morador não ter a possibilidade de retornar ou continuar em sua residência habitual, existem dois tipos de moradia que a pessoa pode optar: (1) asilos onde há profissionais da saúde 24 horas, ou (2) casas de quatro cômodos que são construídas em blocos, onde recebem a visita de profissionais da saúde de acordo com a necessidade individual.

Em caso de piora da saúde, o morador recebe mais visitas do que o normal, ou se necessário muda-se para os asilos onde sempre tem alguém por perto, evitando assim quedas de escadarias, por exemplo, pois estes locais possuem melhores recursos de infraestrutura e equipamentos adequados de segurança, alimentação adequada, higiene e limpeza. Em último caso, o morador é direcionado para hospícios onde existem equipes especializadas em cuidados paliativos e todos os recursos para um final de vida tranquilo e sem dor.

As ajudas domiciliares são individualizadas e prestadas pelos profissionais da saúde. A equipe administra o remédio no horário, ajuda a servir a refeição, ajuda no banho, ajuda a pôr a roupa, a organizar a casa, a passar o aspirador de pó, nas visitas ao banheiro, ajuda e motiva passeios no jardim, entre outras, como visitas para observar se a pessoa está em casa e se está tudo na sua devida ordem.

Estas casas geralmente possuem quatro cômodos, e são construídas com um padrão de facilidade de acesso e deslocamento no seu interior e exterior. O acesso a casa não possui escadas, e o jardim é de fácil acesso. O banheiro costuma ter espaço para quem possui cadeira de rodas, e existe a possibilidade de instalação de lifts (elevadores de carga) para paráliticos. As ruas são pavimentadas e disponibilizam curtos trechos até os centros comerciais e o transporte público.

As moradias podem ser solicitadas na prefeitura pela família do morador, vizinhos (já que existem muitas pessoas sem família), pelo próprio morador ou um profissional da saúde.



Foto 1 – Moradias em Bloco – (Damgårdsparken Stenløse- DK).

Nas casas em bloco e asilos geralmente residem idosos, viúvos, pessoas que não possuem família e pessoas com alguma deficiência física e mental, desde que estas não representem nenhum perigo social.

As casas/moradias em bloco são alugadas a um valor equivalente a renda mensal do morador, e em alguns casos o governo municipal ajuda no pagamento do aluguel.

As pessoas que nelas residem podem ficar até o momento em que se recuperarem e tenham clareza mental para tomarem decisões do dia a dia. Algumas residem nessas moradias até o fim de suas vidas.

A CULTURA DO MOVIMENTO E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Conforme Svendsen (2010), a cultura do movimento e da prevenção de doenças se dá nas mais diferentes formas e meios. Com uma visão construtivista é possível melhorar a qualidade de vida de uma sociedade. A seguir, citamos alguns dos fatores que contribuem diariamente para a mudança. Por exemplo, projetos instituídos como cursos, trabalho voluntário, reestruturação de cantinas nas escolas e empresas, ginástica nos hospitais, estão inseridos na cultura contemporânea da Dinamarca.

As prefeituras e organizações não governamentais, empresas, bem como sindicatos trabalham de forma ativa oferecendo cursos, porque têm o objetivo de favorecer o bem-estar social e o aprimoramento educacional das pessoas, abrangendo todas as faixas etárias e níveis sociais.

A maioria dos cursos oferecidos é gratuita para toda a comunidade, e ocorrem em diversas áreas, respeitando os diferentes níveis de aprendizado em que cada aluno se encontra.

O curso de informática para idosos, por exemplo, dá-se de acordo com o interesse dos alunos. As aulas são ministradas de forma instrutiva, para que os alunos se sintam seguros a manipular a internet e realizar atividades como: acessar, checar e responder e-mails, inserir pastas, arquivos, fotos e salvar documentos (ERSTED, 2011). E se tornam

meios mais fáceis para participar, agir e interagir de forma ativa na sociedade moderna, tornando-se assim um meio de fácil acesso ao boletim médico hospitalar, a marcação de consultas e exames. Diminuindo, desta forma, filas e tempo de espera, além de ser um conforto especialmente para quem tem dificuldade de locomoção, como as pessoas com deficiência física.

Os sindicatos e asilos também promovem e proporcionam passeios em shopping centers, pontos turísticos, exposições, feiras, viagens internacionais, ginástica e dança. Além da participação em congressos e decisões municipais, atividades estas que resultam em diversos resultados positivos na participação ativa destes. E desta forma, conforme Rugh *et al.* (2008), estimulando e melhorando a capacidade de integração no meio social onde estão inseridos, melhorando suas capacidades psíquicas e físicas.

As empresas em geral também aprimoram a qualidade de seus funcionários, de maneira que estimulam e os beneficiam com cursos, pós-graduações, experiências internacionais, pois querem que seus funcionários desempenhem a qualidade máxima.

E isso só é possível porque estão atentos as mudanças que acontecem, reagindo assim de forma inovadora no cenário nacional e internacional para não perder a competitividade.

As empresas também apreciam o fato dos funcionários realizarem trabalhos voluntários. E muitas disponibilizam uma hora da jornada de trabalho para realização de tal atividade.

E grande parte da população, por não possuir muitos membros na família, acaba por se isolar da comunidade e

sociedade onde vive. Por isso, as prefeituras, bem como as igrejas possuem departamentos onde todos que possuem algum tempo disponível, podem prestar trabalho voluntário, podendo ser numa frequência diária, semanal, mensal ou anual.

De acordo com Hjære e Madsen (2010), que realizaram uma pesquisa sobre o bem-estar social e voluntariado na Dinamarca, apontou que em 2004 havia 35% da população já praticando trabalho voluntário. Atualmente, este número está em torno do dobro de percentual em relação à última pesquisa, e conta também com o aumento da participação de jovens no projeto, bem como tem recebido grande interesse por diversas instituições.

A pesquisa também apontou que a faixa etária de quem participa mais ativamente no projeto é de 40 a 49 anos de idade, num total de 55%. Os homens praticantes com 46% são maioria em comparação a 40% das mulheres participantes (HJÆRE; MADSEN, 2010).

Segundo os mesmos autores, os homens se interessam em contribuir voluntariamente nas atividades esportivas, políticas e na moradia, enquanto que as mulheres possuem mais interesse nas atividades sociais, culturais e educativas.

Nas escolas e grande parte das empresas, preocupadas com o aumento dos *fast food*, obesidade e doenças, está se adotando uma nova estruturação das cantinas para tornar o horário das refeições mais saudável. Ao invés de cantinas repletas de doces, chocolates e refrigerantes entre outras guloseimas, encontra-se grande variedade de frutas da estação, sucos e legumes frescos, saladas em geral e sanduíches de pães integrais.

CONTROLE DA SAÚDE

Como já mencionado anteriormente, todos os setores federal, estadual e municipal, têm individualmente a responsabilidade de manter a saúde e o bem-estar da população, bem como a prevenção de doenças por meio de campanhas de saúde (BLICHFELDT, 2010).

Um bom exemplo a ser citado é o ônibus da saúde, onde a população gratuitamente pode fazer um check-up básico da condição física, medir o colesterol e a taxa de glicemia, verificar a pressão arterial, receber informações sobre o controle de peso, tabagismo, receber dicas e boletins informativos e tirar dúvidas.

A ginástica também faz parte da receita médica. A ordenação é possível a partir do próprio médico ou após o período de internação hospitalar. Com a receita, o paciente passa por uma avaliação contínua da sua saúde analisando as funções cardíacas, pulmonar, condição nutricional, controle do peso, força muscular e a mobilidade das articulações.

Conforme Bitz (2012), expert em nutrição, comenta que

se você quiser ter uma vida saudável, também precisa entender que, além de alimentar-se adequadamente também precisa realizar alguma atividade física, precisa ter espaço para diversão e coisas que proporcionem a você qualidade de vida, feche a boca e mexa o bumbum.

Poucos exercícios, alimentação inadequada e movimentos errados causam sérios problemas ao corpo e a saúde física e psíquica. E quando a atividade física não faz parte do dia a dia, é indicada a prática de esportes para manter a habilidade de movimento do corpo (RUGH *et al.*, 2008; AAGERUP; RASMUSSEN, 2008).

Os atendimentos ocorrem semanalmente e cada visita acontece em diferentes localidades do município, geralmente perto de centros comerciais para melhor deslocamento dos moradores. Estes são efetuados por uma equipe de enfermeiras e médicos. A permanência da equipe é geralmente em torno de quatro horas, dependendo do número de visitantes.



Foto 2 – Ônibus da Saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma sociedade que possui uma estrutura socialmente equilibrada, política e cultural organizada, possui os fatores necessários para a concretização da qualidade do padrão e estilo de vida de sua população, bem como a expansão da economia e do crescimento dos mercados no cenário nacional e internacional.

Recursos financeiros bem distribuídos na saúde, quando bem aplicados, aprimoram o sistema de comunicação interna entre os diferentes departamentos de saúde, tornando-se assim possível um trabalho focado na prevenção de uma série de doenças e abertura para diversos campos de pesquisa e desenvolvimento.

Bons exemplos podem e devem servir de inspiração para outras sociedades em desenvolvimento para que essas também melhorem suas estruturas e especialidades.

Para se obter qualidade e estilo de vida de alto nível, é necessário uma série de fatores como informações, investimentos, pesquisas, influências da sociedade, influência políticas, leis, entre outros. Pois esta junção de elementos e fatores faz parte de um conjunto complexo e ao mesmo tempo flexível, em que tudo que se constrói também passa por um processo de aprimoramento e mudanças no decorrer dos anos, assim como as pessoas nelas envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAGERUP, L.; RASMUSSEN, H. B. *Pædagogik med psykologi*, 5 rev – Denmark, 2008.

BITZ, Christian. *Mídia*: Speakersclub.dk – Ernæringsseks-pert Christian Bitz, Denmark. Disponível em: <<http://speakersclub.dk>>. Acesso em: fev. 2012.

BLICHFELDT, J. Sygehusvalg – cap 19, § 79, stk. 2, 2009; Regionens ansvar: cap 74; Hjælp til selv hjælp: cap 38. København – Denmark, 2010. Disponível em: <<https://www.retsinformation.dk>>. Acesso em: dez. 2011.

ENERS, A. C. Lærebog i Social-og samfundsfag. 3. ed. Rev – Denmark, [s.n.], 2010.

ERSTED, B. Jornal: FuresøAvis, Weekend – SeniorAvis. Farum, Denmark p. 19 de 8. dez – Denmark, 2011.

ESTEVEES, A.; et al. *Faculdade do Porto*. Dissertação (Mestrado em Gestão de Economia: Serviços de saúde, regulação,

- sistemas e políticas de saúde) – Portugal, 2010. Disponível em: <<http://www.slideboom.com>>. Acesso em: dez. 2011.
- FREDENS, K.; JOHNSEN, T.J.; THYBO, P. Sundhedsfremme i hverdagen: få mennesker du møder til at vokse. Denmark. 2011. p. 86,104, 186-195.
- Finansministeriet, 2012. Artigo: Kommuner og regioner. Disponível em: <<http://www.fm.dk>>. Acesso em: fev. 2012.
- HJÆRE, M; MADSEN, O. C., 2010 “Den frivillige sociale indsats – Årsrapport 2010”. Disponível em: <<http://www.frivillighed.dk>>. Acesso em: fev. 2012.
- Økonomi og Indenrigsministeriet 2012. Samfund og rettigheder, politik og valgsystem. København K, Denmark. Disponível em: <<https://www.borger.dk>>. Acesso em: fev. 2012.
- RENEHAN, T., 2009. “Segunda pesquisa europeia sobre a qualidade de vida”. p. 2, Dublin – Irlanda, 2007. Disponível em: <http://ec.europa.eu/danmark/eu-politik/alle_emner/statistik/2009/090403_livsallitet_da.htm>. Acesso em: dez. 2011.
- /Ritzau/. Artigo: Vi lever længere og længere, 17 fev. 2011. Byen.nu – Denmark. Disponível em: <<http://www.byen.nu>>. Acesso em: dez. 2011.
- RUGH, C; et al. *Kultur og Aktivitetsfag*, 5. rev – Denmark: [s.n.], 2008.
- Sundhedsstyrelsen, 2009. Ny vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver § 119 stk 3 – cap 2-3 – 17 dec 2009. København S, Denmark. Disponível em: <<http://www.sst.dk>>. Acesso em: nov. 2011.
- SUNDHED og Indenrigsministeriet. Mapa das 5 regiões – Kommunal Reform – Denmark. Disponível em: <<http://www.sm.dk> e <http://www.im.dk/>>. Acesso em: dez. 2011.

SVENDSEN, A. M. *Bevægelser i Sundhedskultur*. 1 p. 69-81, Odense, Syddansk Universitetsforlag – Denmark, 2010.

UNDERVISNINGSMINISTERIETS & UNI. C *Estatística & Análise* 2009 – Artigo: Tal der taler p.87. Denmark, 2010.

Disponível em: <<http://www.ug.dk>>. Acesso em: fev. 2012.

FISIOTERAPIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Raízes e Desafios

Cristine Brandenburg

Fisioterapeuta graduada em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS; cursa Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE; Mestranda em Educação Brasileira Universidade Federal do Ceará – UFC/CE; Bolsista CNPq. Desenvolve pesquisas com ênfase em Educação, Úlceras por Pressão, Incontinência Urinária, Cão terapeuta em Idosos Institucionalizados, Ações para o Envelhecimento com Qualidade de Vida e Saúde Pública.

E-mail: cristine_brandenburg@hotmail.com

Aline Barbosa Teixeira Martins

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Fortaleza UNIFOR – CE. Especialista em Fisioterapia Dermato-Funcional pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR/CE. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR/CE. Docente da Faculdade Nordeste – FANOR/CE e da Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO/CE.

E-mail: alinebate@yahoo.com.br

José Rogério Santana

Graduado em Pedagogia (UFC). Mestre em Educação Brasileira (UFC). Doutor em Educação Brasileira (UFC). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Ceará no Instituto UFC Virtual trabalhando com Educação a Distância (EaD). Integrante do Núcleo de Pesquisa História e Memória (UFC). Possui experiência na área de Educação, com ênfase em Tecnologia Educacional, Educação a Distância e Ensino de Matemática, atuando principalmente nos seguintes temas: informática educativa, educação a distância, educação matemática, geometria dinâmica e formação de professores. Também desenvolve trabalhos sobre a relação Imagem e Memória na perspectiva da Pedagogia das Imagens Culturais.

E-mail: rogerio@virtual.ufc.br

José Carlos Figueiredo Martins

Médico Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará – UFC/CE. Título de Especialista em Medicina Legal e Perícia Médica. Especialista em Medicina do Trabalho. Médico Perito do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Médico auditor da CAMED. Professor do Master Concursos.

E-mail: jcarlosfm2000@yahoo.com.br



O SURGIMENTO DA FISIOTERAPIA COMO CIÊNCIA

A Fisioterapia é uma ciência que teve seus primórdios na Antiguidade (4.000 a.C. e 395 d.C.). Desde aquela época já havia certa ansiedade em abolir doenças por meio de alternativas e utensílios que existiam na época. O peixe elétrico era usado como um recurso em eletroterapia, já as massagens e ginásticas acreditava-se que estava nas mãos dos sacerdotes como fins terapêuticos (REBELATO e BOTOMÉ, 1999).

Em 2.698 a.C., apareceram na China os primeiros registros do uso de meios físicos com o desígnio terapêutico no caso exclusivo da cinesioterapia; logo depois, na Índia. De acordo com Gava (2004) os recursos físicos naturais, como banhos de sol, já eram utilizados como tratamentos medicinais em toda antiguidade.

A fisioterapia surgiu na metade do século XIX na Europa com as primeiras escolas na Alemanha, nas cidades de Kiel, em 1902, e Dresden, em 1918. A fisioterapia surge com grande evidência no cenário mundial na Inglaterra, com os trabalhos de massoterapia desempenhados pelos autores Mendell e Cyriax; os trabalhos de cinesioterapia respiratória realizados por Winifred Linton em Londres e especialmente os trabalhos de fisioterapia neurológica realizados em conjunto com a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath, que instituíram o método

Bobath, para o tratamento de pacientes com paralisia cerebral (GAVA, 2004).

Segundo Gava (2004) em 1948, em Londres, foi criada a World Confederation for Physical Therapy (WCPT), que se aliou à Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de impulsionar a fisioterapia no mundo.

A FISIOTERAPIA NO BRASIL

A fisioterapia surgiu como uma “especialidade paramédica” (HOUAISS, 2001) com o objetivo de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva ou, pelo menos, atenuar seu sofrimento quando não fosse possível reabilitá-las (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Em 1929, na Santa Casa de Misericórdia, em São Paulo, teve início a fisioterapia no Brasil e o primeiro curso para formação de técnicos. Em 1959, foi instituída a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), que se filiou ao World Confederation for Physical Therapy (WCPT), cuja meta era procurar o auxílio técnico, científico e sociocultural para a ampliação da profissão. Em 1963, o fisioterapeuta passa a ser auxiliar do médico, só podendo trabalhar sob supervisão do mesmo (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO).

No Brasil, foi criada como profissão de nível superior em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, que, em seu art. 3º, estabeleceu que “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.” (BRASIL, 1969).

Em 1975, a partir da criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO), pela Lei nº 6.316, começou-se o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia. O Conselho tinha como uma das suas principais atividades a de exercer função normativa, e emitiu, em fevereiro de 1978, a Resolução COFITTO nº 08, aprovando as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta. Após refletir sobre o movimento da saúde vigente, definiu-se como atos desse profissional, “planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.” (BRASIL, 1978).

Em relação ao Decreto-Lei nº 938/69, a Resolução COFITTO nº 08/78 ampliou consideravelmente o campo de atuação do fisioterapeuta, tanto em relação aos níveis de assistência (prevenção primária, secundária e terciária) quanto também no foco da atenção, passando a apreender a saúde do indivíduo como um todo e não mais apenas no que diz respeito à sua capacidade física.

A partir do momento em que os fisioterapeutas ampliaram seu campo de atuação e mostraram-se aptos a contribuir, também, na prevenção primária, criou-se a necessidade de rever e reestruturar sua prática. O processo de transformação, no entanto, ficou incompleto, na medida em que faltou atribuir a si, na regulamentação, ações de educação em saúde e prevenção de doenças (REZENDE *et al.* 2009; MENDES e MORAIS, 2002; SILVA, TRELHA e ALMEIDA, 2005).

Em maio de 1987, após a 8ª CNS, a Resolução COFFITO nº 80, por meio de atos complementares, buscou ampliar

as atribuições do fisioterapeuta expressas na Resolução nº 08/78, numa perspectiva que procurou adequar a Fisioterapia ao novo momento do cenário sanitário brasileiro.

Dentre as considerações da Resolução nº 80, deve ser destacada aquela que alude ao objeto de estudo e trabalho do fisioterapeuta:

A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função. (BRASIL, 1987).

Visto por esse ângulo, o fisioterapeuta deve atuar em interação com outros profissionais, para melhor compreender e poder interferir positivamente, com o intuito de ampliar e de tornar mais rica e prazerosa a relação permanente do indivíduo com seu ambiente.

É também papel do fisioterapeuta refletir conjuntamente com os usuários dos serviços de saúde sobre a própria relação com o seu corpo mediante o espaço, ou seja, o meio em que vive e outras pessoas, de modo a fazê-los com que sejam conscientes dos seus próprios atos na manutenção da sua saúde. Dessa forma será possível realizar ações que visem à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Esta consideração atesta o fisioterapeuta como sendo um profissional capaz de atuar na atenção básica, ou seja, o primeiro nível de atenção do sistema de assistência à saúde, articulado com os demais, com o intuito de garantir mais acesso aos cuidados e integralidade da atenção. Permanece,

assim, em consoante com a Declaração de Alma-Ata de que os cuidados primários “têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Veiga *et al* (2004) afirmam que em meados do século XX, houve a necessidade de expandir e melhorar nos atendimentos oferecidos à população, no sentido de transformar o modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador em um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e, principalmente, que incluísse a participação da comunidade e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais de saúde.

Foram muitas as propostas para instituir uma rede de serviços direcionada às atenções primárias à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, começando pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) foi criado em 1980, no entanto não foi posto em prática. Em seguida, pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, foi cumprida a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), um artifício de grande prestígio para o seguimento de descentralização da saúde (BRASIL, 2006).

Em março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, percebeu-se a necessidade evidente de modificações no setor da saúde, responsabilizando o Estado pela

garantia de saúde a todo cidadão brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Esta conferência influenciou significativamente dois processos que tiveram início em 1987: no Executivo, a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), com a concentração de poder nas secretarias estaduais de saúde e início do desmonte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (CARVALHO, MARTIN e CORDONI, 2001) e, no Legislativo, a elaboração da Constituição de 1988 (MENDES, 1995).

Na constituição de 1988, com a finalidade de se modificar a desigualdade à saúde da população o Ministério da Saúde assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil a partir de um referencial de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados (SILVA, TRELHA, ALMEIDA, 2005).

Surge então, pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, o SUS que torna obrigatório o atendimento à população gratuitamente. Dele, fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisas, onde todos têm direito a consultas, exames e internações, nas unidades que são vinculadas aos SUS, sejam elas públicas ou privadas (BRASIL, 1988).

De acordo com Rezende *et al* (2009) o SUS, resultado de um processo de lutas políticas e setoriais capitaneadas pelo movimento sanitário brasileiro, tem a missão de garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Propõe, como horizonte, a superação dos limites do

modelo médico-assistencial privatista, que tem como bases a especialização do profissional e a ênfase na doença e no processo de cura.

O SUS é uma forma de organização do sistema de saúde do país, baseado nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade. Possui como modelo a atenção integral à saúde, diferenciando-se do modelo de atenção à saúde anterior, que era centrado na doença.

O SUS é financiado com capital arrecadado por impostos e contribuições sociais pagos pela população e dispõe dos recursos do governo federal, estadual e municipal; tem como objetivo tornar-se um importante mecanismo de promoção à igualdade na prestação de serviços, suprimindo as necessidades da saúde da população, oferecendo serviços com qualidades adequadas às situações, independentemente da classe social.

O SUS destina-se à promoção da saúde, tendo como prioridade as ações preventivas, democratizando os esclarecimentos importantes para que a população conheça seus direitos e riscos quanto à saúde. O controle do acontecimento da doença, o aumento e a propagação (vigilância epidemiológica), o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos e higiene, são algumas das responsabilidades de atenção do SUS. Quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para atender à demanda de uma determinada região, se contrata o setor privado, através de convênios de prestação de serviço ao estado (BRASIL, 2004).

Os níveis de atenção à saúde são classificados em primário, secundário e terciário, sendo que o primário compreende as ações voltadas para medidas preventivas,

no campo da educação e da informação, junto a pessoas, grupos e a comunidade em geral. O nível secundário se refere às formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce. O nível terciário inclui o atendimento de serviços hospitalares, institucionais, comunitários e a organização dos serviços de saúde, envolvendo maior grau de complexidade, a fim de adequar a atenção aos casos de violência em termos de tratamento ou reabilitação (GOMES, SILVA e NJAINE, 1999).

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Com intuito de melhorar a saúde do cidadão brasileiro, em 1991 foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo principal de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil (BRASIL, 1998).

Surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoções de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. Desde seu surgimento, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, porém, para ser sustentada, necessita de um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2006).

O PSF é desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade para atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade e elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (DOMINGUEZ, 1998).

O PSF, respeitando as diretrizes do SUS, propõe um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde familiar. De acordo com Souza (1999) o PSF passa a ser a consolidação do SUS. A proposta do programa vem conquistando adeptos, sendo uma estratégia que destaca a abordagem multiprofissional e ações preventivas de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2004).

É formado por uma equipe mínima multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACSs) e cirurgiã-dentista. Outros profissionais podem ser incluídos de acordo com as necessidades locais. A lógica de trabalho está baseada na atuação em área delimitada e seus profissionais devem adequar-se a uma nova forma de trabalho em tempo integral e em equipe com participação da comunidade e com inclusão do planejamento na prática individual (MARGUES e MENDES, 2002).

As equipes da Saúde da Família devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias sob sua cobertura, com relação aos indicadores sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais essa população está exposta; elaborar juntamente com a comunidade planos

locais para enfrentamento dos problemas de saúde; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea; desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde locais (BRASIL, 2001).

Com a implantação do PSF, observou-se a necessidade e importância da inserção do fisioterapeuta na equipe, visando mais promoção e prevenção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida (COSTA e MENEZES, 2000).

A ATUAL SITUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O fisioterapeuta pode atuar em todos os níveis de atenção à saúde, sendo estes primário, secundário e terciário, dentro da equipe interdisciplinar. Contudo, em função de aspectos de ordem político-econômica e organizacionais, sua ocupação é pouco transmitida e subutilizada. Todavia, vagarosamente, demonstrações isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da fisioterapia no Programa de Saúde da Família abrange ainda mais a atenção de saúde da população (BRASIL *et al.*, 2005).

A atuação do fisioterapeuta não se limita apenas ao setor curativo e de reabilitação; as ações de prevenção e educação em saúde são essenciais para a melhora da qualidade de vida da população e as intervenções no atendimento domiciliar podem levar à positividade na relação do paciente com o meio, tanto físico quanto social (MACIEL *et al.*, 2005).

De acordo com Maciel *et al.* (2005) o potencial do fisioterapeuta é mostrado pelos trabalhos que vêm sendo

realizado no PSF, instituídos na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde são incluídas as mais diversas atividades, como: grupos de gestantes, grupos de postura, grupos de saúde da criança, grupo de idosos, grupos para trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e de doenças do trabalho, grupos de escolares, grupos de diabéticos e hipertensos, grupos para portadores de hanseníase etc.

Também conforme Ferreira *et al.* (2005), a fisioterapia pode proceder junto à equipe, realizando atendimentos domiciliários em pacientes acamados ou impossibilitados, realizando atividades para que consigam desenvolver suas atividades de vida diária (AVD), melhorando a qualidade de vida e evitando possíveis complicações. A participação da fisioterapia na saúde coletiva compõe-se de uma contribuição imperativa que pode viabilizar mais decisão junto a outros profissionais.

Em seu estudo, Ferreira *et al.* (2005) definem que a participação da fisioterapia na saúde coletiva estabelece-se em uma cooperação imperativa, que pode viabilizar mais decisão em conjunto com outros profissionais.

Pereira *et al.* (2004) e Tesserolli (2003) especificam que o fisioterapeuta deve ter a habilidade de adaptar ações e instrumentos terapêuticos de acordo com os recursos disponíveis na comunidade. O profissional fisioterapeuta na equipe de saúde da família realiza também atividades educativas, como palestras, em que necessita de habilidade em comunicação, além da necessidade de prover orientações diversas.

A atuação do fisioterapeuta nas UBS e nos domicílios vai além da atenção direta ao paciente, mantendo contato com a família, propondo a educação e capacitação dos

membros da família para os cuidados com o paciente (FELÍCIO *et al.*, 2005).

Hoje, a presença escassa do Fisioterapeuta no PSF é questionada. Sob o ponto de vista crítico, seria de suma importância a inserção deste profissional no programa, com o objetivo de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das diversas enfermidades. Esses profissionais devem se identificar com a proposta de trabalho do PSF, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupos, tendo cada um que conhecer os limites de competências e a responsabilidade operacional como profissional e sua inserção nas atividades da equipe (SOUZA e CARVALHO, 2003).

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

A proposta atual do Ministério da Saúde para a inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família é que seja realizada através dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria nº 1.065/GM, de 4 de julho de 2005.

Contudo, considerando o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), a melhoria da qualidade e a resolubilidade da Atenção Básica, foi criado em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS n. 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência (BRASIL, 2008).

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as prá-

ticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF está cadastrado (BARBOSA *et al.*, 2008; MONKEN e BARCELLOS, 2005; BRASIL, 2008).

De acordo com Brandão *et al.* (2008) o NASF mostra-se como sendo o espaço ideal para a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica principalmente por considerar o usuário na sua integralidade, envolvendo questões relacionadas à saúde como moradia, saneamento básico, renda, lazer, acesso aos serviços de saúde. Este conceito não está limitado apenas à doença, mas sim à saúde e a qualidade de vida. Neto e Menezes (2000) afirmam que a operacionalização do NASF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e diretrizes fundamentais com o objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral.

É determinado que o NASF seja classificado em duas modalidades distintas (NASF 01 ou NASF 02), ficando vetada a implantação das duas modalidades no mesmo município. Assim, poderão compor o NASF 01: médico acupunturista, assistente social, professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional, podendo estes ser alocados de acordo com a necessidade do município. A regra é ter no mínimo cinco categorias profissionais em cada NASF 01. Já a modalidade NASF 02 pode ser composta por no mínimo três profissionais das seguintes categorias: assistente social, profissional da Educação Física,

farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sendo esta modalidade permitida apenas para municípios com menos de 100 mil habitantes ou que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado (BRASIL, 2008; CONASS, 2007).

Os profissionais que compõem as equipes do NASF preenchem seis categorias distintas, seguindo as normas da portaria: fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, nutricionista, preparador físico e psicólogo. Estas categorias foram escolhidas por causa da demanda reprimida de pacientes para essas áreas e pelos diversos agravos à saúde crônicos, incapacitantes e sociais dos territórios definidos no município (BARBOSA *et al.*, 2008).

Em consonância com a Portaria, estabeleceu-se que o NASF não é porta de entrada do serviço na rede, ficando como uma equipe integrada ao PSF, no qual serve de referência para os médicos, enfermeiros e odontólogos da unidade. Os demais profissionais da rede ficaram impossibilitados de encaminhar pacientes diretamente para as categorias profissionais do NASF sem que esse passe por uma consulta na ESF referente à sua área de abrangência (BARBOSA *et al.*, 2008).

A FISIOTERAPIA NA SAÚDE PÚBLICA

De acordo com Ribeiro (2002), o modo como o fisioterapeuta vem se inserindo na rede pública de saúde está ligado ao seu surgimento, pois teve início e evolução baseada na reabilitação. Assim, os serviços de fisioterapia acabaram sendo excluídos da rede básica, acarretando uma

grande dificuldade de acesso da população a esses serviços. Atualmente, o papel do fisioterapeuta está centrado em um profissional que se insira nos três níveis de atenção à saúde, inclusive na atenção básica, recuperando a funcionalidade e prevenindo disfunções cinético-funcionais.

