

Scientia

ciência; informação; habilidade; conhecimento

01 A GESTÃO PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TAPIRAMUTÁ-BA: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE
Evilania Queiroz dos Santos Silva; Robinson Fernandes Pereira

02 USO DE ÓRTESE ADAPTADA ASSOCIADA À DANÇA: UMA FERRAMENTA IMPORTANTE PARA PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL TETRAPARÉTICO GRAVE
Jamiller Macedo Antunes; Manuela de Azevedo Pinto Fialho Ribeiro

03 ALTERAÇÕES MOTORAS DO MEMBRO SUPERIOR PÓS-MASTECTOMIA RADICAL: UMA REVISÃO NARRATIVA
Valma Veloso Alves; Mariana Toledo Biscaia Raposo Mourão e Lima

04 FATORES QUE INTERFEREM NA GESTÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE: ESTUDO EM UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO
Cassiano Nascimento Munduruca

05 COOPERCICLI E SUAS IMPLICAÇÕES SÓCIOPOLÍTICAS E AMBIENTAIS NO MUNICÍPIO DE CAETITÉ-BA
Maria Soares Cunha

06 A DANÇA COMO RECURSO COADJUVANTE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO NÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
Michael Cavalcanti / Lay Martinez Silva Bêribá

07 ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO CENÁRIO BRASILEIRO
Cristian Patric de Sousa Santos

08 TRATAMENTO OSTEOPÁTICO NA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: ESTUDO DO TIPO ANTES E DEPOIS
Hélio Cardeal Mirando Filho / Joabson Fontes Bêribá / Lay Martinez Silva Bêribá

2016

02

Temática Interdisciplinar:
Saúde e Sociedade

ISSN:
2525-4553



UNEB
UNIVERSIDADE DO
ESTADO DA BAHIA



INSTITUTO FEDERAL
BAHIA
Campus Camaçari



INSTITUTO BAIANO DE ENSINO SUPERIOR - IBES
INSTITUTO SALVADOR DE ENSINO E CULTURA ISEC / FACSAL

Av. Jorge Amado, 780 Imbuí, CEP 41.720-040
Salvador - Bahia - Brasil
Tel.: (71) 3496-4050
www.ibes.edu.br
www.suafaculdade.com.br/facsal

Ficha Catalográfica

Scientia: ciência, informação, habilidade, ciência humana aplicada e conhecimento / Instituto Salvador de Ensino e Cultura (ISEC); Instituto Baiano de Ensino Superior (IBES); Universidade do Estado da Bahia (UNEB); Instituto Federal da Bahia (IFBA). - v. 2, n. 2, (set. 2016) - Salvador: as instituições, 2016.

Trimestral.

1. Ciências Sociais - periódico. 2. Ciências Humanas - periódico. 3. Saúde - periódico. 4. Educação - periódico. I. Instituto Salvador de Ensino e Cultura (ISEC). II. Instituto Baiano de Ensino Superior (IBES). III. Universidade do Estado da Bahia (UNEB). IV. Instituto Federal da Bahia (IFBA).

CDU: 658.050

Ficha catalográfica elaborada por:
Raidalva Caldas de Santana. CRB-5/1107



SOBRE A REVISTA

A Revista Scientia é fruto do convênio de 4 (quatro) Instituição de Ensino Superior: o Instituto Salvador de Ensino e Cultura (ASSOBES - FACSAL / ISEC), o Instituto Baiano de Ensino Superior (ASSUPERO IBES), Universidade do Estado da Bahia - UNEB (Departamento de Ciências Humanas (DCH-I) Salvador), Instituto Federal da Bahia - IFBA-Campus Camaçari.

PUBLICAÇÃO: Trimestral

PÚBLICO ALVO: Autores, leitores e pesquisadores das áreas de ciências humanas e sociais aplicada.

Versão online: <http://ibesfacsal.com.br/scientia/index.php>

MISSÃO

Publicar na área de humanas, saúde e ciências sociais aplicadas de forma a promover a inter, a multi e a transdisciplinaridade articulada a realidade das organizações e a compreensão da sociedade.

OBJETIVOS

Geral: contribuir para o avanço do conhecimento na área de humanas, saúde e ciência social aplicada.

Específicos:

- Contribuir para a institucionalização das comunidades científicas na área de humanas, saúde e ciência social aplicada, por meio da divulgação do conhecimento produzido nessas áreas.
- Promover o intercâmbio, o debate teórico e empírico entre autores e leitores desse conhecimento divulgado.
- Contribuir para o aumento da produção de conhecimento na área de humanas, saúde e ciência social aplicada.

DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

A partir da submissão entende-se como automática a cessão dos direitos autorais para a Revista, uma vez tendo sido aprovado e aceito para publicação.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO PELOS PARES

O artigo passará por pelo menos 2 (dois) avaliadores ad hoc (double blind review), mantendo-se o sigilo da autoria aos avaliadores. Os resultados podem ser:

- aprovação para publicação conforme apresentado o original;
- aprovação mediante diligencia para publicação após procedidas as alterações;
- recusa. O resultado da avaliação é sempre comunicado ao autor, com transcrição dos comentários feitos pelos avaliadores. Caso o autor aceite proceder as alterações sugeridas pelos avaliadores, o texto alterado será reencaminhado aos mesmos avaliadores.

POLÍTICA DE ACESSO LIVRE

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

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

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

POLÍTICA DE PUBLICAÇÃO

O texto deve:

- Ser uma contribuição original e inédita, não tendo sido publicado em outros periódicos e livros.
- Não estar em processo de avaliação em outra publicação nacional ou internacional.
- Estar dentro do escopo da revista.
- Ser assinado por no máximo quatro autores.
- Enviar duas versões uma contendo a informação dos autores e outra sem conter qualquer informação sobre os autores, comentários de revisão ou outra forma de identificação de autoria na submissão e rodadas de revisões.
- Ser redigido utilizando os editores de texto de maior difusão, com espaço 1,5 entre linhas, fonte Times New Roman tamanho 12, não exceder a 25 páginas (incluindo todos os elementos como figuras, quadros, tabelas e referências). As citações e referências do texto devem obedecer às normas da ABNT.
- Estar livre de plágio ou autoplágio.

Responsabilidade dos Autores: As opiniões emitidas nos textos assinados são de total responsabilidade dos respectivos autores.

Envio de manuscritos

As submissões de trabalhos devem ser feitas apenas via sistema no site no e-mail: revistascientia2016@gmail.com, seguindo as orientações contidas em Tutorial para Autores.

INSTRUÇÃO AOS AUTORES

MANUAL DA REVISTA:

http://www.ibes.edu.br/instituto/arquivos/manual_revista_academica_SCIENTIA.pdf

CORTPO EDITORIAL

EDITORES

Editor Responsável e Presidente: Aliger dos Santos Pereira - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/9514806025242255>

E-mail: revistascientia2016@gmail.com

COMISSÃO EDITORIAL

Conselheira Editorial: Ana Paula Miranda Guimarães - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/9819711308051849>

Conselheiro Editorial: André Izidoro Ferreira da Costa - Université de Bordeaux - França

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/1102565908977150>

Conselheiro Editorial: Carlos Alberto da Costa Gomes - Universidade Salvador - Laureate International Universities - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/8714842360803219>

Conselheiro Editorial: Jarbas Cordeiro Sampaio - Instituto Federal da Bahia - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/0607563880296149>

Conselheiro Editorial: Jean Paulo dos Santos Carvalho - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/1104942016215240>

Conselheiro Editorial: Joselito Viana de Souza - Universidade Estadual de Feira de Santana - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/2700748490184738>

Conselheiro Editorial: Luís Américo Silva Bonfim - Universidade Federal de Sergipe - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/3977133344349420>

Conselheira Editorial: Natalia Silva Coimbra de Sá - Universidade do Estado da Bahia - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/2799298547208954>

PRODUÇÃO EDITORIAL

Revista Scientia: Versão Eletrônica, Logomarca Scientia e Projeto Gráfico: Prof^o. Daniel Jorge dos Santos Branco Borges - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/4937426810104197>

Revista Scientia: Versão Eletrônica, Logomarca Scientia e Projeto Gráfico: Prof^a. Paloma Martinez Veiga Branco - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/1515911024148118>

Secretário Administrativo: Fabiano Viana Oliveira - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/3325770563552878>

Normalização: Juliana Vieira Santos Pereira - Brasil

CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/9826355704642265>

Todos os direitos reservados. O projeto Scientia é mantido pelas Faculdades Ibes, Facsal, IFBA e UNEB.
Contato: revistascientia2016@gmail.com.

INDEXAÇÃO E REPOSITÓRIO

É pelo Pergamum que é um Sistema Integrado de Bibliotecas, tendo por finalidade melhorar a qualidade global dos serviços dos usuários, promover a cooperação no tratamento da informação e o compartilhamento de recursos de informação.

Suporte na área de Tecnologia e Informação: Prof^a. Rosângela de Araújo Santos (Instituto Federal da Bahia)

Bibliotecário: Fábio Amorim Galeão (Instituto Federal da Bahia)

Campus Camaçari - Loteamento Espaço Alpha, s/n^o, Limoeiro, Camaçari-BA. CEP: 42.802-590

Tel. (71) 3649-8626

E-mail: bibliocamacari@gmail.com

Bibliotecária: Raidalva Caldas de Santana (Instituto Salvador de Ensino e Cultura (ASSOBES - FACSAL / ISEC), e Instituto Baiano de Ensino Superior (ASSUPERO IBES)

Tel.: (71) 3496-4050

E-mail: bibliotecaibesfacsal@gmail.com

SUMÁRIO

A GESTÃO PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TAPIRAMUTÁ-BA: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE PARTICIPATORY MANAGEMENT IN THE HEALTH FIELD OF TAPIRAMUTÁ-BA: THE CASE OF MUNICIPAL COUNCIL <i>Evilania Queiroz dos Santos Silva; Robinson Fernandes Pereira</i>	06-22
USO DE ÓRTESE ADAPTADA ASSOCIADA À DANÇA: UMA FERRAMENTA IMPORTANTE PARA PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL TETRAPARÉTICO GRAVE USE OF ADAPTED BRACING IN CONNECTION WITH DANCE: A IMPORTANT TOOL FOR PATIENTS WITH SEVERE CEREBRAL PALSY TETRAPARÉTICO <i>Jamiller Macedo Antunes</i> <i>Manuela de Azevedo Pinto Fialho Ribeiro</i>	23-42
ALTERAÇÕES MOTORAS DO MEMBRO SUPERIOR PÓS-MASTECTOMIA RADICAL: UMA REVISÃO NARRATIVA TOP MEMBER MOTOR CHANGES POST RADICAL MASTECTOMY: A NARRATIVE REVIEW <i>Valma Veloso Alves</i> <i>Mariana Toledo Biscaia Raposo Mourão e Lima</i>	43-58
FATORES QUE INTERFEREM NA GESTÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE: ESTUDO EM UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF PROGRAM MANAGEMENT: STUDY IN A GENERAL PUBLIC HOSPITAL <i>Cassiano Nascimento Munduruca</i>	59-89
COOPERCICLI E SUAS IMPLICAÇÕES SÓCIOPOLÍTICAS E AMBIENTAIS NO MUNICÍPIO DE CAETITÉ-BA COOPERCICLI AND ITS SOCIOPOLITICAL AND ENVIRONMENTAL IMPLICATIONS IN THE CITY OF CAETITÉ-BA <i>Maria Soares Cunha</i>	90-109
A DANÇA COMO RECURSO COADJUVANTE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO NÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DANCE AS SUPPORTING RESOURCES IN THE TREATMENT OF PARKINSON'S DISEASE: NOT SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE <i>Michael Cavalcanti</i> <i>Lay Martinez Silva Bêribá</i>	110-126

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO CENÁRIO BRASILEIRO

ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF FUNDAMENTAL RIGHTS IN THE BRAZILIAN SCENARIO

Cristian Patric de Sousa Santos

127-147

TRATAMENTO OSTEOPÁTICO NA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: ESTUDO DO TIPO ANTES E DEPOIS
OSTEOPATHIC TREATMENT IN GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: BEFORE AND AFTER TYPE OF STUDY

Hélio Cardeal Mirando Filho

Joabson Fontes Bêribá

Lay Martinez Silva Bêribá

148-159

A GESTÃO PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TAPIRAMUTÁ-BA: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE

Evilania Queiroz dos Santos Silva

Licenciada em Geografia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Especialização em MBA em Perícia e Auditoria Ambiental pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação (IBPEX), Especialização em andamento em Gestão Pública pela Universidade do Estado da Bahia.

E-mail: evilania.queiroz@gmail.com

Robinson Fernandes Pereira

Graduado em Engenharia Civil pela Universidade Católica de Salvador (UCSAL), Especialização em Gestão e Desenvolvimento de seres humanos pela Fundação Visconde de Cairu (FVC), Mestre em Desenvolvimento humano e responsabilidade social pela Fundação Visconde de Cairu (FVC), Professor de graduação da UNIUBE, Professor Orientador na FTC Engenheiro Estruturalista na UFC Engenharia Ltda.

RESUMO

Este artigo busca identificar as principais dificuldades para a consolidação de uma gestão participativa no âmbito da saúde, no município de Tapiramutá – Ba no período de 2006 a 2008. A partir da Constituição de 1988, a Democracia Participativa ganha instrumentos legais, como a criação de conselhos gestores de políticas públicas, por exemplo, a fim de promover maior envolvimento dos cidadãos nos processos de formação de agendas públicas, monitoramento, fiscalização e avaliação das ações governamentais. No entanto, tais instrumentos não têm se mostrado suficientes para garantir a democracia participativa. A fim de melhor identificar, elucidar e desmembrar o objetivo central a ser pesquisado em outros específicos, o estudo analisa a participação social na gestão pública na área de saúde do município de Tapiramutá no âmbito da Democracia Participativa, identificando as características que integraram a gestão nessa área, a partir da atuação do Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá-Ba, no período estudado. Para tanto, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: quais os principais impactos sofridos o campo da saúde, no município de Tapiramutá-Ba a partir das dificuldades para consolidação de uma gestão participativa? Como metodologia de pesquisa foram utilizados procedimentos de coleta de dados a partir de uma abordagem qualitativa, a fim de desenvolver uma pesquisa explicativa, apoiada na literatura e análise documental, pertinentes a temática central desse estudo. Por fim, verificou-se que a experiência política autoritária e centralizadora ocorrida nesse período se constituiu como uma das principais dificuldades de consolidação de uma Gestão Participativa no âmbito da saúde e Tapiramutá-Ba. Essa dificuldade representa uma fragilidade da gestão que se não for combatida com severidade ameaça a própria democracia. Assim, a gestão participativa se consolidará à medida que a sociedade, em sua maior parte, for estimulada a ter abertura concreta à participação na gestão pública.

Palavras-chave: Democracia participativa. Participação Social. Gestão Pública. Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá.

ABSTRACT

This article seeks to identify the main difficulties for the consolidation of participative management in health in the municipality of Tapiramutá - Ba in the period 2006 to 2008. From the 1988 Constitution, the Participatory Democracy wins legal instruments such as the creation of public policy management councils, for example, to promote greater involvement of citizens in the formation of public agendas, monitoring, supervision and evaluation of actions government. However, these instruments have not proven sufficient to ensure participatory democracy. In order to better identify, clarify and break up the main goal to search for other specific, the study examines the social participation in public management in the health of the city of Tapiramutá in the context of Participatory Democracy, identifying the features that this integrated management area, from the action of the Board of Health Municipal Tapiramutá-Ba, in the period 2006 to 2008. To this end, we propose the following research problem: what are the major impacts suffered the hood of health in the city of Tapiramutá-Ba from difficulties in consolidating a participatory management in the period 2006-2008? As a research methodology procedures were used to collect data from a qualitative approach to develop an explanatory research, supported in the literature and document analysis, the relevant central theme of this study. Finally, it was found that the authoritarian and centralized political experience occurred during this period was set up as one of the main difficulties in consolidating a participatory management in the health and Tapiramutá - Ba. This represents a difficult management weaknesses that if not tackled severely threatens democracy itself. Thus, participative management will be consolidated as a society, for the most part, is encouraged to be open to the concrete participation in public management.

Keywords: Participatory Democracy. Social Participation. Public Management. Municipal Health Council Tapiramutá.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado do estudo realizado acerca da temática da gestão participativa, e foi desenvolvido com objetivo central de identificar as principais dificuldades para a consolidação de uma gestão participativa no âmbito da saúde, no município de Tapiramutá-Ba no período de 2006 a 2008.

Nesse sentido, visando uma melhor percepção deste objetivo, se fez necessário desmembrá-lo em objetivos específicos tais como: analisar a participação social na gestão pública na área da saúde do município de Tapiramutá no âmbito da Democracia Participativa; verificar a participação social do Conselho Municipal da Saúde do município de Tapiramutá no âmbito de suas atribuições; e identificar as características da gestão aplicada à saúde no período de 2006 a 2008 no município de Tapiramutá.

A participação popular na Administração Pública brasileira é regida por uma série de dispositivos Legais com fundamentos, finalidades e diretrizes que devem direcionar as formas e ações processuais que devem ser executadas para que haja a interferência dos cidadãos nos processos administrativos das instituições públicas. No entanto, tais instrumentos por si só não são suficientes para garantir a efetiva democracia participativa, pois “o aparato jurídico é incapaz de induzir a participação popular; mais ainda, frequentemente cumpre papel inverso, dificultando a participação, estabelecendo mecanismos de neutralização e acomodação extremamente sutis” (MODESTO, 2002). Assim, a participação cidadã efetiva, que está presente no planejamento, monitoramento e acompanhamento e avaliação dos resultados das políticas públicas adotadas pelo Estado, é pouco notada no cotidiano da Administração Pública no Brasil.