Para a conquista desses saberes e práticas, o fisioterapeuta apresenta especificidades que podem vir a contribuir para enfrentar o desafio da integralidade do SUS como destaca Barros (2002, p. 9):

O Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apoiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras.

A partir do seu objeto de atuação – o movimento humano – a fisioterapia responde, com suas práticas, aos estudos epidemiológicos acerca dos fatores de risco para as doenças não transmissíveis. Dessa forma, o fisioterapeuta torna-se imprescindível em estimular a população a adotar modos de vida não sedentários, com o objetivo de prevenir doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2004).

Diante disto, as ações preventivas da fisioterapia podem colaborar para a redução do consumo de medicamentos, estimulando ações em grupos e a formação de redes de apoio social. Dessa forma, possibilitará a participação

ativa dos usuários do SUS na construção de projetos terapêuticos individuais e na identificação das práticas a serem desenvolvidas em determinada comunidade.

A população assistida e a Fisioterapia podem estar unidas na construção de uma política local inovadora e inclusiva, permitindo que a comunidade, mesmo diante de situações de agravamento ou doença, possam manter a sua integridade funcional.

Assim, estabeleceu-se que o fisioterapeuta está apto a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em saúde pública, contribuindo com o planejamento, a investigação e os estudos epidemiológicos; participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva; avaliar a qualidade, a eficácia e os riscos à saúde decorrentes de equipamentos de uso fisioterapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, E. G. FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. *et al.* *Projeto do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família*. Secretaria Municipal de Saúde: Departamento de Atenção à Saúde. Governador Valadares: [s.n.], 2008.
- BARROS, FBM. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
- BRANDÃO, A. C. S. *et al.* A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo. *Revista Fisioterapia Brasil*, v. 9, n. 2, mar./abr. 2008.
- BRASIL, A. C. O. *et al.* O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *RBPS*, 2005, v. 18, n. 1, p.3-6.

_____. Decreto-Lei nº 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1969, 14 out.

_____. Resolução COFFITO nº 08. Aprova as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1978. 13 nov.

_____. Ministério da Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde, 8ª Conferência Nacional de Saúde/ Relatório Final-1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Resolução COFFITO nº 80. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1987. 21 maio.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990.

_____. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. *Programa de Saúde da Família*. Brasil, Brasília, 2001.

_____. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS*. Brasília, 2004.

_____. *Núcleo de Saúde Integral*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção básica: saúde da família*. [site na Internet]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>.> Acesso em: 3 ago. 2006.

_____. *Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde-prósuaúde*. Brasília: MS; 2005.

_____. Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica/Saúde da Família – Brasil 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> Acesso em: 7 out. 2007.

CARVALHO, B. G. MARTIN, G. B. CORDONI, JR. LA. Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. SOARES, D. A. CORDONI JR., L. A. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL; 2001.

CONASS. Núcleos de apoio à saúde da família. 2007. Acesso em: 25 jul. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>.

COSTA, N.; MENEZES, M. *A implantação da unidade de saúde da família*. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. 2000.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

DOMINGUEZ, BNR. *O Programa de Saúde da Família – como fazer*. São Paulo: Parma; 1998.

FELÍCIO, D. N. L.; FRANCO, A. L. V.; TORQUATO. M. E. A. et al. *Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador*. *RBPS*, 2005, v. 18, n. 2, p. 64-69.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Eletrônico Aurélio*. Versão 5.11. Curitiba: Positivo Informática Ltda, 2004.

FERREIRA, F. N.; LEÃO I; SAQUETO. M. B; FERNANDES, M. H. *Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato*

de caso de uma paciente com AVE. *Rev. Saúde.Com*, 2005, v. 1, n. 1, p. 35-43.

GAVA, M, V. Retrospectiva da formação do fisioterapeuta no Brasil. In: GAVA, M, V. (Org.). *Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas*. São Bernardo: Metodista; 2004. p.27-30.

GOMES R; SILVA. C. M. F. P; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Cien. Saude Colet*, 1999, v. 4, n. 1, p. 171-181.

MACIEL, R. V. *et al*. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento* 2005, v. 18, n. 1, p. 11- 17.

MENDES E. C; MORAIS, M. I. D. M. O Papel do Fisioterapeuta em Saúde Pública no Século XXI – Uma Abordagem em Parasitologia. In: BARROS, F. B. M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

MONKEN, M. BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, 2005, v. 21, n. 3, p. 898-906.

NETO C.; MENEZES; M. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

PEREIRA, F. W. A. *et al*. A Inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. *Sonare*, Sobral, ano 5, n.1, p.93-100, fev./mar. 2004.

REBELATTO, J, R; BOTOMÉ, S. P. As alterações na concepção do objeto de trabalho em Fisioterapia em diferentes

momentos de sua constituição. In: _____. *Fisioterapia no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Manole; 1999. p. 31-32.

REZENDE, M; MOREIRA, M. R; FILHO, A. A; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14 (Supl.1), p.1403-1410, 2009.

RIBEIRO, KS. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*, v. 3, n.5, p.311-318, 2002.

SILVA, D. W; TRELHA, C. S; ALMEIDA, M. J. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. *Olho Mágico*, 2005, v. 12, n. 1, p. 15-19.

SOUZA, R. A; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudo Psicológico*, 2003, v. 8, n. 3, p. 515.

TESSEROLLI, S. L. *A inserção do fisioterapeuta no programa saúde da família*. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003.

Universidade de Ribeirão Preto. *Histórico da fisioterapia no Brasil*. Disponível em: <http://fisioterapia.unaerp.br>. Acesso em: out. 2006.

VEIGA, A. C; NEVES, C. A. S; MONTAGNA, P; KANDA, S. S; VALENÇA, S. S. Atuação do fisioterapeuta na unidade básica de saúde. *Fisioter. Bras.* 2004, v. 3, p. 246-49.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: World Health Organization; 1978.

REFLEXÕES DA SAÚDE COLETIVA SOBRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônio Rodrigues Ferreira Júnior

Discente do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR, com modalidade sanduíche pela Universidade Estadual de Campinas. Título de especialista em Gerenciamento em Enfermagem pela Sociedade Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Clínica pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.
E-mail: junioruruoca@hotmail.com

Ivana Daniela César

Discente do Doutorado em Saúde Coletiva, na área de concentração em Epidemiologia pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR, na modalidade sanduíche com a Universidade Estadual de Campinas. Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza.

E-mail: ivana.cesar@yahoo.com.br

Maria dos Prazeres Carneiro Cardoso

Mestre em Ciências Médico-cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional pelas Faculdades Integradas do Ceará – FIC. Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

E-mail: mapracar1@yahoo.com.br

Tássia Fraga Bastos

Discente do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia, pela Universidade Estadual de Campinas. Possui especialização em Medicina Social sob a forma de Residência, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia.

E-mail: tassiafraga@yahoo.com.br

RELATÓRIO DA SAÚDE COLETIVA - 1974 - CUBO DO DE- SEJO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este relatório apresenta os dados coletados durante o ano de 1974, referentes à saúde coletiva e ao desejo da família. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em diversas regiões do país, com o objetivo de avaliar o estado da saúde da população e o grau de satisfação das famílias com os serviços de saúde oferecidos.

INTRODUÇÃO

Constituído pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surge como um importante passo na consolidação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e, para ampliar a abrangência, a regionalização e a resolutividade das ações em saúde voltadas à coletividade.

No contexto da Atenção Básica, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (BRASIL, 2008). Seu campo de atuação está centrado em nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010).

A proposta é constituída por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e

homeopatas, dentre outros, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde. Pode ser considerado como “retaguarda” das equipes da ESF, por atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território.

A missão do NASF leva os seguintes pressupostos: o conhecimento, gestão das equipes e coordenação do cuidado. O primeiro diz respeito ao reconhecimento de situações mais prevalentes demandadas às ESF. Este ponto leva em conta às especificidades e particularidades da clientela do território, considerando suas crenças e costumes, seus significados, destacando as informações de saúde local e analisando as estratégias de planejamento que o grupo social acolhe neste sentido. A gestão de equipe traz a responsabilização compartilhada, possibilitando a troca de saberes e de práticas em ato. E por fim, a coordenação do cuidado considera o usuário como sujeito de seu contexto não permanecendo a ideia de saúde fragmentada.

Este atributo da troca de saberes constituindo a ideia de interdisciplinaridade traz o conceito de Saúde Coletiva que possibilita o intercâmbio em seus eixos constituintes: Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Isso corrobora para fundamentar os programas/políticas criados pelo Ministério da Saúde.

Com base nestas considerações, apresentamos reflexões das áreas da Saúde Coletiva sobre o NASF, destacando possíveis conexões e/ou fragilidades destes eixos na atuação do programa.

INTERFACES ENTRE O NASF E SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva é um campo científico que contribui para o estudo do processo de saúde-doença como elemento social na população, levando em consideração sua distribuição espacial, histórica e social, e a forma como cada grupo social determina suas questões na saúde. Sendo um campo interdisciplinar, a Saúde Coletiva se desenvolveu a partir da estruturação de três eixos disciplinares principais: a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde e política, planejamento e gestão em saúde (SEVERO e SEMINOTTI, 2010).

A epidemiologia caracteriza-se como o ramo da ciência da saúde que estuda na população a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde. Ela tem o objetivo de descrever as condições de saúde, investigar os fatores determinantes e avaliar o impacto das ações para alterar a situação de saúde. O conhecimento gerado pela epidemiologia permite fazer o diagnóstico da situação de saúde das diferentes populações, necessário para a formulação e implementação de políticas, organização dos serviços de saúde e de suas ações, tendo em vista as necessidades de grupos prioritários.

Para Paim (2003), a epidemiologia, como saber tecnológico, pode ser investigada na sua aplicação como instrumento para a formulação de políticas, para a planificação e para avaliação em saúde. Portanto, é uma área de grande importância, que tem avançado no desenvolvimento de estudos e técnicas de análise da situação de saúde das diversas populações e, juntamente com as demais áreas da Saúde Coletiva, contribui para o enfrentamento das adversidades

existentes no território de atuação das Equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A implantação ascendente da metodologia epidemiológica nos programas e/ou serviços do Sistema Único de Saúde possibilita corroborar o crescimento e fortalecimento das políticas surgidas no âmbito da saúde coletiva.

Nos últimos anos, um dos principais desafios técnicos impostos ao SUS foi o desenvolvimento de mecanismos para o seu aperfeiçoamento gerencial, a ampliação do escopo de atuação da vigilância à saúde, e a capilarização das ações com vistas à promoção e atenção integral à saúde de modo efetivo para todos os segmentos da população, em especial os mais carentes (ABRASCO, 2005).

No intuito de alavancar as ações resolutivas em saúde, o NASF constitui um instrumento que, assim como a Estratégia Saúde da Família, produz dados que alimentam o sistema de informações em saúde (Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS; Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD/SUS). O monitoramento dos indicadores de saúde, provenientes desses sistemas e dos estudos epidemiológicos, irá apontar para os principais problemas e determinantes que interferem na saúde da população sob o cuidado do NASF, constituindo-se em ponto de partida para o planejamento e direcionamento de ações prioritárias de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes.

A possibilidade dos profissionais em adentrar no território, deparar com as fragilidades sociais e pontuar as condições encontradas mediante as atividades desenvolvidas na proposta NASF possibilita a formação de fundamentais “vigilantes epidemiológicos” que contribui para a descentralização do sistema.

Nesse sentido, faz-se necessário utilizar com racionalidade os conceitos e possibilidades oriundas da epidemiologia para, através de um planejamento, traçar ações orientadas com base em cenários verdadeiros – o que certamente contribuirá para uma melhor resolutividade no âmbito da saúde.

As ciências sociais e humanas em saúde aprimoram a discussão no campo da saúde coletiva, no concernente à preocupação teórico-metodológica desenvolvida nas pesquisas e práticas. Considera-se que os principais norteadores desta área têm sido: a organização social das práticas de saúde; o entendimento do processo saúde-doença; a discussão sobre referências teóricas que explicitam a constituição de identidades e valorizam os fenômenos da cultura e subjetividade (NUNES, 2007).

Canesqui (2010) amplia as possibilidades de desenvolvimento das ciências sociais e humanas em saúde ao elencar áreas de atuação possível: políticas e instituições de saúde; reconstituição histórica da política de saúde; análise da política de saúde; financiamento e gasto em saúde; políticas dirigidas à atenção de enfermidades e segmentos populacionais; relações entre os setores públicos e privados; avaliação de políticas e programas sociais; saúde e doença; historicidade das doenças; abordagens sociológicas, filosóficas e antropológicas das enfermidades; trabalho, saúde e doença; corpo, saúde e doença; conceitos de saúde; gênero e saúde; saúde reprodutiva, sexualidade e gênero; masculinidade e saúde do homem; pensamento médico sobre sexualidade e gênero feminino; velhice e envelhecimento; violência e saúde: conceitos e abordagens; violência dirigida a grupos específicos; cuidados, prevenção e políticas

orientadas às vítimas de violência; recursos humanos, profissões de saúde e formação; educação e comunicação em saúde; estudos sociais das ciências e das técnicas.

Na atuação dos profissionais do NASF há necessidade de apreensão dos conceitos inerentes as ciências sociais e humanas em saúde, considerando a multiplicidade de cenários, as possibilidades de arranjos sociais disponíveis, bem como as singularidades dos diversos atores envolvidos nas práticas de saúde desenvolvidas.

Esta área da Saúde Coletiva oportuniza maior importância à singularidade dos processos, ao entender que há tendência aos construtos sociais serem diversos devido aos fatores que os produzem. Ela dá suporte ao profissional do NASF para que este possa desenvolver práticas norteadas pelas normas nacionais, porém atendendo as especificidades locais.

A política, planejamento e gestão em saúde é a outra área formadora da Saúde Coletiva que produz arranjos facilitadores do trabalho no NASF. Difícil pensar a gestão de um serviço de saúde sem o devido planejamento, que considere prioritariamente as políticas envolvidas.

A construção de processos de modificação da atenção centrada no usuário é a direção que deve ser seguida na gestão dos serviços de saúde. Devem-se considerar suas necessidades e suas potencialidades, pois isso pode propiciar mudança profunda no papel dos gestores e profissionais que passam a planejar as atividades de uma forma mais descentralizada e voltada para as aspirações da comunidade (CUNHA, 2010; RUTHES, FELDMAN, CUNHA, 2010; CAMPOS, 2007a).

Ao visualizar as três áreas formadoras da Saúde Coletiva, percebe-se a necessidade de discussão de sua interface

com os NASF, ao considerar que o cerne deste serviço é o trabalho em equipe, visto que o modelo de atenção que tenta sobressair atualmente é centrado no usuário e entende o ser humano em sua complexidade. Isso exige a atuação de variados olhares profissionais em áreas do conhecimento diversas, com o intuito de melhora constante do cuidado.

Porém, vivencia-se um período de transição da atenção à saúde, emergindo situações que fazem o modelo fragmentado de atenção surgir. Deve existir coerência entre a situação de saúde local e o sistema de atenção, mas quando isso não ocorre, há o enaltecimento de dificuldades, que se colocam como antagônicas a todos os princípios exigidos para uma mudança proposta na atenção básica brasileira (MENDES, 2010).

Para o pensamento da melhora da atuação dos profissionais do NASF propomos a adoção de alguns conceitos:

1. Ao **acolhimento** é atribuída a possibilidade de gerar encontros e desencontros na unidade de saúde, permitindo pensar acerca dos processos institucionais que permeiam a acessibilidade do usuário ao serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).
2. É necessário trabalhar as instituições e os sujeitos, um interferindo no outro, com o intuito de produzir uma gestão coletiva, visando novos valores e nova ética, em que seja pensada e praticada a **cogestão**, não a dominação (CAMPOS, 2007b).
3. A **promoção da saúde** surge enaltecendo a diversidade de saberes e as subjetividades por eles construídas na tentativa de produzir novas formas de cuidado coletivas e individuais, embora ainda esteja calcada na interdisciplinaridade, consequência da superespecialização pre-

sente no modelo médico-centrado que ainda perdura (FERNANDEZ *et al.*, 2008).

4. A **escuta qualificada** se coloca com um dos principais mecanismos para a humanização das práticas nos serviços de saúde, pois possibilita interação entre profissionais e usuários, facilitando resolução de demandas (BRASIL, 2006).
5. A emergência de novos paradigmas gerenciais em saúde tem provocado mudança nas **relações de poder** que sempre existiram, construindo uma tendência de conflitos mais equilibrados devido à maior divisão de responsabilidades (CAMPOS, 2007a).
6. O **vínculo** é um dos preceitos básicos para modificações positivas no modelo de atenção em saúde centrado no usuário, produzindo abordagem singular às demandas de saúde (CAMPOS, 2007b).
7. A fragmentação de ações e o hospitalocentrismo com valorização exacerbada de especialistas provocaram tendências comprometedoras das respostas dos sistemas de saúde, porém o mundo vive um momento de transição entre este **modelo de atenção em saúde** e outro baseado em novos valores e expectativas, com priorização da atenção primária em saúde, que no Brasil é denominada atenção básica, centrada no usuário, com respostas mais abrangentes e integradas (OMS, 2008).

Estes conceitos visam aprimorar o conhecimento das práticas desenvolvidas no NASF, sendo de suma importância para avaliação contínua da atuação dos profissionais e seu desempenho diante das dificuldades conhecidas e reconhecidas, durante a atuação diária destes nas comunidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se a compreensão das interfaces entre as ações desenvolvidas no NASF e a Saúde Coletiva, como mecanismo potente para explicitar as potencialidades deste equipamento social na busca pela otimização da atenção básica no Brasil. Ao pensar a práxis dos profissionais que estão nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, acredita-se no aprofundamento do contato com os conceitos da Saúde Coletiva.

Atenta-se para a importância de se identificar as situações limites e discutir possibilidades de soluções, resolubilidade, convergindo saberes, para realmente, pensar e fazer saúde da família. E os conhecimentos produzidos e em produção das áreas de epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde e política, planejamento e gestão contribuem sobremaneira para o aprimoramento deste serviço da atenção básica brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 28-39, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. *Diário Oficial da União*, 25 jan. 2008. [n. 18].
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A.

Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humanizassus*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 jan. 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007a.

CANESQUI, A. M. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2010, p. 1955-1966.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros *et al.* Promoção da saúde: elemento instituinte?. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo, HUCITEC, 2007. p 37-54.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago, 2010, p. 2297-2305.

NUNES, E. D. *Sobre a sociologia da saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Relatório Mundial de saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca*. Genebra: OMS, 2008.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.63, n. 2, mar-abr 2010, p. 317-21.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, p. 1685-1698.



ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE: Reflexões Através de um Olhar Fisioterápico, Médico e de Enfermagem

Miriam Viviane Baron

Fisioterapeuta pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela UNINTER/Curitiba. Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS.

E-mail: miriamvbaron@yahoo.com.br

Janine Koepp

Enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS. Especialista em Ações Interdisciplinares em Saúde do Trabalhador –(UNISC)-RS. Mestranda em Educação (UNISC)-RS. Atualmente atua como Enfermeira do Hospital Santa Cruz (HSC) - Santa Cruz do Sul/RS. Professora das disciplinas práticas curricular I e II do curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)-RS. Membro do grupo – Ambulatório de Feridas - HSC e Membro do grupo – Segurança do Paciente – HSC

E-mail: janinek@unisc.br

Cristine Brandenburg

Fisioterapeuta graduada em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS; cursa Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE; Mestranda em Educação Brasileira Universidade Federal do Ceará – UFC/CE; Bolsista CNPq. Desenvolve pesquisas com ênfase em Educação, Úlceras por Pressão, Incontinência Urinária, Cão terapeuta em Idosos Institucionalizados, Ações para o Envelhecimento com Qualidade de Vida e Saúde Pública.

E-mail: cristine_brandenburg@hotmail.com

Marcelo Carneiro

Médico graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)RS. Especialista em Infectologia e Infecção Hospitalar – Universidade Estadual de Londrina UEL/PR. Mestre em Microbiologia – UEL/PR. Doutorando em Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Atualmente: Professor Assistente de Infectologia e Microbiologia – Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – RS. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Infecção em Serviços de Saúde-UNISC. Coordenador do Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – Hospital Santa Cruz – RS. Preceptor do Programa de Residência em Clínica Médica – H. Santa Cruz – RS. Diretoria da Associação Gaúcha de Controle de Infecção – AGIH – RS. Diretoria da Sociedade Riograndense de Infectologia – SRGI – RS. Diretoria da Associação Brasileira de Infecção Hospitalar – ABIH – RS

E-mail: carneiromarcelo@yahoo.com.br

ATENÇÃO TERAPIA A ZANOTEROL

de uso terapêutico em pacientes com

doença cardíaca

do uso terapêutico em pacientes com
doença cardíaca

do uso terapêutico em pacientes com
doença cardíaca

do uso terapêutico em pacientes com
doença cardíaca

do uso terapêutico em pacientes com
doença cardíaca

Introdução

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um movimento de reforma setorial dos mais expressivos no Brasil, uma grande conquista social, em que o Estado tem a responsabilidade de garantir que todos tenham acesso à assistência e a possibilidade de viver em um ambiente saudável (FORTES, 2009).

Na década de 1990, o Ministério da Saúde (MS), reconheceu a crise no modelo assistencial, fazendo despertar em 1994 uma nova estratégia para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da atenção primária, em substituição ao modelo tradicional, centrado na consulta médica, orientado para a cura de doenças, basicamente em hospitais. O PSF configurou-se como a porta de entrada do sistema de saúde, sendo modificado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir de agosto de 2006 (LOURENÇÃO e SOLER, 2004; AGUIAR, 2005; FREITAS e PINTO, 2005; BRASIL, 2006; SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Com a priorização da Atenção Primária à Saúde, e consequentemente a reorganização dos sistemas de saúde, é através da ESF que o Estado busca cumprir com as determinações que assumiu ao ratificar o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, concretizando os entendimentos consolidados na conferência internacional de Alma-Ata em 1978 (CAVALHEIRO, 2011).

Segundo o CONASS (2004),

A Atenção Primária à Saúde é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitados, pelas quais essas equipes assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária à Saúde deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (CONASS, 2004, p. 24-25).

A Atenção Primária à Saúde é uma tendência mundial dos sistemas de gestão em saúde e tornou-se um componente essencial para a resolução de problemas relacionados que são de alta incidência ou prevalência (“problemas comuns”) em determinada região. Portanto, para ser eficiente, é necessário um entendimento sobre trabalho em equipe, juntamente com a habilidade prática dos profissionais. A eficiência da assistência e a satisfação desta variam de acordo com o estilo de trabalho planejado pela equipe e a disponibilidade dos serviços prestados (STARFIELD, 2002; WHO EUROPE, 2004). Falhas na gestão e assistência, bem como a falta de adesão e comprometimento por parte dos

usuários à Atenção Primária à Saúde (por exemplo, no tratamento preventivo da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes), torna o usuário sensível, à atenção secundária e, consequentemente, à atenção de saúde terciária.

Conforme Dallari (2003, p. 42-43):

A atenção primária se ocupa da eliminação das causas e das condições de aparecimento de doenças, agindo sobre o ambiente (segurança nas estradas e saneamento básico, por exemplo), ou sobre o comportamento individual (exercício e dieta, por exemplo); secundária, busca impedir o aparecimento de doença determinada, por meio de vacinação, dos controles de saúde, da despistagem; e terciária, visa limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas.

Partindo das colocações de Dallari (2003), é possível visualizar como a atenção à saúde está organizada. Podemos considerar três níveis de atenção: o primeiro inicia pela atenção primária a qual possui o papel de atender a maior parte dos usuários nas suas questões básicas de saúde; o segundo nível é composto pela atenção secundária em que se requer um investimento maior de recursos e, de pessoal para dar conta dos agravos à saúde e por último, a atenção terciária, em que o usuário busca a intervenção curativa ou reabilitadora para os seus problemas de saúde. Esses níveis de atenção podem ser visualizados na figura a seguir.

No contexto atual, entende-se que o número de internações hospitalares consideradas evitáveis apenas será possível se ocorrer uma assistência oportuna e adequada na atenção primária. E a diminuição das internações hospitalares representa um importante marcador de resultado da

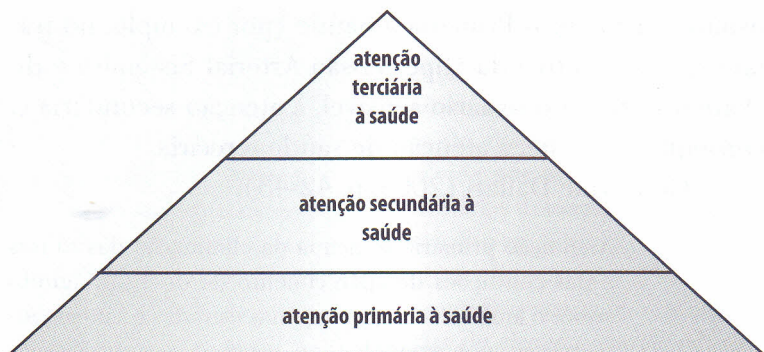


Figura 1 – Pirâmide demonstrativa do modelo de atenção à saúde.

Fonte: Elaboração dos autores deste capítulo.

qualidade dos cuidados prestados nesse nível de atenção, e tem sido utilizada como indicador da qualidade de assistência à saúde (BERMÚDEZ-TAMAYO *et al.*, 2004; CAMINAL *et al.*, 2003; MÁRQUEZ-CALDERÓN *et al.*, 2003).

A melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde e a expansão das equipes de ESF acompanhadas pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que veio fortalecer o vínculo com a integralidade da atenção, através do apoio da equipe multidisciplinar, proporcionaram uma redução da sobrecarga aos serviços de atenção terciária (hospitais), principalmente no que se refere a condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis.

Os serviços de atenção terciária exercem importante papel para a recuperação do usuário e estão fundamentados na reabilitação parcial/total do usuário, visando amenizar, limitar e até evitar incapacidades crônicas e/ou recidivas, proporcionando qualidade de vida. A experiência hospitalar na rede pública de saúde demonstra que a reabilitação no âmbito hospitalar é possível, mas limitada pela possibilidade

de sequelas instaladas que não foram previamente controladas/evitadas na atenção primária e secundária.

No âmbito hospitalar, por mais que haja a facilidade e a disponibilidade de avançadas tecnologias e equipamentos, recursos materiais e humanos (equipe multidisciplinar), ressalta-se a necessidade de otimização de uma breve estadia hospitalar, proporcionando e favorecendo a rotatividade e a reinserção do usuário as atividades de vida diária no seu lar/comunidade o mais precocemente possível.

O hospital é um ambiente de altos recursos tecnológicos e humanos que são empregados para facilitar a recuperação do usuário o mais breve possível. Como uma estadia hospitalar geralmente é curta, gera um contato breve com a equipe multiprofissional, desfavorece o vínculo da equipe com o usuário/família. A ausência de familiares no acompanhamento do usuário no ambiente hospitalar também desfavorece esse vínculo. Segundo Oliveira e Spiri (2006), é de suma importância a inclusão da família como partícipe do processo saúde-doença e em cujo espaço busca-se o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação.

O vínculo estabelecido entre equipe/usuário/família facilita a aderência ao tratamento/reabilitação gerando a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e o usuário/família.

No âmbito hospitalar, a equipe constrói vínculo com o usuário/família estimulando a autonomia e participação no tratamento/reabilitação, corresponsabilizando o paciente pelo seu próprio bem-estar. É claro que nem sempre é possível atingir um vínculo satisfatório com todos os usuários, pois existem situações em que o usuário não está lúcido

do e consciente e não despende do envolvimento familiar para a sua melhora. Geralmente este usuário é domiciliado em instituições de longa permanência “asilos”, sendo estes responsáveis pelo usuário durante o período de internação e após a alta hospitalar.

Uma boa integração entre a equipe multidisciplinar e a adequada orientação e comunicação faz-se necessária com o usuário/família no momento da alta hospitalar, pois o usuário será reencaminhado a rede de saúde da sua comunidade/região, podendo necessitar (por exemplo, após evento isquêmico encefálico) de acompanhamento e atendimento de uma equipe multidisciplinar especializada. É essencial que os profissionais busquem informar-se das dificuldades daquela comunidade onde o paciente está inserido e o que necessitará enfrentar em relação a sua recuperação (por exemplo, ausência de fisioterapeuta na ESF da sua comunidade, que será de suma importância para sua reabilitação e o papel facilitador em encaminhá-lo para um centro de atendimento gratuito em sua cidade).

Durante a internação hospitalar a equipe de saúde está em contato com o usuário em um período importante em relação à reestruturação da sua saúde. Este período é determinante na sua recuperação/reabilitação e depende dos recursos e da capacidade da equipe envolvida para o seu restabelecimento e reinserção no lar/comunidade. A equipe está a par e descreve nesse momento dados importantes da evolução do quadro de saúde do mesmo em prontuário/arquivo eletrônico. Informações a respeito do diagnóstico e da recuperação do usuário durante a internação que são relevantes para dar sequência ao tratamento e reabilitação na comunidade. Seria importante se esses da-

dos fossem interligados a equipe de ESF (prontuário eletrônico do paciente) para dar sequência ao programa de tratamento/reabilitação que será prestado na sua comunidade, com vistas à integralidade do atendimento prestado.

Conforme Silva, Oliveira e Silva (2011), o prontuário eletrônico do paciente é fundamental para o sistema de saúde do país, já que informações e levantamentos estatísticos sobre a saúde de certa comunidade são extraídos destes prontuários. Além do mais, se os prontuários estiverem disponíveis em formato eletrônico, agiliza-se drasticamente a velocidade de acesso aos dados neles contidos, compartilhando informações importantes.

Quanto às vantagens do prontuário eletrônico do paciente, autores como Van Bommel (1997) e Sittig (1999) citados por Silva, Oliveira e Silva (2011) relacionam:

- Acesso remoto simultâneo, o qual permite que os dados do paciente sejam compartilhados por diferentes profissionais, a partir de diferentes lugares, simultaneamente;
- Legibilidade das informações, quando comparadas aos registros feitos à mão pelos ocupadíssimos profissionais da saúde;
- Segurança dos dados, uma vez que o acesso a estes é controlado através de senhas e registros de acesso (*logs*);
- Confidencialidade, garantida através do estabelecimento de níveis de direitos dos usuários que acessam o prontuário eletrônico;
- Flexibilidade nas formas de apresentação das informações;
- Recursos para captura automática dos dados;
- Integridade, pela atualização continua e simultânea dos dados – o registro pode ser simultaneamente acessado

e atualizado pelo médico que atende o paciente e pelo laboratório no qual esta sendo laudado um exame, por exemplo;

- Integração com outros sistemas de informação em saúde – evitando retrabalho no cadastramento de dados, o que por sua vez diminui o risco de erros e inconsistência nas informações geradas;
- Assistência a pesquisa, por facilitar o acesso ágil a grande volume de dados já consolidados.

No entanto, algumas desvantagens como a necessidade de investimentos em hardware, software e treinamento das equipes, bem como a devida regulamentação do processo são identificadas como necessárias (SILVA, OLIVEIRA E SILVA, 2011).

Conforme Silva, Oliveira e Silva (2011), a transição do prontuário do paciente em papel para o formato eletrônico parece ser um caminho sem volta. Desta forma, com o avanço das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde, os usuários poderão num futuro próspero dispor de um atendimento multidisciplinar interligado entre as redes de saúde que facilitará todo o processo de tratamento e recuperação do mesmo, bem como otimiza o trabalho das equipes, contribuindo desta forma para um atendimento humanizado e integral no qual estão baseadas as premissas do SUS.

O FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

No âmbito hospitalar, tem-se a atuação do fisioterapeuta junto à equipe multidisciplinar que, neste contexto

presta assistência ao usuário, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde.

Conforme resolução do Coffito (2007), o fisioterapeuta é um profissional da área da saúde que avalia o paciente, planeja e estabelece as etapas do tratamento, seleciona, quantifica e qualifica recursos, métodos e técnicas apropriados para cada caso, trata o paciente e reavalia sistematicamente o seu trabalho durante todo o processo terapêutico. Utiliza, na sua prática, diversos recursos físicos e naturais (água, eletricidade, calor, luz, frio), massoterapia, cinesioterapia (terapia através de movimentos) e manipulação terapêutica.

Portanto, o fisioterapeuta no ambiente hospitalar tem papel fundamental para a recuperação do usuário enfermo e atua junto à equipe multidisciplinar, promovendo assistência ao usuário baseado em diretrizes médicas, devendo ser capaz de avaliar adequadamente o usuário e aplicar o melhor procedimento, visando os benefícios e os riscos em potencial, sempre presentes nos usuários hospitalizados (BARROS, 2005). E deverá entender a condição clínica do usuário e traçar um plano apropriado de tratamento, em que a avaliação deve ser constante para identificar se os objetivos estão sendo alcançados.

Neste contexto de reabilitação do usuário internado, é de extrema importância a realização do trabalho em equipe, com a integração entre os profissionais, sendo uma experiência de aprendizado no qual os profissionais têm a oportunidade de conhecer as abordagens em suas mais diferentes especialidades, promovendo e construindo o trabalho em equipe através da articulação de saberes (TEIXEIRA, 2006).

O profissional da fisioterapia tem sua atuação em âmbito hospitalar muito bem fundamentada, baseada em estudos e evidências, participando de programas de assistência à saúde e de equipes multidisciplinares que buscam uma perfeita integração entre si, para atender de forma dinâmica e responsável todos os usuários que ali internam.

Apesar do breve contato com o usuário hospitalizado, o fisioterapeuta deve dispor de todo seu conhecimento, participando ativamente na recuperação do paciente, e consequentemente na redução do período de permanência de internação hospitalar buscando restituir a saúde do usuário ao menor prazo possível.

Pois o prolongado tempo de internação predispõe qualquer indivíduo a modificações morfológicas de músculos e tecidos conjuntivos, comprometendo a resistência cardiovascular e pulmonar, favorecendo o aparecimento de contraturas articulares, diminuição do trofismo e força muscular, e no aparecimento de úlceras por pressão.

O fisioterapeuta atua sobre os efeitos deletérios do leito que levam a diminuição da atividade física do usuário hospitalizado, atuando e contribuindo desta forma na redução de complicações no pós-operatório, no tempo de permanência na UTI, na taxa de infecção e de mortalidade hospitalar.

No planejamento da alta hospitalar, o fisioterapeuta junto à equipe multiprofissional, promove a troca de informações pertinentes a respeito da saúde/reabilitação do usuário, buscando se informar da realidade de vida do usuário e sua comunidade visando à continuidade do tratamento necessário a sua recuperação.

Sabe-se que usuários idosos, com doença e/ou seqüela neurológica, lesados medulares, pós-operatório de

cirurgias traumatológicas, acamados, entre outros, necessitam de atendimento domiciliar individual. E a fisioterapia torna-se indispensável para a manutenção de uma vida mais digna, visando limitar incapacidades crônicas e recidivas.

O ideal seria que os serviços de referência e contrarreferência estivessem interligados através de uma rede virtual com o cadastro de seus usuários contendo as informações básicas acerca do usuário (prontuário eletrônico do paciente), bem como as informações pertinentes em relação às internações hospitalares e ao tratamento com especialistas. E também os dados a respeito da composição dos profissionais que compõem a equipe de ESF daquela comunidade que irá atender o usuário. E, no caso dessa comunidade não dispor na ESF do serviço que contemple as necessidades do usuário, ter no cadastro virtual um serviço de referência que dispõe de especialista que possa atender estas necessidades para poder encaminhá-lo.

Apesar da notória importância do fisioterapeuta nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, sabe-se que a eficácia da sua atuação depende da inclusão de mais fisioterapeutas nas equipes de ESF para um acompanhamento efetivo do usuário, devido à grande demanda, além de melhora da infraestrutura (instalações e equipamentos) nas unidades de saúde, para atendimentos de mais complexidade. Desta forma, o fisioterapeuta poderá atuar no máximo do seu potencial, permitindo que pacientes fiquem menos sensíveis a recidivas e sequelas permanentes reinserindo o usuário sempre que possível em suas atividades de vida diária o mais precocemente possível, melhorando a qualidade de vida deste e de sua família.

O fisioterapeuta tem atualmente o papel de agente multiplicador de saúde em todos os níveis de atenção à saúde. Sendo que a atuação deste é indispensável no cenário da saúde pública atual visando uma saúde mais plena e humanizada.

O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

O processo saúde-doença de um indivíduo não está apenas relacionado ao tratamento clínico, mas também com a composição de todas as condições de vida do indivíduo como: acesso a alimentação, educação, trabalho, lazer, renda familiar, meio ambiente, moradia entre outros. Quando atendemos um indivíduo que está hospitalizado o mesmo não se encontra ali apenas porque teve algum comprometimento genético, físico ou mental e sim porque uma série de fatores foram determinantes para esse adoecimento, na qual nem a atenção primária e secundária obtiveram sucesso pleno.

Buss (2000) aborda que, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maiores as disparidades na saúde, e a prática médica está dividida em duas partes: a primeira pré-patogênica (fatores encontram-se em equilíbrio) e a segunda patogênica (fatores em desequilíbrio), devido à manifestação de uma doença.

Para Starfield (2002), a atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da doença em si, mas todo o contexto no qual a doença ocorre deve ser considerado. O autor afirma que “raramente as enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo”, desta forma, a assistência de enfermagem ao paciente não deve ser baseada apenas na doença, é ne-

cessário que se compreenda para qual realidade estamos, quando possível, preparando o retorno desses pacientes.

Várias são as discussões sobre a atenção primária e secundária em saúde e, na mesma proporção, temos a clareza que ambas são indispensáveis para o sistema de saúde, no entanto, quando elas não são mais suficientes a demanda acaba direcionando-se para a atenção terciária, o que pode ser facilmente evidenciado nos noticiários em que as manchetes sobre o ‘Caus na Saúde’ revelam um cotidiano que não é novidade para ninguém. Inúmeras pessoas aguardando atendimento nas emergências, a falta de profissionais de saúde para fazer o atendimento, falta de materiais, equipamentos e medicamentos, entre outros.

Mendes (2010) traz um importante fato que deve ser considerado em relação à saúde no qual o autor afirma que “o Brasil vive uma transição demográfica acelerada” fruto dos padrões de fecundidade anteriores, assim o número de idosos também deve aumentar em comparação com outras décadas. Esse fato com certeza irá refletir diretamente na saúde, onde brasileiros com mais de 65 anos, segundo o IBGE (2008) “relatam ser portadores de pelo menos uma das doze principais doenças crônicas”. Logo, o que já é complexo tem tendência a piorar.

No entanto, diante de toda essa situação que se desenha, qual seria o papel do enfermeiro na atenção terciária em saúde? Primeiramente assegurar ao paciente um atendimento contínuo, integral e principalmente de segurança e qualidade.

A função da enfermeira no primeiro momento do atendimento ao paciente é assegurar que nada irá agravar a situação de saúde do mesmo, para isso é necessário uma

equipe de enfermagem devidamente capacitada e consciente da importância de uma assistência de enfermagem segura e livre de erros. Isso não é tarefa fácil devido às condições de trabalho que muitas vezes estamos expostos como já citado anteriormente.

No que se refere a “segurança do paciente”, enfatizo a preocupação dos enfermeiros com a questão. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente vem mobilizando os profissionais para provocar uma mudança na cultura de todos os níveis do sistema, as quais vão desde a formação dos profissionais de saúde até a gestão adequada dos recursos, com um único objetivo garantir um atendimento de qualidade aos pacientes (COREN-SP, 2010).

Durante o atendimento ao paciente todas as ações do enfermeiro devem estar direcionadas a recuperação e reabilitação da saúde desse indivíduo, os cuidados e os medicamentos devem ser efetuados e administrados de maneira correta. A relação multiprofissional e a comunicação eficaz do enfermeiro com os demais profissionais envolvidos no atendimento ao paciente como o médico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o técnico de enfermagem e o psicólogo, entre outros, são indicadores de uma assistência à saúde adequada as necessidades do paciente.

Após determinar uma assistência segura ao paciente, a enfermeira que atua na atenção terciária deve estar atenta para os fatores que irão interferir na recuperação desse indivíduo como a cultura, a família, ou no caso “as casas de repouso”. Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam nessa fase da atenção à saúde está relacionada ao período pós-alta hospitalar, em que, na maioria das vezes, as orientações e ações não são realizadas

e acabam por ocasionar a reiteração desse indivíduo. Dentro da atenção terciária em saúde o modelo de referência e contrarreferência em saúde deve estar funcionando para auxiliar neste processo.

O MÉDICO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

O “pensar” do trabalho médico nas esferas de atenção à saúde e as consequências de tais atitudes como um dos principais indicadores de eficácia, isto é, a capacidade de resolver problemas de saúde e de evitar danos. A “impe- rícia” ou a incapacidade resolutiva do profissional médico proporcionará a sobrecargas de encaminhamentos aos especialistas, exames complementares desnecessários, gerando custos e atrasos de diagnósticos e até mesmo a evolução de doenças agudas/crônicas. Há um “culpado” pela falta de atitudes ou até da qualificação dos médicos na Atenção Primária à Saúde? Ou dos profissionais da Atenção Secundária? Ou dos da Atenção Terciária? Se a resposta for: o sistema de saúde; existe o “dever moral” em solicitar as providências locais, pois o compromisso é o motivo da relação médico-paciente-família, independente do custo gerado; e se a resposta for: a formação médica; a profissionalização de estudantes de medicina é baseada em princípios éticos e morais alicerçados no pensamento científico, mas que depende muito do tipo de “pessoa” e personalidade que o médico apresenta. Ressalto que tal raciocínio não é exclusivo para as profissões da saúde. Outros fatores como remuneração médica, carga horária de trabalho, múltiplos empregos, falta de especialização médica e até mesmo falta de opções de trabalho contribuem para tais argumentos.

PERGAMUM
UFC/BCCE

Utilizar indicadores que realmente traduzam esses questionamentos não é facilitado por meras estatísticas geradas por atendimentos, encaminhamentos e exames, pois medir a qualidade de vida proporcionada pelos serviços de saúde é relativo.

O ambiente hospitalar gera, no entendimento leigo, a agilidade e qualidade que a Atenção Primária à Saúde não apresenta, especialmente, para o sistema de saúde público. No entanto, em se tratando de doenças endêmicas e crônicas tal esfera de saúde não afeta e nem facilita a mudança de hábitos necessários para atingir a “saúde”. A proposta de “dificultar”, ou melhor dizendo, “estratificar” risco nos serviços terciários vem com o intuito indireto de encaminhar uma demanda reprimida ao atendimento primário. Tal conduta já é vista como essencial por sistemas privados de saúde, que oferecem um “plano de vida” ou um “plano de saúde”, estimulando atividades preventivas, diminuindo internações e sem o foco assistencialista e curativo. O “negócio” é “qualificar” todos os níveis de atendimento, evitando a sobrecarga de qualquer um deles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação de um sistema de saúde universalista em todas as esferas de atenção à saúde é considerada por vários autores como de concretização “difícil”, “impossível” e “utópico”, devido à escassez de recursos materiais e humanos e das demandas existentes. A ESF evidencia ser um mecanismo densificador do direito a saúde no Brasil, porém ainda não consolidada. E nesse processo de implementação/consolidação do ESF, integrado pelos diversos atores

sociais interessados no sistema de saúde deve haver constante avaliação e profunda análise dos processos de saúde, buscando remodelar e criar instrumentos públicos eficazes, com vistas a um sistema de saúde mais justo a todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n.6, p.1054-1069, Dez. 2009.

LOURENÇÃO, L.; SOLER, Z. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. *Rev. Ciências da Saúde*, 2004, v. 11, n. 3, p. 158-62.

AGUIAR, R. G. *Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto*. (Dissertação), Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2005.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, 2005. v; 13, n. 4, [s.d.].

BRASIL Lei n.750, de outubro de 2006. *Estabelece as Estratégias de Saúde da Família*. [online] Brasília (DF), 2006. Disponível em: <http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>. Acesso em: 1 nov. 2011.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude Soc.*, v. 10, n. 1, 2001. p. 1-25.

CAVALHEIRO, Andressa Fracaro. *O direito à saúde no Brasil: a estratégia saúde da família como possível mecanismo densificador*. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). *Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. Brasília: CONASS, 2004. 76 p. (CONASS documenta; 7).

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary health services?* HEN Health Evidence Network, 2004.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). *Direito Sanitário e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BERMÚDEZ-TAMAYO, C.; MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, M. M.; *et al.* Características organizativas de La atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. *Aten Primaria*. 2004, v. 33, n. 6, p. 305-11.

CAMINAL HOMAR, J. *et al.* Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. v. 31, n. 1, p. 6-17. 2003.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; *et al.* Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios em los municipios. *Gac Sanit*. v. 17, 2003. p. 360-7.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.

SILVA, A. S. R.; OLIVEIRA, L. R.; SILVA, W. L. As tecnologias da informação e das comunicações na área da saúde: impacto e perspectivas no exercício profissional e processos de ensino-aprendizagem. In: SANTANA, J. R.; *et al. Bioinformática, Ciências Biomédicas e Educação*. Fortaleza: Edições UFC, 2011.

CONSELHO Federal de Fisioterapia e terapia Ocupacional. Resolução COFFITO-80 de 21 de maio de 1987. *Diário Oficial da União*, 1987, maio 21; 93: Secção I: 7609. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BARROS, Chrystianne M. F. *Fisioterapia respiratória em Unidades de Terapia Intensiva*: revisão sistemática dos ensaios clínicos randomizados no período de 1966 a 2005. Joaçaba: UNOESC, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.

TEIXEIRA, Michelle Cecille Bandeira. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n. 1, p. 45-51, jan./mar. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29447.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

MENDES, Eugenio Vilança. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. 2010.

COREN –SP. Fórum do COREN-SP terá foco na segurança do paciente e nos caminhos para prevenir a ocorrência de erros na assistência. *Revista Enfermagem*, Publicação do

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, ano 11, n. 85, mar. 2010.

BUSS, P. M. (Ed). *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: Mimeo, 2000.

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Silvana Mara Rocha Sydney Montenegro

Fisioterapeuta, Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR, Especialista em Gerontologia, Docente da Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI.

E-mail: silvanamontenegro@yahoo.com.br

Iramaia Bruno Silva Lustosa

Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva /UECE, Docente da FIC.

E-mail: iramaiabruno@quepasa.com

Erika Belém Lima

Filósofa, Mestre em Filosofia pela UECE, Docente da UECE e Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI.

E-mail: erikabelem2004@yahoo.com.br

Moêma Karina da Silva Façanha

Fisioterapeuta pela Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI.

E-mail: moemakarina@hotmail.com

Gislene Torres de Oliveira

Fisioterapeuta pela Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI;

E-mail: gislenetorres@hotmail.com

ANÁLISE QUALITATIVA DE VIDA DE DOENTES PARTICIPANTES DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Este trabalho tem como objetivo principal analisar a percepção dos participantes das atividades terapêuticas em um Centro de Convivência, com o intuito de identificar as necessidades e expectativas dos mesmos, bem como avaliar a eficácia das atividades realizadas.

Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes, visando coletar informações sobre sua percepção e avaliação das atividades.

Os resultados da pesquisa indicam que a maioria dos participantes considera as atividades realizadas no Centro de Convivência como benéficas e importantes para sua qualidade de vida.

Conclui-se que as atividades terapêuticas realizadas no Centro de Convivência são relevantes para os participantes, contribuindo para sua inclusão social e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Atividades terapêuticas, Centro de Convivência, Percepção dos participantes.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica que, independentemente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobres modifica a idade da mortalidade, e um número maior de pessoas é acometido por uma incidência elevada de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes. Portanto, há necessidade de procurar conhecer e desenvolver todas as alternativas possíveis tanto para prevenir, como para retardar o aparecimento das doenças crônicas e os consequentes agravos causados por elas (BRITO, 2004).

Atualmente o número de pessoas com mais de 60 anos, é de 14,6 milhões (8,6% do total), segundo projeções populacionais e deverá crescer tanto em números relativos, devido à diminuição da população de crianças e jovens, como absolutos, pelo aumento progressivo da esperança de vida ao nascer em anos, que hoje, no Brasil, é de 73 anos para mulheres e de 65 anos para os homens. Já para a esperança de vida aos 60 anos, a diferença observada para os dois sexos diminui, sendo de 16 anos para os homens e de 19,4 anos para as mulheres. Além disso, os mesmos dados de projeção demonstram que no Brasil, entre os anos de 1950 e 2025, a população total crescerá cinco vezes, enquanto a população com idade igual a 60 anos ou mais sofrerá um aumento de 15 vezes. Esses dados permitem estimar que entre as 10 nações que possuirão as

maiores populações de idosos no mundo, o Brasil figurará em sexto lugar, devendo ter aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2000).

O conhecimento da dinâmica e das mudanças observadas no perfil populacional brasileiro, obtido por esses dados, poderá, se incorporado ao planejamento das políticas públicas, auxiliar no desenvolvimento de ações concretas voltadas para essas pessoas, uma vez que elas apresentam situações especiais de necessidades sociais e de saúde. As mudanças que ocorrerão na estrutura dos serviços de saúde com cerca de dois terços do total das doenças que causarão enormes custos com os cuidados de saúde para toda a sociedade (M.S, 2006). Portanto, este fato tem grande importância para o planejamento dos serviços de saúde e de formação de recursos humanos e de ensino na área médico-assistencial.

QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

No Brasil, o interesse pela qualidade de vida na velhice é ainda incipiente e fragmentado, com certeza porque a emergência da velhice como fenômeno social é muito recente e em especial, por inserir-se num quadro de forte desigualdade social e de acentuadas carências, no qual uma minoria, como os idosos, não chega a constituir demandas capazes de mobilizar a sociedade em favor do atendimento de suas necessidades (NÉRI, 1999)

A qualidade de vida na velhice, está relacionada a uma multiplicidade de aspectos e influências referentes ao processo de envelhecimento. O autor define quatro dimensões inter-relacionadas: ambiente, competência comporta-

mental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo. A qualidade de vida percebida, o bem-estar subjetivo e os mecanismos da personalidade têm fortes relações com a competência adaptativa, que engloba as competências emocional, cognitiva e comportamental. Essa inter-relação tem importante significado na saúde física e mental no decorrer do processo de envelhecimento. A qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada à interação de vários fatores construídos ao longo da vida. Esses fatores compreendem carga genética, estilo de vida, relações sociais e familiares, capacidade laborativa, educação, suporte econômico e ambiente físico (REBELLATO, 2004).

Assim, sendo qualidade de vida uma construção eminentemente interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável no seu desenvolvimento e poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande validade para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A OMS, publicou em 1980 a “Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens”, para avaliar e mensurar todas as manifestações de consequências de doenças, tendo-se em vista avaliar a qualidade de vida. Alguns países testaram, mas foram propostas várias alterações e surgiu uma nova classificação, aprovada pela Organização Mundial da Saúde (2001). A CIF transformou-se de uma classificação de “consequências de doenças” (ver-

são 1980), em uma classificação dos “componentes da saúde”. A CIF é uma ferramenta para medir qualidade de vida individual e coletivamente, como uma ferramenta estatística no registro e coleta de dados em estudos populacionais bem como em pesquisas. Compõe-se de duas grandes partes: 1) Funcionalidade com funções e estruturas do corpo, atividades e participação; 2) Fatores contextuais com fatores ambientais e pessoais.” (OMS, 2002).

A Promoção da Saúde surge como resposta a este desafio da velhice sem incapacidade, pois engloba ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades físicas e mentais dos indivíduos, mas também as ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto sobre a saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo que possibilita às pessoas aumentar o controle sobre determinantes da saúde e, dessa forma, melhorar sua saúde (BRASIL, 2001).

Para o alcance deste propósito, foram definidas como diretrizes essenciais segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006):

- A promoção do envelhecimento saudável;
- A manutenção da capacidade funcional;
- A assistência às necessidades de saúde do idoso;
- A reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- A capacitação de recursos humanos especializados;
- O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- O apoio a estudos e pesquisas.

A promoção da saúde é realizada através de medidas preventivas que apresentam três estágios de prevenção:

1. Impedir o aparecimento das doenças: prevenção primária;
2. Detecção precoce e prevenção das complicações: prevenção secundária;
3. Reabilitação ou alentejamento da progressão de uma doença: prevenção terciária.

O modelo proposto por Leavell e Clark (1976) de procurar classificar as ações de prevenção em três níveis, a saber, primário, secundário e terciário, permite uma aplicação das ações de saúde nas várias fases da história natural da doença. A prevenção primária é composta de dois níveis, promoção de saúde e proteção específica. A prevenção secundária, que inclui nos seus dois níveis o diagnóstico e o tratamento precoce, além da limitação da invalidez, permitirá uma recuperação satisfatória e a limitação da invalidez dos pacientes. A prevenção terciária seria realizada por meio de ações de reabilitação, procurando readaptar o indivíduo na sua comunidade para que desempenhe o máximo de suas atividades e consiga de volta sua autonomia. Estes dois modelos podem ser articulados de maneira que possibilitem parâmetros de saúde para que os idosos possam ser avaliados na melhoria das condições de vida e qualidade de vida percebida nesta fase do ciclo da vida.

No final da década de 1980 foi introduzida no debate gerontológico, por Rowe e Kahn (1991), a possibilidade de separar em dois grupos aquelas pessoas não doentes que eram catalogadas então como normais. O primeiro grupo, que foi denominado comum, seria constituído de pessoas que apresentavam altos riscos, como serem fumantes, obesos ou inativos fisicamente. O segundo grupo, denominado bem-sucedido, compõe-se de indivíduos que

apresentam baixos riscos e boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva. O modelo de envelhecimento bem-sucedido pode ser caracterizado pela presença de três situações essenciais que interagem dentro de uma relação dinâmica, a saber: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associada a elas, boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva, e participação ativa na sua comunidade.

ATIVIDADES PARA GRUPO DE IDOSOS

A velhice passou a ser vista como uma questão social, assim os grupos de idosos adquirem uma importância vital na promoção e na reconstrução de sua identidade e no resgate de vínculos com familiares, amigos e até mesmo afetivo (namoro). Embora a idade avançada seja ainda considerada um trunfo em certos ramos de atividade, sobretudo na política, a tendência é que as pessoas sejam forçadas à aposentadoria apesar de potencialmente produtivas. Acontece que, o progresso da medicina quanto à conservação da saúde, não correspondeu uma ampliação do mercado de trabalho, capaz de absorver toda a população ativa. O fenômeno é mundial e não estão livres dele os países desenvolvidos: os mais idosos, mesmo saudáveis, são parcela significativa da mão de obra excedente (ROGOFF, 2003).

A importância social de um grupo etário relaciona-se a sua influência efetiva na sociedade. A experiência de vida, assim como o conhecimento adquirido por meio dela, prerrogativa dos mais idosos, é valorizada sobretudo em culturas de tradição oral e ágrafa como no Japão. O declínio de prestígio do idoso na sociedade industrial é a

contrapartida do valor adquirido pelo próprio saber científico, que desconsidera a experiência cotidiana e a tradição em favor de outros métodos de determinação da verdade (PASCHOAL, 2000).

Entretanto, os idosos são capazes de ativar mecanismos de otimização e compensação para enfrentar essas perdas no decorrer da vida, lançando mão de recursos tecnológicos, solicitando apoio social e psicológico, através da busca por atividades que exijam níveis mais elevados de independência física (BALTES, 1997).

CARACTERIZAÇÃO DA DANÇA COMO ATIVIDADE TERAPÊUTICA

A dança é um tipo de modalidade que pode apresentar seis funções: autoexpressão, comunicação, diversão, prazer, revitalização da sociedade, pois tem um forte caráter sociabilizador e motivador, seja em par ou sozinho, seja idoso ou criança, seja homem ou mulher, ao dançar todos se sentem bem (LEAL & HAAS, 2006).

Segundo Nanni (1995) a dança é uma expressão harmônica e universal, ou seja, é uma das raras atividades humanas em que o homem se encontra totalmente ligado ao corpo, espírito e coração.

Para Garaudy (1980), a dança não é apenas uma arte, mas também um modo de viver ou até mesmo um modo de existir, em que se interliga o aspecto da vida cotidiana como trabalho, religião e festas. A dança representa um modo de viver e ver o mundo.

CONTRIBUIÇÃO DA DANÇA PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

As limitações funcionais que surgem com o passar dos anos podem sofrer regressões, com atividades terapêuticas, que são instrumentos potencializadores da melhora da funcionalidade e consequentemente da qualidade de vida na velhice. A dança como atividade terapêutica ajuda a garantir a independência funcional do indivíduo através da manutenção de sua força muscular, principalmente de sustentação, equilíbrio, potência aeróbica, movimentos corporais totais e mudanças no estilo de vida (RESENDE, 2003), (HASHIZUMI et al, 2004).

Para Resende (2003) é importante que o idoso experimente a existência de suas articulações, o limite de sua força juntamente com o prazer de extravasar suas emoções e seus sentimentos, visto que na terceira idade os indivíduos tornam-se muito reprimidos e limitados.

De acordo com Hashizumi (2004), os benefícios gerados pela dança são inúmeros, contudo deve haver o acompanhamento de profissionais da saúde com conhecimento específico, das limitações de cada idoso presente, pois a terceira idade é considerada um grupo de risco em que se deve trabalhar com extrema segurança.

Para Caldas (2003), a dança como atividade física ajuda a garantir a independência funcional do indivíduo através da manutenção da sua força muscular.

Okuma (1998) citado por Salvador (2004) relata que a dança é a melhor opção para indivíduos da terceira idade, pois é uma atividade realizada em grupo facilitando a integração e fortalecimento das amizades, com superação de

limites físicos, diminuindo assim as angústias e incertezas que cercam este grupo durante a vida cotidiana.

De acordo com análises de programas de atividades terapêuticas para melhora da capacidade funcional do idoso, mostrou que 50% das mulheres e 42% dos homens com maior nível de atividade física, têm melhor saúde e habilidade funcional comparados ao sedentário da mesma idade (LEE, 2000).

Os exercícios promovem um aumento do tônus e da resistência das estruturas périarticulares, melhorando o suporte e a estabilidade articular, reduzindo a progressão de doenças osteoarticulares. A combinação de exercícios de resistência, equilíbrio, aeróbios e alongamento no idoso tem se mostrado eficaz na melhora funcional, controle da dor e na melhoria de qualidade de vida (PICKLES *et al.*, 2000).

Neste contexto, a dança contribui para que o tempo possua uma ação mais branda nos indivíduos, amenizando as dificuldades enfrentadas por pessoas em idades mais avançadas, portanto, o objetivo deste estudo trata-se de analisar a qualidade de vida de idosos participantes de atividades terapêuticas em um Centro de Convivência, identificando o grau de funcionalidade através da participação em atividades sociais e relacionar com a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, transversal, quantitativo e qualitativo. O local do estudo foi num Centro de Convivência de idosos localizado no município de Pacatuba, que promove atividades terapêuti-

cas como: aulas de forró três vezes por semana e aulas de alongamento duas vezes por semana por profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Município.

A amostra do estudo foi constituída por 30 idosos de ambos os sexos com idade a partir de 65 anos residentes na área próxima ao Centro de Convivência do município de Pacatuba. Os idosos aceitaram participar da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e esclarecendo-os quanto aos objetivos e finalidade da pesquisa realizada. Os critérios de inclusão foram aqueles que apresentavam condições de saúde e praticavam continuamente as atividades terapêuticas no Centro de Convivência.

Os instrumentos foram aplicados por alunos e fisioterapeutas pesquisadores da Fateci. A Secretaria de Saúde do Município de Pacatuba assinou um termo de autorização da pesquisa, permitindo que se realizasse o estudo no Centro de Convivência.

Primeiramente foi aplicado um instrumento de coleta contendo dados sociodemográficos e clínicos: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, problemas de saúde, tipo de medicação controlada. Logo após, foi aplicada a escala SALSA, composta de 20 perguntas, que avalia o grau de funcionalidade através da participação social em grupos e analisada a execução de atividades da vida diária (AVDs). Num segundo momento foi aplicado o questionário de avaliação de qualidade de vida (SF-36), traduzido para o português, validado e adaptado para o Brasil por Ciconelli, em 1999. Os participantes foram orientados a responder o questionário de qualidade de vida SF-36 através de uma entrevista individual acompanhadas pelo pesquisador. O período da coleta de dados foi de agosto a outubro de 2011.