Por considerar que a participação da sociedade no ciclo de gestão dos interesses públicos é fundamental para a consolidação da Democracia e da Cidadania, e que apesar de tal importância não se tem percebido a prática participativa como uma realidade concreta e contínua nos municípios brasileiros, em especial no município de Tapiramutá-Ba é que motivou a realizar esse estudo. Por isso, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: quais os principais impactos sofridos no campo da saúde, no município de Tapiramutá-Ba a partir das dificuldades para consolidação de uma gestão participativa no período de 2006 a 2008?

A participação da população é um importante mecanismo de prevenção de atos de improbidade administrativa e condição necessária para o fortalecimento da cidadania. O texto constitucional, que foi fortemente influenciado pela sociedade civil, estabelece um contexto favorável à participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisões e de fiscalização das políticas públicas adotadas pelo Estado. A instituição dos conselhos de políticas públicas é

um bom exemplo de como a Constituição orienta a participação social de modo que nesses conselhos os cidadãos participam do processo de tomada de decisões, da fiscalização, do controle dos gastos públicos e da avaliação dos resultados dentro da Administração Pública (Controladoria Geral da União - CGU, 2008, p. 18).

Para a realização desse estudo se fez uso da pesquisa bibliográfica pertinente a temática abordada, o que permitiu ter base teórica para a discussão e racionalização da problemática; pesquisa documental, a fim de descrever e comparar os dados estatísticos apresentados do fenômeno no período analisado, o que possibilitou estabelecer características e tendências. O procedimento de coleta de informações se deu a partir de uma abordagem qualitativa, visando desenvolver uma pesquisa explicativa para esclarecer as variáveis analisadas, a partir das relações estabelecidas entre elas. Como documentos utilizados para a coleta das informações analisou-se o regimento interno, os relatórios de frequência e atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Tapiramutá, entre os anos de 2006 a 2008. Também foi realizado tratamento estatístico das informações coletadas, de modo a organizá-las de forma clara, o que permitiu estabelecer divergências, convergências e regularidades e inferências em relações as informações coletadas.

Foi utilizada a lógica do método indutivo nessa pesquisa a fim de maior aproximação com o fenômeno analisado, partindo dessa manifestação singular para uma interpretação mais abrangente e geral do problema.

A estruturação desse artigo se inicia com a importância da gestão participativa para o fortalecimento da cidadania e da própria Democracia no país.

Em seguida foram identificadas as características observadas na gestão no âmbito da saúde no período de 2006 a 2008 no município de Tapiramutá em confronto com o ideal de uma gestão participativa buscando identificar algumas dificuldades que fragilizam e ameaçam a participação cidadã na consolidação e nos bons resultados de práticas democráticas.

O artigo é finalizado com a apresentação dos resultados obtidos desse estudo a partir das discussões apresentadas ao longo do desenvolvimento desse artigo.

2 A GESTÃO PARTICIPATIVA E O FORTALECIMENTO DA CIDADANIA E DA DEMOCRACIA

Dada a complexidade das sociedades modernas, “a ideia da Democracia na contemporaneidade está associada imediatamente à ideia de representação” (SALLES, 2010, p. 26), apesar disso, ela não se esgota nessa única maneira, assim como a participação dos cidadãos não se limita à escolha dos representantes. Atualmente, há vários mecanismos de participação popular, sejam de forma direta ou por representação, importantes para o exercício da democracia sem que, no entanto, uma maneira exclua ou anule a importância das outras formas de poder participar. O que se defende é a complementaridade entre as diversas formas de participação disponíveis e possíveis, de modo que a participação cidadã complementa a representação, criando dinâmicas que fortalecem a democracia.

Participar da Administração Pública está entre os direitos constitucionais de todos os indivíduos do país conforme art. 31 §1º e §3º da Carta Magna, direitos esses também garantidos por outras Leis em vigência, a citar a Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000, art.49, Lei nº 8.666/93, art. 3 §3º, art 4, art. 7 §8º e art 41 §1º. No entanto, a prática é muito diferente, pois nem sempre esse direito foi exercido com cidadania. Assim, como muitos outros direitos constitucionais poder participar da gestão dos bens públicos é uma conquista recente, se comparada ao longo período das gestões autoritárias e centralizadoras (Regime Militar, Estado Novo e República Velha – conhecida República de Coronéis) vivenciadas no Brasil. O movimento de redemocratização na década de 1980 é considerado o marco histórico dessa conquista, que foi fortemente influenciado pelas pressões da sociedade que se uniram em associações, sindicatos, organizações entre outras tantas maneiras de naturezas e amplitudes diversas, com um objetivo comum a todos que era “o retorno à institucionalidade democrática” (SALLES, 2010, p. 16), ficando assegurada pela Constituição Federal aprovada em outubro de 1988. Este período marcou a história recente do país, bem como a vida de milhões de brasileiros que passaram a ter direitos básicos garantidos. Esse foi um momento de conquista da sociedade, o que demonstra a força que o povo tem.

De acordo com Malmegrin (2010, p. 99), “a participação da sociedade civil pode ser entendida como a ação planejada e implementada no direito dos indivíduos em interferir na condução da vida pública de forma direta ou por meio de mecanismos representativos”. Essa definição expressa a participação da sociedade como um direito de todo cidadão, o que obriga o Estado a estabelecer novas formas de se relacionar com a sociedade, compartilhando responsabilidades e formação de sua agenda.

A Constituição de 1988 criou vários mecanismos de fomento à democracia participativa no país, a citar os conselhos gestores de políticas públicas. No entanto, o que se tem observado é que a participação cidadã tem se limitado a momentos específicos e esporádicos durante a escolha, por meio do voto, dos gestores e legisladores para atuarem na administração da máquina pública. Considerando que “a participação é um dos cinco princípios da democracia” (MALMEGRIN, 2010, p. 99), e que esse processo também é uma das condições necessárias para a consolidação de cidadania em uma sociedade, isto é, um indivíduo só passa a condição de cidadão quando têm direitos sociais, civis e políticos assegurados. Isso fica claro na seguinte afirmação:

A cidadania implica um sentimento de pertencimento e lealdade a uma civilização, que se constitui em patrimônio comum de uma dada coletividade. Tal pertencimento, por sua vez, se estabelece a partir dos deveres de cada indivíduo para com o Estado, mas também- e sobretudo – pelos direitos que este Estado lhe garante: direitos civis, que consistem na liberdade individual, como de expressão e circulação, por exemplo; direitos políticos, que fazem referência ao ato de votar e ser votado; e - direitos sociais, que dizem respeito a um conjunto de garantias legais que asseguram bem-estar econômico, segurança contra riscos sociais e acesso aos bens e serviços essenciais à sobrevivência (SANTOS, 2009, p. 24-25).

Assim, segundo o autor supracitado, a participação passa a ser vista como um direito à cidadania, pois poder participar é um direito constitucional que possibilita ao indivíduo usufruir de direitos civis, políticos e sociais, tornando-se efetivamente cidadão. Essa ideia também é defendida por Malmegrin (2010, p. 100), ao afirmar que a partir dos anos de 1990, pós constituição de 1988, a ideia de participação civil e de responsabilidade social dos cidadãos em espaços públicos passa a se relacionar estreitamente com o conceito de cidadania. Ele acrescenta ainda que o controle social, entendido aqui como a participação do cidadão na gestão pública se caracteriza como um utensílio de participação democrática:

[...] é um instrumento democrático em que há a participação dos cidadãos no exercício do poder colocando a vontade social como fator fundamental para a criação de metas a serem alcançadas no âmbito de algumas políticas públicas, bem como para a implementação de mecanismos de fiscalização e de prestação de contas do uso dos recursos públicos (MALMEGRIN, 2010, p.101).

No entendimento de Malmegrin, a participação da população em relação a administração pública é importante para assegurar que as ações dos gestores sejam transparentes e coerentes com os anseios da(s) comunidade(s). Em outras palavras, é possível afirmar que o monitoramento constante da população é uma arma grandiosa para evitar atos de improbidade administrativa, evitando dessa forma que o interesse coletivo seja lesado.

3 CARACTERÍSTICA DA GESTÃO ADOTADA NO ÂMBITO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TAPIRAMUTÁ-BA

O município de Tapiramutá está localizado na encosta da Chapada Diamantina, com área aproximada de 664 km² a 884m acima do nível do mar. Limita-se com os municípios de Morro do Chapéu, Piritiba, Mundo Novo e Utinga. Distante da capital do Estado, Salvador, 360 km, o seu principal acesso se dá por meio da rodovia BA-52, conhecida no Estado como a Estrada do Feijão. Está agrupado na Mesorregião Centro Norte Baiano e faz parte da Bacia Hidrográfica do rio Paraguaçu.

De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010, o município tem uma população de 16.516 habitantes (IBGE, 2010), com índice de desenvolvimento humano de 0,615 (PNUD, 2000). A base de sustentação econômica do município está, principalmente, na agricultura e nos empregos permanentes e temporários gerados pela Prefeitura Municipal, maior empregador.

A gestão da saúde no município é administrada pela Secretaria Municipal da Saúde, sendo que desde o ano de 2001, quando foi instalado o Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá, a mesma sofreu alterações em suas atribuições, se limitando às deliberações, acompanhamento das ações e fiscalização da utilização dos recursos financeiros geridos pelo Conselho Municipal de Saúde.

A implantação do Conselho Municipal da Saúde – CMS, surgiu da necessidade do município se adequar a legislação vigente (Constituição Federal art. 198, inciso III e a Lei 8.080/90, art. 7, inciso VIII), que define as normas gerais de participação da comunidade, por meio de conferências e dos conselhos de saúde, na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo regulamentados pela Lei 8.142/90, no art. 1º, parágrafos 1 a 5. Além disso, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi implantado como requisito obrigatório para a gestão local de fundos federais destinados à saúde, como se pode notar na afirmativa de Salles

No caso dos conselhos gestores de políticas públicas, também chamados de setoriais, a instituição da gestão local de fundos federais foi um fator fundamental para sua implantação, pois foram considerados obrigatórios para o repasse de recursos federais para Estados e municípios e peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais (SALLES, 2010, p. 45).

Diante do exposto por Salles, e das circunstâncias que envolveram a implantação do Conselho Municipal da Saúde no município de Tapiramutá, é possível afirmar que essa implantação surge para cumprimento de dispositivos legais. Essa observação é relevante, pois apesar da implantação e da institucionalização de um espaço público de diálogo, apenas o aparato jurídico/Legal, não é capaz de assegurar a participação popular nesses espaços.

3.1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO PÚBLICA NO ÂMBITO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TAPIRAMUTÁ

Para realizar análises acerca da participação social na gestão pública na área da saúde do município de Tapiramutá no âmbito da Democracia Participativa, bem como da atuação do CMS no período de 2006 a 2008, foram utilizados como documentos para coleta de informações o regimento interno do CMS, as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas no período, a fim de observar a atuação do CMS na gestão local da saúde e o livro de frequência das reuniões, onde estão os registros de pauta e dos participantes presentes em cada reunião. Dessa forma, os resultados da pesquisa foram organizados e tabulados em três tabelas, sendo demonstrado nelas a realização de reuniões ordinárias do CMS e a quantidade de participantes em cada uma conforme registros no livro de frequência. Nesse sentido, a Tabela 1 traz as informações referentes ao ano de 2006, a Tabela 2 diz respeito ao ano de 2007 e a Tabela 3 se refere ao ano de 2008.

A partir da análise da Tabela 1 é possível observar que no ano de 2006 houve uma participação social nas reuniões ordinárias do conselho municipal da saúde de Tapiramutá, sendo que na maioria das reuniões realizadas, sempre estiveram presentes pelo menos 1 (um) conselheiro que representava os usuários, com exceção da reunião realizada em outubro/2006, quando não esteve presente nenhum conselheiro do segmento usuários, o que evidencia a participação de usuários, mesmo que em menor número.

Tabela 1 - Participação Social nas reuniões ordinárias do Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá - 2006

Reuniões ordinárias	Nº de conselheiros usuários	Nº de conselheiros gestor/trabalhador	Participantes não conselheiros	Total de participantes
Janeiro	7	6	0	13
Fevereiro	5	7	0	12
Março	6	10	7	23
Abril	0	0	0	0
Maiο	0	0	0	0
Junho	7	8	42	57
Julho	7	10	5	22
Agosto	6	6	8	20
Setembro	3	6	2	11
Outubro	0	5	0	5
Novembro	1	5	0	6
Dezembro	6	6	1	13
Total Anual	48	69	65	182
Média Anual	4	6	5	15
Média Perc. (%)	26,37%	37,91%	35,71%	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Ainda é possível notar, de acordo com a Tabela 1, que no ano de 2006, a participação de conselheiros que representaram os segmentos da gestão municipal e dos trabalhadores da área de saúde do município foi maioria em oito das dez reuniões ordinárias realizadas no mesmo período e se apresentaram em número igual em apenas duas reuniões (agosto e dezembro), evidência que demonstra que a participação social, apesar de existir, ainda é pouco significativa, visto que o número de conselheiros representantes dos usuários corresponde a 50% do total de conselheiros. Isso possibilita afirmar que as decisões ora tomadas nessas reuniões foram tomadas a partir dos interesses da gestão e dos trabalhadores, e não, necessariamente, pelos usuários dos serviços de saúde, ou seja, pela comunidade beneficiada com esses serviços.

Sob o mesmo aspecto da participação social, no ano de 2007, conforme Tabela 2, nota-se que em todas as reuniões ordinárias do ano em questão, estiveram presentes conselheiros representantes dos usuários. Mas, assim como no ano anterior, o número de conselheiros do segmento gestão/trabalhador participantes das reuniões foi mais expressivo, visto que apenas

na primeira reunião do ano, a quantidade de conselheiros do segmento usuários foi maior e igual ao do segmento gestão/trabalhador nos meses de março e maio/2007.

Tabela 2 - Participação Social nas reuniões ordinárias do Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá - 2007

Reuniões ordinárias	Nº de conselheiros usuários	Nº de conselheiros gestor/trabalhador	Participantes não conselheiros	Total de participantes
Janeiro	7	5	2	14
Fevereiro	3	5	1	9
Março	4	4	4	12
Abril	2	4	3	9
Maiο	5	5	3	13
Junho	3	7	2	12
Julho	2	4	0	6
Agosto	2	5	2	9
Setembro	3	5	25	33
Outubro	2	6	4	12
Novembro	2	4	4	10
Dezembro	4	6	53	63
Total Anual	39	60	103	202
Média Anual	3	5	9	17
Média Perc. (%)	19,31%	29,70%	50,99%	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Já nas reuniões ordinárias realizadas no ano de 2008, a participação social se manteve muito próxima do que se observou em 2007, de modo que os conselheiros usuários só foi maioria em uma reunião, e estiveram em número igual aos conselheiros usuários em duas reuniões como pode ser identificado na Tabela 3. Isso demonstra que a participação social no âmbito da saúde no município de Tapiramutá, no período de 2006 a 2008 não apresentou avanços na presença dos conselheiros representantes dos usuários nas reuniões ordinárias realizadas no período.

Tabela 3 - Participação Social nas reuniões ordinárias do Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá - 2008

Reuniões ordinárias	Nº de conselheiros usuários	Nº de conselheiros gestor/trabalhador	Participantes não conselheiros	Total de participantes
Janeiro	5	4	5	14
Fevereiro	0	0	0	0
Março	5	6	13	24
Abril	0	0	0	0
Maió	5	6	27	38
Junho	2	4	5	11
Julho	1	4	3	8
Agosto	7	8	33	48
Setembro	6	6	10	22
Outubro	7	7	6	20
Novembro	4	6	2	12
Dezembro	4	5	0	9
Total Anual	46	56	104	206
Média Anual	4	5	9	17
Média Perc. (%)	22,33%	27,18%	50,49%	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Nota-se que os conselheiros representantes do segmento gestão/trabalhadores da saúde local, teve média percentual de participação bem mais elevada que os conselheiros do segmento usuários, representando 37,91%, 29,70% e 27,18%, nos anos de 2006, 2007 e 2008, respectivamente, contra 26,37%, 19,31% e 22,33% dos conselheiros representantes do segmento usuários. Essa observação demonstra que apesar da composição dos conselheiros para o CMS ser paritária, sendo 50% dos conselheiros representantes dos usuários (sociedade), esses ainda tiveram menor participação nos processos decisórios do Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá do que os conselheiros do segmento gestão/trabalhador.

Ainda a partir da análise das Tabelas 1, 2 e 3 é possível observar que no período 2006 a 2008, aumentou a frequência de participação e a quantidade de outras pessoas que não eram conselheiras, nas reuniões ordinárias realizadas pelo CMS. Nesse sentido, nota-se que no ano de 2006 não havia nenhum participante, além dos conselheiros, em quatro das dez reuniões realizadas, enquanto que em 2007 apenas uma reunião aconteceu sem que estivesse presente algum

outro indivíduo que não fosse conselheiro e no ano seguinte, 2008, isso aconteceu em apenas duas reuniões. Diante dessa observação em confronto com as atas e o livro de frequência dessas reuniões se verificou que as reuniões que tiveram um número mais significativo de participantes não conselheiros ocorreu nas reuniões de posse de novos conselheiros, no caso da reunião de junho de 2006 e agosto de 2008, e na reunião de dezembro de 2007 quando foi realizado um encontro com os conselhos locais de saúde, de modo que nessas reuniões estiveram presentes os conselheiros municipais da saúde do município de Tapiramutá, bem como os conselheiros que integravam um conselho local de alguma unidade de saúde do município. Cabe a informação de que cada unidade de saúde da família do município tinha um conselho local composto por trabalhadores da saúde da unidade e dos usuários cobertos pela unidade, e que esses passaram a participar das reuniões ordinárias do conselho municipal da saúde de Tapiramutá, contribuindo para o aumento da frequência e do número de participantes nas reuniões.

Assim, pode-se afirmar que apesar do número de conselheiros representantes dos usuários ter sido menos expressivo em relação a quantidade dos conselheiros do segmento trabalhador/gestor que participaram das reuniões ocorridas no período em análise, houve um importante avanço no que se refere a participação social, haja vista a participação de outros indivíduos não conselheiros do CMS nas reuniões. Isso não significa necessariamente que as decisões foram compartilhadas entre o poder público e a sociedade, uma vez que o poder de voto é restrito aos conselheiros e os que representavam legalmente a sociedade tiveram participação inferior a participação dos que representavam a gestão e os trabalhadores do setor saúde no município. Nesse sentido, pode-se afirmar que a paridade entre os representantes do Estado e da sociedade na composição do CMS não garante equilíbrio das decisões, ou como afirma Salles (2010, p. 52), “a igualdade numérica não tem resultado equilíbrio no processo decisório” nesses espaços públicos de diálogo.

3.2 A ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE DE TAPIRAMUTÁ

Confrontando as informações das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas entre os anos de 2006 e 2008, nota-se o descumprimento, por vezes geral, outros parcialmente, de normas regimentais. Essa situação fica bem clara ao se analisar o art 8º, letra s, do regimento interno que define as atribuições do CMS de Tapiramutá:

No ano subsequente ao da realização de cada Conferência, e antes da aprovação anual da proposta orçamentária da Secretaria Municipal da Saúde, o CMS promoverá amplas reuniões, envolvendo delegados de todos os seguimentos representantes na Conferência, para avaliar a execução das propostas nela aprovada.

Apesar dessa determinação regimental, não se identificou nenhum momento ou determinação promovida pela Secretaria Municipal e/ou CMS para o cumprimento do que define a letra do art. 8º do regimento interno. Considerando que houve Conferência Municipal da Saúde em julho de 2007, nas reuniões realizadas no ano subsequente, 2008, em nenhuma reunião consta em ata a pauta referente à avaliação da execução das propostas aprovadas na Conferência realizada no ano anterior, o que demonstra não conformidade entre as diretrizes regimentais das atribuições do CMS com a prática evidenciada a partir da análise das atas e suas pautas.

O descumprimento de normas regimentais foi identificado também na letra h do art 8º, na qual afirma que é atribuição do CMS “apreciar e deliberar trimestralmente sobre a prestação de contas de nível municipal encaminhadas pela Secretaria Municipal da Saúde”, ou seja, o conselho municipal da saúde deve apreciar e deliberar a respeito da execução orçamentária obrigatoriamente quatro vezes por ano. No entanto, isso não foi cumprido durante o período de análise desse estudo (2006-2008), sendo que em 2006 aconteceu no mês de outubro a única prestação de contas do ano, em 2007 houve duas reuniões com tal finalidade, uma no mês agosto e outra no mês novembro e o mesmo se repetiu em 2008 quando também só foram realizadas duas reuniões para apreciação e deliberação das contas da saúde no município, que aconteceram nos meses de fevereiro, em reunião extraordinária e na reunião ordinária do mês de outubro. Em todas essas reuniões as contas foram aprovadas pelo conselho sem ressalvas, apesar de constar nas atas o questionamento de alguns conselheiros sobre a ausência dos processos de despesas para análise. Diante disso, fica claro o descumprimento de normas regimentais, demonstrando que o conselho municipal da saúde de Tapiramutá não tem exercido seu papel com eficiência.

Fica evidente ainda outra irregularidade, ao se observar a realização de reunião ordinária para deliberação sem que houvesse quórum, isto é, a realização de reunião para deliberações só deveria acontecer com maioria simples, nesse caso com sete conselheiros, visto que são doze os conselheiros titulares. No entanto, como pode ser notada na Tabela 1, a reunião realizada em outubro de 2006, na qual foi aprovada a prestação de contas do período de janeiro a setembro/2006, estavam presentes apenas cinco conselheiros, não havendo número mínimo de conselheiros presentes para a legitimação dessa decisão, visto que não houve maioria simples

como determina o art. 19º do regimento interno que deixa claro que “o CMS deliberará por maioria simples”.

Além disso, não fica claro nas atas analisadas a atuação do CMS no que se refere o art. 8º, letra d onde se define as diretrizes para elaborar o Plano Municipal de Saúde, uma vez que o Plano Municipal de Saúde, gestão 2006-2009, foi elaborado pela secretaria municipal da saúde, que apresentou ao CMS na reunião ordinária de janeiro de 2006, para apreciação e deliberação, sendo aprovado pelo conselho sem alterações. Assim como na letra j do art. 8º se propõe “critérios na proposta orçamentária anual da Secretaria Municipal da Saúde”, não se verificou nas atas nenhum critério apresentado pelo conselho para inclusão nas propostas orçamentárias anuais. Isso evidencia a pouca atuação do conselho nas etapas de planejamento das ações, ficando a responsabilidade do planejamento centralizado pelo executivo municipal, que define sua agenda de trabalho, enquanto o conselho não exerce com efetividade suas atribuições.

A partir das análises das atas das reuniões realizadas pelo CMS no período de 2006 a 2008, foi possível identificar ainda que as pautas das reuniões foram construídas visando informar os conselheiros das ações da Secretaria Municipal da Saúde e que as deliberações do conselho municipal de saúde mais frequentes foram sobre apreciação e aprovação de relatórios anuais de gestão da saúde no âmbito municipal, bem como os relatórios de Gestão da Atenção Básica da Saúde e os planos de ação da Vigilância Sanitária. Sendo que todos esses relatórios e planos de trabalho foram desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde. Cabe a observação de que na mesma reunião acontecia a apreciação e deliberação/votação da pauta, o que não permitia em função do pouco tempo uma análise mais detalhada, por parte dos conselheiros, de casos mais técnicos e específicos, o que nos faz inferir ter sido uma dificuldade para que os conselheiros pudessem sugerir mudanças, exclusões ou acréscimos nesses documentos.

Dessa forma, o que se percebe diante da leitura e análise das atas e da construção das pautas das reuniões é que a maioria dessas reuniões serviu apenas como momentos de informes gerais repassados aos conselheiros referentes às ações da Secretaria Municipal da Saúde. Pouco foi notado no que se refere aos processos deliberativos, propositivos e de fiscalização especialmente nos quesitos relacionados ao planejamento das ações, alocação das receitas e execução das despesas orçamentárias.

Existem normas regimentais claras que atribuem responsabilidades ao Conselho Municipal da Saúde, no sentido de promover uma gestão da saúde no município de Tapiramutá que atenda aos interesses sociais, e que estabelece uma relação de responsabilidades

compartilhadas entre a sociedade e a gestão pública neste município. Apesar disso, as irregularidades identificadas, o pouco envolvimento do conselho na construção das diretrizes, critérios, fiscalização e avaliação de como é gerida a saúde em Tapiramutá, demonstra com clareza que, apesar de importantíssimas, as Leis e normas existentes não são, por si só, capazes de garantir a participação social e promover gestões públicas mais participativas e democráticas.

Nota-se ainda que etapas fundamentais como a inclusão das prioridades na agenda governamental, planejamento da execução das ações e nos processos de avaliação, o CMS não participa ativamente de nenhuma dessas etapas, que são de extrema importância, ficando todas essas decisões centralizadas pela Secretaria Municipal da Saúde. As poucas deliberações do CMS foram direcionadas a aprovar as propostas construídas pela gestão municipal, não havendo contribuições efetivas do CMS. Se uma das motivações para construção de espaços públicos, como é o caso dos conselhos de saúde, foi estabelecer uma nova relação entre sociedade e Estado, na qual o conhecimento da comunidade sobre a realidade deverá nortear as decisões por parte do gestor, percebe-se que no caso do CMS de Tapiramutá esse espaço público não tem funcionado com eficiência, uma vez que a participação dos conselheiros usuários, além de ter sido menos significativa do que os conselheiros que representam a gestão local da saúde, o conselho não participou das etapas fundamentais de tomadas de decisão, as quais ficaram a critério do poder executivo local. Essa situação se mostra contrária a proposta de uma gestão participativa, uma vez que as responsabilidades e a definição de prioridades não foram compartilhadas de modo efetivo entre sociedade e Estado.

Diante disso, observa-se que a gestão local da saúde no município de Tapiramutá no período de 2006 a 2008, manteve formas tradicionais e centralizadoras de tomadas de decisões. A elaboração das pautas deixa isso ainda mais em evidência, pois foi todas elaboradas pelo presidente do conselho, função que foi ocupada nesse período ou pela secretária de saúde e pela coordenadora de Atenção Básica do município. Assim, é possível concordar com a Salles (2010) que até mesmo a agenda temática dos conselhos fica sob o controle do Estado.

Nota-se que há várias dificuldades para que o CMS seja efetivamente um espaço público de diálogo entre a sociedade e o governo, as quais dizem respeito a qualidade, quantidade e frequência da participação social, ao não cumprimento de normas regimentais, e ainda como afirma Salles (2010, p. 51) “a tradição centralista e paternalista do Estado brasileiro, que por meio de arraigadas práticas de insulamento burocrático acaba por esvaziar de autoridade tais espaços” é uma das principais dificuldades encontradas para tornar o conselho municipal da

saúde de Tapiramutá como um espaço público firme de efetivo de diálogo entre a sociedade civil e o Estado, consolidando práticas democráticas e participativas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os vários mecanismos de fomento à participação popular, os conselhos de políticas públicas são uma das formas mais eficientes, visto que possibilita à sociedade civil mais que fiscalizar as ações do Estado, permite participar do processo de tomada de decisão das ações prioritárias, do controle dos gastos públicos e da avaliação da execução dessas ações. Mas isso só acontece quando o Conselho efetivamente funciona, cumprindo suas atribuições e sendo respeitados pelo gestor público.

No caso do Conselho Municipal da Saúde de Tapiramutá, não se pode afirmar que esse espaço de diálogo público tenha efetivamente funcionado de acordo ao propósito de uma gestão participativa, de responsabilidades compartilhadas entre sociedade civil e Estado, visto que foi possível identificar, nessa pesquisa, dificuldades para a consolidação de uma gestão participativa no âmbito da saúde, no município de Tapiramutá-Ba, no período de 2006 a 2008. Assim, pode-se afirmar que o descumprimento de normas regimentais, a qualidade, quantidade e frequência da participação popular ainda pequena nas reuniões do CMS, em especial dos conselheiros que representam os usuários e a centralização pela secretaria municipal da saúde dos processos de tomada de decisão, foram as principais dificuldades para a consolidação de uma gestão participativa no âmbito da saúde no município de Tapiramutá nesse período.

Diante dessas dificuldades os impactos sofridos no campo da saúde, no município de Tapiramutá, estão relacionados a manutenção de uma gestão centralizadora com práticas autoritárias, identificadas na concentração do poder em áreas estratégicas como a de planejamento, por exemplo e na total falta de estímulo à participação social, definindo verticalmente os rumos da saúde, nem sempre coincidindo com os anseios da população local. Dessa forma, pode-se dizer que os principais impactos diante dessas dificuldades representam uma fragilidade da gestão participativa e a ausência de práticas democráticas e de interesse coletivo no campo da saúde no município de Tapiramutá-BA nos anos de 2006 a 2008.

É fundamental, que os conselheiros, em especial os que representam os usuários, participem mais frequentemente das reuniões do CMS, e, mais que isso, que contribuam com a construção de diretrizes para as ações relacionadas à saúde, bem como com acompanhamento e fiscalização das ações executadas pela gestão local a fim de poder promover uma saúde mais adequada, eficiente e digna à população tapiramutense. Para tanto, é imprescindível a

capacitação técnica dos conselheiros aliado ao interesse da população em participar da “gestão da coisa pública” com seriedade e comprometimento social. Isso poderá possibilitar maior e melhor participação social e consolidar práticas que fortaleçam a gestão participativa.

Por fim, a realização dessa pesquisa tem relevância significativa por demonstrar as dificuldades encontradas no âmbito da saúde no município de Tapiramutá para a consolidação de uma gestão participativa, possibilitando a comunidade local pensar e agir de modo estratégico no sentido de aumentar e melhorar a participação social na gestão pública do município. Além disso, esse estudo não esgota a temática, mas contribui com informações importantes para que outras pesquisas sejam desenvolvidas visando relacionar a gestão participativa ao desenvolvimento sócio-político da população ou mesmo ao elucidar as causas da pouca participação da sociedade na administração pública.

REFERÊNCIAS

CGU. Cartilha olho vivo no dinheiro público. Orientações aos cidadãos para a participação na gestão pública e exercício do controle social. Brasília, DF, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=293130#>>. Acesso em: 27 out. 2011.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. **Redes Públicas de Cooperação em Ambientes Federativos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

MODESTO, Paulo. Participação popular na administração pública. Mecanismos de operacionalização. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 54, fev. 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2586>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal, 1991 e 2000**: Todos os municípios do Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%201991%2000%20Ranking%20decrecente%20%28pelos%20dados%20de%202000%2000%29.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2011.

SALLES, Helena Mota. **Gestão democrática e participativa**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **O Estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

**USO DE ÓRTESE ADAPTADA ASSOCIADA À DANÇA:
UMA FERRAMENTA IMPORTANTE PARA PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL
TETRAPARÉTICO GRAVE**

Jamiller Macedo Antunes

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Salvador (FACSAL/ISEC), Licenciada em Dança pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialista em Atividade Física Adaptada e Saúde pela Universidade Gama Filho (UGF)

E-mail: jamillermacedo@hotmail.com; jamillerantunes@gmail.com

Manuela de Azevedo Pinto Fialho Ribeiro

Fisioterapeuta, Especialista em Neurofuncional pela Universidade Gama Filho

E-mail: maniazevedo@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo é originado de uma monografia que trouxe um estudo de caso envolvendo uma criança com Paralisia Cerebral (PC) ou Encefalopatia Crônica não Progressiva na Infância (ECNPI), a qual apresenta desordens motoras comuns aos períodos pré, peri, pós-natal ou infantil, que pode ocorrer até o segundo ano de vida, causando prejuízos no desenvolvimento do encéfalo ainda imaturo de forma não progressiva. Objetivou mostrar que o uso de uma órtese adaptada associada à dança pode constituir-se numa ferramenta importante, inovadora e eficiente, em tratamento terapêutico de paciente com Paralisia Cerebral. Por meio dos resultados obtidos, foi possível comprovar, na prática, uma melhora do paciente pesquisado, uma criança de doze anos, tetraparética grave, sob os aspectos, motor, emocional e cognitivo, fortalecendo meios para acessibilidade e qualidade de vida. As respostas obtidas, pela criança, depois de ter sido submetido a 10 sessões de fisioterapia com uma abordagem diferenciada, são bem satisfatórias. Vale ressaltar que, neste estudo, utilizou-se a Escala Gross Motor Function Measure (GMFM) nos pré e pós-teste; entrevista face a face com responsável do paciente, diário de campo, observações e contou com o apoio de profissionais que foram fundamentais no desenvolvimento da pesquisa. Dentre os resultados obtidos, destaca-se a melhora da mobilidade corporal, desenvoltura, autoconfiança, no controle de cervical e tronco, além de trazer benefícios de ordem emocional e cognitivo do paciente.

Palavras-chave: Paralisia cerebral. Tetraparético grave. Fisioterapia. Órtese. Dança.

ABSTRACT

This article originates from a monograph that brought a case study involving a child with cerebral palsy (CP) or Chronic Encephalopathy no Progressive Childhood (ECNPI), which presents common motor disorders to pre, peri, postnatal or children, which can occur until the second year of life, causing damage in the development of the immature brain of non-progressive. Aimed to show that the use of an adapted orthosis associated with dance can constitute an important, innovative and efficient tool in the therapeutic treatment of patients with cerebral palsy. Through the results obtained, it was possible to prove in practice, an improvement of the studied patient, a child of twelve, serious quadriparetic under way, motor, emotional and cognitive development, strengthening means for accessibility and quality of life. The answers, by the child, after being submitted to 10 physiotherapy sessions with a differentiated approach, are quite satisfactory. It is noteworthy that, in this study, we used the Scale Gross Motor Function Measure (GMFM) in the pre and post-test; face to face interview with head of the patient diary, observations and had the support of professionals who were instrumental in the development of research. Among the results, there is the improvement of the body

Keywords: Cerebral palsy. Severe tetraparetico. Physical therapy. Bracing. Dance.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo nasceu da vontade de trazer uma contribuição de conhecimentos do universo da dança para a fisioterapia. Diante disso, surgiu a ideia de usar uma órtese adaptada associada à dança em uma criança com Paralisia Cerebral, tetraparético grave, o que poderia se constituir numa ferramenta importante, além de inovadora, para o tratamento do paciente em questão. Isto, contudo, trouxe certa dificuldade para encontrar uma bibliografia que pudesse fundamentar a pesquisa, mas não inviabilizou o trabalho. Nesse sentido foi fundamental o apoio de minha orientadora e de profissionais que me ajudaram a confeccionar os recursos de que eu precisava para por em prática o que tinha idealizado.