O SF-36 é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas, na qual se investigam aspectos distintos: 1. Capacidade funcional (dez itens): avalia a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física; 2. Aspectos físicos (dois itens); 3. Aspectos emocionais (três itens); 4. Dor (dois itens): baseados numa questão do questionário SF-20 sobre a intensidade da dor, acrescido da interferência da dor nas atividades de vida diária; 5. Estado Geral de Saúde (cinco itens): derivados do questionário General Health Rating Index; 6. Vitalidade (quatro itens): considera o nível de energia; 7. Aspectos sociais (dois itens): analisam a integração do indivíduo em atividades sociais; 8. Saúde mental (cinco itens): investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

O cálculo do SF-36 foi feito transformando as questões em domínios, sendo que para cada domínio existe um cálculo diferente que varia de zero a cem, onde zero corresponde ao pior estado de saúde e cem é o melhor estado de saúde (MARTINEZ *et al.*; 2004).

Os domínios foram avaliados de acordo com a percepção do idoso em relação a sua qualidade de vida. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e foram apresentados em tabelas e gráficos em forma de percentuais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Dermatológico Dona Libânia com o protocolo de registro nº 058/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi composto por 30 idosos com a média de idade de 70 anos que participam de atividades terapêuticas no Centro de Convivência do município de Pacatuba há pelo menos dois anos. Foram excluídos os idosos que não tivessem uma participação contínua nas atividades terapêuticas ofertadas pelo Centro de Convivência. Quanto ao gênero que compõe o grupo de 30 idosos, doze eram homens (42%) e dezoito eram mulheres (48%), evidenciando a presença maior de mulheres.

Segundo alguns autores, as mulheres são predominantes na participação em atividades em centros de convivência e instituições que abrigam idosos, pois a feminização da velhice é um fenômeno mundial, porque as mulheres possuem maior expectativa de vida de 8 anos em relação aos homens. Por outro lado, são elas, mais do que os homens, que participam de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens, e até mesmo trabalho remunerado temporário. Já homens mais velhos têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho (CAMARANO, 2003).

Em relação à idade, 15% dos homens tinham de 65 a 70 anos e 4% tinham mais de 70 anos, já entre as mulheres 20% tinham uma faixa etária entre 65 a 70 anos e 9% acima de 70 anos.

Em relação ao estado civil 80% dos homens eram casados e 3% viúvos, enquanto que as mulheres 13% eram casadas, 72% viúvas e divorciadas enquanto que 18% eram solteiras.

Com relação a problemas de saúde dos 30 idosos avaliados, pudemos observar que as mulheres possuem mais patologias crônicas, como hipertensão e diabetes e em situações mais agravantes.

Tabela 1 – Patologias e Co-Morbididades

Variáveis em 18 Mulheres	Nº	%
Diabetes	17	56,6%
Hipertensas	17	56,6%
Variáveis em 12 Homens	Nº	%
Diabetes	04	13,3%
Hipertensos	04	13,3%

É observado, neste quadro acima, que as mulheres do grupo o qual foi pesquisado, têm maior índice de patologias crônicas, com 56,6% das mulheres e apenas 13,3% dos homens, reportaram estarem acometidos de patologias crônicas, confirmando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (1998), que mostrou que as mulheres apresentam uma chance maior do que os homens de experimentarem doenças crônicas, na última fase da vida, tais como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doenças do coração e depressão, bem como de contraírem incapacidades que afetam as atividades do cotidiano (CAMARANO, 2003).

Foi realizada uma entrevista, tendo como base o questionário SF-36, que abordou os seguintes domínios na análise da qualidade de vida: Capacidade funcional 61,1 pontos, aspectos físicos 49,2 pontos, dor 34,9 pontos, estado geral de saúde 59,9, vitalidade 61,0, aspectos sociais 70,0, aspectos emocionais 40,45 e saúde mental 72,0.

Os resultados obtidos em cada domínio estão representados no quadro 2.

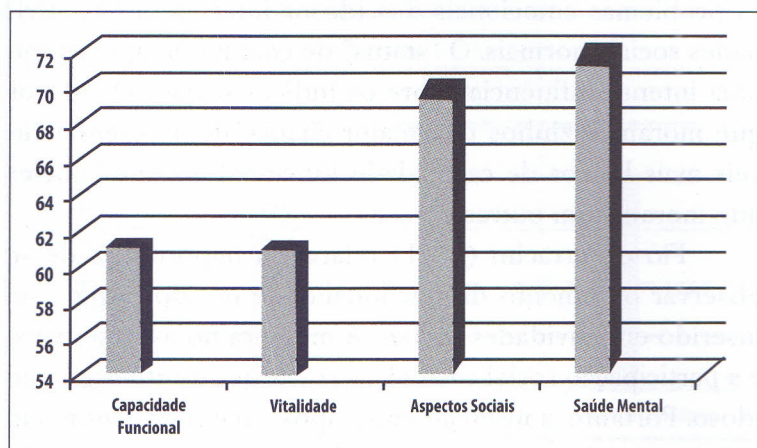
Quadro 2 – Variáveis dos Domínios Avaliados pelo SF-36 no Grupo de Idosos de Pacatuba

Domínio	Pontuação
Capacidade Funcional	61,1
Aspectos físicos	49,2
Dor	34,9
Estado geral de saúde	59,9
Vitalidade	61,0
Aspectos sociais	70,0
Aspectos emocionais	40,45
Saúde Mental	72,0

A idade apresentou diferença em maior pontuação para os domínios “capacidade funcional”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental”, o que implica que quanto maior a idade, menor a qualidade de vida. No entanto, para Caldas (2003), a dança como atividade física ajuda a garantir a independência funcional do indivíduo através da manutenção da sua força muscular, mesmo em idade avançada.

O gráfico a seguir mostra os domínios e suas diferenças.

Gráfico 1 – Resultados de Domínios Referentes a Capacidade Funcional, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental



Nota: Capacidade Funcional: 61,1 Vitalidade: 61,0 Aspectos Sociais: 70,0 Saúde Mental: 72,0

A capacidade funcional avaliada obteve 61,1% de escore, representando uma melhora da saúde acima de 50% de acordo com os parâmetros do SF-36 que avalia que os escores perto de zero representam pior estado de saúde e os escores acima de 50% ou perto de cem, representam melhor estado de saúde.

De acordo com a vitalidade, o envolvimento do idoso em grupos sociais, promove uma renovação viril, pois os envolvidos relatam que conhecem outras senhoras e/ou senhores e podem até voltar a ter uma nova ou novo parceiro. Esse envolvimento ajuda a fortalecer a vitalidade, melhorando o aspecto psicológico e emocional de sua saúde. De acordo com Crepeau e Cohn (2011), o envolvimento em grupos sociais, podem trilhar para terapias alter-

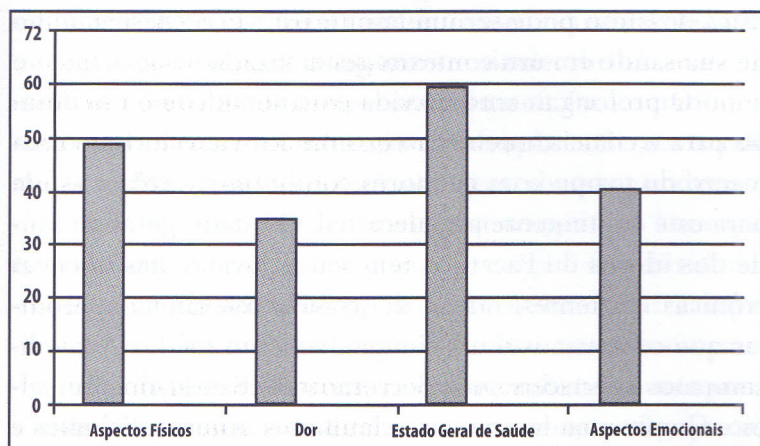
nativas e nessas terapias a busca na melhoria da qualidade de vida, pois os autores questionam que a saúde física ou os problemas emocionais dos idosos interferem nas atividades sociais normais. O “status” de coabitação apresentou uma intensa influência sobre os índices sociais. Os idosos que moram sozinhos têm maior chance de apresentar níveis mais baixos de capacidade funcional do que aqueles que moram com outras pessoas.

Fló e Perracini (2011) relatam a importância de se observar o aumento da funcionalidade no idoso que está inserido em atividades sociais. A melhora no aspecto físico e a participação social estabelece confiança e autoestima no idoso. Portanto, a inserção em grupos e o envolvimento em ações comunitárias são de grande relevância para a qualidade de vida na velhice.

Quanto ao aspecto da saúde mental, podemos observar que o grupo obteve o escore total de 72, que representa um nível alto de cognição e consciência do autocuidado, pois sentem-se satisfeitos em relação a participação no grupo e a relação de amizade com seus companheiros. Na tradução da obra *Psychiatric Nursing Made Incredibly Easy* (2005), os problemas de saúde mental mais frequentes como ansiedade, mal-estar, stress, perturbações, demências e atraso mental que acometem ao longo da vida são superados quando se participa de atividades terapêuticas em grupos sociais. Pois a prática de exercício físico envolve um incremento na memória do indivíduo.

No gráfico 2 podemos observar outros achados:

Gráfico 2 – Resultados de Domínios Referentes aos Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais



Nota: Aspectos Físicos: 49,2 Dor: 34,9 Estado geral de saúde: 59,9 Aspectos Emocionais: 40,45

Durante a entrevista, os idosos relataram que participam desses encontros há mais de dois anos. Em relação a percepção sobre a sua qualidade de vida foi confirmado nos relatos que 95% das mulheres pesquisadas são infelizes com a sua saúde e situação financeira, mas que a participação nas atividades terapêuticas proporciona um relaxamento, alívio das dores e uma maior satisfação com a vida, pois o grupo representa um convívio social importante para elas.

A Dor obteve um score de 34,9% ,representando um fator determinante para o bem-estar do idoso, pois interfere nas atividades diárias e participação em grupos sociais. Segundo Nogueira (2010), a percepção da dor pode variar de pessoa para pessoa, mas também pode estar relacionada ao fator cultural, sendo transformado por muitos fatores.

Salles (2010), na abordagem do tratamento médico de urgência ao idoso, mostra que o cuidado com a saúde física do idoso pode ser um fator favorável ao desempenho de sua saúde em um contexto generalizado

O prolongamento da vida com qualidade é um desafio para a ciência, que cada vez mais busca, valorizar o aumento do tempo com melhores condições de vida e saúde para este contingente populacional. O estado geral de saúde dos idosos de Pacatuba tem seu agravante nas doenças crônicas existentes, mas é de grande relevância apresentar que os mesmos têm acompanhamento médico e medicamentos ofertados pela Secretaria de Saúde do Município. Confrontando com os relatos dos autores, Schmitz e O'Sullivan (2010), que revelam a importância da avaliação, tratamento e controle da medicação referente as doenças crônicas, que podem levar o idoso a ter uma vida normal com mais qualidade a vida.

No aspecto emocional, questiona se houve algum tipo de problema com o idoso na realização de suas atividades de vida diária, como consequência de algum problema emocional. Ao confrontar com a concepção apresentada por McAuley e Rudolph (1995), que concebe a saúde mental sob dois aspectos com componentes positivos que dizem respeito a autoestima e negativos que englobam os aspectos de depressão e estresse.

Durante a aplicação da Escala de SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness), composta por 20 questões em que a soma de todas as colunas (1-80):

Identifica como: sem limitação: até 24 com grau de incapacidade zero; limitação leve: 25 a 39, representa um grau de incapacidade 1; limitação moderada: 40 a 49 com

grau de incapacidade 2; limitação severa: 50 a 59 com grau de incapacidade 3; limitação muito severa: 60-80, com grau de incapacidade 4 e os escores de consciência de risco onde a soma das colunas com escore 4 varia de (1-11).

No estudo foram encontrados que 95% das mulheres idosas apresentavam limitação moderada com pontuação de 41 escores, representando um grau de incapacidade 2, enquanto que 40% dos homens apresentaram limitação leve de 39 escores em relação à execução das atividades diárias como: amarrar os cadarços de sapatos, abrir tampas de vidros, andar vários quarteirões, representando um grau de incapacidade 1. Portanto, a preservação ou a recuperação da capacidade funcional consiste num objetivo prioritário na atenção ao idoso segundo Brito (2004).

Conforme Veras (2000), a manutenção da capacidade funcional é uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos e assistentes sociais. Contudo, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados na área de geriatria e gerontologia, como também a criação de políticas públicas de saúde e de linhas de financiamento a pesquisas que proporcionem a esse segmento populacional o atendimento às necessidades próprias dessa fase do ciclo da vida.

Quanto ao escore de consciência de risco de acordo com a soma dos escores 80% dos idosos apresentaram conscientes de suas limitações com um total de 9 escores respondidos de um total de 11 escores, enquanto 20% apresentaram ausência de consciência de risco.

Resultados semelhantes encontrados por Unger *et al.* (1999), investigaram os efeitos de participação e apoio social nas mudanças da função física, em indivíduos de 70 a 79 anos por um período de sete anos. Os resultados indicaram, que os participantes que mantinham mais participações sociais, demonstraram menos declínio da capacidade funcional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com contexto, pôde-se observar que, o envelhecimento, pode ser vivido como uma etapa prazerosa do ciclo da vida, principalmente quando este idoso consegue se adaptar às perdas da vida e procura se enquadrar em atividades de participação social na comunidade.

Entende-se que a construção da velhice é por toda a trajetória da vida e o reflexo da velhice mais saudável, dá-se das opções feitas ao longo do ciclo da vida e as escolhas elencadas durante o período do envelhecimento.

A pesquisa foi relevante por se tratar de um tema atual em que nos deparamos com um aumento gradativo da população idosa, por causa da rápida transição demográfica que ocorreu em três décadas no Brasil, colocando o Brasil não mais como um país de jovens, mas como um país onde o número de idosos duplicará em 20 anos e as Políticas Públicas deverão estar atentas às necessidades deste contingente populacional.

Os domínios avaliados apresentaram impacto subjetivo significativo através da percepção dos idosos de analisarem sua qualidade de vida de um maneira positiva, obtendo escores acima de 50% nos níveis de percepção do estado

geral de saúde. As medidas de avaliação da qualidade de vida na velhice através do SF-36, não são capazes de dizer exatamente, para o profissional de saúde o que fazer; entretanto, são capazes de demonstrar se os idosos conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e como se sentem quando as estão praticando. As aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período, podem definir a melhora ou a piora do paciente em diferentes aspectos físicos como emocionais, tornando-se importantes para a avaliação de determinadas intervenções, como atividades promotoras de melhoria da qualidade de vida de idosos da comunidade.

Para que tal processo de avaliação da qualidade de vida na velhice se torne visível e seja aplicável na realidade, é preciso a conscientização de toda uma sociedade em favor de um paradigma holístico, que entenda o homem de uma maneira integral nos aspectos biopsicossociais com fatores ambientais e contextuais favoráveis ao seu bem-estar geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALTES, M.M. *et al.* "Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective". *Aging and society*, v.13, p.657-680, 1997.

BRITO, F. C., LITVOC, J. *Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROMOÇÃO DA SAÚDE. *Declaração da Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Jacarta e Declaração do México*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, Lei no.8.842/94; Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006, p20-24, Brasília-DF.

CREPEAU, E. B. e COHN, E. S., *Terapia ocupacional*. 11. ed. Guanabara, 2011.

CICONELLI, Rozana Mesquita *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 39, n. 3, p. 143-50, maio/jun., 1999.

CAMARANO, Ana Amélia *et al.* *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2002.

_____. Ana Amélia. mulher e idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Revista de Estudos avançados*, USP, 2003.

FLÓ, C. M. e PERRACINI, M. R., *Funcionalidade e envelhecimento*. Ed. Guanabara, 2011.

HASHIZUMI, Milena M.; *et al.* *Dança pra terceira idade*. 2004. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia. *Censo Demográfico da População Brasileira*, 2000.

LAWTON, The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego, Academic Press, 1991.

LEE, Y. *Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde*, São Paulo: Atheneu, 2004.

LEAL, Indara Jubin; HAAS, Aline Nogueira. *O Significado da Dança na terceira idade*, 2006.

LEAVELL, H & CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p 7-18, jan., 2000.

MARTINEZ, M. C. *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. São Paulo, 2002. (Dissertação) Mestrado, Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

NANNI, Dionizia. *Dança educação: pré-escola à Universidade*, 2. ed. Rio de Janeiro, Sprint, 1995.

MCAULEY, E. RUDOLPH, D. *Physicol Activit*, v. 3, p. 67-96, 1995.

NERI, A. L. *Qualidade de vida e idade madura*. [s.l.]: Ed. Papirus, 2007.

OKUMA, S. S. O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico. Tese (Doutorado). Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo: USP, 1998, 38 1p.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*; Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família das Classificações Internacionais. Organização e coordenação da tradução de Cássia M. Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um Instrumento privilegia sua opinião*. São Paulo, 2000, 263. Dissertação (Mestrado na Área de Geriatria), Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo, São Paulo, 2000.

PAPALÉO, N. M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.

- PICKLES, Barrie *et al*, *Fisioterapia na terceira Idade*. São Paulo, editora Santos, 2000.
- REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. da S. *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri, SP: Manole, 2004.
- REZENDE, Mônica de; CALDAS, Célia Pereira. *A Dança de Salão Promoção da Saúde do Idoso*, 2003.
- ROGOFF, B. A natureza cultural do desenvolvimento humano. São Paulo, [s.n.], 2000.
- ROWE, J., & KAHN, R. Successful aging. *The Gerontologist*, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.
- SALLES, R. F. N., *Tratado de medicina de urgência do idoso*, Ed. Atheneu, 2010.
- SALSA Collaborative Study Group, EBENSO J, FUZIKAWA P, Melchior H, WEXLER R, Piefer A, *et al*. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disabil Rehabil*, v. 29, n. 9, p. 689-700, 2007.
- SALVADOR Marlene. A Importância da atividade física na terceira idade: uma análise da dança enquanto atividade física, 2004.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr., 2004.
- SCHMITZ T. e O'SULLIVAN S. B., *Fisioterapia avaliação e tratamento*, 5. ed., 2010.
- UNGER, J. B., *et al*. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly

persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), S245-251, 1999.

VERAS, Renato P. *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro; relume- Dumara, 2000.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), *A Manual of dimensions of disablement and functioning*, Genebra, 2001.



A TRANSVERSALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NA FISIOTERAPIA, NUTRIÇÃO E SERVIÇO SOCIAL

Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha

Prof.(a): Me da Disciplina de Urogineco Obstetrícia do Curso de Fisioterapia das Faculdades INTA, Coordenadora de Pesquisa e Extensão do Curso de Fisioterapia das Faculdades INTA, Fisioterapeuta de Uruoca

E-mail: aleudineliamonte@hotmail.com

Alexandre Sales Barros

Nutricionista clinico CRN 4816-6, Professor e coordenador adjunto do curso de nutrição das faculdades INTA, Especialista em Vigilância Sanitária pelas Faculdades INTA, Mestrando em biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará.

E-mail: alexnutricionista@gmail.com

Alberlane Pereira de Matos

Assistente Social, Especialista em Seguridade Social

E-mail: lanepmatos@hotmail.com

A HISTORY OF THE HISTORICAL SOCIETY OF THE CITY OF NEW YORK

The Historical Society of the City of New York was organized in 1847, and has since that time been engaged in the collection and preservation of the historical records of the city. The society has a large and valuable collection of books, manuscripts, and other historical documents, and it has also been successful in securing the preservation of many of the city's most important historical landmarks.

The society has also been successful in securing the preservation of many of the city's most important historical landmarks. It has been instrumental in the restoration of many of the city's most important historical buildings, and it has also been successful in securing the preservation of many of the city's most important historical landmarks.

The society has also been successful in securing the preservation of many of the city's most important historical landmarks. It has been instrumental in the restoration of many of the city's most important historical buildings, and it has also been successful in securing the preservation of many of the city's most important historical landmarks.

SAÚDE DA MULHER E A FISIOTERAPIA

Histórico

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX e a atenção à saúde deste grupo populacional segue uma evolução cujos antecedentes podem ser considerados a partir da década de 1970. Nesse período, o Ministério da Saúde (MS) adotava uma concepção mais restrita da saúde da mulher, que se limitava à saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica (BRASIL, 2008).

As mulheres destacam-se como grupo de grande demanda nos serviços de atenção à saúde. O atendimento em Saúde da Mulher exige do profissional uma atenção especial que ultrapassa o limite da especificidade passando por um olhar mais global, com ênfase na prevenção dos agravos e na promoção da saúde integral da mulher.

Atualmente as mulheres representam 51% da população brasileira, constituindo 41% de pessoas legitimamente ativas no mercado de trabalho. Por isso, é importantíssimo que elas passem por algumas fases de suas vidas na melhor condição de saúde possível. Seja no ciclo gravídico-puerperal, ou na eventualidade de uma afecção importante como CA de mama ou colo de útero. Além disso, a estimativa de vida das mulheres em alguns países desenvolvidos é de 80 anos (BRASIL, 2011).

A atuação da fisioterapia na saúde da mulher permite intervir sobre vários aspectos da função e do movimento humano, que sofrem mudanças e alterações durante as fases de vida da mulher, desde a adolescência até a fase adulta, passando pelo período gestacional, menopausa e terceira idade. A fisioterapia na saúde da mulher atua com patologias que frequentemente atingem o sexo feminino, tais como a Incontinência Urinária, Câncer de Mama. Câncer de colo do útero, Fibromialgia, para citar alguns exemplos.

A Fisioterapia como uma área atuante na saúde feminina fundou a Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM) que é uma associação civil, sem fins lucrativos, representativa dos fisioterapeutas que atuam na área de Saúde da Mulher no Brasil. Foi criada por fisioterapeutas de todo o país, reunidos em assembleia durante o Cobraf em São Paulo no dia 07/10/2005. O encontro começou com apresentações da representante da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), doutora Brenda Myers. No dia 04/6/2007, a ABRAFISM deu um passo histórico, ao se tornar a primeira associação da América Latina a se tornar membro da Organização Internacional de Fisioterapia em Saúde da Mulher (IOPTWH) durante o Congresso Mundial de Fisioterapia realizado em Vancouver no Canadá. A filiação da ABRAFISM a IOPTWH representa um benefício direto ao Associado ABRAFISM que passa automaticamente a fazer parte de uma organização internacional que lhe proporciona um canal de comunicação com o mundo, favorecendo assim sua participação crescente e inserção no cenário internacional da Fisioterapia em Saúde da Mulher (BRASIL, 2008).

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

A fisioterapia na saúde da mulher desenvolve trabalhos preventivos e reabilitadores nas áreas de oncologia mamária e ginecológica, climatério, gestação e pós-parto, dor pélvica crônica e uroginecologia (incontinência urinária e fecal, disfunções sexuais), visando melhoria nas condições físicas da mulher por meio de programas personalizados e especializados de acordo com suas necessidades.

GESTANTES

Durante a gestação, uma das principais atuações dos fisioterapeutas está relacionada com as dores lombares, comum em mulheres grávidas. O fisioterapeuta se apresenta como um profissional da área da saúde capaz de contribuir com a melhora da qualidade de vida da gestante, amenizando suas queixas, com um programa educativo e terapêutico. Os exercícios diminuem as chances de a mulher ter dores de alta intensidade durante a gestação, que limitam a execução das atividades diárias, além de contribuir para a melhora da autoestima da gestante e evitar o ganho excessivo de peso, comum na gravidez.

A gestação é um período sublime na vida da mulher e a fisioterapia irá contribuir de forma saudável, tornando mais fácil a assimilação das alterações pelas quais seu organismo passará, fazendo com que se sinta ativa e participante em um dos momentos mais importantes de sua vida.

Através de exercícios específicos, contribuiremos para a manutenção das condições físicas previamente existentes, redução de queixas, facilitação do parto e uma recu-

peração satisfatória e plena de seu organismo e bem-estar no pós-parto.

A dor pélvica crônica é caracterizada por uma dor constante ou intermitente, localizada na região pélvica que persiste por pelo menos seis meses. Essa dor pode ou não ser de origem ginecológica, cabendo ao médico a determinação do diagnóstico ginecológico e indicação ao tratamento clínico ou cirúrgico.

CÂNCER DE MAMA

Após a cirurgia para a retirada de um câncer de mama, a mulher passa a ter uma nova realidade de seu esquema corporal devido a alterações importantes que ocorreram em níveis anatômico, fisiológico e funcional. É baseada nessas alterações que a reabilitação física, através da fisioterapia, desempenha papel fundamental por apresentar um conjunto de possibilidades terapêuticas físicas suscetíveis intervindas desde a mais precoce recuperação funcional até a prevenção e tratamento de sequelas como dor, restrição de movimentos, diminuição de força muscular, aderência da cicatriz e linfedema.

Linfedema é o excesso de fluidos acumulados fora do vaso linfático que provoca inchaço e dor no membro afetado (GAYTON, 1998). A fisioterapia regride os transtornos do linfedema e evita que este aumente com o tempo, o que poderia gerar maior risco de infecções.

CLIMATÉRIO

Climatério é a transição da mulher de meia-idade para a velhice, correspondendo um período de intensas

modificações psicológicas e físicas. Esse é um processo natural e inevitável.

A fisioterapia nessa nova fase da mulher tem como objetivo prevenir possíveis patologias como a incontinência urinária e retardar o declínio natural do organismo. Promove o bem-estar físico e psíquico combatendo a “sensação” de declínio físico, intervindo na melhoria da autoestima e evitando crises depressivas.

Dentre as queixas físicas mais comuns foi relatada pela maioria das mulheres a dor em todo o corpo e algumas em várias localizações, tais como: pernas, cabeça, braços, coluna lombar (quartos, cadeiras), pés, músculos (lagartos), coluna cervical (espinhaço), tórax, abdome (pé da barriga), ossos, ouvido, coluna dorsal (cruz) e nas mãos.

Além de fogachos (calor intenso), a maioria das mulheres se queixou de tontura, cansaço, hipertensão (pressão alta), falta de apetite sexual, hipotensão (pressão baixa), vertigem (escurecer a vista), tosse, colesterol alto, dificuldade para andar, artrose, tendinite, reumatismo, lupus reagente, alergia asmática e paralisia facial (CUNHA, 2008).

No que diz respeito ao que as mulheres buscam na unidade de saúde e a frequência com que usam esse sistema de saúde, podemos identificar o fato de que a procura maior é pelo profissional que faz clínica geral e em seguida pelo fisioterapeuta. Estes profissionais foram revelados pelas mulheres como sendo aqueles que prescrevem a medicação para o alívio das queixas e também pelo alívio das dores e por melhorar o bem-estar.

SEXUALIDADE

O tema sexualidade faz parte de uma das prioridades das políticas públicas de atendimento à mulher, no entanto, a abordagem centra-se no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, não necessariamente abarcando toda a complexidade que o tema exige. Ainda mais, ressalta-se que tal atendimento, via de regra, sua individualidade nas consultas ginecológicas, na maioria das vezes, a restringe ao campo delimitado da doença e/ou da restauração do funcionamento dos órgãos. Pode-se também ressaltar que o atendimento no âmbito privado do consultório não privilegia uma discussão coletiva entre as próprias mulheres, o que, certamente, com suporte no compartilhamento de experiências comuns, possibilitaria o desenvolvimento da percepção de que suas outras demandas não estão propriamente relacionadas a problemas originalmente seus, mas integram um conjunto muito próprio da condição feminina e da vivência de ser mulher. Ainda mais, a discussão coletiva privilegia a socialização das soluções dos problemas, retirando-os do universo individual de cada mulher (TRINDADE e FERREIRA, 2008).

Diante desta abordagem, podemos identificar os fatores mais agravantes e considerados de risco à saúde da mulher, de forma que proporcionam a busca destas ao serviço de saúde e desta forma a fazerem uso do serviço de Fisioterapia, em que se mostra capaz ou incapaz de realizar suas atividades de vida diária e que o fisioterapeuta, dentro do modelo da CIF substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que a mesma apresenta alterações

de função e/ou da estrutura do corpo possa desempenhar, assim sua participação social.

A fisioterapia atuará no tratamento dos sintomas de origem muscular com o objetivo de aliviar, melhorar e corrigir as alterações posturais produzidas pela dor, reduzir espasmos musculares, melhorando a qualidade de vida da paciente fornecendo orientações que busquem facilitar a realização de atividades de vida diárias.

SAÚDE DA MULHER E NUTRIÇÃO

Os mecanismos fisiológicos da mulher geram necessidades nutricionais específicas, que vão além do simples “feijão com arroz” e calorias em relação aos demais grupos de indivíduos. A grande maioria das mulheres combina uma jornada dupla, a vida profissional e responsabilidade da casa. A pressão social em torno da autoimagem corporal é muito forte, o controle do peso, inclusive as dietas para emagrecimento, é frequentemente um tormento para muitas mulheres. A atividade física faz parte do estilo de vida saudável e é altamente recomendada para aliviar a maioria dos riscos de saúde específicos da mulher – excesso de peso, osteoporose, doenças neoplásicas e cardiovasculares.

Menos massa muscular, mais gordura do que os homens e metabolismo mais lento. Essas são as características mais comuns, principalmente depois dos 40 anos, encontradas na mulher moderna, por isso uma alimentação saudável e que atenda as necessidades de cada uma, levando em consideração as mudanças hormonais durante a fase adulta, é fundamental para uma boa saúde.

SAÚDE ÓSSEA E NUTRIÇÃO

A saúde óssea é importante para homens e mulheres, mas as diferenças hormonais a tornam especialmente importante para as mulheres. O osso serve como estrutura para o corpo, como proteção dos órgãos vitais e como uma reserva metabólica de cálcio, fósforo e outros minerais em períodos de deficiência mineral.

A osteoporose é uma doença silenciosa caracterizada por baixa densidade óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, que leva à fragilidade óssea e ao aumento da suscetibilidade a fraturas. Mundialmente calcula-se que uma em cada três mulheres acima de 50 anos é afetada pela osteoporose. O custo anual para tratar fraturas osteoporóticas nos EUA, no Canadá e na Europa é de US\$ 48 bilhões.

Os períodos críticos da vida da mulher com respeito a saúde óssea são infância e puberdade, gravidez e lactação, menopausa, velhice.

Os minerais cálcio, fósforo, manganês e zinco e as vitaminas D, C e K são micronutrientes importantes como componentes ósseos ou reguladores do metabolismo ósseo. Os fitoestrógenos têm ação similar a dos hormônios sexuais, deficientes na menopausa.

Sem sombra de dúvidas, a soja é a grande estrela dos fitoestrógenos. Suas isoflavonas são responsáveis não só por substituir os hormônios na menopausa, mas também por reduzir os riscos cardiovasculares, câncer e alívio dos sintomas da menopausa. A porção mais rica em isoflavonas é o grão *in natura*, que pode ser consumido junto ao feijão, na salada ou torrado.