A Paralisia Cerebral (PC) ou Encefalopatia Crônica não Progressiva na Infância (ECNPI) é um grupo de distúrbios motores e posturais que ocorrem nos períodos pré, peri, pós-natal ou infantil até o segundo ano de vida, que poderá ocasionar prejuízos no desenvolvimento do encéfalo ainda imaturo de forma não progressiva¹⁻⁵. Além disso, essas alterações podem vir acompanhadas de distúrbios sensoriais, percepção, cognição, comportamento, distúrbios e epilépticas, que podem resultar em limitações das atividades funcionais e qualidade de vida^{1,2,3}. Dados comprovam que, a incidência da Paralisia Cerebral (PC) nos países desenvolvidos varia de 1,5 a 3 por mil nascimentos. Contudo, esses números elevam-se consideravelmente, no Brasil, chegando a atingir cerca de sete por mil nascimentos^{1,3,6}, tendo em vista que ainda não se conseguiu oferecer os cuidados necessários às gestantes brasileiras, conforme destaca Santos (2010).

O quadro clínico decorrente dos déficits motores e posturais, quanto aos tônus, pode ser classificado por extrapiramidal ou discinético, atetoide, coreico e distônico, atáxico, misto e espástico; topograficamente, ou seja, de acordo com a localização do corpo afetado, inclui tetraplegia ou quadriplegia, monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia. A forma espástica (caracterizada pela hiper-excitabilidade do reflexo do estiramento com exacerbação de reflexos e aumento do tônus muscular) é a mais encontrada com frequência de 75% a 88% dos casos de PC^{1,2,11}.

A fisioterapia visa, principalmente, desenvolver aquisições motoras, posturais, de equilíbrio, minimizar contraturas, retrações fibrotendíneas, deformidades esqueléticas, mais efetivas quando associadas à utilização de órteses, na tentativa de dar mais independência funcional ao paciente, a curto, médio e longo prazos, a depender da lesão e extensão^{1,2,8,13}. “As órteses, por sua vez, compõem um eficiente recurso terapêutico que podem auxiliar nas correções de alinhamento corporal, prevenção de deformidades, auxiliares para marcha e facilitação das atividades motoras”⁸.

A necessidade de união da reabilitação multidisciplinar é uma estratégia que poderá trazer benefícios para paciente Paralisia Cerebral. Esta abordagem multidisciplinar é um momento importante para crianças que apresentam janelas terapêuticas ainda não acessadas, na tentativa de estimular, explorar as potencialidades que as limitações da deficiência possam apresentar. É importante favorecer a neuroplasticidade cerebral, e que de forma benéfica, essa estratégia apresente ganhos específicos^{3,4,9,11,13}.

Dançar e se expressar é tratar de viver em plenitude, pois o ato de movimentar traz sentido à vida em ação, além de trazer-lhe benefícios emocionais importantes. Através de uma abordagem terapêutica, a dança pode constituir-se em uma ferramenta de intervenção para promoção da melhora da qualidade de vida. Tendo em vista que é capaz de favorecer o indivíduo, em seu aspecto global, ajudando-lhe no desenvolvimento, à medida que relaciona corpo-mente-espírito; e que trabalha motricidade sob as questões da personalidade, autoestima, motricidade, sensibilidade, ritmo, equilíbrio, qualidade de movimentos, ludicidade, prazer.^{1,2,14,19}

“A fisioterapia através do lúdico da dança tem como finalidade abordar a criança em vários aspectos deficitários ou não, aspecto motor, sensorial e emocional”.¹

Assim, diante da necessidade de melhorar a qualidade de vida de indivíduos com Paralisia Cerebral, essa pesquisa buscou de forma complementar associar a dança e fisioterapia, possibilitando, assim, janelas terapêuticas jamais acessadas com este paciente. O objetivo desse estudo foi descrever a utilização da órtese adaptada associada à dança em paciente tetraparético grave.

2 A PEQUISA EM AÇÃO

Para o presente estudo, elegemos a metodologia Estudo de Caso para abordar a temática proposta, assim realizou-se o presente estudo na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade IBES-FACSAL em Salvador, Bahia, durante o período de setembro e outubro de 2015. Foi preciso escolher um paciente, que tinha como principal característica ser uma criança com diagnóstico clínico de paralisia cerebral do tipo tetraparético espástico, com presença de alterações motoras, associada a comprometimento funcional e cognitivo favorável, para testar o que pretendíamos comprovar com a presente proposta. Vale ressaltar, contudo que, como fator de exclusão, a criança não podia ter comorbidades associadas, principalmente, respiratórias.

Assim, foi escolhido o paciente YBD, sexo masculino, 12 anos, caracterizado como PC Tetraparético Espástico Grave, com componente de atetose, apresentando sequelas que o impede de deambular e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (Conforme Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação de YBD

		PRÉ	PÓS
Amplitude de Movimento (ADM)	Flexão de ombro D e E	↑90°	↑90°
	Abdução de Ombro D e E	90°	90°
	Extensão de Cotovelos	Limitação	Limitação
	Extensão de Punhos	Limitação	Limitação
	Extensão de Quadril	Limitação	Limitação
	Extensão de Joelhos	Limitação	Limitação
Tabela de Oxford – FM	MMSS	3	3
	MMII	2	2
Escala de Ashworth Modificada (EMA)	MMSS	4	2
	MMII	4	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

OBS: Percebeu-se diminuição bastante significativa dos EPISTÓTONOS, a partir do segundo atendimento. Paciente cadeirante.

Apresenta, ainda, alguns reflexos primitivos como cutâneo plantar, marcha reflexa, preensão palmar, preensão plantar e Reflexo Tônico-Labiríntico (RTL). Sendo importante destacar, que conforme a mãe do referido paciente, apresentou no parto um histórico de sofrimento fetal por hipóxia, devido a um susto, sendo necessário que o médico responsável encaminhasse seu filho desde pequeno para a fisioterapia.

Na avaliação, o paciente apresenta flexão de ombros acima de 90°, abdução de ombros a 90°, limitação de amplitude de movimento (ADM) em membros superiores (MMSS) principalmente em esquerdo (MSE), para os movimentos de extensão de cotovelos e punhos, limitação para extensão de quadril e dos joelhos direito e esquerdo, déficit no controle de tronco e cervical, força muscular grau 3 para musculatura de membro superior direito e esquerdo (MSDE) e força grau 2 para membros inferiores (MMII), a espasticidade foi classificada como grau 4 de acordo com a escala de ASHWORTH MODIFICADA para membros inferiores (MMII) e membros superiores (MMSS), não realiza marcha funcional, paciente cadeirante.

Em entrevistas realizadas nessa pesquisa, desde o nascimento do filho, a mãe investe em tratamentos para o seu desenvolvimento, seja terapêutico ou de inclusão, na incessante busca de recursos que assegurem a melhor qualidade de vida para o filho. A queixa principal relatada consistia na questão da motricidade de seu filho. Pois, o mesmo não apresenta bom controle de tronco, o que o faz muito dependente funcionalmente, além de acarretar

desconfortos em relação à acessibilidade. Embora isso não a impeça de levá-lo aos lugares de que ele mais gosta.

A participação da mãe durante os atendimentos à criança foi solicitada sempre que possível, era convidada a participar dos procedimentos com as devidas orientações, a fim de que ela pudesse dar continuidade às atividades corporais, após a pesquisa realizada, em suas atividades em casa. Vale ressaltar que todos os procedimentos foram devidamente informados, inclusive, qual a finalidade do estudo.

A responsável do paciente em questão foi orientada quanto à entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento da UNIP em concordância, e com as determinações da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de ética e Pesquisa, sob protocolo número CAAE: 48684515.2.0000.5512.

3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente a pesquisa começou pela construção da órtese adaptada, houve a necessidade de coletar as medidas, e posteriormente, fazer a prova, finalizando com a confecção da órtese. A primeira etapa da intervenção foi avaliação com aplicação da *Escala Gross Motor Fuction Measure (GMFM)*, entrevista face a face, respondido pela responsável de YBD, pré-testes e após a coleta de dados seguidamente, experimentou-se órtese adaptada e verificação sobre alguns pontos de pressão que pudessem causar algum prejuízo ao paciente, e como seria a recepção do paciente perante a mesma. Acrescenta-se a observância sobre solo utilizado, forrado com tatame colorido para criar um clima lúdico já que se trata de uma criança, este também, foi utilizado como solução para minimizar risco de queda.

Os dados foram coletados pré e pós-testes (Tabelas 2 e 3 respectivamente) por entrevista face a face em um local previamente reservado para este fim, onde foi aplicado um questionário elaborado pela autora, anamnese cinético-funcional, além da aplicação do instrumento validado: *Escala Gross Motor Fuction Measure (GMFM)*, um instrumento validado para quantificar o desempenho motor grosso.

Tabela 2 - Análise quantitativa e comparativa pelo método *GMFM*

Dimensão A/Deitando, Rolando (GMFM)	Pré-teste	Pós- teste
Supino I	3	3
Supino II	2	2
Supino III	2	3
Supino IV	2	3
Supino V	2	3
Supino VI	2	3
Supino IX	2	3
Prono X	2	3
Prono XI	2	3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Tabela 3 - Análise quantitativa e comparativa pelo método *GMFM*

Dimensão B/Sentar (GMFM)	Pré-teste	Pós-teste
Supino XVIII	2	3
Sentado XXI	1	3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A *Escala Gross Motor Function Measure (GMFM)* é um instrumento validado para quantificar o desempenho motor grosso (mobilidade, manutenção das posturas e transição), ou seja, avalia a motricidade ampla, quantitativamente. Inclui 88 itens, que avaliam a função motora grossa em cinco dimensões ou sub-escalas as quais contemplam habilidades como: Dimensão A-(deitar e rolar); Dimensão B-(sentar); Dimensão C-(engatinhar e ajoelhar); Dimensão D-(em pé) e Dimensão E-(pular e andar). Cada dimensão possui um valor e a cada pontuação determina o maior valor, a partir de três tentativas para atingir o objetivo da atividade. Com o resultado final de cada dimensão, é possível determinar qual área meta necessitará de maior enfoque^{2,7}.

A primeira fase de avaliação ocorreu no primeiro contato para início da pesquisa, quando a escala *GMFM* foi aplicada e deu-se continuidade ao tratamento fisioterapêutico, cuja duração foi de 5 semanas com atendimento de 2 (duas) vezes por semana, com 1 (uma) hora de duração. Foram totalizadas 10 sessões de intervenção. Essa coleta de dados ocorreu na clínica escola, onde o avaliador configurou a observação da função motora grossa do paciente a partir das dimensões (A, B) e por meio da *GMFM* (escala em anexo), utilizada órtese adaptada para posição de ortostase.

Verificou-se, a princípio o nível de comprometimento funcional do paciente com paralisia cerebral tetraparético espástico por meio do método de avaliação *GMFM*, e a cada

dimensão, foram somados os pontos alcançados e calculado o escore número total das duas dimensões avaliadas. Tomou-se como conceito numérico para a avaliação de pontos da escala *GMFM* a seguinte referência: 0 (zero) indica que o paciente não consegue iniciar a atividade; 1 (um) indica que o paciente inicia independente a sessão; 2 (dois) indica que o paciente completa parcialmente a atividade e 3 (três), o paciente completa independentemente a atividade.

A partir de todas as medidas quanto à segurança e nenhum risco ao paciente, foi iniciada a intervenção. No primeiro contato foi utilizado a órtese adaptada para aquecimento e alongamento dos membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII), com a utilização de exercícios funcionais que promoveram liberação de tecidos moles fâscias e músculos, liberação articular, alinhamento biomecânico para descarga de peso em ortostase, favorecendo envolvimento e ambientação do paciente com o universo corporal diferenciado.

O paciente foi submetido a uma avaliação 16 setembro de 2015 e a uma reavaliação no dia 21 de outubro de 2015 por meio da escala *GMFM*, utilizada para quantificar a função motora grossa de crianças com PC. Após a coleta de dados realizada no início e no final do estudo, foi descrita a análise dos resultados comparativos.

As sessões foram adaptadas da melhor forma em relação aos horários livres do paciente e em relação ao espaço onde foi realizada a pesquisa. Verificado o nível de comprometimento funcional do paciente a partir do escore coletado na avaliação pela Escala *GMFM*, foi traçado um plano de tratamento fisioterapêutico, para que as atividades selecionadas e aplicadas fossem realizadas de acordo com a necessidade do paciente em cada atendimento.

Para o estudo, foi construída sob medida, uma órtese adaptada para a intervenção do estudo de caso confeccionado com os materiais: tecido em arte metálica, espuma e velcro. Foi necessário ajustar alguns parâmetros céfalo-caudal, para assim, permitir maior segurança e mobilidade para ambos (terapeuta e paciente). Para o controle do tronco, existiram dois suportes: a estrutura fixa do terapeuta que serve como suporte de apoio fixo, para ajustes do paciente que não possui controle de tronco e este foi conectado através de uma jaqueta bilateral, conectando os dois corpos, paciente e terapeuta.

E por fim, para o posicionamento dos membros inferiores (tornozelo e joelhos) foi utilizada *Órtese Suropodálica Fixa Ankle Foot Orthosis (AFO)*, construída com material polipropileno, sob medida, que foi instalada a frente do membro inferior do terapeuta, associada a órtese cruromaleolar em tecido tipo *Kestone*, também confeccionada em arte metálica e velcro. Vale ressaltar que para a utilização destas órteses houve uma combinação em utilizar as mesmas de forma simultânea, conforme Figura 1.

Figura 1 - Apresentação da órtese adaptada



LEGENDA:

A - Duas Jaquetas para conexão do tronco paciente e terapeuta

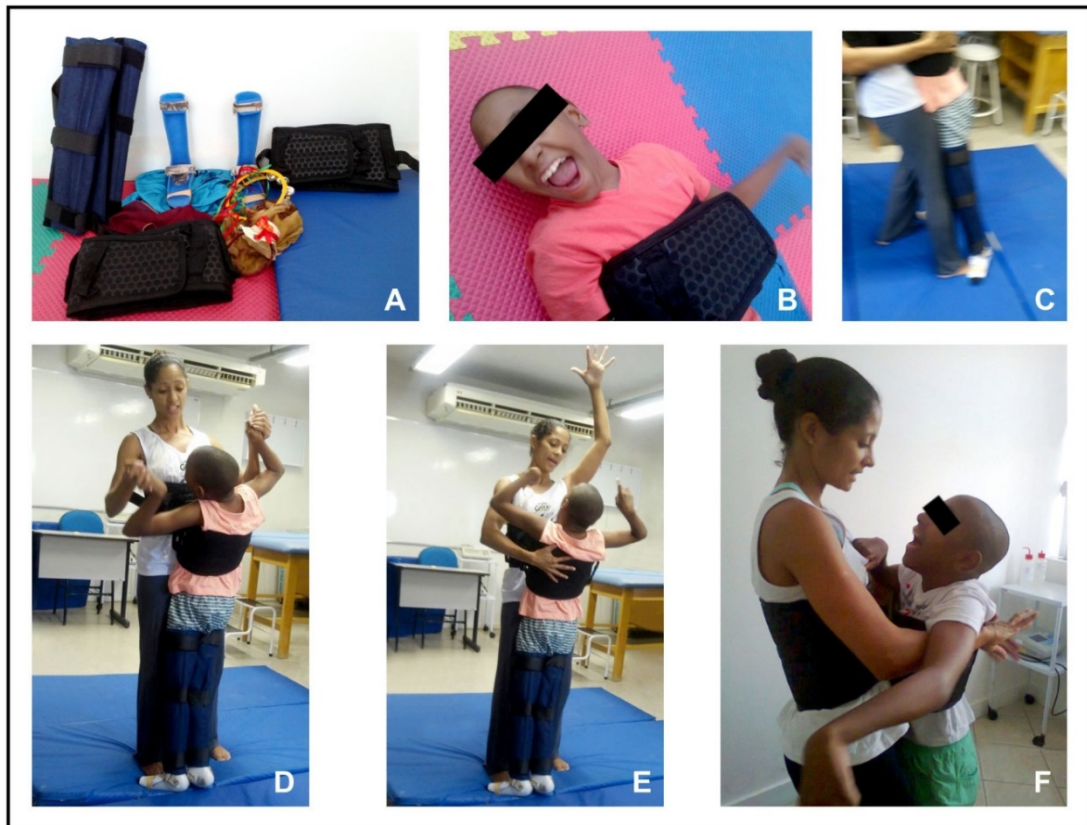
B - Órtese Cruromaleolar em Tecido Kestone

C - Órtese Suropodálica Fixa (AFO)

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Diante do exposto, é importante destacar, ainda, que para a iniciação de todas as tarefas com o paciente foi necessária uma preparação física da autora com atividades aeróbicas e neuromusculares, principalmente, fortalecimento de abdômen, MMSS, MMII, extensores de coluna, na iminência de afastar a possibilidade de lesão musculoesquelética, desde que a base de suporte fixa foi o corpo da autora da presente pesquisa (Figura 2).

Figura 2 - Atividades práticas de YBD



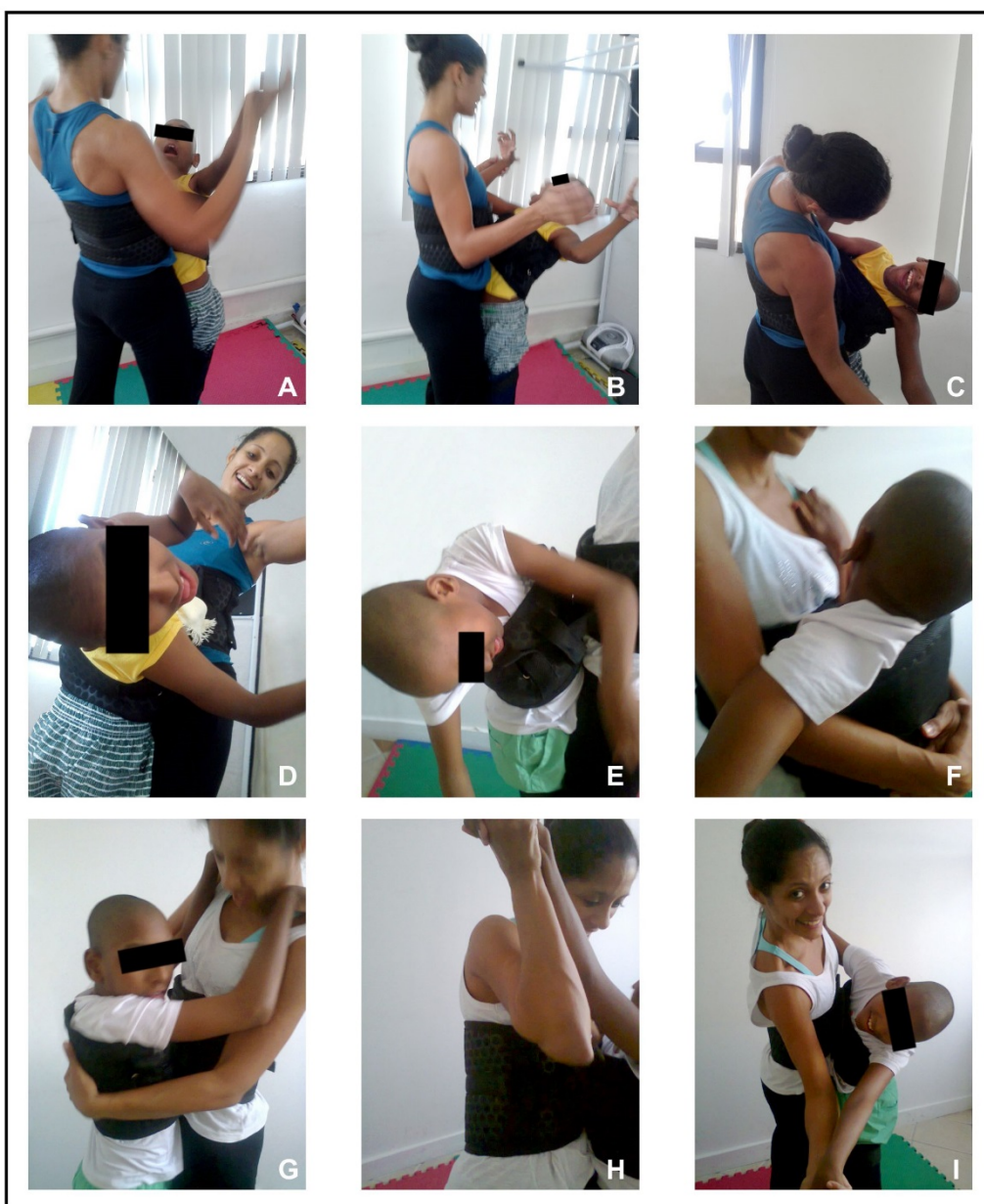
LEGENDA:

- A - Apresentação da órtese adaptada em ambiente lúdico
- B - Descontração de YBD pré-intervenção
- C - Aquecimento em ortostase / estímulo ao equilíbrio e transferências
- D - Aquecendo e trabalhando liberação de MMSS
- E - Aquecendo e trabalhando liberação de MMSS
- F - Aquecendo e trabalhando liberação de MMSS

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Vários estímulos lúdicos foram interessantes para as atividades práticas no intuito de proporcionar movimentos funcionais ao paciente, dentre eles: utilização de estratégias lúdicas, com bolas murchas, espaguete, tecidos leves a utilização de espelho e *feedback* visual, o comando verbal da terapeuta do tipo “para cima, para baixo, abraço, para lado, para outro, voa...voa...,” associando o movimento e cantigas de roda, músicas diversas como pano de fundo, frente a frente com paciente, serviram de “provocadores”, utilizados para motivar a memória corporal do paciente, posterior reelaboração pessoal do mesmo (Figura 3).

Figura 3 - Atividades práticas de YBD



LEGENDA:

- A - Elevação dos MMSS, associado a comando verbal
- B - Extensão e soltura de braços voluntária de YBD
- C - Estimulando lateralidade de tronco
- D - Estimulando lateralidade de tronco
- E - Estimulando lateralidade de tronco
- F - Estímulo ao ajuste postural associado ao posicionamento dos MMSS
- G - Estímulo ao ajuste postural associado ao posicionamento dos MMSS
- H - Ampliação do movimento associada à soltura do tronco (início do movimento)
- I - Ampliação do movimento associada à soltura do tronco (final do movimento)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2015.

As atividades foram elencadas com vistas à minimização do comprometimento motor e na melhora da capacidade funcional, na realização das atividades da vida diária (AVD) e, por conseguinte, da qualidade de vida do paciente. Os dados e números correspondentes à avaliação

foram registrados da mesma forma na reavaliação da aplicação da *Escala GMFM* que ocorreu no mesmo local especializado de atendimento, a partir das dimensões (A, B) por meio da *Escala GMFM (Gross Motor Function Measure)*.

O procedimento de reavaliação aconteceu no dia 21 de outubro de 2015 um mês após a avaliação e intervenção fisioterapêutica, quando foi reaplicada a escala *GMFM* e coletada dados qualitativos em cada sessão, além do relato diário da mãe do paciente.

4 ALGUNS RESULTADOS OBTIDOS NESTE ESTUDO

Na avaliação a Dimensão A, registrou-se um escore de pré-teste 19 pontos e no pós-teste 26, na Dimensão B, o escore foi de 03 pontos e no pós-teste 06 pontos, respectivamente, como pode ser observado nas tabelas 2 e 3, o somatório bruto agregou todos os pontos referentes à dimensão relacionada.

Na Dimensão A (Deitado e Rolando-Prono e Supino), o paciente desenvolve poucas ações de forma completa parcialmente e completa, como o supino I (cabeça na linha média, vira cabeça com as extremidades simétricas), supino II (trazer as mãos na linha média, dedos se tocam), supino III (flete, levanta a cabeça a 45°), supino IV e V (flete quadril e joelho D e E em toda sua amplitude), em supino VI (alcança o braço esquerdo, mãos atravessam a linha média em direção ao brinquedo), supino IX (rola para prono sobre o lado E), prono X (levanta a cabeça verticalmente), prono XI (sobre antebraços, levanta a cabeça vertical, extensão de cotovelos, peito elevado).

Na Dimensão B (sentado), o paciente também não consegue realizar muitas ações por déficit do controle de tronco e cervical, em supino XVIII (examinador segurando as mãos, puxa-se para sentar com controle de cervical), não consegue permanecer muito tempo, sentado XXI (sentado no tapete, com apoio no tórax pelo terapeuta: levanta a cabeça na vertical e mantém por 3 segundos. Nesta dimensão, pontuando apenas 3 pontos no pré e 6 pontos no pós teste.

A presente pesquisa trouxe a escala *GMFM* como instrumento fidedigno para mensurar a função motora grossa, pré e pós-teste, utilizando-a, como norteadora da situação funcional do paciente grave, associada a esta análise foi realizada entrevista e relato da mãe, face a face das alterações percebidas durante todo o processo e diário de campo, visto que, não existe na literatura escalas que mensurem a forma dinâmica o que a pesquisa propunha.

De forma gradual, a estratégia para despertá-lo corporalmente, associada ao andamento das atividades práticas, aconteceram de acordo com as limitações e estado diário do paciente. Os efeitos da utilização da órtese adaptada associada à dança são descritos quando observamos

a evolução e que a qualidade corporal do paciente, apresenta modificações benéficas em relação a aspectos motores, autoconfiança, melhora mobilidade funcional, proporcionados pelo estado cognitivo e emocional favorável do mesmo. A mudança de posição corporal é positiva ao paciente desde que a maior parte do dia fica em postura sentada.

Outro fato também percebido nas palavras da mãe do paciente que pontua: “meu filho ficou mais “solto”, no sentido de menos tenso, ele adora vir a este tratamento”. A mãe perguntava durante os atendimentos quem é seu amor agora, hein, YBD? Ele demonstrava respostas e carinho pela terapeuta com o olhar e também expressava da forma dele, balançando os braços, gritando, sorrisos...” Segundo a fala da mãe, e observações nas práticas “ele está com mais controle do tronco e da cabeça...”. Verificou-se nesse estudo que as jaquetas bilaterais, deram sustentação ao tronco do paciente, serviu de suporte para o auto - ajuste corporal de YBD. Sabe-se que na dança, forma e estéticas são questões muito importantes, mas, no caso do nosso estudo, este pormenor, não é o ato mais importante, mas sim, o estímulo neuro-sensório-motor, que surge de intra para externamente, demonstrada pela própria vontade e necessidade de comunicação desse corpo em se expressar.

As características descritas foram coletadas a partir da análise observacional durante as 10 sessões realizadas com o paciente, além das supracitadas foram: aumento de ADM dos MMSS, melhor mobilidade para lateralidade/tronco; diminuição da espasticidade; principalmente, em hemisfério esquerdo; concentração presente nos comandos verbais e nas músicas com ritmos variados: gospel, hip hop, arrocha, axé, MPB, internacional de sua preferência; o que favoreceu boa ritmicidade dos passos com a terapeuta. Destaco a música A Noite da cantora Tiê, que deixava ele muito concentrado, risonho e menos espástico. Durante as sessões uma surpresa das duas três tentativas de ficar em suspensão sobre os ombros da terapeuta e por cinco seis vezes, a perna esquerda em sessões seguidas ocorrer à reação de passada; além dos sorrisos que demonstravam aceitação da proposta que se fazia com ele, e o oposto quando ele não estava interagindo. Provavelmente, essa reação em membros inferiores, reforçadas pelas órteses AFO e cruromaleolar tipo *KESTONE*, tenham dado um suporte o que aconteceu de forma corporal YBD ter ganhado confiança e feito conexões próprias para o automovimento.

A Paralisia Cerebral e suas consequências afetam diretamente questão psicossocial, visto que, a lesão cerebral a nível central, traz alguns prejuízos importantes, assim como, a ausência de estímulos, fatores ambientais que favoreçam o desenvolvimento funcional destas crianças, representando uma barreira para a funcionalidade das mesmas, indicando que quanto mais velha, menos desenvolvimento, em outro estudo, reforça que a neuroplasticidade consiste

nas adaptações realizadas pelo Sistema Nervoso Central (SNC), desde sutis a amplas modificações, organizando a forma estrutural e de funcionamento do cérebro.

A integração da neurociência demonstra que o SNC é adaptável não somente o desenvolvimento, mas também por toda vida. [...] estudo da neuroplasticidade para melhora do controle motor que é estimulado por influências ambientais e comportamentais (MORAIS, 2012; SOUZA, 2013).

O estímulo precoce para as atividades motoras em crianças deficientes favorece o bom prognóstico funcional, promovendo efeitos positivos com relação ao seu desenvolvimento. Corrobora quanto maior o grau de incapacidade, maior o comprometimento funcional.^{3,5}

O uso de órtese adaptada associada à dança proposta pelo presente estudo é inserida no contexto terapêutico como uma ferramenta importante e modificadora para possibilitar: melhora do ajuste e manutenção da postura-corporal, favorecendo o déficit de retificação e equilíbrio, mobilidade funcional, melhora no controle de cervical e tronco, mais controle em membros superiores, diminuição da espasticidade, desenvoltura, autoestima e qualidade de vida. Corrobora a utilização de órteses para promover melhora do posicionamento biomecânico, minimização de deformidades, para melhor funcionalidade e adaptações para as Atividades da Vida Diárias (AVD's)⁸.

Os achados no presente estudo, corrobora quando o paciente apresenta, menos espasticidade, ausência de epistótonos, melhor controle de cervical e tronco, mais desenvoltura, iniciativa voluntária dos movimentos para lateralidade extensões de tronco, assim como, tarefas de alcance, com maior autoconfiança. Sabe-se que crianças com Paralisia Cerebral, sofrem impacto negativo no âmbito psicossocial, completa ainda que a associação da dança e fisioterapia poderá trazer pontos positivos, para evolução do paciente, tais como: percepção do próprio corpo, concentração, autoconfiança, melhor estado de espírito.^{1,2} Reforçando que a dança como um estímulo para experimentações corporais, gerador de efeitos psicológicos, pontos relacionados a elevação da autoestima, valorizando potencialidades individuais, interagindo em melhora do comprometimento motor, melhora dos equilíbrios estático e dinâmico inter-relacionando a imagem corporal, socialização e a inclusão social.^{14,20}, discorre que de forma prática, lúdica e prazerosa, tanto em indivíduos “típicos”, como os que apresentam patologias a dança, mostra-se uma ferramenta adequada para o tratamento terapêutico, integrando sistemas, automatizando novos movimentos, promovendo resultados psicológicos².

Proporcionar um novo olhar para uma abordagem inovadora na prática de saúde é o que se quer, e com isso, promover menos complicações, dar um novo sentido, “se-movimentar” diferente, agregando conhecimento a mais²⁰. Em estudos autores trazem a ideia de que não se

deve estigmatizar o desempenho das crianças com paralisia cerebral, inibindo suas potencialidades, mas, sim, facilitar as condições para ganhos nas habilidades, interagindo com o ambiente lúdico momento inerente à fase infantil, fortalecendo sistema imunológico, em vários ambientes, inclusive o hospitalar¹⁸. O brincar é um encontro corporal de mútua aceitação. Por meio dele, a criança experimenta uma práxis corporal satisfatória, podendo desenvolver uma adequada consciência espacial e sensorial¹⁸.

Neste contexto, fértil para melhora e adaptações mais interessantes ao cotidiano do paciente, a dança se mostra um recurso eficiente na reabilitação, movimento cura com movimento. Existindo a possibilidade de expressar o que se quer, como se quer, favorece o despertar de áreas inibidas, adormecidas, possibilitando, autoconsciência nos âmbitos: físico, motor, neurológico. A atividade lúdica totalmente motivante, poderá ser um fator importante para diminuir a espasticidade^{9,13,16,20,21,22}.

A evolução do paciente em questão foi observada em 10 sessões (Quadro 1), porém a continuidade do tratamento poderia desencadear uma melhora significativa. Vislumbra-se afirmar que em estudo com a realização da dança como terapia, o cérebro recebe diversas alterações no córtex pré-frontal, cerebelo e gânglios da base, visto que, novas experiências corporais e emocionais são proporcionadas, resultando em benefícios da mobilidade funcional de crianças com PC.²

Quadro 1 - Planejamento de atividades práticas de YBD

Continua

Avaliação Inicial de YBD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da Escala GMFM; ✓ Entrevista face a face com a responsável de Y.B.D.; ✓ Experimentar a órtese adaptada na presença da preceptora; ✓ Todas as sessões tinham músicas variadas.
1ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de colocar a órtese adaptada, iniciaremos um trabalho funcional e aquecimento, promovendo liberação de aderências em MMSS- cintura escapular, minimização da espasticidade muscular, fâscias, estimulação de sinóvia em regiões articulares; ✓ Colocar a órtese adaptada, idem acima, porém agora com um objetivo de posicionamentos, ambientando o paciente; descarga de peso; diferentes qualidades de movimentos.
2ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de colocar a órtese adaptada, iniciaremos um trabalho funcional e aquecimento, promovendo liberação de aderências em MMSS - cintura escapular, minimização da espasticidade muscular, fâscias, estimulação de sinóvia em regiões articulares;
3ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repete-se a tarefa do primeiro momento (sem órtese), ✓ Estímulos funcionais para MMSS, MMII, tronco, quadril, ✓ Na 2ª Sessão na hora de Dançar- Estimular planos: alto, médio e baixo. ✓ Na 3ª Sessão na hora de Dançar - Inserção de elementos cênicos: Pluma, lenço de voal, chapéu, bolas, espaguete.

Quadro 1 - Planejamento de atividades práticas de YBD

Conclusão

4ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repete-se a tarefa do primeiro momento (sem órtese), ✓ Estímulos funcionais para MMSS, MMII, tronco, quadril, ✓ É hora de Dançar livre sem restrições sem elementos lúdicos
5ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico	
6ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico + Feedback Visual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repete-se a tarefa do primeiro momento (sem órtese), ✓ Estímulos funcionais para MMSS, MMII, tronco, quadril, <p>É hora de Dançar - Inserção de elementos cênicos: Pluma, lenço de voal, chapéu, bolas, espaguete/ variações de movimentos como provocadores para ele expressar movimentações individuais, para não ficar engessados nas possibilidades estritamente corretas das habilidades motoras.</p>
7ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico + Feedback Visual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de colocar a órtese adaptada, iniciaremos um trabalho funcional e aquecimento, promovendo liberação de aderências em MMSS- cintura escapular, minimização da espasticidade muscular, fâscias, estimulação de sinóvia em regiões articulares; ✓ Dançar com a posição da órtese adaptada (invertida)
8ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico + Feedback Visual	
9ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de colocar a órtese adaptada, iniciaremos um trabalho funcional e aquecimento, promovendo liberação de aderências em MMSS- cintura escapular, minimização da espasticidade muscular, fâscias, estimulação de sinóvia em regiões articulares;
10ª Sessão: Música para ambientação e estímulo lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de colocar a órtese adaptada, iniciaremos um trabalho funcional e aquecimento, promovendo liberação de aderências em MMSS- cintura escapular, minimização da espasticidade muscular, fâscias, estimulação de sinóvia em regiões articulares;
Último Dia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reavaliação Final

Obs.: Todas as atividades corporais foram adaptadas às necessidades do paciente.

Por ser uma condição crônica, a Paralisia Cerebral, requer um acompanhamento de equipe multidisciplinar por todo o desenvolvimento da vida deste paciente, na tentativa de favorecer terapeuticamente o avanço do seu prognóstico. Esta formatação de atendimento precoce e continuada, muitas vezes não acontece, como deveria o que pode contribuir para deterioração dos agravos que a patologia, pode ocasionar. Ampliando a visão de acessibilidade, traz-se a caracterização de complexidade, quando: as dimensões geográficas, disponibilidade dos serviços, dentre outros obstáculos acontecem⁴.