Não só o cálcio do leite ajuda na prevenção da osteoprose, mas também a proteína básica do leite melhora a densidade óssea, segundo estudos realizados com mulheres.

Quadro 1 – Nutrientes para Saúde Óssea da Mulher

Nutriente	Função nos ossos	Fontes
Cálcio	Componente da matriz óssea na forma de cristais de hidroxiapatita, dá estrutura e força aos ossos	Queijo, leite, amêndoas
Fósforo	Componente da matriz inorgânica do osso, tendo as mesmas funções acima	Soja seca, queijo, pistache, pão integral, peixe, carne, chocolate ao leite
Magnésio	Estabiliza os cristais de hidroxiapatita na matriz óssea, regula o turnover ósseo	Feijão amêndoas, amendoim, chocolate escuro, arroz integral, pão integral
Zinco	Cofator essencial a formação de enzimas, estrutura colagenosa do osso	Ostras, milho, fígado, pó de cacau, carne bovina, queijo
Vitam. D	Regulador essencial do cálcio no osso, aumenta a absorção intestinal de cálcio	Ação da luz solar na pele, peixes oleosos, nozes, mexilhões, cogumelo
Vitam. C	Cofator essencial na hidroxilação e síntese do colágeno	Frutas e vegetais
Vitam. K	Necessário a carboxilação das proteínas da matriz óssea durante a síntese	Couve de Bruxelas, brócolis, fígado de galinha

NUTRIÇÃO DA MULHER E DOENÇAS CARDÍACAS

Patologias cardiovasculares são os principais responsáveis pela morte de mulheres e homens no mundo inteiro. As mulheres possuem uma proteção natural em relação ao aumento do LDL colesterol e a doenças cardiocirculatórias, maior que os homens. Esta proteção é perdida na meno-

pausa e fatores metabólicos de risco são desenvolvidos ao longo da vida, o que requer das mulheres cuidados especiais.

O LDL, ou colesterol ruim, quando em excesso, é produzido na menopausa e aumenta muito o risco de comorbidades cardiovasculares. Também o colesterol do soro HDL, o colesterol protetor, que não se encontra alto na maioria das mulheres, é fator de risco, podendo ser aumentado com exercícios e ingestão de Ômega-3. Os triglicérides, especialmente antes da menopausa, são fator de risco mais preditivo que demais colesteróis e é agravado no excesso de peso, diabetes tipo 2, sedentarismo e dietas com alto teor de carboidrato.

Embora geralmente não seja reconhecida, a doença cardíaca é, sem dúvida, a principal causa de morte de mulheres e, de homens, no mundo desenvolvido. Mulheres sofrem da doença da mesma forma que os homens, porém os fatores de risco e a idade na qual isto ocorre não são iguais aos dos homens. Assim, as mulheres precisam de uma abordagem diferente para manter sua saúde e evitar a doença cardiovascular.

Em geral, as mulheres estão parcialmente mais protegidas do aumento do colesterol LDL e da doença cardiovascular que os homens, pela produção do hormônio feminino estrógeno. Mas, esta proteção termina após a menopausa. Além disso, as mulheres desenvolvem outros fatores metabólicos ao longo da vida que aumentam o risco da doença. Conhecer esta diferença e a importância de controlá-la pode reduzir o risco de doença cardiovascular significativamente ao longo da vida da mulher.

COLESTEROL LDL DO SORO

É um importante fator preditivo de risco para doença cardiovascular em mulheres depois da menopausa. Com respeito à dieta, o efeito das gorduras saturadas no aumento do colesterol é bem documentado, embora meta-análises mais recentes tenham revelado que a redução de ácidos graxos saturados (e gordura total) na dieta tem efeito relativamente pequeno no risco global de doença arterial coronariana. Em contraste, dietas com baixo teor de gordura e alto teor de açúcares simples e amido promovem outras mudanças prejudiciais em lipídeos. Assim, algumas mulheres devem prestar mais atenção à qualidade das gorduras em sua dieta do que tentar procurar uma dieta com teores muito baixos de gordura. Fibras da dieta, particularmente fibras solúveis, ajudam a reduzir o colesterol LDL.

COLESTEROL HDL DO SORO

Na maioria das mulheres antes da menopausa, o estrógeno é responsável por promover níveis altos desta forma protetora do colesterol. O HDL, porém, não se encontra alto em todas as mulheres e pode ser sensível a vários aspectos da dieta. Mulheres com níveis de triglicérides altos frequentemente tem níveis reduzidos de HDL. Este se eleva pela ação de gorduras saturadas e monoinsaturadas e exercício. O HDL é reduzido pelo consumo de carboidratos simples, lipídeos poli-insaturados e gorduras trans.

TRIGLICÉRIDES VLDL DO SORO

Especialmente antes da menopausa, triglicérides do soro parecem ter valor preditivo positivo mais seguro para doença cardiovascular que o colesterol. Os triglicérides do soro são elevados pelo excesso de peso, diabetes tipo 2, sedentarismo e dietas com alto teor de carboidratos. Os triglicérides do soro podem ser reduzidos mantendo-se o peso ideal, melhorando o controle da glicose, com exercício regular e com uma dieta equilibrada em gorduras e carboidratos.

CONTROLE DA GLICOSE

Em alguns indivíduos, o excesso de peso pode estar associado a uma condição chamada de síndrome metabólica, caracterizada por baixo clearance de glicose e resistência à insulina. Mulheres parecem ser particularmente suscetíveis a esta condição quando estão acima do peso e, em tais casos, manter o peso ideal diminui significativamente o risco.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E A ALIMENTAÇÃO FEMININA

A resistência insulínica e aumento da glicose também é fator de risco, bem como o tabagismo e os níveis de pressão arterial. Entre outros acometimentos na mulher estão os tumores que tem índice de 40% proveniente da alimentação. Dentre os tumores destacamos o câncer de mama, o câncer cervical, o endometrial e ovariano.

A obesidade e dietas com baixos teores de antioxidantes são os grandes responsáveis pela incidência dos tumo-

res. A dieta exerce um papel fundamental na manutenção da saúde das mulheres – e também dos homens. O controle do peso é essencial. Comer gorduras equilibradas ajuda a proteger contra doenças cardiovasculares e neoplásicas.

Hipertensão arterial (pressão alta) é um fator de risco significativo para homens e mulheres. Como acontece com a maioria dos fatores de risco, ela depende em parte da genética, mas também responde a dieta e estilo de vida. Um grande estudo clínico multicêntrico nos Estados Unidos sobre abordagens dietéticas para interromper a hipertensão demonstrou uma melhora dramática no controle da pressão arterial quando os indivíduos consumiam uma dieta com muitas frutas e legumes, e iogurte com baixo teor de gordura.

DICAS PARA UMA BOA ALIMENTAÇÃO

A dieta tem um efeito importante sobre seus desejos de comida, seus níveis de stress, e sua energia ao longo do dia. Ao fazer escolhas espertas do alimento e desenvolver hábitos alimentares saudáveis, você conseguirá controlar o ganho de peso e sentir disposição durante todo o dia.

- **Café da manhã:** aumente seu metabolismo na parte da manhã, tomando um café da manhã saudável. Estudos mostram que pessoas que tomam café da manhã tendem a pesar menos do que aqueles que tendem a ignorá-lo. Um café da manhã balanceado fornece energia para o dia.
- **Coma regularmente:** um intervalo muito longo entre as refeições pode fazer você se sentir irritado e cansado, por isso, alimente-se pelo menos a cada 3-4 horas.

- **Cortar o “lixo”:** lanches com carboidratos simples causam oscilações extremas no nível de energia e humor. Cortar esses alimentos pode ser difícil, mas se você puder resistir por vários dias, seus desejos vão diminuir.
- **Concentre-se em carboidratos complexos:** alimentos como batatas assadas, macarrão integral, arroz integral, aveia, pães integrais, e bananas, vão impulsionar o seu “sentir-se bem”, aumentando os níveis de serotonina. Eles também fornecem fibras, assim você se sentir saciada muito mais tempo.
- **Consuma fitoestrógenos:** são assim chamados devido à semelhança da sua estrutura com a do estrógeno natural, estradiol-17, e sua fraca estrogenicidade. Assim, eles podem ajudar a aliviar alguns dos sintomas desagradáveis e a perda óssea associados com a supressão de estrógeno na menopausa. Fitoestrógenos são encontrados em legumes e produtos integrais. Sem dúvida a fonte mais abundante é a soja, sendo os principais compostos as isoflavonas genistina e daidzina. A ingestão dietética média de isoflavonas em populações asiáticas que consomem dietas baseadas em soja se situa em torno de 50 mg de isoflavonas/ dia. O consumo de dietas de soja é associado com muitos efeitos benéficos, que incluem: menor risco de doença cardiovascular, câncer e osteoporose, e alívio dos sintomas da menopausa. Há crescente interesse no benefício potencial de isoflavonas de soja como protetores naturais da saúde óssea, particularmente na prevenção de perda óssea pós-menopausa. Alguns estudos clínicos recentes com mulheres norte-americanas e europeias na pós-menopausa mostram melhora da densidade mineral óssea, especialmente na coluna lombar,

após consumo diário de 50-90 mg de isoflavonas/ dia durante 6 a 12 meses. Pesquisas atuais investigam ativamente outros flavonóides, de preferência não hormonais, que podem melhorar a remodelagem e a densidade mineral óssea.

- **Proteínas do iogurte:** o iogurte é uma boa fonte de cálcio biodisponível e também uma excelente fonte de outros nutrientes. Um estudo clínico em mulheres na pré-menopausa mostrou que a Proteína Básica do Iogurte melhorou a densidade mineral óssea com uma dose de 40 mg/ dia durante seis meses. Resumindo, para assegurar a manutenção da estrutura da matriz e prevenir perdas excessivas de cálcio ósseo, as mulheres devem ingerir quantidades adequadas de minerais ósseos e vitaminas, principalmente nas fases críticas da vida, como desenvolvimento infantil, gravidez e lactação, menopausa e velhice. Além disso, novas pesquisas com fitonutrientes e nutrientes derivados do iogurte mostram a possibilidade de melhorar o processo de remodelagem ossea, afetando o *turnover* e a microestrutura óssea. Juntas, estas abordagens nutricionais e devem ajudar a manter a qualidade óssea global através de melhora na densidade mineral óssea, *turnover* ósseo, microarquitetura e força.

SAÚDE DA MULHER E SERVIÇO SOCIAL

A atuação do Assistente Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, sendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. É a profissão que atua no campo das Políticas Sociais com

o compromisso de defesa e garantia dos Direitos Sociais da população. A área da Saúde tem absorvido muitos profissionais do serviço social, que intervêm baseados na concepção de que o processo saúde doença é determinado socialmente e estão engajados nos três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) enfrentando diferentes questões sociais junto ao indivíduo, família e comunidade. Sua prática acontece relacionando os aspectos sociais, culturais e econômicos que envolvem o processo saúde-doença, possibilitando, assim uma aproximação do princípio da Integralidade. O assistente social está presente em Hospitais, Centros de Apoio Psicossocial – CAPS, nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e na Estratégia Saúde da Família, através dos NASF – Núcleo de Assistência a Saúde da Família. Este último considera fundamental a inclusão do assistente social, pois seus objetivos coincidem com o Projeto Ético e Político da Profissão conforme está preconizado em sua regulamentação de criação através da portaria 154: “As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania”. O Assistente Social também atua na Gestão, Planejamento, Assessoria, Articulação, Mobilização da Política de Saúde, no Controle Social, Assistência Domiciliar (*Home Care*) e na Pesquisa.

No exercício profissional são destacadas as ações de **Educação em Saúde** junto a diferentes grupos adaptan-

do-se à realidade de cada nível de atenção. É na estratégia saúde da família o espaço propício para o desenvolvimento destas ações. Muitas são as ações para diferentes grupos, mas a **Atenção Integral à saúde da mulher** compõe uma das prioridades no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Na estratégia Saúde da Família, a atenção integral à saúde da mulher engloba e integra várias ações como a prevenção do câncer de colo e da mama, planejamento familiar e pré-natal, estratégias de redução de DST e Aids, à saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidades e especificidades da população feminina. A Saúde da Mulher é bem ampla, pois perpassa todo o ciclo vital em que se requer cuidados desde o pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar e climatério. Vale lembrar que a saúde da mulher deve ser vislumbrada sobre a concepção de gênero, enquanto um determinante na compreensão dos agravos à saúde da mulher e criação de ações preventivas de agravos. Outras concepções devem ser compreendidas e atualizadas com o objetivo de empoderar as mulheres frente a situações como violência doméstica, planejamento familiar, sexualidade e seus significados socioculturais. Todo este contexto precisa estar em consonância com as diversas e novas configurações familiares.

Somente os profissionais de saúde não têm condições de implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pois, pela sua amplitude, requer que todos atores do setor Saúde, gestores, trabalhadores e conselheiros se comprometam para efetivação desta política.

Um trabalho interdisciplinar é necessário devido a particularidade e multiplicidade de demandas de cada indivíduo. Cada área de conhecimento tem um enorme valor

numa perspectiva de transversalidade. Todos os profissionais envolvidos devem estar capacitados sobre a temática, valorizar a educação em saúde e o trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Nutrition and Women's Health. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004.
- ARAÚJO, C. O poder da cura de vitaminas, minerais e outros suplementos. *Reader's Digest livros*, 2001.
- BRASIL, *Estatuto da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher*. Ribeirão Preto, SP: [s.n.], 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Taxa de mulheres*. Disponível em: <<http://www.Datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 de nov. 2011.
- BRUSCHINI, C. Mulher e trabalho: a brasileira conquista novos espaços. *Mercado Global*, v. 87, p. 52-8. 1992.
- CUNHA, F.M.A.M. *Saúde física e mental de mulheres no climatério: análise sob o modelo de crenças em saúde*. Fortaleza, UNIFOR, 2008.90p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, 2008.
- FANHANI, A.P. Agentes antioxidantes: seu papel na nutrição e saúde dos atletas. *SaBios-Rev. Saúde e Biol.*, Campo Mourão, v. 1, n. 2, p. 33-41, jul./ dez., 2006.
- FERREIRA, A. L.; MATSUBARA, L. S. Radicais livres: conceitos, doenças relacionadas, sistema de defesa e estresse oxidativo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 43, n. 1, p.61-68, 1997.
- GUYTON, A.C. *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

- HENDLER, S.S. A Enciclopédia de vitaminas e minerais: vitamina E. In: HENDLER, Sheldon Saul. *A enciclopédia de vitaminas e minerais*. Rio de Janeiro: Campus, 1994, p. 96.
- HOLMES, M.D., *et al.* Association of dietary intake of fat and fatty acids with risk of breast cancer, *JAMA*, v. 281, n. 10, p. 914-20, 1999.
- HU, F.B., BRONNER, L., WILLET, W.C. Fish and omega-3 fatty acid intake and risk of coronary heart disease in women. *JAMA*, v. 287, p. 1815-1821, 2002.
- MAILLARD, V., *et al.* N-3 and n-6 fatty acids in breast cancer adipose tissue and relative risk of breast cancer in a case-control study in Tours, France. *Int. J. Cancer*, v. 98, p. 78-83, 2002.
- MALTA, M.B. Utilização das recomendações de nutrientes para estimar prevalência de consumo insuficiente das vitaminas C e E em gestantes. *Rev. Bras. Epidemiol*, v.11, n.4, p.573-83, 2008.
- PADILHA, P.C., PINHEIRO, R.L. O Papel dos Alimentos Funcionais na Prevenção e Controle do Câncer de Mama. *Rev. Bras. Cancerologia*, v. 50, n. 3, p.251-260, 2004.
- RIQUE, A.B. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v. 8, n 6, nov/dez, 2002.
- SARTI, C.A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In: BRETAS, A. C. P. *Trabalho, saúde e gênero: na era da globalização*. Goiânia-GO: AB; 1997. p. 51-60.
- SCHIRMER, J. Trabalho e maternidade: qual o custo para as mulheres? In: BRETAS, A. C. P. *Trabalho, saúde e gênero: na era da globalização*. Goiânia-GO: AB; 1997. p.101-13.
- SOMER, E. *Nutrition for women. The complete guide*. Canada: Owl Books, 1993.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 3, 2008.

ABORDAGEM INTEGRATIVA EM HIV/AIDS:

um Contexto Médico e Fisioterapêutico

Guilherme Alves de Lima Henn

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará; Residência Médica em Infectologia pelo Hospital São José de Doenças Infecciosas (Fortaleza/CE); Professor Auxiliar da Disciplina de Doenças Infecciosas e Internato em Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina/UFC; Médico -Assistente do Ambulatório de Leishmaniose Visceral do Hospital São José de Doenças Infecciosas; Membro do Corpo Clínico do Serviço de Infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio
E-mail: guialhenn@gmail.com

Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior

Fisioterapeuta pela Faculdade Integrada do Ceará; Osteopata D.O. pela Escola Brasileira de Osteopatia; Especialista em Terapia Manual e Postural pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Mestrado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará/UECE; Doutorado em Biotecnologia/RENORBIO (Rede Nordeste de Biotecnologia) — UECE; Formação em RPG/Reposturar-se, KinesioTaping, Equilíbrio NeuroMuscular e Pilates. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau/Fortaleza-CE. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa BioDigital do Instituto UFC Virtual da Universidade Federal do Ceará; Pesquisador do grupo Biologia e Marcadores Moleculares em Alterações Celulares Experimentais da UECE. Diretor do Instituto Le Santé.
E-mail: drfleuryjr@gmail.com

José Rogério Santana

Graduado em Pedagogia (UFC). Mestre em Educação Brasileira (UFC). Doutor em Educação Brasileira (UFC). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Ceará no Instituto UFC Virtual trabalhando com Educação a Distância (EaD). Integrante do Núcleo de Pesquisa História e Memória (UFC). Possui experiência na área de Educação, com ênfase em Tecnologia Educacional, Educação a Distância e Ensino de Matemática, atuando principalmente nos seguintes temas: informática educativa, educação a distância, educação matemática, geometria dinâmica e formação de professores. Também desenvolve trabalhos sobre a relação Imagem e Memória na perspectiva da Pedagogia das Imagens Culturais.
E-mail: rogerio@virtual.ufc.br



CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PATOLOGIA

Histórico e Fisiopatogênese

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foi descrito inicialmente em 1983, após relatos de casos de homossexuais masculinos residentes nas regiões de Los Angeles, São Francisco e Nova Iorque, nos Estados Unidos, dois anos antes. Esses indivíduos apresentavam quadros graves de pneumonia rapidamente progressiva causada por um fungo – *Pneumocystis jirovecii* (anteriormente conhecido como *Pneumocystis carinii*) – e uma neoplasia rara de pele – o Sarcoma de Kaposi – que até esta época só eram descritos em pacientes com disfunção severa do sistema imunológico, como, por exemplo, indivíduos em quimioterapia para câncer.

A investigação que culminou com o isolamento e caracterização do vírus revelou tratar-se de um *retrovírus*, isto é, um vírus cujo material genético é composto por duas fitas simples de RNA que são convertidas dentro das células do hospedeiro em DNA através de um processo denominado *transcrição reversa*. Este DNA é, então, incorporado ao genoma da célula, pervertendo a maquinaria celular para a formação de novas partículas virais que levarão à morte da célula infectada e à consequente infecção de novas células.

O vírus infecta somente células que contenham uma molécula específica localizada em sua superfície, denomi-

nada *receptor CD4*. As principais células que apresentam esse tipo de receptor são populações de linfócitos T, responsáveis por toda a organização da resposta imune do organismo. Duas a quatro semanas após infectar-se, cerca de 40% dos pacientes experimentam a chamada *síndrome retroviral aguda*, um quadro febril autolimitado que é frequentemente confundido com uma virose respiratória comum. Passado esse período, inicia-se a chamada *fase crônica* da infecção, durante a qual o vírus se multiplica e destrói progressivamente os linfócitos CD4 do hospedeiro; esse processo geralmente não se acompanha de manifestações clínicas, permanecendo o indivíduo assintomático por período variável (7 a 10 anos, em média).

Ao final desta fase, com a depleção em grande escala das células CD4, o sistema imunológico passa a apresentar tamanho grau de comprometimento que o indivíduo se torna suscetível a infecções por germes banais, que normalmente não causam doença nos imunocompetentes. A partir do momento em que surgem essas *infecções oportunistas*, se diz que o paciente manifestou a *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (AIDS – do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Uma vez com imunodeficiência de tal magnitude, a história natural da doença aponta para a morte em dias a semanas, em consequência das muitas infecções oportunistas que podem afligir estes indivíduos.

Desde 1987, com o lançamento da 1ª droga antirretroviral (Zidovudina ou AZT) dezenas de novos medicamentos têm sido pesquisados e disponibilizados para uso clínico no tratamento da infecção pelo HIV. Mais recentemente, a partir de 1996, a combinação de três ou mais destes medicamentos, denominada Terapia Antirretroviral

Altamente Potente (HAART – do inglês *Highly Active Antiretroviral Therapy*), comumente chamada de “coquetel anti-AIDS”, permitiu o controle da replicação do vírus com consequente recuperação da imunidade e melhora substancial na qualidade e expectativa de vida dos pacientes infectados. Hoje, estima-se que um paciente diagnosticado precocemente, que tenha seu tratamento iniciado no momento oportuno e que mantenha a adesão à terapia durante longos anos, alcançará uma expectativa de vida semelhante às pessoas não infectadas da mesma idade e classe social.

TRANSMISSÃO, EPIDEMIOLOGIA E PANORAMA ATUAL

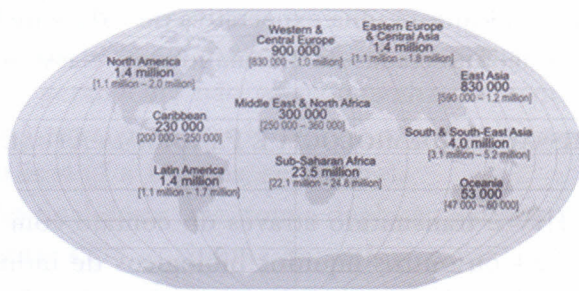
O HIV é transmitido através do contato com secreções genitais ou outros líquidos biológicos de indivíduos infectados. Relações sexuais desprotegidas, transfusão de hemoderivados contaminados, compartilhamento de seringas infectadas por usuários de drogas e exposição a materiais biológicos pelos profissionais de saúde são as formas mais comuns de transmissão. Atualmente, a probabilidade de se contrair o vírus através de transfusão de sangue foi reduzida a quase zero, devido às rígidas normas de controle existentes nos bancos de sangue. Nas décadas de 1980 e 1990 ainda era bastante comum a existência de pacientes hemofílicos infectados pelo HIV, já que essas pessoas eram submetidas a múltiplas transfusões de fatores de coagulação provenientes de doadores não testados para o HIV.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam a existência, atualmente, de cerca de 35,3 milhões de pessoas infectadas pelo HIV (OMS, 2013 – Figura 1). Estima-se que no ano de 2011 ocorreram 2,5 milhões de

novas infecções (cerca de 6.800 novas pessoas infectadas por dia) e 1,7 milhão de óbitos relacionados à AIDS.

No Brasil, no período de 1980 a junho de 2012, foram notificados 656.701 casos de AIDS e 253.706 óbitos em decorrência da doença. O estado do Ceará possui 14.108 casos notificados e 3.930 óbitos no mesmo período.

Adults and children estimated to be living with HIV | 2011



Total: 34.0 million [31.4 million - 35.9 million]



Figura 1 – Número de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. 2011.

Fonte: OMS, 2013.

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DA AIDS

Os pacientes infectados com HIV estão sujeitos a várias condições que afetam o sistema nervoso (SN). A prevalência de doença neurológica nos pacientes soropositivos varia de 39% a 70%. Tais condições podem ser decorrentes de infecções oportunistas, ação do próprio vírus ou efeitos adversos dos medicamentos.

O acometimento do SN periférico acontece de maneira variável, sendo a mais frequente a polineuropatia,

secundária ao próprio vírus ou como efeito colateral dos medicamentos antirretrovirais. O manejo é difícil e envolve controle ideal da viremia e o uso de medicamentos que possuam menor potencial para causar neuropatia.

Do ponto de vista do SN central, as manifestações variam desde transtornos cognitivos leves a graves lesões decorrentes de infecções oportunistas com extenso comprometimento cognitivo e motor. A toxoplasmose cerebral, a leucoencefalopatia multifocal progressiva e a doença neurocognitiva associada ao HIV são três das principais manifestações envolvendo o SN central nos indivíduos HIV positivos.

NEUROTOXOPLASMOSE

Doença causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, que normalmente infecta a maioria dos seres humanos na infância/adolescência. Após a infecção inicial, que é assintomática na maioria dos casos, o parasita permanece em estado de latência por muitos anos (às vezes a vida toda), podendo reativar-se em consequência de queda do estado imunitário.

A neurotoxoplasmose, também denominada toxoplasmose cerebral ou encefalite por *Toxoplasma*, é a principal forma de reativação do parasita em imunocomprometidos e também a principal infecção oportunista a acometer o encéfalo dos pacientes com AIDS. Está associada quase sempre a contagens de CD4 muito baixas, significando imunodepressão avançada.

O quadro inicial é geralmente caracterizado por febre, cefaleia intensa e convulsões de início recente, com

evolução invariavelmente fatal se não tratada. O diagnóstico e tratamento precoces são imprescindíveis, visto que a incidência das sequelas neurológicas é diretamente proporcional à extensão das lesões cerebrais. O tratamento é feito com a combinação de Sulfadiazina e Pirimetamina por um mínimo de quatro semanas, seguida de doses menores das mesmas drogas por tempo indefinido, até que a imunidade seja restituída.

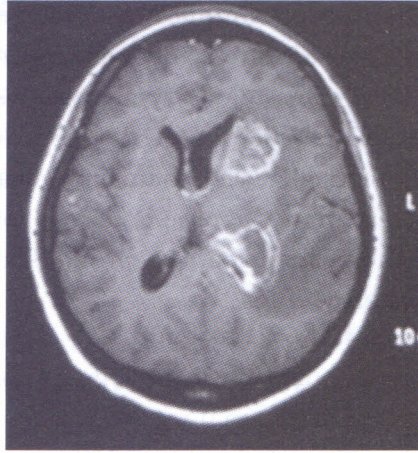
O diagnóstico é feito com exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), que mostram lesões fortemente sugestivas, caracterizadas por áreas arredondadas com realce periférico pelo meio de contraste, circundadas por grande zona de edema (Figura 2). A lesão pode ser única, mas a maioria dos doentes se apresenta com 2 a 5 lesões, que podem ser visualizadas em qualquer região do encéfalo (lobos cerebrais, cerebelo, tronco cerebral, meninges), sendo os núcleos da base a localização mais frequente.

O prognóstico é bastante variável, com aproximadamente um terço dos pacientes se recuperando sem sequelas, um terço indo a óbito e um terço sobrevivendo com sequelas, que podem ser debilitantes. O tipo de sequela depende da área acometida, não obstante, a maioria dos pacientes se apresenta com manifestações motoras, principalmente hemiparesia e paresias faciais, à semelhança do que ocorre com os indivíduos que sofreram acidentes vasculares cerebrais.

A reabilitação deve ser iniciada precocemente, ainda no internamento hospitalar, durante a fase aguda da infecção.

Figura 2 – Ressonância Magnética sugestiva de Neurotoxoplasmose.

Nota: Observe as lesões situadas nos núcleos da base à E com realce periférico pelo contraste, circundadas por grande área de edema e com efeito de massa, determinando desvio da linha média



LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA (LEMP)

Causada pela reativação do Vírus JC no SN central. Até 80% dos adultos jovens já foram infectados de maneira assintomática pelo vírus, que entra no encéfalo em situações de imunossupressão extrema.

A doença é caracterizada por desmielinização extensa no encéfalo, alteração visível preferencialmente na ressonância magnética como áreas de acometimento exclusivas da substância branca. Clinicamente, os pacientes se apresentam com um quadro arrastado de perda cognitiva (dificuldades de interação social, perda de memória em diversos graus, dificuldade de concentração e execução de tarefas simples, demência) e distúrbios motores (mono/hemiparesias e distúrbios da marcha).

Não existe tratamento farmacológico para o vírus JC. Na era pré-coquetel, a morte acontecia em 3-6 meses após

o início dos sintomas em decorrência de complicações associadas à restrição ao leito. A conduta frente a um caso de LEMP consiste em fortalecer o sistema imunológico com a terapia antirretroviral, que reverte, em parte, as alterações já estabelecidas. Atualmente, a associação de terapia antirretroviral-fisioterapia-terapia ocupacional melhorou de maneira importante o prognóstico e a qualidade de vida destes doentes.

DOENÇA NEUROCOGNITIVA ASSOCIADA AO HIV

Também conhecida como Encefalopatia pelo HIV ou Complexo Demencial do HIV, é resultado da ação do próprio vírus sobre as células cerebrais, particularmente a microglia. Essa ação citopática começa na fase inicial da infecção pelo HIV, quando este invade o SN central, porém se manifesta somente após vários anos, em fases avançadas, a exemplo das outras patologias.

A HAND (do inglês, *HIV - Associated Neurocognitive Disease*) se inicia com sintomas de disfunção subcortical, principalmente dificuldade de concentração, perda progressiva de memória e apraxia da marcha, além de lentificação no pensamento. Retraimento social e tristeza aparente sobressaem após período variável, podendo levar à confusão diagnóstica com depressão primária. Sem controle, a doença evolui ao cabo de alguns anos para tetraparesia espástica, incontinência urinária e fecal e perda completa da socialização.

O diagnóstico é clínico, com os exames de imagem (tomografia e ressonância) evidenciando atrofia cortical difusa. O tratamento consiste na reconstituição da imunidade através da terapia antirretroviral. Mais uma vez aqui,

a reabilitação psicológica e motora se revestem de grande importância, visto que, mesmo com controle plasmático do vírus, os efeitos patológicos no SN central não são totalmente interrompidos devido à penetração incompleta das drogas nos tecidos cerebrais (barreira hematoencefálica).

MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS DA AIDS

Juntamente com o trato gastrointestinal, o trato respiratório é o sistema mais frequentemente acometido pelas infecções oportunistas, por estar em contato direto com o meio ambiente, sendo, portanto, porta de entrada para uma gama de microorganismos. Além das infecções oportunistas, esses pacientes também sofrem de doenças respiratórias que acometem a população geral – asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia bacteriana, câncer de pulmão, entre outras. Desta forma, as doenças pulmonares constituem, também, importantes causas de morbimortalidade para os pacientes soropositivos. Parece claro que o prognóstico desses pacientes é tanto melhor quanto mais precoces forem o diagnóstico e a instituição do tratamento e reabilitação respiratória.