A dança significa uma forma de transformação social para bailarinos deficientes físicos, proporcionado uma “ressignificação”, a possibilidade da materialidade de movimentação corporal, contrária, a impossibilidade causada pelas barreiras arquitetônicas, gerada pela

deficiência física. Ou seja, independente da deficiência física que este indivíduo tenha o movimento em dança não apresenta barreiras, pode acontecer do mínimo ao máximo movimento, quando se tem a impossibilidade de movimentar os MMII, move-se os MMSS, um segmento que seja, um braço, um dedo, com o olho, mas este “se-movimentar”, acontece de forma diferenciada, outro olhar^{19,21}. É necessário ver a dança em outra dimensão: o deficiente não deixa de sê-lo por um passo de mágica, mas ele passa a se significar a sua relação com seu corpo, com a linguagem e com a sociedade, de outras maneiras ²¹.

Estudos referem que qualidade de vida é um conceito amplo que contempla a dimensões das AVD'S, restrições físicas e rotina dos familiares, neste pormenor se faz necessário, criar estratégias de intervenção para minimizar os efeitos impactantes causados a partir do diagnóstico clínico da Paralisia Cerebral. Visto que a maioria dos casos a rotina familiar é alterada, os relacionamentos dos pais já fragilizados, geralmente são finalizados, o que geralmente onera a renda familiar para despesas com a criança, deslocamentos para os serviços especializados ^{1,3,10,12,17,23}.

O cuidar do paciente com paralisia cerebral é complexo. Nesse sentido, a presença da família é um fator positivo para o andamento do tratamento, assim como, a continuidade dele para um bom prognóstico do paciente. Além de ser fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar, pois, boa parte destas crianças está sob cuidados maternos, corroborando com o paciente do presente estudo.

As limitações para este estudo foram o reduzido número de sessões; a ausência do paciente por doença em algumas sessões; a disposição do paciente, melhor demonstrada no período vespertino, que no período matutino, pois apresentava sinais de sonolência e irritação, talvez por ser um período que o corpo precisasse de mais descanso, segundo informações coletadas (SIC), pois o paciente tem o “*hobby*” de assistir televisão e ouvir futebol até tarde. E as vantagens foram proporcionar uma postura mais funcional e terapia diferenciada, associada a uma “re-significação” do próprio paciente e melhora na qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se constatar que o uso de uma órtese adaptada associada à dança descrita, no decorrer da intervenção do paciente do presente estudo de caso, apresentou uma resposta bem positiva. Pode-se constatar que houve modificações nos âmbitos: motor, emocional e cognitivo. A respeito destas alterações os efeitos relacionados ao contexto psicossocial, qualidade de vida e participação familiar são evidenciados durante os

atendimentos de forma progressiva no paciente em questão. Associada a estes fatores, a dança é fator modificador e terapêutico em reabilitação e inserção social do indivíduo.

Dentre os benefícios observados nos âmbitos motor, emocional e cognitivo: destaca-se neste estudo a interdisciplinaridade para incitar uma nova abordagem terapêutica, mesmo se tratando de um paciente que apresente caso grave de comprometimento motor. Na literatura, poucas são as considerações de significativa melhoria em paciente tetraparético grave, visto que a maioria dos artigos relata resposta positiva em hemiparéticos com grau leve de comprometimento motor².

A utilização de órtese adaptada associada à dança foi observada como uma boa estratégia para melhora da qualidade de vida do paciente em questão. Esta combinação sugere uma evolução no quadro funcional configurado a partir das alterações registradas ao longo do tratamento ao qual foi submetido o paciente com PC.

Recomenda-se a importância de outros estudos que utilizem a inserção de terapias assistivas, acerca das contribuições no tratamento de crianças acometidas por paralisia cerebral, assim como, possam motivar as janelas terapêuticas que ainda não foram acessadas nesses pacientes.

REFERÊNCIAS

BONNETI A, SILVA D.G.V; TRETINI, M. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Escola Anna Nery**, (impr), v. 17, n. 1, p. 179-183, 2013.

BRAGA DM, Melo APG, Labronici RHDD, Cunha MCB, Oliveira ASB. Benefícios da dança esporte para pessoas com deficiência física. *Revista Neurociências*.2002,10(3):153-157

CALIL SR, Santos TABP, Braga DM, Labrocini RHDD, Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com seqüelas de AVC. *Revista Neurociências*.2007,15/3:195-202

CAMARGOS AC, Lacerda TTB, Barros TV, Silva GC, Parreiras JT, Vida THJ. Relação entre independência funcional e qualidade de vida na paralisia cerebral. *Fisioter Mov*. 2012; 25 (1):83-92;

CURY, V.C.R et al. Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 67-74, 2006.

FERREIRA, E.L. Proposta Metodológica para desenvolvimento da dança de cadeira de rodas. **Revista Conexões**, v. 6, 2001.

FUNAMAYA, C.A.R et al. Paralisia cerebral diagnóstico etiológico. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 33, p. 155-156, 2000.

GARÇÃO, D.C. Influência da dançaterapia na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral hemiparética espástica. **Motricidade**, v. 7, n. 3, p. 3-9, 2011.

GODIM, K.M; PINHEIRO, P.N.C, CARVALHO, Z.M.F. Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral. **Revista Renne**, Fortaleza, v .10, n. 4, p. 136-144, 2009.

GUIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. OAB/SP. 2006. Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/defesa-direitos-pessoas-especiais/cartilhas/guia_direito.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

LEITE, J.M.R.S, PRADO, G.F. Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. **Neurociências**, v. 12, n. 41, p. 41-45, 2004.

LUCENA, M.O.V et al. Abordagem Fisioterapêutica na Visão do “Cuidar” de uma Criança com Paralisia Cerebral Associada à Deficiência Intelectual: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, DOI:10.4034/RBCS.2012.16.04.11.

MIRANDA, L.C; GOMES, I.C.D. Contribuições da comunicação alternativa de baixa tecnologia em paralisia cerebral sem comunicação oral: Relato de caso. **Revista CEFAC**, v. 6, n. 3, p. 247-52, 2004.

MORAIS, F.D et al. Correlation between neurofunctional profile and sensory-motors kills children whith cerebral palsy. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n. 2, p. 226-232, 2012.

PINA, L.V; LOUREIRO, A.P.C. O GMFM e sua aplicação na avaliação motora de crianças com paralisia cerebral GMFM and Their Use in the Motor Evaluation of Children With Cerebral Palsy. **Fisioterapia em Movimento**, v. 19, n. 2, p. 91-100, 2006.

ROCHA, A.P; AFONSO, D.R.V; MORAIS, R.L.S. Relação entre desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral e qualidade de vida relacionada à saúde de seus cuidadores. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15 n. 3, p. 292-297, 2008.

ROTTA, N.T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria**, v. 78, 2002.

RIBEIRO, F.C, BRAGA, D.M. A Interferência da Dança na Qualidade de Vida de Indivíduos Portadores de Esclerose Múltipla: Relato de Caso. **Revista de Neurociências**, v. 19, n. 2, p. 258-265, 2011.

SANTINO, T.A et al. Intervenção Fisioterapêutica associada à Psicomotricidade em Portadores de lesão Medular. **Revista Conexão**. UEPG, v. 9 n. 1, 2013.

SANTOS L.B; BRAGA D.M. Dança e fisioterapia em crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 4, p. 437-442, 2010.

SOUZA, B.L; MITRE, R.M.A. O brincar na Hospitalização de Crianças com paralisia cerebral. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n.2, p.195-201, 2009.

SOUZA, C.A.B et al. Influência da neuroplasticidade no controle motor. **Revista UNILUS, Ensino e Pesquisa**, v .10, n. 19, 2013. ISSN 1807-8850.

TÔRRES, A.K.V et al. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade de Recife. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 11, n. 4, p. 427-436, 2011.

ALTERAÇÕES MOTORAS DO MEMBRO SUPERIOR PÓS-MASTECTOMIA RADICAL: UMA REVISÃO NARRATIVA

Valma Veloso Alves

Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Salvador (FACSAL)

E-mail: valma.veloso@hotmail.com

Mariana Toledo Biscaia Raposo Mourão e Lima

Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Reabilitação, Especialista em fisioterapia

Dermatofuncional

E-mail: marybiscaia@yahoo.com.br

RESUMO

O tema desse artigo é alterações motoras do membro superior pós-mastectomia radical. A mastectomia radical é um procedimento cirúrgico realizado em mulheres com câncer de mama que consiste na extirpação da mama resultando na perda da capacidade funcional e em alterações motoras, sendo a identificação prévia dessas alterações de suma importância para prevenir e minimizar prováveis sequelas advindas desse procedimento. O objetivo do estudo é sistematizar as informações referentes às alterações motoras do membro superior pós-mastectomia radical. Sobre a metodologia, realizou-se uma revisão narrativa sobre as alterações motoras do membro superior pós-mastectomia radical nas bases de dados: Scielo, LILACS, PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os resultados obtidos mostraram que vários fatores podem desencadear a limitação de amplitude do ombro homolateral à cirurgia e dentre eles podemos destacar a técnica cirúrgica agressiva e complexa, a falta de mobilização e a inatividade do membro. A diminuição de força muscular no membro superior homolateral à cirurgia encontra-se intimamente relacionada ao procedimento cirúrgico, onde os movimentos mais afetados com essa diminuição de força foram flexão, abdução e rotação lateral do ombro no membro superior homolateral à cirurgia. As mulheres que realizaram mastectomia radical estão mais susceptíveis a alterações posturais e do equilíbrio, devido às assimetrias posturais resultantes da excisão da mama. Conclui-se que a limitação da amplitude de movimento, alterações posturais e diminuição de força muscular no membro superior homolateral à cirurgia foram as alterações mais significativas que sucederam a abordagem da mastectomia radical. Nesse contexto, percebe-se a importância de uma intervenção fisioterapêutica precoce, no sentido propiciar melhor adaptação e desenvolvimento de suas atividades, minimizar a ocorrência de complicações e otimizar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Extremidade superior. Período pós-operatório. Mastectomia radical.

ABSTRACT

The theme of this article is motor disorders of the upper limb post radical mastectomy. A radical mastectomy is a surgical procedure performed in women with breast cancer is the breast removal resulting in the loss of functional capacity and motor alterations and the prior identification of these important short changes to prevent and minimize probable consequences resulting from this procedure. The objective is to systematize the information related to motor disorders of the upper limb post radical mastectomy. On the methodology, there was a narrative review of the motor disorders of the upper limb post radical mastectomy in databases: Scielo, LILACS, PUBMED and Virtual Health Library (VHL). The results showed that several factors can trigger the limited extent of ipsilateral shoulder surgery and among them we can highlight the aggressive and complex surgical technique, lack of mobilization and member of inactivity. The decrease in muscle strength in the upper ipsilateral limb surgery is closely related to the surgical procedure, where the movements most affected by this reduction in force were flexion, abduction and external rotation of the shoulder in the upper limb ipsilateral to surgery. Women who underwent radical mastectomy are more susceptible to postural changes and the balance due to postural imbalances resulting from breast excision. It concludes that limiting the range of motion, postural changes and decreased muscle strength in the upper ipsilateral limb surgery were the most significant changes that followed the approach of radical mastectomy. In this context, we see the importance of early physical therapy intervention in order provide better adaptation and development of its activities, minimize the occurrence of complications and optimize the quality of life.

Keywords: Breast neoplasms. Upper end. Postoperative period. Mastectomy radical.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM), dentre os demais tipos existentes, é segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o que mais acomete mulheres tanto no Brasil como no mundo, com aproximadamente 25% de novos casos diagnosticados a cada ano, o que corresponde a uma estimativa de 57.960 novos casos. É definido como resultado de multiplicações rápidas e desordenadas de células mamárias, caracterizando a formação de nódulos malignos. Está frequentemente relacionado ao gênero feminino e apresenta como consequências não apenas alterações físicas, como também psicológicas, emocionais e sociais. Sua etiologia envolve uma interação de diversos fatores de risco (FR), o que dificulta um estudo mais adequado, pela dificuldade em se isolar um único fator e calcular sua verdadeira contribuição^{4, 13, 16,20}.

Além dos fatores endógenos da idade, história familiar, reprodutiva e doença benigna prévia, muitos fatores exógenos estão sendo caracterizados como de risco. Dentre estes estão incluídos fatores relacionados à dieta¹⁸, exposição à radiação ionizante^{6, 13,18}, o possível o consumo moderado de álcool^{6, 13} e exposição a inseticidas organoclorados¹⁶. Mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2 são os fatores de risco genéticos mais pesquisados⁶. O CM ocorre mais em caucasianas e em mulheres de classes sociais mais altas. Alguns fatores são possivelmente de proteção contra o aparecimento de CM, como alta paridade e lactação^{5,15}. E, desde que diagnosticada e tratada precocemente, a neoplasia mamária apresenta possibilidade de cura⁶.

Observa-se que muitos avanços ocorreram no que diz respeito às possibilidades de tratamento do CM, incluindo os procedimentos cirúrgicos, no entanto, a técnica mais empregada é também a mais radical, uma vez que a mastectomia consiste na extirpação da mama¹³. A mastectomia radical, desenvolvida no século XIX por Halsted, utilizada por egípcios e romanos para tratar o câncer de mama¹¹, é considerada uma cirurgia não conservadora, em que ocorre a retirada da glândula mamária, de partes da pele, do tecido adiposo, da musculatura do peitoral maior e menor, além de linfadenectomia axilar^{3,18}.

A realização desse procedimento cirúrgico pode provocar posteriormente complicações a paciente como limitação na amplitude de movimento no membro superior, diminuição da força muscular, alterações posturais, linfedema, aderência cicatricial, possíveis quadros infecciosos e dor. Por todos esses fatores a intervenção fisioterapêutica faz-se necessária, uma vez que possibilita diminuição do tempo de recuperação, alta precoce e retorno rápido as atividades laborais, cotidianas e/ou desportivas^{4, 18,20}.

Fundamentado na observação de que a identificação prévia de alterações motoras resultantes da mastectomia radical possibilita uma abordagem precoce e uma intervenção preventiva, o objetivo do presente estudo é sistematizar as informações referentes às alterações motoras do membro superior pós-mastectomia radical.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura sobre as alterações motoras do membro superior pós-mastectomia radical. A busca ativa dos estudos foi realizada no período de 31 de março a 19 de abril, nas bases de dados SciELO, LILACS, PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A busca dos artigos foi feita através do uso das palavras chaves identificadas de acordo com os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) sendo utilizadas de forma individual ou combinadas nos idiomas: inglês e português. Foram definidos os seguintes descritores: *BreastNeoplasms* (Neoplasias da Mama), *UpperExtremity* (Extremidade Superior), *PostoperativePeriod* (Período pós-operatório) *Mastectomy Radical* (Mastectomia Radical). E os artigos selecionados estavam entre os anos de 2005 a 2016.

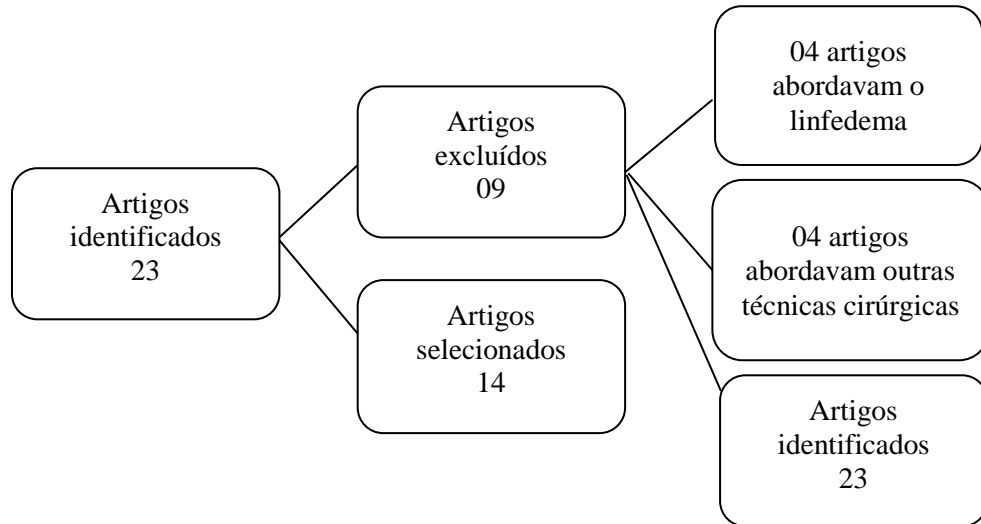
Foram incluídos os artigos que descreviam sobre as alterações motoras advindas da mastectomia radical e dois artigos do ano de 2004 por este atender as necessidades da busca e ser de grande relevância. Dessa forma, o critério de inclusão abrangeu como desenho de estudo, os ensaios clínicos/estudos de intervenção; a população elegível foi de mulheres no pós-operatório do câncer de mama sob a intervenção da mastectomia radical; sem restrição de grupo controle (placebo, outros regimes terapêuticos, ausência de intervenção); tendo como desfecho de interesse principal as alterações motoras no aspecto superior homolateral à cirurgia. Excluíram-se estudos que relatavam essas alterações advindas de outras técnicas cirúrgicas e outras complicações não motoras.

3 RESULTADOS

Este estudo buscou sistematizar as informações referentes às alterações motoras do membro superior pós-mastectomia radical. E, de acordo com os achados em artigos originais, dentre as alterações motoras mais frequentes destacaram-se a limitação da ADM, alterações posturais e diminuição de força muscular no membro superior homolateral à cirurgia.