Dentre as dezenas de processos patológicos pulmonares que acometem os indivíduos com AIDS, as de maior prevalência e que acarretam maior letalidade no estado do Ceará são a tuberculose e a pneumocistose.

Tuberculose Pulmonar

A tuberculose (TB) é a infecção oportunista mais frequente nos pacientes infectados pelo HIV. A OMS estima

que a TB é causa de morte de até 13% desses pacientes. A infecção se dá pela inalação de partículas contendo o *Mycobacterium tuberculosis*, expelidas por um indivíduo doente através da tosse, espirro ou fala. Em condições normais, dentro de 2 a 12 semanas, o sistema imunológico controla a replicação do bacilo, que persiste em estágio de latência por período variável. A doença ocorre quando há reativação da bactéria (não contida pelo organismo), e está intimamente relacionada ao grau de comprometimento imunitário do hospedeiro. Indivíduos HIV positivos tendem a ter formas mais graves e disseminadas que os soronegativos.

A TB pode se manifestar em qualquer órgão, porém os pulmões constituem o sítio mais frequentemente acometido. O quadro clínico da tuberculose pulmonar caracteriza-se por febre (geralmente vespertina) de caráter arrastado com duração de várias semanas a meses e tosse de início seca e posteriormente produtiva, às vezes com hemoptóicos (escarros com raios de sangue); perda de peso, anorexia e adinamia são frequentes e dor pleurítica pode acompanhar o quadro.

As alterações radiológicas do tórax típicas de TB no paciente HIV negativo – infiltrados nos lobos superiores com cavitação – nem sempre estão presentes no indivíduo com AIDS. Devido à imunodepressão, o organismo desses pacientes tem menor capacidade de formar reação inflamatória ao germe e a infecção tende a ter padrão mais disseminado dentro dos pulmões. Desta forma, o raio-x de tórax pode mostrar desde infiltrados micronodulares (padrão conhecido como *miliar*) (figura 3), grandes opacidades lobares simulando pneumonia bacteriana, podendo ser completamente normal em até 30% dos pacientes. O

diagnóstico da doença geralmente é feito pelo exame do escarro (baciloscopia e cultura).

O tratamento é feito com uma combinação de medicamentos e tem duração de 6 meses. Os dois primeiros meses são chamados de *fase intensiva*, sendo utilizadas 4 drogas (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) e nos quatro últimos meses – a fase de manutenção – se utiliza a associação Rifampicina-Isoniazida. A cura da tuberculose, entretanto, não significa necessariamente a resolução de todos os sintomas. As alterações do tecido pulmonar presentes durante a doença evoluem para fibrose após a cura, o que resulta em perda real da capacidade respiratória. Essa perda, mensurável em testes como a espirometria, muitas vezes é percebida pelos pacientes como dispneia de esforço, é tão grande quanto maior tiver sido o acometimento pulmonar do paciente quando estava doente.

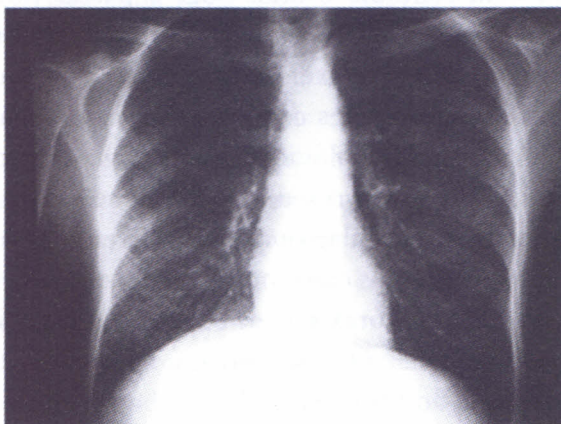


Figura 3 – Infiltrado miliar em paciente HIV positivo com tuberculose pulmonar. Observe a presença de micronódulos disseminados em ambos os pulmões.

Pneumocistose

A pneumocistose foi uma das primeiras infecções oportunistas reconhecidas nos primórdios da AIDS. Embora ainda comum, sua incidência caiu significativamente, nos últimos anos, graças à instituição cada vez mais precoce da terapia antirretroviral e do uso de medicamentos profiláticos quando os níveis de CD4 estão baixos.

O *Pneumocystis jirovecii*, que até 1988 se pensava ser um protozoário, é um fungo de características incomuns que faz parte da microbiota normal das vias aéreas dos seres humanos e outros mamíferos. Uma vez que a imunidade celular está comprometida, o fungo se multiplica e causa infecção geralmente restrita aos pulmões. A doença causa tipicamente quadro de febre arrastada (semanas), tosse predominantemente seca e dispneia. É bastante comum a associação com candidíase oral. Com o passar do tempo a dispneia progride até levar a insuficiência respiratória, quase sempre com hipoxemia marcada. Curiosamente, grande parte dos pacientes com pneumocistose grave não apresenta alterações radiológicas significativas (dissociação clínico-radiológica). A apresentação típica ao raio-x é o infiltrado intersticial reticular simétrico, bilateral e peri-hilar. Em cerca de metade dos casos o raio-x é normal. Na dúvida diagnóstica, a TC de tórax é mais sensível e específica que o raio-x convencional. O diagnóstico é feito com detecção do fungo no lavado broncoalveolar.

A droga de escolha para o tratamento é o Sulfametoxazol-Trimetoprim, que deve ser associado a corticoide em doses altas nos casos em que há hipoxemia, pois a morte do micro-organismo após o início do tratamento leva a

intensa reação inflamatória alveolar. Este fenômeno leva a piora paradoxal, caracterizada por surgimentos de novos infiltrados (alveolização) e piora da hipoxemia. O início do tratamento não deve ser atrasado pela necessidade do diagnóstico, pois os casos mais graves de pneumocistose que necessitam de ventilação mecânica evoluem com muita frequência para SARA (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto), assumindo prognóstico sombrio. A pneumocistose normalmente não causa sequelas pulmonares, exceto por pneumotórax, que ocorre na minoria dos casos.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM HIV/AIDS

Independentemente do modo de atuação, a abordagem do Fisioterapeuta deve contemplar a concepção filosófico-antropológica no contexto da AIDS, para que seja efetivada uma intervenção relevante, com foco na melhoria da qualidade de vida aos soropositivos e aos pacientes com AIDS. Deve-se considerar o quadro atual do paciente, suas principais complicações decorrentes de doenças oportunistas e sua capacidade de resposta no exato momento para graduar a ação terapêutica de modo a evitar sobrecargas no gasto energético de modo desnecessário. Diversos problemas funcionais e limitações de atividade são identificados na referida população. A Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF) pode fornecer uma avaliação da capacidade funcional dos pacientes e, assim, direcionar as ações e acompanhar quali-quantitativamente a evolução cinético-funcional do paciente com uma classificação validada mundialmente.

Uma avaliação direcionada da doença é fundamental para a prescrição da conduta terapêutica. O Fisioterapeuta, como parte integrante de uma equipe multidisciplinar de saúde, pode prescrever e adotar condutas terapêuticas para cada paciente com HIV/AIDS, de acordo com a necessidade com objetivo preventivo e terapêutico. Este profissional deve compreender todos os aspectos da patologia, especialmente a ação fisiopatológica do vírus no organismo humano.

Foi evidenciado que os pacientes com HIV/AIDS apresentam forte tendência para o desenvolvimento de disfunções do equilíbrio e da marcha em virtude da variação do peso corporal (BAUER; WU; WOLFSON, 2011). Este fato direciona a atenção do Fisioterapeuta para os elementos motores na atuação com este paciente, com o intuito de manter a independência funcional do mesmo, ou seja, sua capacidade de locomoção sem auxílio externo. O treino da marcha, o planejamento motor, bem como exercícios direcionados ao equilíbrio são fortemente encorajados como auxiliares ao tratamento. O'Brien et al., (2010) identificaram que o exercício aeróbico parece ser benéfico para os adultos que vivem com o HIV. A realização contínua de exercícios aeróbicos pode fortalecer o sistema imunológico e retardar a evolução da patologia pelo aumento do número de linfócitos TCD₄. De modo que eis uma nova possibilidade de trabalho acessório a reabilitação, quando aplicado a cada caso.

A manutenção da resistência, força muscular e da amplitude de movimento passiva e ativa são elementos fundamentais no plano de tratamento da função motora. A Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva, a inibição neuromuscular, o posicionamento do paciente e de

seus membros durante períodos acamados, assim como a imobilização em alguns momentos indicadas para atingir o equilíbrio do sistema tônico-postural. A prevenção de úlceras de pressão decorrentes da imobilização é outro ponto relevante e que deve ser considerado durante possíveis hospitalizações.

O tratamento das patologias respiratórias oportunistas é outro ponto importante a ser considerado, o uso de manobras do higiene brônquica, técnicas de expansão pulmonar e estimulação da função diafragmática são pontos fundamentais no tratamento das afecções respiratórias, acelerando a recuperação do paciente e reduzindo o tempo de internamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com HIV/AIDS devem receber acompanhamento sistemático multiprofissional, de uma equipe integrada, na qual o fisioterapeuta apresenta-se como um membro capaz de agir de modo preventivo e curativo junto a equipe médica e dos demais profissionais de saúde (psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais etc.) favorecendo o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUER, L.O., WU Z., WOLFSON L.I. An obese body mass increases the adverse effects of HIV/AIDS on balance and gait. *Physical Therapy* July vol. 91 no. 7 p. 1063-1071, 2011.
BRASIL. Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/pu->

blicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf>. Acesso em 18/11/2013.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Versão Preliminar. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/_p_pcdt_adulto-versao-preliminar_site_pdf_p__41365.pdf>. Acesso em 18/11/2013.

MYEZWHA H., et al. HIV/AIDS: use of the ICF in Brazil and South Africa--comparative data from four cross-sectional studies. *Physiotherapy*, mar; v. 97, n. 1, p. 17-25 2011.

NOBRE, A.Q.T. C., COSTA, I.S., BERNARDES, K.O. A fisioterapia no contexto do HIV/AIDS. *Fisioter. Mov.* n. 21, v. 4, p. 11-18, 2008.

O'BRIEN K. et al. Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS *Cochrane Database Syst Rev.* Aug n. 4, v. 8, 2010.

Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Disponível em: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2013.

World Health Organization. HIV/AIDS: Data and Statistics. Disponível em: <http://www.who.int/entity/hiv/data/2012_epi_core_v2.ppt>. Acesso em: 18 nov. 2013.

ATROFIA MUSCULAR POR DESUSO: Conceitos, Implicações na Saúde Coletiva e Aspectos Nutricionais

Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior

Fisioterapeuta pela Faculdade Integrada do Ceará; Osteopata D.O. pela Escola Brasileira de Osteopatia; Especialista em Terapia Manual e Postural pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Mestrado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará/UECE; Doutorado em Biotecnologia/RENORBIO (Rede Nordeste de Biotecnologia) — UECE; Formação em RPG/Reposturar-se, KinesioTaping, Equilíbrio NeuroMuscular e Pilates. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau/Fortaleza-CE. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa BioDigital do Instituto UFC Virtual da Universidade Federal do Ceará; Pesquisador do grupo Biologia e Marcadores Moleculares em Alterações Celulares Experimentais da UECE. Diretor do Instituto Le Santé.

E-mail: drfleuryjr@gmail.com

Emanuela Freire de Almeida Santos

Fisioterapeuta, Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará; Especialista em Terapia Manual e Postural/CESUMAR; Formação em Pilates, Reeducação Postural Sensoperceptiva e NeoPilates. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau/Fortaleza-CE.

E-mail: manuca_81@hotmail.com

Vânia Marilande Ceccatto

Bióloga (UNESP), Mestra em Ciências (USP) e Doutora em Bioquímica (UFC). Professora do Curso de Graduação em Biologia da UECE - CE e professora permanente do Curso de Mestrado Acadêmico em Ciências Fisiológicas – CMACF/UECE.

E-mail: vceccatto@yahoo.com.br

Valden Luis Matos Capistrano Júnior

Graduado em Nutrição – Unifor; Extensão em Transtornos Alimentares pelo Programa de Nutrição em Transtorno Alimentares (Pronutra) - Nami/Unifor; Pós Graduação em Fisiologia do Exercício – Uece; Pós Graduando em Nutrição Funcional - Unicsul/VP Consultoria; Mestre em Farmacologia - UFC

E-mail: valdenjunior@gmail.com



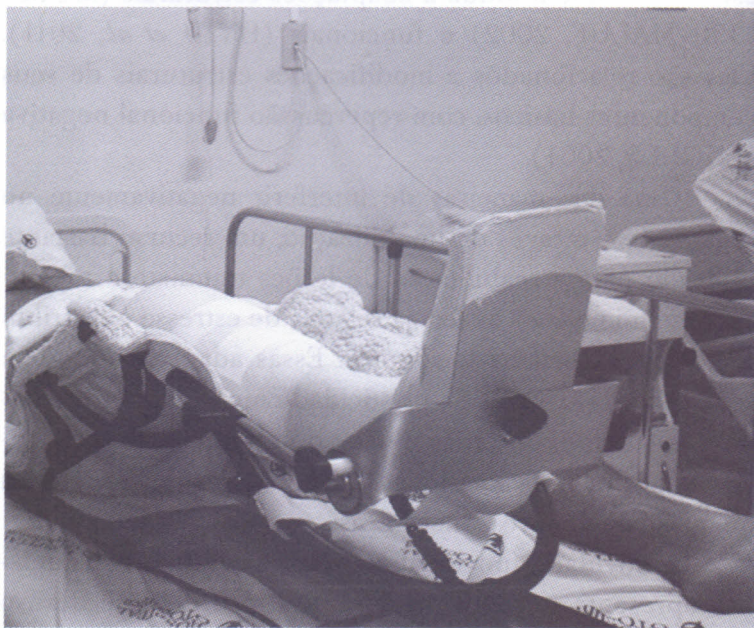
CARACTERIZAÇÃO MORFOFUNCIONAL DA ATROFIA POR DESUSO

De um modo geral, os tecidos biológicos respondem ao estresse mecânico oriundo de forças externas ao organismo, como a Força de Reação do Solo e a Gravidade modificando suas propriedades, entretanto, a ausência desse estímulo também induz a adaptações estruturais (MUELLER; MALUF, 2002) e funcionais (HVID *et al.*, 2011). Eles são relacionados a modificações estruturais de seus componentes básicos, com repercussão funcional negativa (ENGLES, 2001).

Uma das maneiras de interferir negativamente no organismo é através da imobilização, um recurso bastante utilizado para a reabilitação de lesões traumato-ortopédicas, que mimetiza a ausência relativa de estresse e distribui prejuízos ao sistema locomotor. Essas adaptações podem ser explicadas através da plasticidade muscular, propriedade dos tecidos contráteis e não contráteis de adquirir novos comprimentos como mecanismo adaptativo a presença ou ausência de forças mecânicas.

A atividade funcional contrátil do músculo esquelético apresenta-se reduzida durante o processo de desuso muscular funcional (UDAKA, *et al.*, 2011)], acompanhada por uma redução de proteínas transportadoras de aminoácidos (DRUMMOND; DICKINSON; FRY, 2012). A atrofia

muscular advinda de um desuso ou imobilização apresenta a superexpressão de atrogenes (genes relacionados à atrofia muscular) semelhante a condições sistêmicas como o diabetes, a implantação tumoral e a insuficiência renal, que podem proporcionar uma influência negativa, com perda parcial da contratilidade muscular (SACHECK *et al.*, 2007). De modo associado, os músculos mantidos em desuso são metabolicamente favoráveis aos hormônios catabólicos, direcionando suas vias metabólicas para a perda de massa, redução de conteúdo proteico (BODINE, 2013) e produção de estresse oxidativo e/ou redução da defesa antioxidante (FERREIRA *et al.*, 2004).



Além disso, a contração representa um obstáculo à deterioração que pode envolver a sensibilidade muscular e

óssea decorrente das cargas mecânicas exercidas pelo músculo, e parece ser um fator regulador importante na manutenção da massa óssea e muscular (QIN *et al.*, 2010; LAU; GUO, 2011). A atividade contrátil dos músculos esqueléticos isolados apresenta-se diminuída após imobilização (UDAKA *et al.*, 2011), sendo acompanhada pela redução de proteínas transportadoras de aminoácidos (DRUMMOND *et al.*, 2012). Assim, para além das mudanças estruturais musculares, alterações funcionais foram observadas no desuso, como redução no pico de tensão e na resposta contrátil total de músculos esqueléticos.

Tabela 1 – Parâmetros morfofuncionais modificados pelo desuso muscular

Temas	Número de estudo	Referências
Redução de peso	5	Booth, 1992; Machida and Booth, 2004; Falempin and Mounier, 1998; Santos-Junior et al., 2010a; Santos-Junior et al., 2010b
Atrofia muscular	14	Caierão et al., 2007; Ferreira et al., 2004; Booth, 1992; Machida and Booth, 2004; Falempin and Mounier, 1998; Norman et al., 2000; Zhang et al., 2007; Guillot et al. (2008); Santos-Junior et al., 2010a; Kimball et al., 1994; Santos-Junior et al., 2010b; Clarck BD, 2009; Condin J, 2004; Fujita N, 2009.
Aumento de tecido conjuntivo	6	Józsa et al., 1988; Purslow, 2002; Mcdonough, 1981; Britt Christensen et al., 2008; Kannus et al., 1998; Couppé C, 2012.
Alterações metabólicas gerais	10	Appell, 1990; Williams and Goldspink, 1984; Goldberg, 1979; Wasserman and Vranic, 1986; Santos-Junior et al., 2010b; Carson, 1997; Zhang et al., 2007; Kimball et al., 1994; O'brien and Granner, 1991; Tsai et al., 2006
Estresse Oxidativo	2	Pelegriño, 2011; Scott K. Powers, 2012.
Envelhecimento	4	C. Suetta 2009; C. Couppé, 2012; Stevens-Lapsley, 2010; Hvid L, A. P, 2010
Mudanças no Sistema Nervoso	4	Guillot et al. (2008); Baroni et al., 2010; Lars Hvid et al., 2010; Condin J, 2004
Redução de Força muscular	7	Booth, 1992; Machida and Booth, 2004; Falempin and Mounier, 1998; Hortobágyi et al., 2000; Zhang et al., 2007; Baroni et al., 2010; Lars Hvid et al., 2010.

Adaptado de: SANTOS-JÚNIOR F.F.U., NONATO, D.T.T., CAVALCANTE, F.S.A., SOARES, P.M., CECCATTO, V.M. Consequences of immobilization and disuse: a short review. International Journal of Basic and Applied Sciences, North America, 2, sep. 2013.

Uma menor atuação muscular por desuso do músculo esquelético reduz a expressão gênica das duas principais proteínas contráteis que compõem o aparato contrátil das células musculares esqueléticas. Além disso, há ainda decréscimo do conteúdo relativo de proteínas contráteis, actina e miosina (HADDAD; BALDWIN; TESCH, 2005; CHOPARD; PONS; MARINI, 2001).

As alterações induzidas pela imobilização de um segmento não se limitam apenas ao músculo, pois comumente são observados transtornos de inervação, circulação, alterações ligamentares, edema, rigidez articular, alterações morfométricas e histológicas das fibras musculares (CARVALHO; SHIMANO; PICADO; 2008). O estudo de Alves *et al.* (2013), identificou degeneração neural nos axônios de maior diâmetro e aumento no número de axônios de diâmetro menor no nervo ciático. Demonstrou ainda uma repercussão funcional deste nervo, evidenciada pelo aumento na excitabilidade do nervo ciático.

O desenvolvimento ou a atrofia do músculo esquelético dependem do balanço entre a taxa de síntese e a taxa de degradação das proteínas intracelulares (KIMBALL *et al.*, 1994). As ações da insulina sobre o metabolismo das proteínas e dos aminoácidos são orientadas no sentido do anabolismo (O'BRIEN; GRANNER, 1991). A insulina, após interação com o receptor de membrana muscular, estimula os transportadores de glicose, que de acordo com Tsai *et al.* (2005), atinge, principalmente, receptores proteicos do tipo GLUT-4 (*Glucose Transporter* – transportadora de glicose para a região intracelular). Isto facilita a entrada do carboidrato para a célula, e exercendo ação anabólica sobre o metabolismo proteico através dos seguintes mecanismos:

estimulando o transporte de aminoácidos para dentro da célula; aumentando, ao nível ribossômico, a eficiência do processo de tradução, atuando na etapa de iniciação da síntese proteica.

O músculo esquelético é um dos melhores exemplos de tecido que possui habilidade de adaptação diante de diferentes estímulos impostos. Tal processo envolve mudanças quantitativas e qualitativas na expressão de genes específicos do músculo. A alteração do sinal elétrico regula a transcrição de alguns genes musculares como o myo-D, relacionada com o desenvolvimento e regeneração, a miosstatina, reguladora do trofismo e a atrogina-1, envolvida com a degradação proteica (SANTOS-JÚNIOR *et al.*, 2013; BODINE *et al.*, 2001).

A IMOBILIZAÇÃO COMO CAUSA DA ATROFIA POR DESUSO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE COLETIVA

Diariamente vivenciamos situações potenciais de imobilização e desuso de um segmento corporal. Membros superiores e inferiores são prioritariamente acometidos e, seu comprometimento, agrupado pelo Ministério da Saúde como elemento integrante das causas externas. Os acidentes de trabalho, trânsito, agressões, lesões autoprovocadas, dentre outros agravos, fazem parte desta classificação e apresentam uma crescente em nosso país. Acidentes de transporte, especialmente, constituem um problema de saúde pública em todo o mundo. De um modo geral, nos países em desenvolvimento as causas externas têm apresentado elevados índices de morbimortalidade, altos custos financeiros para a reabilitação funcional e grande

impacto econômico, social e funcional para o indivíduo e sua família (MORAIS NETO *et al.* 2013). A Tabela 2 contempla o número de internações, os gastos nacionais com morbidade, a média de tempo de permanência internado no Sistema Único de Saúde (SUS) e a mortalidade relacionadas a causas externas.

Tabela 2 – Morbidade hospitalar do Sistema Único de Saúde por causas externas no período de janeiro a maio de 2013 distribuídas por região

	Interna- ções	Valor total (R\$)	Média de dias de per- manência	Óbitos	Taxa de mortali- dade
Brasil	419.360	473.916.120,82	5,4	10.377	2,47
<i>Norte</i>	35.308	29.113.273,26	5,3	582	1,65
<i>Nordeste</i>	96.155	99.769.238,84	5,9	2.674	2,78
<i>Sudeste</i>	172.836	206.981.173,60	5,6	4.593	2,66
<i>Sul</i>	74.399	96.636.166,95	4,6	1.713	2,30
<i>Centro-Oeste</i>	40.662	41.416.268,17	5,2	815	2,00

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS

O DATASUS é um sistema integrado do Governo Federal que incorpora programas de processamento de dados, de conhecimento público, voltados para a manutenção, administração e gestão de informações sobre o atendimento ambulatorial do SUS. Os dados produzidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS nas Unidades de Atendimento são consolidados e armazenados em um Banco de Dados Nacional. Ele proporciona aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações sobre capacidade operacional dos prestadores

de serviço (públicos e privados), orçamento e controle dos repasses dos recursos financeiros, custeio das Unidades Ambulatoriais, e administração das atividades ambulatoriais no âmbito nacional (DATASUS, 2013a; 2013b).

De acordo com o DATASUS, de janeiro a maio de 2013 em todo o Brasil, aproximadamente 420 mil pessoas foram internadas decorrentes de causas externas. A região Nordeste está no segundo lugar dessas internações com 23 % do total e gastos, aproximadamente de 100 milhões de reais. Contudo, o principal problema está no tempo de internação, nos óbitos e na taxa de mortalidade da referida Região, que apresenta a maior média de permanência dos pacientes internados (6 dias), o segundo maior número de óbitos e a maior taxa de mortalidade entre todas as regiões brasileiras. Este fato chama atenção em função do seu impacto socioeconômico, pois o período de morbidade destes pacientes implica em ônus para o governo com questões de afastamento laboral em virtude do tratamento.

A imobilização, portanto, pode ser analisada como um aspecto que abrange desde a restrição de movimento do paciente em virtude de uma condição de limitação ao leito como nos casos de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), realização de tração para cirurgias traumató-ortopédicas corretivas ou em decorrência da própria recuperação funcional do paciente pós-trauma ou pós-cirurgia como ocorre em grandes centros de atendimento traumató-ortopédicos. Estes acidentes, por diversas vezes, provocam fraturas nos envolvidos que necessitam de imobilizações de segmentos específicos, como braços e pernas. Nestes casos, utilizam-se as imobilizações com aparelho gessado ou por fixadores, sejam eles internos ou externos,

restringindo o movimento do referido membro para permitir a cicatrização ou formação de calo ósseo, no caso de fraturas (HEBERT; XAVIER, 2003).

NUTRIÇÃO NA ATROFIA MUSCULAR

Tendo em vista que o músculo esquelético representa 50% a 75% de todas as proteínas corporais, compondo aproximadamente 40% do peso corporal total com funções vitais como a geração de força, regulação da temperatura corporal, metabolismo energético, reserva de aminoácidos, função imunológica, capacidade de crescer e regenerar-se é o que torna tão fascinante estudar o tecido muscular. Dessa forma, podemos explicar o tamanho medo de se imaginar perder massa muscular, pois relacionamos tal perda com condições clínicas durante o tratamento e a reabilitação de traumas, lesões, imobilização, caquexia do câncer, insuficiência cardíaca e renal, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), sedentarismo, envelhecimento (sarcoopenia) dentre outros. Assim a atrofia muscular acaba se tornando um importante problema de saúde, pois o mesmo leva a incapacidade funcional, perda da independência e diminuição da expectativa de vida (WALKER, DICKINSON *et al*, 2011; FANZANI; CONRAADS *et al*, 2012; BONALDO; SANDRI, 2013).

Sob condições normais, a massa muscular é mantida por um equilíbrio entre a síntese e degradação de proteínas e a perda da mesma pode ocorrer quando este equilíbrio é perturbado. Há evidências de que a atrofia muscular em tais condições reflete principalmente aumento da degradação de proteínas miofibrilares, por inibir a síntese

de proteínas e também por contribuir para a perda das proteínas musculares. A proteólise aumentada na atrofia muscular reflete uma expressão de regulação da atividade de múltiplas vias proteolíticas, incluindo mecanismos de ubiquitina-proteassoma. Entre esses mecanismos, a ativação do sistema ubiquitina-proteassoma é particularmente importante e é acompanhado por um aumento substancial na expressão das ligases específicas do músculo como atrogina ubiquitina-1 e MuRF1, sem deixar de mencionar que o repouso prolongado na cama, por si só acelera a degradação das proteínas musculares, criando assim um ciclo vicioso (HESPEL, EIJNDE *et al*, 2001; NIMA; O'NEAL; HASSELGREN, 2009; FANZANI; CONRAADS *et al*, 2012; BONALDO; SANDRI, 2013).

Diante desses fatores, a nutrição pode contribuir de forma extremamente significativa para o retardo, ou até a diminuição da perda muscular induzida por uma lesão e agravada por um estado de imobilização no qual leva ao quadro clínico de atrofia muscular. Porém, para isso temos que conhecer alguns fatores que atuam de forma direta no processo da proteólise. A regulação molecular da perda de massa muscular é complexa e envolve a ativação de vários fatores de transcrição e cofatores nucleares que regulam genes em diferentes vias proteolíticas. Entre os fatores de transcrição que são ativados na atrofia muscular, o NF- κ B é particularmente um dos mais importantes com várias linhas de evidências (NIMA; O'NEAL; HASSELGREN, 2009; FANZANI; CONRAADS *et al*, 2012; BONALDO; SANDRI, 2013).

Levando-se em consideração que o NF- κ B está altamente relacionado com a indução da proteólise na atro-

fia muscular, a utilização da cúrcuma, também conhecida como açafrão da terra, é um excelente antioxidante e um potente anti-inflamatório natural que possui como ação farmacodinâmica bloquear a ativação do NF- κ B e isso podendo ser alcançado com uma dosagem diária de 500mg/dia sendo consumida juntamente com alguma refeição (NIMA; O'NEAL; HASSELGREN, 2009; MINDELL, 2011).

Outro fator que estimula a proteólise juntamente com a ubiquitina-proteassoma é a expressão da atrogina ubiquitina-1 que pode ser suprimida através da administração de flavonoides como a 8-prenilnaringenina (8-PN) que é encontrada no *Humulus lupulus*. É um potente fitoestrógeno com ações semelhantes ao estradiol e atua nos receptores de estrogênio alfa, beta e receptores de progesterona. Além da supressão da atrogina ubiquitina-1, sua ação estrogênica acelera a regeneração dos músculos esqueléticos. A dose usual recomendada é de 0,4mg/kg de peso corporal/dia (MUKAI; HORIKAWA *et al*, 2012).

Outra situação encontrada durante o processo de desuso muscular é a supressão de uma proteína chamada de alvo de rapamicina em mamíferos (mTor) que é uma serina/treonina proteína quinase responsável pela regulação do crescimento celular, proliferação celular, síntese proteica e transcrição. Dessa maneira, para se minimizar esse fato, a nutrição lança mão de um artefato muito importante que consegue estimular de forma direta a mTor que são os aminoácidos de cadeia ramificada, mas especificamente a Leucina. Com a estimulação da mTor, fatores de iniciação da tradução eucariótica, como o 4E-BP1, são fosforilados e formam complexos, eIF4F, que são necessários para a etapa de iniciação da tradução de RNA-mensageiro em proteína.