Foram identificados 23 artigos, sendo excluídas 9 publicações por não preencherem os critérios de inclusão definidos para esta revisão bibliográfica (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos excluídos e que permaneceram no estudo



Fonte: Elaboração própria, 2015.

4 DISCUSSÃO

4.1 LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO (ADM) DO OMBRO HOMOLATERAL

A amplitude de movimento é a movimentação completa possível de um segmento do membro. Vários fatores podem desencadear essa limitação e dentre eles podemos destacar nesta situação (mastectomia) a técnica cirúrgica agressiva e complexa, a falta de mobilização e inatividade do membro¹³.

A articulação comumente afetada é a glenoumeral, em decorrência da limitação da mobilidade no membro superior homolateral à cirurgia. O grau de liberdade para o movimento de flexão do ombro pode variar de 170° a 180°, extensão 50° a 60° e o de abdução 180°¹.

De acordo com SILVA *et al.* (2004) mulheres submetidas à mastectomia radical apresentavam limitação de pelo menos um movimento do ombro depois de 18 meses do procedimento cirúrgico. Em seu estudo, nas 59 mulheres submetidas pelo procedimento cirúrgico de linfadenectomia axilar, observou-se déficit na flexão e abdução de ombro com média de 150° após seis semanas de exercícios. Entretanto, o mesmo relata que a limitação da

movimentação do ombro menor que 30° não interfere diretamente na realização das tarefas diárias e básicas²¹.

BATISTON *et al.* (2005) observou através do estudo de 160 prontuários, a presença de limitação de ADM em 61,9% das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama. Segundo Góis *et al.* (2012) seu estudo com 14 mulheres mostrou que o movimento de abdução foi o mais comprometido, apresentando maior déficit da amplitude^{4,10}.

Em concordância, LAHOZ *et al.* (2010) observou limitação da ADM do ombro homolateral à cirurgia, para os movimentos de abdução, flexão e rotação lateral, em seu estudo realizado com 20 mulheres que foram submetidas à abordagem da mastectomia¹⁴.

A inatividade e o medo de movimentar o braço no pós-operatório, somado à dor podem trazer prejuízos à ADM⁶. Segundo BATISTON *et al.* (2005) o medo e a dor podem contribuir para instalação e agravamento da limitação da ADM, devido a não realização da cinesioterapia no período do pós-operatório, podendo evoluir para uma deformidade permanente se não for tratada⁴.

A limitação da ADM é tida como a complicação responsável pela busca da paciente ao profissional fisioterapeuta⁴. Nesse sentido, RETT *et al.* (2012) ressalta a importância da intervenção cinesioterápica precoce no pós-operatório do câncer de mama, reduzindo a possibilidade de restrição da ADM e assegurando maior funcionalidade¹⁸.

O membro superior homolateral à cirurgia apresentou melhoras significativas no que se refere ao desempenho funcional de todos os movimentos do ombro, principalmente, da flexão, abdução e rotação externa após a fisioterapia¹⁹.

4.2 DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO HOMOLATERAL À CIRURGIA

LAHOZ *et al.* (2010) relatou no seu estudo que a fraqueza muscular é uma das complicações decorrentes da mastectomia radical, que encontra-se intimamente relacionada ao procedimento cirúrgico, onde há retirada dos músculos peitoral maior e menor. Ademais, mostrou que houve uma diminuição significativa da força muscular para os movimentos de flexão, abdução, rotação lateral do ombro no membro superior homolateral à cirurgia¹⁴.

No estudo realizado por SILVA *et al.* (2014) destacou-se a importância do conhecimento da repercussão da mastectomia sobre a força muscular no membro superior homolateral à cirurgia para o desenvolvimento de uma reabilitação fisioterapêutica eficaz. Ainda nesse estudo, evidenciou-se que a força muscular estava alterada em todos os grupos

musculares do membro superior homolateral, principalmente nos músculos flexores, adutores, abdutores de ombro e extensores de punho em relação ao lado contralateral²⁰.

A fraqueza muscular pós-mastectomia pode ser amenizada e/ou recuperada sem gerar riscos ou piora para o desenvolvimento de outras complicações, desde que a paciente seja bem orientada e abordada precocemente⁸. Tendo em vista que a imobilidade no pós-operatório pode levar a um comprometimento da força muscular, quanto mais cedo a mulher for submetida ao tratamento fisioterapêutico, mais rápido será a sua recuperação, readquirindo força muscular e retornando rapidamente às suas atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas, e assim, minimizando o aparecimento de outras complicações⁹.

4.3 ALTERAÇÕES POSTURAIS

As alterações posturais mais comuns observadas nas mulheres mastectomizadas são: anteriorização da cabeça, inclinação da cabeça para o lado contralateral à cirurgia, elevação e protusão de ombro, acentuação das curvas da coluna (cifose, lordose), elevação da escápula para o lado operado e rotação pélvica. Tais alterações podem ser explicadas pela falta de peso da mama que irá modificar a biomecânica postural².

O quadro a seguir reúne os principais achados científicos sobre a limitação de ADM do ombro homolateral à mastectomia.

Quadro 1 - Artigos sobre a limitação de ADM do ombro homolateral pós-mastectomia analisados entre 2004-2016.

Continua

Autor / ano	Amostra	Tipo de estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão
Silva <i>et al</i> , 2004	59 mulheres submetidas à linfadenectomia axilar associada à mastectomia modificada.	Estudo clínico de Coorte prospectivo e randomizado.	Avaliar a eficácia de um protocolo de exercícios físicos na recuperação do movimento do ombro em mulheres submetidas a esvaziamento linfonodal axilar.	Um grupo de 30 mulheres realizou exercícios de ombro com movimentação livre e o outro grupo com 29 mulheres que realizaram exercícios com a amplitude restrita a 90°. Foram feitos exercícios cinesioterapêuticos com os dois grupos.	Após 42 dias as médias de flexão e abdução do ombro foram semelhantes nos dois grupos.	A realização dos exercícios ativos e de alongamento, com amplitude livre desde o primeiro dia de pós-operatório, permitiu boa recuperação da capacidade funcional do ombro sem aumento de seroma ou deiscência.
Baraúna <i>et al</i> , 2004	29 mulheres submetidas à mastectomia radical.	Estudo descritivo transversal.	Avaliar quantitativamente a amplitude de movimento (ADM) do ombro (flexão, extensão, abdução) em mulheres mastectomizadas, comparando-o com o lado contralateral à cirurgia.	29 mulheres mastectomizadas com idade entre 33 e 80 anos, com 6 meses ou mais de pós-operatório.	Foram encontradas diferenças significantes nos movimentos de flexão do ombro homolateral à mastectomia quando comparadas com o lado contralateral.	Verificou-se diminuição significativa no movimento de flexão do ombro homolateral à mastectomia.
Batiston <i>et al</i> , 2005	Estudo de 160 prontuários e fichas de avaliação fisioterapêutica de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de mama.	Estudo descritivo do tipo transversal.	Verificar a relação entre a frequência de tais complicações e o momento do encaminhamento para programa de recuperação fisioterápica.	Foram estudadas 160 fichas de avaliação fisioterapêutica encaminhadas ao Setor de Fisioterapia pelo Serviço de Oncologia do Hospital Universitário da UFMS entre janeiro de 1998 e dezembro de 2001.	As complicações observadas foram: limitação do movimento do ombro (61,9%), dor (32,5%), linfedema (29,4%), aderência cicatricial (3,1%) e alterações sensitivas (2,5%).	Embora sejam sabidas as possíveis complicações decorrentes da cirurgia para tratamento do CM, muitas mulheres só são encaminhadas à fisioterapia de uma completa recuperação físico-funcional.
Góis <i>et al</i> , 2012	14 mulheres com diagnóstico de carcinoma mamário submetidas à mastectomia radical modificada associada à linfadenectomia axilar.	Estudo piloto de um ensaio clínico randomizado.	Avaliar a influência da fisioterapia pré-operatória na amplitude de movimento do ombro e na medida de independência funcional em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar.	14 mulheres divididas em grupo controle (n=7) e grupo intervenção (n=7). As avaliações ocorreram no momento pré-operatório, no pós-operatório imediato e tardio. No grupo intervenção no pré-operatório foi realizado atendimento fisioterapêutico e no grupo controle foram dadas apenas informações no pré-operatório.	O movimento de abdução do ombro apresentou maior déficit de amplitude de movimento para o grupo controle. Com relação à medida de independência funcional demonstrou-se uma diferença significativa do escore no pré-operatório e no 15º dia de pós-operatório.	A fisioterapia pré-operatória exerce papel fundamental na recuperação dos movimentos do ombro e maior independência funcional nas atividades de vida diária do 1º pós-operatório ao 15º pós-operatório.

Quadro 1 - Artigos sobre a limitação de ADM do ombro homolateral pós-mastectomia analisados entre 2004-2016.

						Conclusão
Autor / ano	Amostra	Tipo de estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão
Lahoz <i>et al</i> , 2010.	20 mulheres que foram submetidas à mastectomia.	Estudo descritivo transversal.	Avaliar a funcionalidade do membro superior, a qualidade de vida e as atividades de vida diária de mulheres submetidas à mastectomia.	A avaliação das 20 mulheres consistiu de anamnese, avaliação funcional que engloba a amplitude de movimento (goniometria), força muscular (avaliação manual) e aplicação dos questionários <i>Study's Short Form- 36</i> e <i>Frenchay Activities Index</i> .	Houve diminuição significativa da força muscular nos movimentos de abdução, flexão e rotação lateral do ombro no membro homolateral à cirurgia. O <i>Study's Short Form- 36</i> mostrou maior comprometimento nos domínios de limitação por aspectos físicos dor e vitalidade. O questionário <i>Frenchay Activities Index</i> apresentou diminuição nas atividades como preparar comida, lavar roupas, serviços pesados de casa, dirigir ou viajar de ônibus.	Houve diminuição da amplitude de movimento e da força muscular nos movimentos de rotação lateral, flexão e abdução do ombro, que associada à queixa de dor no ombro, pode ter promovido impacto negativo na qualidade de vida, mas não está relacionada à diminuição de atividades pesadas avaliadas pelo <i>Frenchay Activities Index</i> .
Rett <i>et al</i> , 2012.	39 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama.	Estudo de casos analítico descritivo e longitudinal.	Comparar a amplitude de movimento (ADM), a intensidade de dor no membro superior (MS) homolateral à cirurgia e caracterizá-la antes, durante e após programa de cinesioterapia, além de correlacionar estas variáveis.	Foram incluídas 39 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. O programa de fisioterapia evoluiu alongamento, exercícios ativo- livre e ativo-assistidos de MS. A ADM foi avaliada pela goniometria, a intensidade de dor pela escala analógica visual (EVA) e caracterizada pelo questionário de dor MCGill no início, após 10 e após 20 sessões de cinesioterapia.	A redução da intensidade de dor quando comparada a 1° com a 10° sessão. Observou-se aumento significativo da ADM e diminuição da dor.	A cinesioterapia melhorou tanto a ADM e reduziu a dor em MS homolateral à cirurgia, mostrando a importância de uma precoce abordagem fisioterapêutica.
Rett <i>et al</i> , 2013	48 mulheres que realizaram mastectomia ou quadrantectomia associada à linfadenectomia axilar.	Estudo de coorte retrospectivo.	Avaliar a QV de mulheres submetidas ao tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de câncer de mama.	Estudo do prontuário de 48 pacientes que realizaram 20 sessões de fisioterapia. Foi aplicado questionário Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey (SF-36) antes e após a fisioterapia.	Melhora significativa dos domínios: capacidade funcional e limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, aspectos sociais e limitação por aspecto emocional.	A fisioterapia contribuiu para melhorar a QV de mulheres no pós-operatório de câncer de mama.

Fonte: Elaboração própria, 2015.

CIACCO *et al.* (2013) ressalta que as alterações posturais em mulheres submetidas à mastectomia pode ser resultado da tentativa de esconder a ausência da mama. Colaborando com esse estudo, BARBOSA *et al.* (2013) destaca que a mulher adota posturas antálgicas compensatórias, a fim de evitar quadros álgicos e de esconder a falta da mama^{2,7}.

De acordo com HADDAD *et al.* (2013) a postura pode sofrer alterações pela sensação de mutilação e sensação de dor, relacionadas a um quadro de alteração psicológica da mulher mastectomizada. Em concordância, CIACCO *et al.* (2013) mostra que devido a dor, a mutilação e ao sentimento de modificação corporal, a paciente encontra-se predisposta a desenvolver alterações posturais^{7,12}.

Na tentativa de encontrar o equilíbrio, a mulher altera sua biomecânica postural adquirindo com frequência contraturas na região da cervical e cintura escapular, elevando escápulas e ombros, e abduzindo escápula homolateral à cirurgia¹⁸. HADDAD *et al.* (2013), apresentou que mulheres após a mastectomia demonstravam assimetrias de tronco e desalinhamento das escápulas, em consequência de uma mudança súbita de peso lateral, principalmente ao considerar as mulheres que tinham mamas grandes¹².

A manutenção da postura corporal não é simples, depende da interação entre os sistemas neural e musculoesquelético, que se dá através de estruturas exteroceptivas e proprioceptivas. Por essa razão, é necessário um tratamento de longo prazo a fim de assegurar esse equilíbrio².

Os quadros a seguir reúnem os principais achados científicos sobre alterações da diminuição de força no membro superior e alterações posturais, respectivamente.

Quadro 2 - Artigos sobre diminuição de força no membro superior homolateral a cirurgia pós-mastectomia analisado entre 2010-2016.

Continua

Autor / ano	Amostra	Tipo de estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão
Lahoz <i>et al</i> , 2010	20 mulheres que foram submetidas à mastectomia	Estudo descritivo transversal.	Avaliar a funcionalidade do membro superior, a qualidade de vida e as atividades de vida diária de mulheres submetidas à mastectomia	A avaliação das 20 mulheres consistiu de anamnese, avaliação funcional, que engloba a amplitude de movimento (goniometria), força muscular (avaliação manual) e aplicação dos questionários <i>Study's Short Form- 36</i> e <i>Frenchay Activities Index</i>	O estudo constatou que houve diminuição significativa da força muscular nos movimentos de abdução, flexão e rotação lateral do ombro no membro homolateral à cirurgia. O <i>Study's Short Form- 36</i> mostrou maior comprometimento nos domínios de limitação por aspectos físicos dor e vitalidade. O questionário <i>Fr enchay Activities Index</i> apresentou diminuição das atividades como preparar comida, lavar roupas, serviços pesados de casa, comprar locais e dirigir ou viajar de ônibus.	Houve diminuição da amplitude de movimento e da força muscular nos movimentos de rotação lateral, flexão e abdução do ombro, que associada a queixa de dor no ombro, pode ter promovido impacto negativo na qualidade de vida, mas não está relacionada à diminuição de atividades pesadas avaliadas pelo <i>Frenchay Activities Index</i> .
Silva <i>et al</i> , 2014.	10 mulheres mastectomizadas	Estudo transversal, analítico, exploratório e quantitativo.	Identificar a QV de mulheres mastectomizadas e relacionar os resultados à FM do membro superior afetado e traçar um perfil sociofuncional.	10 mulheres mastectomizadas entre março de 2011 e março de 2012, com a idade variando de 30 a 60 anos. Os dados de QV foram coletados por meio do questionário EORTC QLQ-C30. A avaliação da força muscular da preensão palmar foi feita bilateralmente com auxílio do dinamômetro da Kratos Equipamentos com a medida em quilograma-força. A avaliação da força muscular MMSS bilateralmente foi feita de acordo com a escala O' Sullivan.	A qualidade de vida na saúde global foi percebida como regular. A força muscular estava diminuída em todos os grupos musculares do membro superior homolateral à cirurgia. As principais alterações encontradas na funcionalidade foram nas escalas entre a função social e a saúde física, cognição e desempenho emocional e funcional e entre a força de preensão palmar do membro afetado com a saúde global.	A qualidade de vida de mulheres nos domínios sexual, cognitivo, emocional sofre influência direta da mastectomia impactando também na força de MMSS e na funcionalidade, mostrando a importância da fisioterapia nessa reabilitação e reinserção social.

Quadro 2 - Artigos sobre diminuição de força no membro superior homolateral a cirurgia pós-mastectomia analisado entre 2010-2016.

Autor / ano	Amostra	Tipo de estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão
Crude <i>et al</i> , 2014	32 mulheres que passaram por intervenção cirúrgica de câncer de mama.	Estudo transversal analítico.	Verificar se a qualidade de sono e a força muscular estão prejudicadas em pacientes pós-cirurgia de câncer de mama que desenvolveram linfedema.	Estudo realizado com 32 mulheres após tratamento cirúrgico de câncer de mama, divididas em grupo controle (que não desenvolveram) e grupo linfedema (que desenvolveram) linfedema de membro superior. Foi utilizado o questionário de índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI), a força muscular foi avaliada através do dinamômetro manual Lafayette e ao final foi entregue uma cartilha de higiene do sono.	O grupo linfedema apresentou mais alterações, apresentando diminuição de força muscular no membro superior homolateral à cirurgia, do que o grupo controle. Já o sono esteve prejudicado nos dois grupos, porém com queixas diferentes.	A alteração do sono e da força muscular esteve presente em nas mulheres que realizaram tratamento cirúrgico para o câncer de mama, porém as mulheres que desenvolveram linfedema tiveram piores alterações.
Giacon <i>et al</i> , 2013	18 pacientes do gênero feminino.	Estudo de intervenção não-randomizado.	Avaliar os efeitos de um protocolo de fisioterapia na amplitude de movimento e força muscular de ombro no período pós-operatório de câncer de mama.	Fizeram parte desse estudo 18 mulheres, com idade de 35 a 75 anos que foram divididas em dois grupos, as que realizaram (G1) e as que não realizaram (G2) fisioterapia no período pós-operatório. Os dois grupos foram avaliados e o G1 fizeram 10 sessões, 2 vezes por semana e tiveram reavaliação.	Foi demonstrada melhora na força muscular de todos os grupos musculares e de movimentos do ombro, exceto na rotação lateral, depois das 10 sessões.	O protocolo proposto evidenciou melhora tanto na ADM quanto da FM no membro superior homolateral à cirurgia de pacientes em fase pós-operatória de câncer de mama, porém não houve diferença significativa das pacientes que não receberam a intervenção

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Quadro 3 - Artigos sobre Alterações posturais em mulheres mastectomizadas analisados entre 2004-2016.