Além dessa fase, outras etapas também são ativadas, como $p70^{S6K}$, que são importantes para uma resposta anabólica sobre a síntese proteica muscular induzida pela ingestão de 3 a 4g de leucina por dia (KOOPMAN *et al*, 2004; DREYER *et al*, 2006; DREYER *et al*, 2007; STIPANUK, 2007; ROGERO; TIRAPEGUI, 2008; ZANCHI; NICASTRO; LANCHIA JUNIOR, 2008; NORTON *et al*, 2009; DRUMMOND *et al*, 2012; LANG *et al*, 2012; STARK, M., LUKASZUK, J., PRAWITZ, A. *et al*, 2012). Um ponto importante ao se tratar de leucina é falar que 5% desse aminoácido é desviado para a síntese do seu metabólito b-hidroxi-b-metilbutirato (HMB) que também possui atividades bem peculiares como a diminuição da incidência de lesão e aceleração da recuperação muscular por diminuição da lactato desidrogenase (LDH), creatina-quinase (CK) e 3-metil-histidina. Além de outras funções importantes para a reabilitação da atrofia muscular como o aumento de força e da massa magra. E a dosagem de HMB diária é de 3g, podendo ser potencializada quando administrada concomitantemente com 3g de creatina/ dia (NUNES; FERNANDES, 2008; ALVARES; MEIRELLES, 2008; BAPTISTA, SILVA *et al*, 2013).

Outro suplemento que contribui de forma engrandecedora é a creatina, em que há vários estudos no campo da reabilitação de atrofia por desuso. Hespel e colaboradores (2001) por meio de um dos primeiros ensaios clínicos, que até os dias atuais seus resultados são evidenciados, observou que a administração de 5g de creatina mono-hidratada em conjunto com 35g de maltodextrina (a utilização de carboidrato melhora a absorção da creatina) promoveu aumentos na expressão da proteína MRF4, estimulando assim a hipertrofia muscular e melhorando a reabilitação

da capacidade funcional muscular após desuso (SAKKAS; SCHAMBELAN; MULLIGAN, 2009).

Uma situação atual em que a população mundial se encontra e que tem relação direta com a atrofia muscular que possui como consequência a perda de força é a deficiência de vitamina D, que já é considerada uma epidemia e isso se deve a exposição solar inadequada. Tendo em vista que tal deficiência possui um impacto na saúde músculo-esquelética, aumentando os riscos de lesões como fraturas por estresse. Dessa forma, sabe-se que, para a reabilitação da musculatura lesionada, um dos fatores requisitados é a obtenção de força para que o mesmo possa executar uma série de exercícios que promoverá adaptações que levarão a hipertrofia muscular. Sendo assim, é necessário e indispensável ser incluído na rotina de avaliação laboratorial a vitamina D. Onde for detectada a deficiência da vitamina a administração de 800UI/ dia por 5 meses consegue reverter esse quadro de perda da força muscular (HAMILTON, 2010; MINDELL, 2011; HAMILTON, 2011).

Após a exposição de alguns pontos, fica cada vez mais claro que a atuação interdisciplinar promove respostas mais eficazes e rápidas, gerando um menor custo e tempo de tratamento as instituições e ao portador da atrofia muscular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARES, T. S., MEIRELLES, C. M. Effects of B-hydroxy-B-methylbutyrate supplementation on strength and hypertrophy. *Rev. Nutr. Campinas*, 2008.
- ALVES, J.S.M. *et al.* Limb immobilization alters functional electrophysiological parameters of sciatic nerve. *Braz. J. Med. Biol. Res.*, Ribeirão Preto, v. 46, n. 8, ago. 2013 .

- BAPTISTA, I. L., SILVA, W. J. *et al.* Leucine and HMB Differentially Modulate Proteasome System in Skeletal Muscle under Different Sarcopenic Conditions. *PLoS ONE*, 2013.
- BODINE, S.C. Disuse-induced muscle wasting, *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, v. 45, n. 10, p.2200-2208, 2013.
- BODINE, S.C.; *et al.* Identification of ubiquitin ligases required for skeletal muscle atrophy. *Science*, v. 294, p. 1704-08, 2001.
- BONALDO, P., SANDRI, M. Cellular and molecular mechanisms of muscle atrophy. *Disease model & mechanisms*, 2013.
- CARVALHO, L.C.; SHIMANO, A.C.; PICADO, C.H.F. Estimulação elétrica neuromuscular e o alongamento passivo manual na recuperação das propriedades mecânicas do músculo gastrocnêmio imobilizado. *Acta Ortop. Bras.* v. 16, n.3, p. 161-164, 2008.
- CHOPARD, A.; PONS F.; MARINI J.F. Cytoskeletal protein contents before and after hindlimb suspension in a fast and slow rat skeletal muscle. *Am. J. Physiol. Regulatory Integrative Comp. Physiol.* v. 280, p. R323-R330, 2001.
- DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 4 ago. 2013a.
- _____. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/trajetoria_datasus.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2013b.
- DREYER, H. C., DRUMMOND, M. J., PENNING, B. *et al.* Leucine-enriched essential amino acid and carbohydrate ingestion following resistance enhances mTOR signaling and protein synthesis in human muscle. *Am. J. Physiol. Endocrinol Metab*, 2007.

_____. FUGITA, S., CADENAS, J. G. *et al.* Resistance exercise increases AMPK activity and reduces 4E-BP1 phosphorylation and protein synthesis in human skeletal muscle. *J. Physiol*, 2006.

DRUMMOND, M.J.; DICKINSON J.M.; FRY, C.S. Bed rest impairs skeletal muscle amino acid transporter expression, mTORC1 signaling, and protein synthesis in response to essential amino acids in older adults. *American Journal of Physiology – Endocrinology and Metabolism*, v. 302, n. 9, p.E1113–E1122, 2012.

ENGLES, M. Tissue response. In: DONATELLI, R.A.; WOODEN, M.J. *Orthopaedic physical therapy*. 3.ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2001. Cap.1. p.1-24.

FANZANI, A., CONRAADS, V. M. *et al.* Molecular and cellular mechanisms of skeletal muscle atrophy: an update. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 2012.

FERREIRA, R.; NEUPARTH, M.J.; ASCENSÃO, A.; *et al.* Atrofia muscular esquelética. Modelos experimentais, manifestações teciduais e fisiopatologia. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, v. 4, n. 3, p. 94-111, 2004.

HADDAD, F.; BALDWIN K. M.; TESCH P. A.. Pretranslational markers of contractile protein expression in human skeletal muscle: effect of limb unloading plus resistance exercise. *J. Appl. Physiol.*, v. 98, p. 46–52, 2005.

HAMILTON, B. Vitamin D and Athletic Performance: The Potential Role of Muscle. *Asian Journal of Sports Medicine*, 2011.

_____. Vitamin D and Human Skeletal Muscle. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 2010.

HEBERT, S.; XAVIER, R. *Ortopedia e traumatologia*. 3. ed. São Paulo: ARTMED, 2003.

HESPEL, P., EIJNDE *et al.* Oral creatine supplementation facilitates the rehabilitation of disuse atrophy and alters the expression of muscle myogenic factors in humans. *The Journal of Physiology*, 2001.

HVID, LG. *et al.* Effects of ageing on single muscle fibre contractile function following short-term immobilisation. *J Physiol* 589. v. 19, p. 4745-4757, 2011.

KIMBALL, S.R.; VARY, T.C.; JEFFERSON, L.S. Regulation of protein synthesis by insulin. *Annual Review of Physiology*, v.56, p. 321-48, 1994.

KOOPMAN, R., WAGENMAKERS, A. J. M., MANDERS, R. J. F. *et al.* Combined ingestion of protein and freeleucine with carbohydrate increases postexercise muscle protein synthesis in vivo in male subjects. *Am. J. Physiol. Endocrinol Metab*, 2004.

LANG, S. M., KAZI, A. A. *et al.* Delayed Recovery of Skeletal Muscle Mass following Hindlimb Immobilization in mTOR Heterozygous Mice. *PLoS ONE*, 2012.

LAU, R.Y.; GUO, X. A Review on Current Osteoporosis Research: With Special Focus on Disuse Bone Loss. *Journal of Osteoporosis*, v. 2011, p.1-6. 2011.

MORAIS NETO, O.L. *et al.* Fatores de risco para acidentes de transporte terrestre entre adolescentes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl.2, p. 3043-3052, 2013.

MUELLER, M.J.; MALUF, K.S. Tissue adaptation to physical stress: A proposed "Physical Stress Theory" to guide physical therapist practice, education and research. *Phys Ther*, v.82, n.4, p.383-403, 2002.

MUKAI, R., *et al.* Prevention of Disuse Muscle Atrophy by Dietary Ingestion of 8-Prenylnaringenin in Denervated Mice. *PLoS ONE*, 2012.

NICASTRO, H., LUZ, C. R., LANCH JR, A. H. Does Branched-Chain Amino Acids Supplementation Modulate Skeletal Muscle Remodeling through Inflammation Modulation? Possible Mechanisms of Action. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2012.

NIMA, A., ONEAL, P., HASSELGREN, P. Curcumin and muscle wasting – a new role for an old drug? *Nutrition*, 2009.

NORTON, L. E., LAYMAN, D. K., BUNPO, P. *et al.* The leucine content of a directs peak activation but not duration of skeletal muscle protein synthesis and mammalian target of rapamycin signaling in rats. *The Journal of Nutrition*, 2009.

NUNES, E. A., FERNANDES, L. C. New findings on B-hydroxy-B-methylbutyrate: supplementotio and effects on the protein catabolism. *Rev. Nutr. Campinas*, 2008.

O'BRIEN, R.M.; GRANNER, D.K. Regulation of gene expression by insulin. *Biochemical Journal*, v.278, p.609-19, 1991.

QIN, Y.X. *et al.*, Dynamic skeletal muscle stimulation and its potential in bone adaptation. *The Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions*, v. 10, n.1, p.12-24, 2010.

ROGERO, M. M., TIRAPEGUI, J. Aspectos atuais sobre aminoácidos de cadeia ramificada e exercício físico. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2008.

SACHECK, J.M. *et al.* Rapid disuse and denervation atrophy involve transcriptional changes similar to those of muscle wasting during systemic diseases. *The Journal of Federation of the American Societies for Experimental Biology*, v. 21, n. 1, p.140–155, 2007.

SAKKAS, G. K., SCHAMBELAN, M., MULLINNGAN, K. Can the use of creatine supplementation attenuate muscle loss in cachexia and wasting? *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 2009.

SANTOS-JÚNIOR F.F.U., NONATO, D.T.T., CAVALCANTE, F.S.A., SOARES, P.M., CECCATTO, V.M. Consequences of immobilization and disuse: a short review. *International Journal of Basic and Applied Sciences*, North America, 2, sep. 2013.

STARK, M., LUKASZUK, J., PRAWITZ, A. *et al.* Protein timing and its effects on muscular hypertrophy and strength in individuals engaged in weight-training. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 2012.

STIPANUK, M. H. Leucine and protein synthesis: mTor and Beyond. *Nutr. Rev.*, 2007.

UDAKA, J. *et al.* Depressed contractile performance and reduced fatigue resistance in single skinned fibers of soleus muscle after long-term disuse in rats. *Journal of Applied Physiology*, v. 111, n. 4, p. 1080-1087, 2011.

WALKER, D. K., *et al.* Exercise, Amino Acids and Aging in the Control of Human Muscle Protein Synthesis. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 2011.

ZANCHI, N., NICASTRO, H., LANCHA JR., A. H. Potential antiproteolytic effects of L-leucine: observations of *in vitro* and *in vivo* studies. *Nutrition & Metabolism*, 2008.

A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Alberto Magno Gonçalves

Cirurgião Dentista formado pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Dentística pelo CRO-GO. Mestre em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Bauru-USP. Doutor em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. Professor Associado do Departamento de Prevenção e reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

E-mail: dralbertomagno@yahoo.com.br

Ilda Machado Fiuza Gonçalves

Cirurgiã Dentista formada pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Pacientes Portadores de Necessidades Especiais. Especialista em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP. Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de São Paulo-USP. Professora Associada do Departamento de Prevenção e Reabilitação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

E-mail: ildafiuza@yahoo.com.br

Lia Machado Fiuza Fialho

Pós-Doutora em Educação na Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PB. Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará – UFC/CE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR/CE. Especialista em Inclusão da Criança Especial no Sistema Regular de Ensino – UFC/CE, Pedagoga pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE. Tem experiências na área de Educação, com ênfase em História da Educação e Educação em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: juventude, história oral, escolas, práticas educativas e formação pedagógica.

E-mail: lia_fialho@yahoo.com.br

Rosa Brígida Simões Barros

Enfermeira especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Goiás, atuando como Coordenadora Saúde da Família da Secretaria Municipal de Goiânia.

E-mail: rosabrigida@hotmail.com



A Atenção Básica no Brasil tem como reorganização de modelo assistencial a Estratégia Saúde da Família (ESF), seu pressuposto básico é o trabalho em equipe, composta por vários profissionais de nível superior e médio, com o objetivo de realizar uma intervenção de caráter primordialmente preventivo e de promoção à saúde, em uma população territorialmente adscrita, visando especialmente à educação de grupos de risco, com mais propensão a adoecer ou a complicar, em função de patologias preexistentes e/ou falta de informação.

A questão que se apresenta em relação ao trabalho em equipe multiprofissional é exatamente se esta relação tem caráter interdisciplinar ou não. Portanto, torna-se importante definir o que quer dizer interdisciplinaridade. Segundo Japiassu (1976):

[...] interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados.

Conceituado dessa forma, o termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação da Estratégia de Saúde da Família.

No entanto, a prática nos leva a uma realidade totalmente distinta, em que o trabalho em equipe se aproxima mais do que podemos rotular como pluridisciplinar, já que os conhecimentos profissionais dos componentes das equipes não se integram, reproduzindo o que foi aprendido nos bancos universitários. Para Perini (2001), pluridisciplinar é quando um problema comum é tratado de forma sequencial ou paralela, por disciplinas específicas.

Geralmente, há uma dificuldade de interação entre o médico, o enfermeiro, o cirurgião-dentista e profissionais de nível técnico, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que há em cada componente da equipe. Essa falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente a sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.

O papel primário do profissional de saúde é oferecer tratamento e cuidados em saúde baseados em evidências de alta qualidade. O cirurgião-dentista para desempenhar a prevenção e o tratamento das doenças bucais, necessita impreterivelmente de uma equipe multidisciplinar engajada e que compreenda a relevância de uma perspectiva

de saúde bucal na prevenção de doenças. Infelizmente, a educação para saúde bucal no Brasil e na maior parte do mundo ainda é deixada em segundo plano tendo um enfoque maior no tratamento dentário, nos efeitos e danos que da doença já instalada. Tem-se tornado cada vez mais evidente que serviços baseados exclusivamente em tratamento nunca resolverão com êxito os problemas de saúde bucal da população (WATT, 2004). Atualmente, a saúde pública e privada visando à saúde bucal reconhecem as limitações dos tratamentos restauradores tradicionais e se alicerçaram na abordagem para prevenção em gestantes, crianças e adolescentes.

A abordagem de saúde pública para a prevenção da doença envolve todos os profissionais da saúde trabalhando interdisciplinarmente em um nível populacional envolvendo o monitoramento da doença, planejamento de serviços e prevenção comunitária. Todos os profissionais de saúde e da educação necessitam compreender a relevância de uma perspectiva de saúde pública baseada na educação para prevenção da doença. A educação em saúde bucal visa fornecer conhecimentos de saúde, pois acredita-se que, a partir de tais informações, a comunidade possa mudar de atitude e adquirir hábitos alimentares e de higiene bucal levando a uma ação preventiva em odontologia.

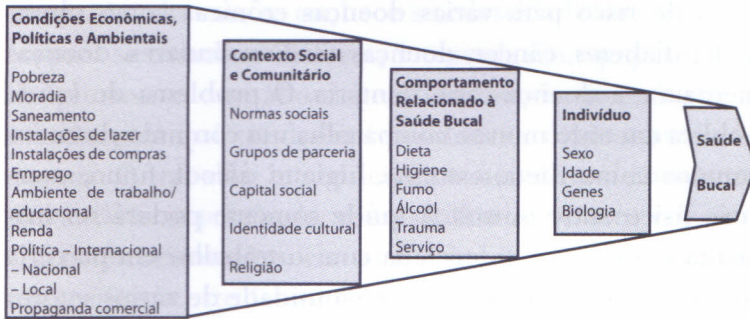
As doenças bucais são problemas significativos de saúde pública no Brasil. Embora melhorias de saúde bucal tenham ocorrido nos últimos anos, as doenças bucais são muito prevalentes, e seu impacto na sociedade é grande. Dor, desconforto, noites sem dormir e faltas na escola são problemas comuns para muitas crianças e adolescentes brasileiros. Os custos do tratamento são altos, embora as

causas da doença sejam conhecidas e, em grande parte, possíveis de prevenir (RICHARD G. WATT, 2004). Muitas são as limitações de educação em saúde bucal, nos últimos anos, em consonância com o movimento científico baseado em evidências na área de medicina clínica, a eficácia de intervenções preventivas tem sido reavaliada para determinar quais são realmente eficazes e, assim, identificar aquelas que produzem benefícios significativos. De acordo com Schou e Wight (1994), abordagens educacionais isoladas têm efeitos limitados e podem, de fato, aumentar desigualdades. Dessa forma, o moderno movimento de prevenção de saúde bucal emergiu da necessidade de uma mudança fundamental na estratégia para melhorar a saúde e reduzir desigualdades, reconhecendo o valor muito limitado de intervenções isoladas na educação em saúde .

A promoção de saúde é o processo de capacitação de indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde, melhorando-a. Promoção de saúde representa uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, combinando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

A prática da promoção de saúde contemporânea é a necessidade de abordar as causas subjacentes de saúde e doença na sociedade e os determinantes de saúde, envolvendo todos os profissionais da saúde e educação.

Figura 1 – Determinantes Sociais da Doença



Fonte: WATT, R.G. 2004.

Antigamente a educação para saúde bucal buscava modificar comportamentos e estilos de vida vistos como a causa de problemas bucais. Os programas enfocavam orientações sobre as habilidades de higiene bucal, modificação dos padrões alimentares inadequados e o reforço ao retorno periódico ao cirurgião-dentista. Pouca atenção era dada aos determinantes sociais de saúde como os fatores econômicos, políticos, ambientais e sociais sobre a saúde e a doença. (SMEDLEY, B.; SYMEL, L. 2000). As condições e a estrutura social são os verdadeiros agentes etiológicos na maioria das doenças crônicas (World Health Organization, 2000). Existe um impacto do meio social sobre os comportamentos de estilo de vida relacionados a saúde bucal. Podemos exemplificar como os padrões de dieta são influenciados pela família, nível social, culturais e políticos, determinando a quantidade e qualidade do açúcar consumido. Dessa forma, a compreensão das causas da doença bucal buscou como base a integração de atividades interdisciplinares e multidisciplinares entre os diferentes setores da sociedade.

Atualmente é reconhecida a abordagem do fator comum de risco para várias doenças crônicas como obesidade, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares, doenças mentais e a doença cárie dentária. O problema de saúde pública em todo mundo compartilha um conjunto de riscos comuns como dieta, estresse, higiene, álcool, fumo, exercício físico entre outros. A saúde somente poderá ser instalada e a doença controlada com o trabalho em parceria com um esforço conjunto na comunidade de vários setores como profissionais da saúde, serviços de educação em escolas com professores, assistentes sociais, serviços do governo local, assim como indústria, comércio e voluntários (quadro 1).

Quadro 1 – Parceiros Potenciais na Promoção de Saúde Bucal

Setor social	Executores
Outros profissionais de saúde	Médicos, Farmacêuticos, Enfermeiros, Trabalhadores de saúde comunitária.
Serviços de educação	Professores responsáveis, planejadores de educação, professores, pessoal de apoio.
Serviços de governo local	Departamento de planejamento, trabalhadores sociais, serviços de refeição, políticos locais.
Setor voluntário	Grupos comunitários, grupos religiosos.
Indústria e comércio	Revendedores de alimento, propagandistas, indústria de água, companhias de fármacos.
Governo nacional	Departamento de educação, agricultura, comércio.

Fonte: Adaptado de WATT, R.G. 2004

No ensino superior tradicional, a formação técnica e científica dos diversos cursos de graduação ensinava a

profissão de forma isolada, não integrada a outros profissionais. Atualmente se conhece a necessidade de habilidades para se trabalhar de forma integrada em equipes interdisciplinares e essa abordagem vem sendo incentivada a cada dia pela maioria das universidades e órgãos governamentais. O trabalho interdisciplinar necessita demonstrar relevância e importância, compartilhar interesses comuns e oferecer orientações, contatos e habilidades específicas. Acrescemos a este fato a estrutura flexneriana de nossos currículos que dificulta a integração entre as diversas disciplinas básicas e clínicas/profissionalizantes dos cursos da saúde, com seu caráter biologicista e, porque não, reducionista, que transforma o profissional num técnico e o paciente num objeto de intervenção e estudo, sem personalidade e sem alma.

As doenças bucais raramente são condições fatais, mas a sociedade como um todo já reconhece o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo e também sobre o nível social. A saúde bucal deve ser parte integrante da saúde geral e da ação direcionada sobre riscos e condições comuns. Abordando os fatores de risco comuns favorece um trabalho interdisciplinar e uma estratégia racional para estabelecer objetivos compartilhados com todos os setores da sociedade. A redução da dieta rica em açúcar está relacionada a várias doenças crônicas além da cárie dentária. A Organização Mundial de Saúde recomenda que os açúcares devam ser reduzidos ao máximo de 10% do consumo de energia ou 60g/dia/pessoa (World Health Organization, 1991).

A promoção de saúde bucal eficaz requer que os profissionais trabalhem conjuntamente como membros da

comunidade de maneira participativa. Essa abordagem respeita a habilidade e o conhecimento que cada profissional possui e é voltada para controlar conhecimentos coletivos, a fim de beneficiar e promover a saúde, obtendo melhorias sustentáveis. Um achado essencial das revisões de eficácia de promoção de saúde bucal foi o reconhecimento das limitações de educação em saúde como meio único de promoção de saúde bucal e de redução de desigualdades (RICHARD G. WATT, 2004). É necessário a implementação de uma série de mudanças e estratégias apropriadas a população-alvo, desviando de atividades isoladas para se alcançar êxito na promoção da saúde bucal. A Carta de Ottawa (OMS 1987), escrita na primeira Conferência de Promoção de Saúde internacional indica cinco áreas essenciais de ação de promoção de saúde:

1. Criação de ambientes que apoiem escolhas saudáveis: através da avaliação do impacto do ambiente à saúde.
2. Desenvolvimento de habilidades pessoais, indo além da transmissão de informação, para promover compreensão e para apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas, as quais capacitam indivíduos a agirem para promover saúde.
3. Promoção de saúde através de política pública: através do enfoque da atenção sobre a saúde de políticas públicas de todos os setores e não apenas do setor de saúde
4. Fortalecimento da ação comunitária: através de suporte concreto e ação comunitária eficaz ao definir prioridades, tomar decisões, planejar estratégias e implementá-las para alcançar uma melhor saúde.

5. Reorientação de serviços de saúde: através de reorientação da atenção da responsabilidade para fornecer serviços clínicos e curativos para se conseguir um ganho em saúde.

Com base nos conhecimentos atuais, o papel do profissional de odontologia na promoção de saúde bucal vai muito além do atendimento clínico, seja ele curativo reestabelecendo o dano ou a perda de, parte da estrutura dentária ou preventivo com orientações de higiene bucal e escovações dentárias. O cirurgião-dentista deve se engajar em um grupo de saúde com médicos, enfermeiras, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, pedagogos, assistentes sociais dentre outros formando um grupo de ação em saúde comunitária. Com essa visão, a saúde brasileira no âmbito público se organizou e criou o programa de Saúde da Família (PSF). O grupo trabalha de forma conjunta em projetos interdisciplinares, um projeto reforçando os demais como políticas alimentares em creches e escolas, programa de saúde bucal e programa de prevenção de traumas. O governo com as políticas públicas de saúde aliado a comunidade local possibilita a implementação de uma organização hierárquica que viabiliza o trabalho de promoção de saúde bucal nos seus diversos níveis e de forma interdisciplinar.

A doença bucal mais prevalente é a cárie dentária sendo passível de prevenção e apresenta forte componente sociocomportamental. Ações que visam à melhoria na qualidade de vida se constituem em uma importante ferramenta da promoção de saúde bucal, já que permite que a criança durante a primeira infância se desenvolva em um

núcleo familiar favorável à adoção de medidas preventivas. Orientações educativas e ações preventivas devem ser realizadas a partir do período pré-natal para a futura mãe e recém-nascido que incluem principalmente a higiene bucal, a dieta adequada, o uso de fluoretos e a visita ao odontopediatra. Dessa forma, uma abordagem integrada dos diversos profissionais da saúde como o médico, a enfermeira, o cirurgião-dentista, o nutricionista, o fisioterapeuta e fonoaudiólogos não bastam devendo haver a inserção da comunidade como um todo em programas como o de higiene geral e em políticas públicas de alimentação saudável que incluem o empenho dos trabalhadores de saúde primários como professores, assistente social e agentes de saúde atualmente nomeamos de educadores de saúde.

A defesa da saúde deve ser feita não somente pelos profissionais da saúde, mas por todos aqueles que compõem a comunidade e tenham autoridade reconhecida em influenciar as decisões e atitudes dos governantes para beneficiar a saúde pública que não é das melhores no Brasil. Dessa forma, podemos citar como exemplos de atividades em prol da saúde:

- Apoiar treinamentos para professores e profissionais de saúde.
- Incentivar a implementação e o monitoramento de políticas escolares de promoção de saúde em creches e escolas.
- Desenvolver programas educacionais para jovens, principalmente em escolas, com base em orientações de higiene e educação contra o fumo.

- Propiciar a educação ao público através de iniciativas de meios de comunicação de massa e de literatura de educação em saúde.
- Apoiar a educação comunitária.
- Elaborar campanhas de educação, usando a televisão e outros meios de comunicação de massa com a finalidade de orientar a adoção de hábitos e apresentar modelos sociais adequados.

No caso dos profissionais de Odontologia, as práticas devem:

- Otimizar o uso de equipe de apoio disponível, incluindo promotores de saúde bucal e higienistas, além de grupos comunitários.
- Apoiar iniciativas locais voltadas, por exemplo, para indivíduos com risco de doenças crônicas ou que são passíveis de mudanças de comportamento, como os adolescentes.
- Orientar para promover hábitos de higiene saudáveis e combater o tabagismo.
- Incentivar a adoção de metas que são passíveis de avaliação.

Na promoção de saúde é imprescindível a colaboração interdisciplinar, destacando a área da educação. Os profissionais em geral possuem formações diferentes, mas, normalmente, os maiores grupos profissionais são os professores e enfermeiras. Oportunidades únicas para a educação em saúde são fornecidas nas escolas. Podemos destacar como ações e atividades parceiras dos professores e cirurgiões-dentistas na promoção de saúde bucal:

- Aproveitamento de oportunidades oferecidas pelo currículo escolar e promover saúde e educação em aulas, seminários e outras atividades escolares.
- Envolver órgãos governamentais em assuntos de promoção de saúde incluindo discussões sobre saúde em cursos periódicos de treinamento.
- Apoiar a promoção de saúde através da elaboração de políticas para bom desempenho de escolas, por exemplo, através da inclusão de um indicador de saúde que mostre o progresso alcançado no incentivo a parar de fumar.
- Melhorar o treinamento das pessoas que trabalham na escola, incluindo, por exemplo, no programa de curso de capacitação profissional dessas pessoas, uma discussão sobre saúde. Além disso, assegurar que os novos profissionais contratados participem de treinamentos com abordagem da saúde na escola.
- Incentivar professores responsáveis a aproveitarem as oportunidades para promover saúde nas escolas, oferecendo um ambiente saudável e seguro.
- Tornar clara a contribuição mais apropriada e eficaz para a promoção e educação de saúde que pode ser feita por cada um dos profissionais de saúde e desenvolver regras de boas condutas.

É urgente, portanto, estabelecer uma nova relação entre profissionais de saúde que [...] ao contrário do modelo biomédico tradicional, permite uma maior diversidade de ações e uma busca permanente do consenso. Esta relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas pro-

fissionais e incentiva a comunicação horizontal permanente entre os membros da equipe (COSTA NETO, 2000).

Para tanto, existe uma nova tendência à formação para profissionais generalistas, com formação mais ampla, sem ênfase na especialização, podendo levar a uma modificação do perfil profissional dos acadêmicos e, em consequência, dos profissionais de saúde, os quais deverão aprender a atuar em conjunto dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde e concretizada pela estratégia de saúde da família.

Em relação à formação generalista dos profissionais de saúde, principalmente do médico, Souza (1999) nos adverte:

No mesmo sentido, se hoje está valorizada a formação generalista na área da saúde, é imperioso rever esse conceito que, ao ressurgir para compensar a hiperspecialização médica, corre o risco de ser convertido numa especialização como as demais. Há necessidade de rever os paradigmas de formação em saúde, constituindo o aprendizado em torno de temas e problemas, com passagens entre os diversos conhecimentos que irão se alastrando, enquanto o objeto se amplia, no sentido de captar as interfaces.

A partir das novas diretrizes curriculares e de sua implantação nos cursos de saúde, será possível intervir ainda nos bancos universitários para formar uma cultura mais geral de convivência multiprofissional, com respeito às peculiaridades de cada profissão, trabalhando e interagindo dentro de uma equipe a fim de modificar os atuais padrões de atuação profissional para outro com características interdisciplinares.

No entanto, Gomes (1997), reforça que

[...] a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida.

Com uma formação mais humanística e de caráter geral, será possível ao médico interagir com seu colega enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, e recorrer aos mesmos para implementar esquemas de ação que levem a um objetivo comum, a partir do conhecimento do que cada um pode realizar para uma melhor atuação coletiva. Obviamente, o mesmo vale para os outros profissionais, que poderão assumir maiores responsabilidades perante a população atendida, diluindo a enorme responsabilidade que atualmente ainda recai sobre o médico, visto como a figura central e objetivo final do atendimento à saúde pela população.

A este respeito, Gomes (1997), escreveu confirmando que:

O saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz.

Essa visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes sobre outros, como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde-doença.

A interdisciplinaridade, como conceitua Japiassu (1976), torna-se a pedra de toque da mudança dos valores profissionais que, por sua vez, leva a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais conceitos como universalidade, equidade e integralidade. Esses princípios podem vir a ser o motor da transformação conceitual do (in)consciente coletivo da população, que ainda não absorveu a importância vital da ênfase à prevenção e à promoção, em detrimento do meramente curativo e hospitalocêntrico, de caráter imediatista, ainda vigente em nossa sociedade.

Consideramos a estratégia de saúde da família como sendo de vital importância para o aprimoramento das novas relações que devem existir entre os profissionais de saúde e entre estes e a população, Gomes (1997), nos esclarece que

[...] Percebendo-se a interdisciplinaridade como um princípio a ser resgatado, inerente à própria essência da construção do conhecimento ou como uma atitude ou postura a ser desenvolvida frente ao saber, tem-se uma vasta trajetória a percorrer, trajetória esta conflitante e trabalhosa, mas também fecunda, rica e criativa, através da qual objetiva-se a superação da dicotomia teoria-prática, tão presente e tão criticada em nossos dias.

Enfim, melhorar a saúde bucal da população brasileira e reduzir desigualdades requer uma abordagem interdisciplinar dos diversos profissionais como defensores,

capacitadores e mediadores. A educação de saúde bucal e medidas preventivas devem ser implementadas e fazer parte de uma estratégia de promoção de saúde geral na saúde pública. O sucesso dessa abordagem depende também do estabelecimento e envolvimento de boas parcerias de trabalho com os mais variados setores da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- COSTA NETO, M.M. (Org.). *A implantação de unidade de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.
- CUTOLO, L.R.A. *Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC*. Tese (Doutorado em Educação). Florianópolis(SC): Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2001.
- GOMES, D.C.R. (Org). *Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado*. Uberlândia: Edufu, 1997.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- OMS: Ottawa Charter for Health Promotion, 1987, 1(44).
- PEREIRA, A.C, et al. *Odontologia em Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- PERINI, E.; PAIXÃO, H.H.; MODENA C. M.; et al. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.8, p.101-18, 2001.

- RAMOS-GOMEZ, F.; CRYSTAL, Y.O.; NG, M.W.; *et al.* Caries risk assessment, prevention, and management in pediatric dental care. *Gen Dentistry*, p. 505-17, nov/dec, 2010.
- SANTOS, M.A.M, CUTOLO, L.R.A, A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 32. n. 4, 2003.
- SAUPEL, R *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, vol.9, n. 18, 2005.
- SCHOU, L.; WIGHT, C. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dent Health*, p.97-100, 1994.
- SMEDLEY, B.; SYME, L. Promotion Health. Intervention strategies from social and behavioural research. *Washington DC: Institute of Medicine*, 2000.
- SOUZA, A.S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde – NATES/UFJF*, Juiz de Fora 1999, v. 2, n. 2, p. 10-4.
- WATT,R.G. Introdução, In: BÖNECKER,M.; SHEIHAM,A. *Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: conhecimentos e Práticas*. São Paulo, Ed. Santos, Cap. 1, p.1-12, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Health promotion 1. I-v. Geneva: World Health Organization; 1986.
- _____. *Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable diseases*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- _____. Diet, nutrition, and prevention of chronic diseases. *Technical Report. Series 797*. Geneva: World Health Organization; 2000.



CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: Elemento Indispensável para Avaliação das Condições de Saúde

Dinara de Moraes Gouveia

Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário Christus – UniChristus.

E-mail: dinaragouveia@hotmail.com

Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Especialista em Fisioterapia Pneumofuncional e Cardiovascular pela UNIFOR; Especialista em Terapia Manual e Postural pela CESUMAR; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC; Doutorando em Cirurgia pela UFC; Coordenador do Grupo de Pesquisa em Fisioterapia Avaliativa e Terapêuticas – GPFAT; Coordenador do Projeto de Extensão em Saúde do Idoso – PROSI; Pesquisador da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí – FAPEPI; Docente Efetivo do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Piauí – UFPI

E-mail: guilherme_pertinni@ufpi.edu.br/ guilherme_pertinni@yahoo.com.br

Jorgiana de Oliveira Mangueira

Fisioterapeuta pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Formação em Saúde da Família; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC; Docente e gestora de pesquisa e TCC do Curso de Fisioterapia das Faculdades INTA.

E-mail: jom_jp@hotmail.com

Otávio Vieira Gouveia

Médico pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; Foi delegado de Saúde da Regional do Centro Sul – Icó, no período de Funcionário da Prefeitura de Orós/CE.

E-mail: otavio.vieira.gouveia@hotmail.com

Samara Sousa Vasconcelos Gouveia

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Especialista em Fisioterapia Pneumofuncional e Cardiovascular pela UNIFOR; Especialista em Terapia Manual e Postural pela CESUMAR; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC; Docente Efetivo do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Piauí – UFPI

E-mail: samaragouveia@ufpi.edu.br

Samila Sousa Vasconcelos

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Especialista em Ciências da Educação pelas Faculdades INTA; Fisioterapeuta e Coordenadora do setor de Fisioterapia do Centro de Reabilitação de Sobral – CRS

E-mail: samilasousa@hotmail.com

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE SAÚDE: Elemento indispensável para avaliação das Condições de Saúde

Este trabalho apresenta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980, com o objetivo de fornecer uma base comum para a descrição e a medição da saúde e da incapacidade em nível internacional. A CIF é composta por dois instrumentos principais: o Manual de Classificação e o Guia para a coleta de dados. O Manual de Classificação define a estrutura e o conteúdo da classificação, enquanto o Guia para a coleta de dados fornece orientações sobre como coletar e interpretar os dados. A CIF é utilizada em uma ampla variedade de contextos, incluindo pesquisas, planejamento de serviços de saúde, avaliação de programas e políticas públicas. A classificação é baseada em uma abordagem biopsicossocial, que reconhece a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na determinação da saúde e da incapacidade. A CIF é organizada em níveis hierárquicos, permitindo a descrição de condições de saúde em diferentes níveis de detalhe. A primeira parte da classificação descreve as condições de saúde, enquanto a segunda parte descreve as consequências funcionais dessas condições. A CIF é um instrumento dinâmico, que é atualizado regularmente para refletir avanços na ciência e na prática da saúde. A OMS encoraja a adoção da CIF por países e organizações de saúde em todo o mundo, visando melhorar a qualidade e a comparabilidade das informações sobre saúde e incapacidade.

INTRODUÇÃO

As Classificações de Saúde propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Classificação Internacional de Doenças (CID) e Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF), foram elaboradas com o intuito de fornecer modelos consensuais que servissem como base para a uniformização de termos e diagnósticos e possibilitassem a construção de bancos de dados e estatísticas internacionais.

Com o avanço do tempo de vida, houve concomitantemente o aumento dos índices de doenças crônicas e de suas consequências, havendo pobreza em defini-las, impedindo a vigilância de ter estudos mais detalhados sobre tais afecções, não fornecendo dados mais precisos para que houvesse um controle adequado.

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), descrita pela OMS, gradativamente ampliando seu espectro, deixou apenas de ser a classificação da causa de morte, doenças de um prognóstico mais complexo e complicado, para ser utilizada em consultas ambulatoriais, o que veio a ser de inexorável importância.

Uma vez que a análise da situação atual de saúde funciona como base para a elaboração das ações de saúde nos mais diversos âmbitos, é pertinente ressaltar a importância de haverem bancos de registros completos e com

informações fidedignas. Tal realidade viabilizaria uma análise ampla das condições de saúde da população mundial que serviria como base para a implementação de políticas públicas e ações efetivas para garantir uma boa qualidade de vida da população.

Esta preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos tem ganhado cada vez mais importância no cenário político geral, pois, com o aumento da sobrevida da população e a evolução do conceito de saúde, surgiu uma demanda diferenciada em relação aos dados de saúde, tendo se tornado insuficiente o diagnóstico clínico de uma enfermidade para classificar o estado de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade.

Neste contexto surgiu a necessidade de um maior detalhamento das características de um indivíduo com algum tipo de acometimento de sua saúde, o que desembocou no desenvolvimento dos diversos conceitos de deficiência, funcionalidade e incapacidade.

Sabe-se que, uma vez que diversas políticas têm sido elaboradas com o enfoque da integralidade da saúde, da promoção de saúde e da atenção ao indivíduo com alguma deficiência, fica cada vez mais evidente a necessidade de uma padronização de termos e classificações, bem como de que tais classificações sejam verdadeiramente implementadas no dia a dia do acompanhamento dos indivíduos pelos diversos setores da saúde.

Em resumo, necessita-se que haja definições consistentes no âmbito legislativo e regulamentar e que estas sejam fundamentadas num modelo único e coerente sobre o processo que origina a incapacidade (PORTUGAL, 2010).

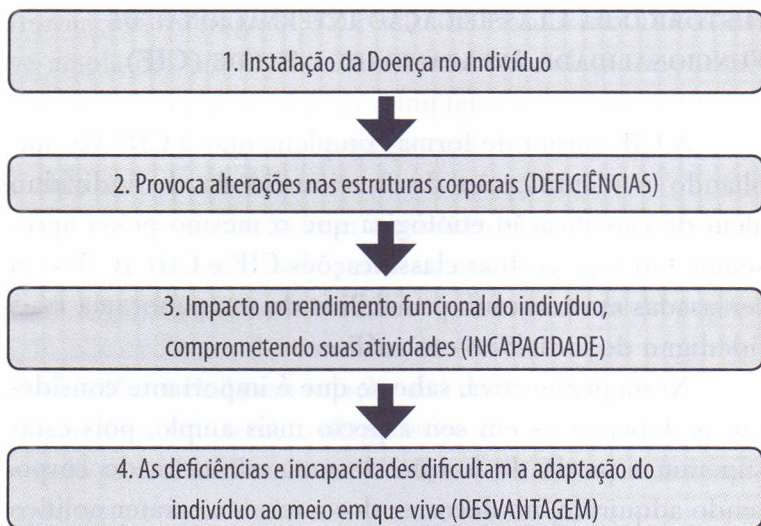
HISTÓRICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

A CIF surgiu de forma complementar à CID-10, ampliando a identificação da funcionalidade do indivíduo além da classificação etiológica que o mesmo possa apresentar. Ou seja, as duas classificações CIF e CID-10 devem ser usadas em conjunto possibilitando um panorama mais fidedigno do indivíduo em análise.

Nesta perspectiva, sabe-se que é importante considerar as deficiências em seu aspecto mais amplo, pois estas superam a perda de função de uma estrutura do corpo, tendo adquirido, no decorrer dos anos, um caráter político e sociológico independente do resultado do diagnóstico biomédico de uma alteração física (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007).

Grande foi o caminho percorrido até chegar ao modelo atual da CIF proposto pela OMS, tal caminho teve origem na elaboração de modelos que visavam descrever as “consequências de uma enfermidade”, tendo evoluído a uma classificação baseada em “componentes da saúde” (CIF, 2004).

A primeira classificação funcional foi proposta pela OMS em 1976, sob a denominação de Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps) (CIDID). Esta classificação propunha um modelo de saúde linear, no qual um comprometimento à saúde pode ser dividido na seguinte progressão (BUNUALES; DIEGO; MORENO, 2002):



Este modelo apresentou importantes fragilidades, entre as quais é válido mencionar a não inclusão de aspectos relacionados propriamente às características pessoais, psicológicas e sociais do indivíduo, bem como do meio em que o mesmo vive.

Outra fragilidade a ser destacada era a falta de inter-relação entre os componentes do modelo, uma vez que este seguia uma estrutura linear, incapaz de expressar o complexo processo saúde-doença (WHO, 2001).

Em 2000, a OMS aprovou a ICIDH-2, que englobava o chamado modelo biopsicossocial, redefinindo as três dimensões da primeira versão como: disfunção, limitação de atividade e restrição da participação. Tais domínios foram considerados como tendo igual importância e sendo independentes na determinação do processo de incapacitação (SOUKUP; VOLLESTAD, 2001).

Apesar dos avanços trazidos por esta nova versão, diversas fragilidades ainda persistiam uma vez que era necessário um modelo que trouxesse uma mudança paradigmática. Atendendo a esta necessidade, em maio de 2001 foi aprovada a versão definitiva da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF).

OBJETIVOS

A CIF foi elaborada com o intuito de favorecer o compartilhamento das informações de saúde, bem como auxiliar e permitir um melhor esquema de codificação para sistemas tecnológicos em saúde. Por estas finalidades é considerada, pelos estudiosos no assunto, como sendo uma classificação multifacetária que visa, de acordo com OMS (2003):

- formar um banco de dados capaz de proporcionar a integração entre profissões, difundindo informações necessárias para uma linguagem universal, clara, concisa, objetiva com nivelamento comum entre os profissionais, possibilitando um diálogo compreensível em prol da saúde da população, isto é, uma comunicação horizontalizada entre profissionais de saúde, pesquisadores, gestores, políticos e o público, sem fazer distinções;
- proporcionar estudos dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas à saúde;
- permitir a comparação de dados entre países, entre serviços de saúde e em diferentes momentos ao longo do tempo.

Existe uma inter-relação entre os objetivos e as finalidades da CIF, uma vez que sua aplicabilidade e utilidade

requerem uma construção de um sistema útil, dinâmico e prático que possa ser usufruído por vários usuários da política de saúde, seja na garantia da qualidade e avaliação da saúde em diferentes sociedades.

APLICAÇÕES DA CIF

Desde a sua publicação, a CIF tem sido utilizada para várias finalidades, tais como:

- formação, manutenção e registros de dados, principalmente como recurso estatístico, para fins tanto para pesquisa quanto para mapeamento da saúde de uma população;
- mensuração de resultados, qualidade de vida, fatores socioambientais, como instrumento investigativo, uma vez que sua utilização permite a visualização e construção do perfil de saúde de uma dada população;
- avaliação das condições clínicas das pessoas, suas necessidades, seus tratamentos em condições específicas, a reabilitação e suas necessidades;
- ferramenta fundamental no mapeamento social, como planejamento estratégico do sistema de segurança social e, também, na formulação e avaliação de projetos de desenvolvimento de políticas;
- elaboração de ferramentas educacionais (pedagógicas) para a conscientização da comunidade/usuário, profissionais e políticos, bem como no desenvolvimento de ações sociais e educação em saúde.

Conforme a OMS (2003), a CIF foi incluída nas Normas Padronizadas para a Igualdade de Oportunidades para

Pessoas com Incapacidades, como sendo uma das classificações sociais das Nações Unidas, haja vista que a mesma é utilizada como caráter setorial, tais como seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais.

Além destas finalidades, a CIF também oferece informações fundamentais para ações como a prevenção de agravos e promoção da saúde, bem como atenua as barreiras sociais.

DESCRIÇÃO DO MODELO DA CIF

A CIF visa descrever os processos de incapacidade e funcionalidade, fornecendo uma linguagem padronizada e um modelo para descrição da saúde e dos agravos relacionados à saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Estabelece assim uma abordagem multifatorial e, de certa forma, subjetiva, já que é dependente dos próprios utilizadores.

Em busca de uma visão mais holística do ser e do adoecer, houve uma mudança no próprio conceito biomédico, que antes possuía uma ênfase na doença, para um modelo que compreenda as dimensões física, social e psicológica. A CIF se baseia neste modelo, chamado modelo biopsicossocial, que visa uma unificação entre um modelo médico e um modelo social e se caracteriza, principalmente, por almejar uma atenção integral e integrada do paciente.

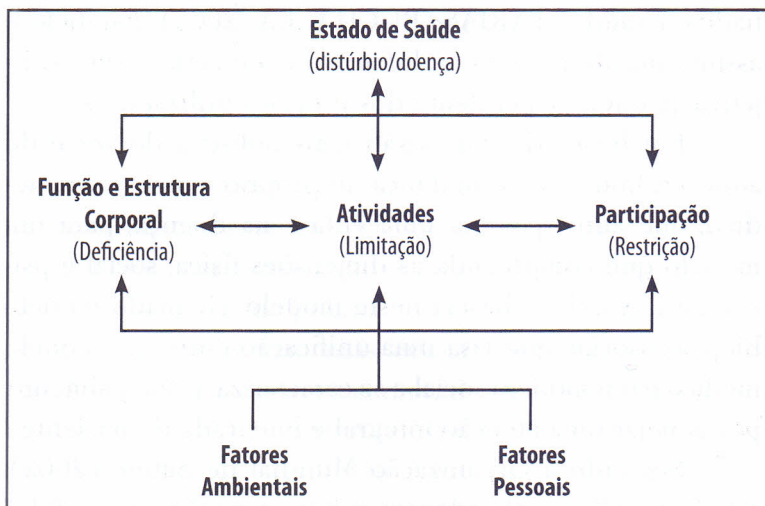
Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), a CIF modifica a abordagem sobre as noções de “saúde” e “incapacidade”, reconhecendo que todo ser humano pode experimentar uma perda ou diminuição na sua saú-

de e, portanto, experimentar alguma incapacidade. Isto não é algo que acontece somente a uma pequena parcela da humanidade. Deste modo, a CIF coloca em uma corrente principal a reconhecer a incapacidade como uma experiência humana universal. Mudando o foco da causa para o impacto, ela coloca todas as condições de saúde em pé de igualdade, permitindo que sejam comparadas, usando uma medida comum.

Portanto, é uma classificação mais pluralizada que possui um foco maior na funcionalidade, e não, na incapacidade. Transferindo, desta forma, a importância para o nível de saúde dos indivíduos.

O quadro abaixo mostra os componentes do modelo da CIF e como interagem entre si.

Fluxograma 1 – Interação entre os componentes da CIF



Considerando o modelo proposto na CIF, funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do cor-

po, atividades e participação, enquanto incapacidade é um vocábulo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. A palavra deficiência refere-se aos problemas nas funções ou na estrutura do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda. A limitação da atividade diz respeito às dificuldades que o indivíduo pode encontrar na execução de determinadas atividades. A participação refere-se ao envolvimento numa situação de vida. A restrição da participação relaciona-se aos problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações reais de sua vida (OMS, 2003).

Para estabelecer esta classificação é importante estar ciente que seus componentes são interdependentes. Há uma interação dinâmica entre as entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação previsível (OMS, 2003).

Através do diagrama é possível observar que a incapacidade e a funcionalidade são resultantes de um intercâmbio entre os estados de saúde e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).

Dentre os componentes do quadro, as condições de saúde (distúrbio e doenças) são codificadas usando a CID-10.

Cada um dos itens da classificação pode ser descrito em termos positivos ou negativos. Condições da saúde que não apresentam problemas (neutros) são agrupadas sob o termo “funcionalidade” (estrutura e função corporal, atividade e participação) e os aspectos negativos (deficiência na estrutura e função corporal, limitação de atividade e restrição de participação), sob o termo “incapacidade” (SAMPAIO; LUZ, 2009).

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA CIF

A CIF possibilita a observação da situação funcional do paciente ao longo da sua vida, a partir do momento em que ele inicia um tratamento. Desta forma, é possível ter um controle da funcionalidade e, a partir disso, melhorar a qualidade dos serviços prestados (CREFITO-6, 2011). Os conteúdos da CIF auxiliam os profissionais no registro de dados funcionais, definição de alvos de intervenção e documentação de desfechos, o que possibilita um novo modelo para reorientação da prática clínica (SABINO, COELHO; SAMPAIO, 2008).

Só é possível pensar uma atenção integral à saúde, se a mesma for estruturada de forma multidisciplinar abordando os diferentes aspectos que influenciam a saúde dos indivíduos. Ou seja, a CIF possibilita uma avaliação ampla das condições de saúde, permitindo, por sua vez, a identificação dos pontos fracos e fortes deste contexto individual e coletivo, viabilizando o planejamento e a execução de ações para garantir a saúde dos indivíduos (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Do ponto de vista epidemiológico, a CIF parece ser mais rica que a Classificação Internacional de Doenças (CID), visto que esta classifica as doenças e os problemas de saúde e a CIF classifica conteúdos que antecedem ou geram doenças (CREFITO-6, 2011). A CIF pode responder a importantes questões de Saúde Pública, tais como: o estado de saúde de pessoas com deficiências, comparadas às demais (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF possibilita ainda a unificação de conceitos, o estabelecimento de uma linguagem comum e padroniza-

da, o que facilita a comunicação sobre saúde e assistência médica em todo o mundo (FARIAS; BUCHALLA, 2005; CREFITO-6, 2011).

Além disso, outra vantagem a ser elucidada é que a CIF é um instrumento abrangente e complexo, e sua utilização se dá muito além do setor da saúde, podendo ser incorporada nos setores da educação, previdência social, medicina do trabalho entre outros. E quanto mais rotineiro se tornar seu uso, maior a possibilidade da construção de bancos de dados fidedignos sobre as condições funcionais dos indivíduos, possibilitando a realização de comparações destes dados entre países, serviços, setores de atenção à saúde e sua evolução no tempo (OMS, 2003).

Em contraposição, a complexidade desta classificação apresenta-se como um dos maiores desafios ao seu uso, uma vez que sua utilização requer conhecimento e habilidade para pontuar corretamente cada domínio com seu qualificador mais adequado.

Outro entrave em relação à implementação da CIF é o fato de existirem poucos estudos sobre a avaliação dos seus impactos na atenção à saúde, devido ao fato de ser uma classificação recente e complexa, implicando num certo grau de dificuldade em sua utilização. Para sua aplicação é necessário um tempo maior do que a própria consulta, implicando também numa mudança de condutas nas práticas dos profissionais de saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Esta é uma das maiores dificuldades apontadas para a pouca utilização da CIF até o presente momento, porém iniciativas já estão sendo tomadas para sua resolução, através da promoção de cursos e treinamentos para o uso

adequado desta classificação, bem como sua inclusão em cursos da saúde orientando e estimulando os acadêmicos e sua utilização correta no diagnóstico dos pacientes.

Outro fator que pode inviabilizar a utilização dos dados fornecidos pela CIF para comparações internacionais é que os profissionais que irão utilizá-la provêm de contextos diversificados e, sendo os qualificadores parâmetros subjetivos, podem ser pontuados de forma diferente a depender das vivências e do contexto geral em que tais profissionais se inserem.

Sabino, Coelho & Sampaio (2008) em estudo realizado utilizando a CIF na avaliação fisioterápica em pessoas com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar, destacaram algumas dificuldades na utilização da CIF, como por exemplo, a seleção de códigos, dentre a grande quantidade existente, tornam o processo complexo e, por vezes impreciso, restringindo a comparação de dados entre estudos. Os autores destacam ainda que a possibilidade de selecionar mais de um código para uma mesma condição, compromete o seu uso e restringe as comparações de dados entre estudos. Os pesquisadores ressaltam ainda a dificuldade de definir claramente dentre dois ou mais códigos, o mais adequado, podendo tornar a classificação inconsistente em algumas situações (SABINO; COELHO; SAMPAIO, 2008).

Entretanto, sugere-se que tais dificuldades encontradas podem demonstrar insegurança na utilização da CIF ou, até mesmo, falta de um treinamento adequado da sua abordagem ou despreparo no diagnóstico cinesiológico funcional e clínico das afecções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os avanços propiciados pela CIF, o primeiro e importante aspecto a ser ressaltado deve ser a introdução de um novo paradigma da saúde que preconiza que a incapacidade não é apenas uma consequência das condições de saúde/doença de um indivíduo, mas sim o produto entre estas, o contexto ambiental e social, percepções culturais, disponibilidade de serviços e legislação e atitude pessoal frente à deficiência.

Este novo paradigma amplia os conceitos de funcionalidade e incapacidade, permitindo a visualização das diferentes nuances que compõem estes processos. Tal ampliação é essencial e traz um ganho ao garantir a integralidade da atenção à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

Entretanto, sabe-se que muitos são os desafios impostos ao uso corriqueiro da CIF, porém os avanços introduzidos pela mesma são indiscutíveis e já fundamentam políticas públicas e ações intersetoriais.

É essencial a continuidade da divulgação desta classificação e o incentivo ao uso da mesma pelos diversos profissionais que lidam de alguma forma com a funcionalidade dos indivíduos.

Mais do que isto, há que se estimular a conscientização da importância da CIF, bem como seu uso entre os acadêmicos da área da saúde, possibilitando que estes se tornem profissionais conhecedores deste novo paradigma da saúde e aptos a trabalhar com ele.

Portanto, ressalta-se a importância de pesquisas científicas que utilizem a CIF como objeto alvo de estu-

do, direcionando os olhares e saberes para suas diversas dimensões sobre a ótica do usuário (paciente, profissional e gestores de sistemas de saúde), buscando captar as fragilidades sobre os diversos aspectos, visando fortalecer o seu uso de forma eficiente e minimizar as lacunas existentes entre o fazer e o saber acontecer e o empirismo por parte de todos. Talvez o ponto de partida seja a iniciativa de seu uso consciente com embasamento científico, sem sequer esquecer da interdisciplinaridade curricular (conhecimento transdisciplinar).

Por outro lado, é interessante a criação de um sistema universal que facilite e viabilize a utilização da CIF por todos os profissionais de saúde tanto em setores privados e públicos, tornando-a universal, integradora de dados inter-relacionados/interdisciplinar e equitativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUÑUALES, M.T.J; DIEGO, P. G; MORENO, J. M. M. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de La Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. *Rev. Esp. Salud. Publica*, Madri, v. 76, p. 271-9, 2002.

CREFITO-6 – REVISTA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Saúde em Movimento*. Nº 17 – jul. 2011.

DINIZ, D; MEDEIROS, M; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2507-10, 2007.

FARIAS, N; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organiza-

ção Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.

PORTUGAL. *I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade para os anos de 2006 a 2009* – Resolução do Conselho de Ministros n° 120/2006, de 21 de setembro. Disponível em: <<http://www.lerparaver.com/book/export/html/536>> Acesso em: 16 out. 2010.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2003.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. *Icidh-2: Internacional classification of functioning and disability*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1999.

_____. *Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF*. Genebra: OMS, 2002.

SABINO, G. S; COELHO, C. M; SAMPAIO, R. F. Utilização da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. *Acta fisiátrica*, v.15, n. 1, p. 24-30, 2008.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 3, 2009 .

SAMPAIO, R. F; *et al.* T. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (cif) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev. Bras. Fisioter.* v. 9, n. 2, p. 129-36, 2005. Disponível em: <<http://www.crefito10>.

org.br/cmslite/userfiles/file/artigos/cif/ARTIGO_2.pdf>. Acesso em: 31 out. 2011.

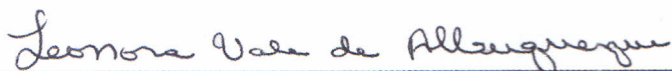
SOUKUP, M. G; VOLLESTAD, N. K. Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using the ICDH-2 beta-2. *Disabil Rehabil*, London, v. 23, n. 11, p. 462-73, 2001.

WHO – World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization, [s.l.]: 2001.

DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DO PORTUGUÊS

Declara-se, para constituir prova junto à Coleção Práticas Educativas, vinculada a Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE, que por intermédio do profissional infra-assinado, foi procedida a correção gramatical e estilística do livro intitulado **Educação e Saúde: um olhar interdisciplinar**, razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos do novo Acordo Ortográfico Lusófono, vigente desde 1º de janeiro de 2009.

Fortaleza-CE, 12 de maio de 2014



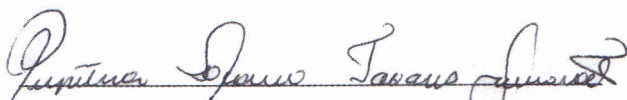
Leonora Vale de Albuquerque – Reg. Profissional: 320/CE



DECLARAÇÃO DE NORMALIZAÇÃO

Declara-se, para constituir prova junto à Coleção Práticas Educativas, vinculada a Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE, que por intermédio do profissional infra-assinado, foi procedida a normalização do livro intitulado **Educação e Saúde: um olhar interdisciplinar**, razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos das normas vigentes decretadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

Fortaleza-CE, 12 de maio de 2014



Perpétua Socorro Tavares Guimarães – Reg. Profissional: CRB 3/80

COLEÇÃO PRÁTICAS EDUCATIVAS

01. FIALHO, Lia Machado Fiuza. *Assistência à criança e ao adolescente infrator no Brasil: breve contextualização histórica*. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 105. ISBN: 978-85-7826-199-3.
02. VASCONCELOS, José Gerardo. *O contexto autoritário no pós-1964: novos e velhos atores na luta pela anistia*. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 63. ISBN: 978-85-7826-211-2.
03. SANTANA, José Rogério; FIALHO, Lia Machado Fiuza; BRANDENBURG, Cristine *et al. Educação e saúde: um olhar interdisciplinar*. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 212. ISBN: 978-85-7826-225-9.



Impressão e Acabamento



imprece@hotmail.com
Fone: 4141.2342

Este livro, com o formato final de 14cm x 21cm, contém 218 páginas.

O miolo impresso em papel Off-Set 75g/m² LD 64cm x 88cm.

A capa impressa no papel Cartão Supremo 250g/m² LD 66cmx96cm.

Tiragem de 300 exemplares.

Impressão no mês de setembro de 2014.

Fortaleza-Ceará.

Cristine Brandenburg



Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará, Bolsista CNPq. Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2008). Es-

pecializando em Saúde Pública Universidade Estadual do Ceará. Atuando principalmente nos seguintes temas: educação, biografia, história, memória, úlceras por pressão, fisioterapia, incontinência urinária, imagem corporal e saúde pública. Pesquisadora do Núcleo de História e Memória da Educação - NHIME/UFC.

Francisco Fleury Uchoa Santos Júnior



Fisioterapeuta pela Faculdade Integrada do Ceará; Osteopata D.O. pela Escola Brasileira de Osteopatia; Especialista em Terapia Manual e Postural pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Mestrado

em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará/UECE; Doutorado em Biotecnologia/RENORBIO (Rede Nordeste de Biotecnologia) — UECE; Formação em RPG/Reposturar-se, KinesioTaping, Equilíbrio NeuroMuscular e Pilates. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau/ Fortaleza-CE. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa BioDigital do Instituto UFC Virtual da Universidade Federal do Ceará; Pesquisador do grupo Biologia e Marcadores Moleculares em Alterações Celulares Experimentais da UECE. Diretor do Instituto Le Santé.

O livro compõe-se de uma coletânea de artigos científicos que debate as temáticas da educação, da saúde e da interdisciplinaridade. Com ênfase no âmbito da saúde - a reflexão dialética sobre vários conhecimentos -, este livro envolve com o manto da criticidade a transmissão de experiências envolvendo vários profissionais como: fisioterapeuta, pedagogo, enfermeiro, médico, assistente social, nutricionista, odontólogo e bióloga envolta de aspecto intrínseco à educação e saúde. Neste contexto, esta obra educacional discute os processos formativos que se desenvolvem na educação, na saúde, na convivência da interdisciplinaridade, sendo uma obra multidisciplinar e multiprofissional. O que ensina a contribuição como fonte de referência para as instituições de ensino e pesquisa na divulgação de saberes e nas suas diferentes formas de manifestações nos eixos educacionais e da saúde.

APOIO

MINISTÉRIO
DA EDUCAÇÃO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



ISBN 978-85-7826-225-9