Continua

Autor / ano	Amostra	Tipo de estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão
Barbosa <i>et al</i> , 2013.	39 mulheres submetidas à mastectomia e quadrantectomia.	Estudo longitudinal.	Avaliar a postura de mulheres submetidas ao tratamento por câncer de mama, identificar as alterações nos três primeiros meses após a cirurgia e investigar a correlação desses achados com a idade da mulher e com a técnica cirúrgica e o lado que foi realizada.	Avaliação postural nas vistas anterior e posterior com o uso da biofotogrametria antes da cirurgia, após a retirada do dreno e três meses depois da cirurgia.	A média da idade foi de 50 anos; 48,8% das mulheres tiveram a mastectomia como técnica cirúrgica utilizada, sendo que 61,5% a neoplasia era na mama esquerda. A pelve e o troco das mulheres que tiveram quadrantectomia como técnica cirúrgica apresentavam mais alinhamento quando comparadas com a das mulheres mastectomizadas. Elevação do ombro e inclinação do tronco homolateral à cirurgia foi visto nas mulheres com cirurgias na mama esquerda como alterações de curto prazo.	As alterações posturais apresentaram correlação com a técnica cirúrgica, sendo estudada só as alterações a curto prazo.
Montezuma <i>et al</i> 2014.	40 mulheres com idade média de 51,45 anos.	Estudo tipo caso-controle.	Avaliar a influência da mastectomia no controle postural de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico do câncer de mama.	40 mulheres divididas em dois grupos homogêneos. Grupo de mulheres submetidas a mastectomia unilateral e grupo controle com mulheres sem câncer de mama. Sendo avaliada o equilíbrio estático com o utilizando o deslocamento do centro de pressão (COP), com apoio dos dois pés da voluntária em cima de uma plataforma de força, com os olhos abertos e depois com os olhos fechados.	As mulheres mastectomizadas apresentaram um maior deslocamento ao longo do eixo tanto com os olhos abertos como com os olhos fechados quando comparadas com o grupo controle.	A mastectomia unilateral pode alterar significativamente o controle postural em mulheres com câncer de mama.

Quadro 3 - Artigos sobre Alterações posturais em mulheres mastectomizadas analisados entre 2004-2016.

Autor / ano	Amostra	Tipo de estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão
Haddad <i>et al</i> , 2013.	30 mulheres mastectomizadas.	Estudo prospectivo, quantitativo.	Avaliar as alterações posturais e de amplitude de movimento de membro superior das mulheres pós-mastectomia e linfadenectomia que se submeteram à radioterapia como tratamento coadjuvante.	As mulheres foram divididas em dois grupos, um com 14 mulheres pós- mastectomia sem linfedema e 16 pós- mastectomia sem linfedema de membro superior. Foram submetidas avaliação computadorizada onde foi avaliada a postura e a amplitude de movimento de ombro, cotovelo e punho.	Os resultados obtidos eram comparados Entre lado direito e esquerdo, lado operado e não operado. Ambos os grupos apresentaram anteriorização de tronco, as mulheres com linfedema apresentaram maiores alterações do que as mulheres sem linfedema. A amplitude de movimento apresentou- se limitado principalmente para os movimentos de flexão, abdução e rotação externa de ombro em ambos os grupos, sendo que as mulheres que apresentavam linfedema ainda tiveram limitação da amplitude para extensão de cotovelo e flexão de punho, toda as limitações de ADM no lado homolateral a cirurgia.	Mulheres mastectomizadas apresentavam assimetrias e alterações posturais, além de limitação de amplitude de movimento de ombro no lado homolateral à cirurgia e o linfedema parece agravar essas condições.
Ciacco <i>et al</i> ,2013	39 mulheres com 6 meses ou mais de pós-operatório de câncer de mama.	Estudo descritivo transversal.	Avaliar a imagem corporal em mulheres no pós-operatório de câncer de mama.	39 mulheres avaliadas em um momento único quanto a sua imagem corporal, utilizando o teste de Askevold. As figuras foram obtidas como a autoimagem corporal das participantes por meio de pontos anatômicos específicos utilizando como referência a recordação da imagem delas mesmo vista no espelho.	77% das mulheres apresentam alterações na imagem corporal independente de idade e de técnica cirúrgica utilizada. Apenas 9 das 39 mulheres se aproximaram do modelo visto como normal no teste de Askevold.	A representação gráfica da imagem corporal, mostrou a avaliação da imagem que a mulher tem de si mesma no pós-operatório de câncer de mama.

Fonte: Elaboração própria, 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia de mastectomia radical leva a uma série de complicações de caráter motor, psicológico e funcional. Baseado em achados na literatura, dentre as alterações motoras do membro superior pós-mastectomia radical destaca-se com maior frequência: limitação da amplitude de movimento e diminuição de força muscular no ombro homolateral à cirurgia e modificações posturais. Tais alterações encontram-se intimamente relacionadas ao procedimento que consiste na amputação radical da mama. Nesse contexto, percebe-se a importância de uma intervenção fisioterapêutica precoce, no sentido propiciar melhor adaptação e desenvolvimento de suas atividades, minimizar a ocorrência de complicações e otimizar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- BARAÚNA, M.A et al. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela Biofotogrametria Computadorizada. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 27-31, 2004.
- BARBOSA, J.A.N et al. Avaliação da postura corporal em mulheres com câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 5, p. 215-20, 2013.
- BARROS, A.C.S.D; BARBOSA, E. M; GEBRIM, L.H et al. **Diagnóstico e Tratamento do câncer de mama**, AMB/CFM. Projeto Diretrizes. p. 115, 2001.
- BATISTON, A. P; SANTIAGO, S.M. Fisioterapia e complicações físico- funcionais após tratamento cirúrgico de câncer de mama. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 30-5, 2005.
- BERNIER, M.O et al. Breastfeeding and risk of breast cancer: a metaanalysis of published studies. **Hum Reprod Update**, v. 6, n. 4, p. 374-86, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional de Câncer 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- CIACCO, M; REZENDE, L.F. Avaliação da imagem corporal em mulheres no pós-operatório de câncer de mama, **Rev Bras Mastologia**, v. 22, n. 4, p. 131-137, 2012.
- CRUDE, B.L et al. Avaliação da qualidade de sono e de força muscular em mulheres com linfedema de membro superior após cirurgia de câncer de mama. **Rev Bras Mastologia**, v. 23, n. 4, p. 124-129, 2013.
- GIACON, F.P et al. Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 3, p. 316-319, 2013.

GÓIS, M.C, et al. Amplitude de movimento e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. **Rev. Ciênc. Med**, v. 21, n. 1-6, p. 111-118, Campinas, jan/dez, 2012.

HACK, L.F. Análise do comportamento motor de uma paciente submetida à mastectomia radical. Comportamento Motor de Mastectomizada, **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 61-65, 2009.

HADDAD, C.A.S et al. Avaliação da postura e dos movimentos articulares dos membros superiores de pacientes pós-mastectomia e linfadenectomia. **Einstein**, v. 11, n. 4, p. 426-434, 2013.

JAMMAL, M. P; MACHADO, A.R.M; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O mundo da saúde**, v. 32, n. 4, p. 506-510, 2008.

LAHOZ, M.A et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

LIPWORTH, L; BAILEY, L.R; TRICHOPOULOS, D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. **J Natl Cancer Inst**, v. 92, n. 4, p. 302-312, 2000.

LUZ, N.D; LIMA, A.C.G. Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: uma revisão de literatura. **Fisioterapia e Movimento**, v. 24, n. 1, p. 191-200, Jan/mar, 2011.

MONTEZUMA, T et al. Changes in Postural Control in Mastectomized Womem. **Journal of Cancer Therapy**, v. 5, p. 493- 499, 2014.

RETT, M.T et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 201-207, Jul/set, 2012.

RETT, M.T et al. Fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama: um enfoque na qualidade de vida. **Con Scientice Saude**, v. 12, n. 3, p. 393-397, 2013.

RETT, M.T et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista Dor**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 201-207, jul/set, 2012.

SILVA, M.P.P et al. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: Estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 26, n. 2, 2004.

SILVA, S.H; KOETZ, L.C.E; SEHNEM, E; GRAVE, M.T.Q. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular do membro superior. **Fisioterapia e Pesquisa**, n. 21, n. 2, p. 180-185, 2014.

FATORES QUE INTERFEREM NA GESTÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE: ESTUDO EM UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO

Cassiano Nascimento Munduruca

Administrador Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Consultor de Mercado do Grupo Kroton Educacional - Faculdade Unime, Especialista em Administração Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialização em andamento no curso de Gestão Pública pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

E-mail: cassiano.7@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetiva compreender os aspectos que interferem na Gestão do Programa de Qualidade, a partir da análise do processo de implantação, da percepção e das atitudes dos gestores em um Hospital Público da Cidade de Salvador-Bahia, que iniciou o processo de implantação no período de janeiro de 2009. Parte-se de referenciais teóricos acerca da implantação e da gestão do Programa de Qualidade e realizou-se um estudo de caso, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as diretorias que participaram do processo de implantação e continuam atuando no Hospital em 2013. Os resultados permitiram constatar que os sujeitos envolvidos, tais como os Diretores Geral, Médico, Administrativo, de Qualidade e de Enfermagem, têm participação relevantes na implantação e, principalmente, no gerenciamento do Programa de Gestão da Qualidade, dados os aspectos relacionados ao poder decisório e aos aspectos qualitativos e quantitativos deste, contribuindo para a continuidade do programa. Este pressuposto baseia-se no argumento de que mais importante do que implantar o modelo gerencial como a Gestão da Qualidade Total (GQT) é conseguir sustentá-lo, consolidá-lo, em busca de melhorias contínuas. Este trabalho se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade gerencial do hospital em estudo, mediante compreensão da percepção da alta direção sobre o programa de gestão da qualidade, identificando fatores que interferem na operacionalização do modelo gerencial voltado para a qualidade. A expectativa é de que os resultados alcançados por este estudo contribuam para que os profissionais do hospital e, principalmente os Diretores e a equipe de enfermagem possam refletir sobre o seu papel na implantação do Programa de Gestão da Qualidade.

Palavras-chave: Programa de Qualidade Total. Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. Aplicabilidade e Benefícios da Gestão de Qualidade em Hospitais Públicos.

ABSTRACT

This study aims to understand the aspects that affect the Quality Management Program, from the analysis of the implementation process, perception and attitudes of managers in a Public Hospital in Salvador, Bahia, who started the deployment process in the period January 2009. Part is theoretical about the deployment and management of the Quality Program and has been a case study, descriptive, exploratory qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with directors who participated in the deployment process and continue working in the Hospital in 2013. The results demonstrated that the subjects involved, such as the Directors General, Medical, Director, Quality and Nursing, have significant participation in the implementation and especially in managing the Quality Management Program, data aspects related to decision-making and the qualitative and quantitative aspects of this, contributing to the continuity of the program. This assumption is based on the argument that more important than deploying management model such as Total Quality Management (TQM) is able to sustain it, consolidate it, seeking continuous improvement. This work is justified by the need to deepen the knowledge about the reality of the study hospital management by understanding the perception of senior management on program quality management, identifying factors that influence the operation of the management model focused on quality. The expectation is that the results achieved by this study contribute to the professionals of the hospital and especially the Officers and nursing staff to reflect on their role in the implementation of the Quality Management Program.

Keywords: Total Quality Program. Quality Management in Health Services Applicability and Benefits of Quality Management in Public Hospitals.

1 INTRODUÇÃO

A sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços prestados, tanto por organizações públicas quanto privadas. Assim, a busca da qualidade na atenção dos serviços de saúde deixou de ser, portanto, uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico, gerencial e social.

Esta exigência é fundamental no ambiente hospitalar, demandando a criação de normas, mecanismos de planejamento, avaliação e controle da qualidade assistencial. Qualidade, então, afigura-se não mais como uma ação ou meta, mas como um processo que permeia toda a organização.

A Organização Mundial de Saúde define que o hospital

é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (GONÇALVES, 1989).

Como parte integrante do Sistema de Saúde, a atenção hospitalar influencia na qualidade prestada aos usuários e familiares. Assim, torna-se necessária a Gestão da Qualidade em todos os processos de produção dentro do hospital e nas Unidades que compõe a rede prestadora de Serviços de Saúde.

Para iniciar o processo de implantação da Gestão da Qualidade a literatura recomenda elaborar o diagnóstico da situação atual da organização, para que se obtenham as bases de comparação para futuras avaliações do programa de qualidade. Nesse sentido, a situação nas organizações públicas brasileiras carece de melhorias (FORGIA, COUTTOLENC, 2009). O país apresenta carências de natureza social, necessitando de um Estado ágil, produtivo e moderno, capaz de transformar as organizações prestadoras de serviços públicos, principalmente na área da saúde, de modo a responder adequadamente às demandas mínimas da sociedade.

As organizações hospitalares e demais organizações prestadoras de serviços de saúde se inserem neste contexto, com alguns agravantes, tais como: a insuficiência de atenção que a área recebe no Brasil, a alta rotatividade de pessoal, o baixo grau de escolaridade da população usuária do Sistema Único de Saúde e o enfoque voltado para a medicina curativa ao invés da preventiva, gerando uma demanda reprimida e superlotação das unidades de emergência.

As estratégias utilizadas para controlar os custos e melhorar o valor dos serviços de saúde não têm demonstrado, em algumas áreas, o alcance de resultados esperados, apesar de a saúde ser um direito do cidadão e um dever do estado, conforme assegura a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Em um cenário de recursos escassos, problemas complexos e demandas cada vez maiores por serviços de alta complexidade, os hospitais têm buscado melhorar o seu desempenho, mediante implantação de Programas de Gestão da Qualidade. Com base no exposto este estudo apresenta a seguinte questão: Quais os fatores que interferem na gestão do programa da qualidade em um hospital público de Salvador/Ba?

Este artigo apresenta como objetivo geral: a) Analisar os fatores facilitadores e limitantes na implantação da Gestão da Qualidade em um hospital público de Salvador/Ba. E possui 3 (três) Objetivos Específicos, que são: a) Conceituar gestão da qualidade total; b) Investigar a percepção da qualidade pelos usuários e profissionais do serviço público de saúde; e c) Identificar os fatores, critérios e indicadores determinantes na implantação da qualidade total, e dessa forma, explicar tal uso.

Parte-se do pressuposto que os sujeitos envolvidos, tais como os Diretores Geral, Médico, Administrativo, de Qualidade e de Enfermagem, têm participação relevantes na implantação e, principalmente, no gerenciamento do Programa de Gestão da Qualidade, dados os aspectos relacionados ao poder decisório e aos aspectos qualitativos e quantitativos deste, contribuindo para a continuidade do programa.

Este pressuposto baseia-se no argumento de que mais importante do que implantar o modelo gerencial como a Gestão da Qualidade Total -GQT é o de consegui sustentá-lo, consolidá-lo, em busca de melhorias contínuas (*Kaizen*).

Este trabalho se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade gerencial do hospital em estudo, mediante compreensão da percepção da alta direção sobre o programa de gestão da qualidade, identificando fatores que interferem na operacionalização do modelo gerencial voltado para a qualidade.

A expectativa é de que os resultados alcançados por este estudo contribuam para que os profissionais do hospital e, principalmente os Diretores e a equipe de enfermagem possam refletir sobre o seu papel na implantação do Programa de Gestão da Qualidade, além de contribuir para gestão da qualidade em outras organizações públicas hospitalares.

2 GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL: BASES TEÓRICAS E APLICABILIDADE EM SERVIÇO DE SAÚDE

Este Tópico objetiva discutir a **Gestão da Qualidade Total (GQT)** em serviços, contextualizando a sua evolução ante as mudanças em curso na administração e as tentativas de implantação de modelos gerenciais mais custo-efetivo, especificamente em serviços hospitalares. Para tanto, parte-se da definição de qualidade, de seus princípios e benefícios, discutindo os obstáculos à implantação do Programa de Gestão da Qualidade e sua aplicabilidade em serviços de saúde.

A Gestão da Qualidade Total (GQT) é um sistema administrativo gerencial aperfeiçoado pelos japoneses, a partir de ideias americanas, logo após a Segunda Guerra Mundial (CAMPOS, 1994).

Historicamente, a sociedade humana depende da qualidade de produtos e serviços. Sabe-se que a abordagem utilizada pela gestão da qualidade total é resultado de longa evolução. No Brasil, embora iniciado no século XX o movimento de reformas sociais, é no início do século XXI que este vêm repercutindo no mundo do trabalho e, conseqüentemente, na formação dos profissionais. Muitas ideias que anteriormente eram consideradas como verdades indiscutíveis, desde então, vêm sendo questionadas. Ao mesmo tempo, as novas ideias que anteriormente eram inaceitáveis, atualmente são praticadas com resultados satisfatórios.

Com relação às organizações, é possível assegurar que também acontece uma mudança de paradigmas, o que segundo Gretz (1996, p. 40), vai “do pensamento tradicional para o gerenciamento da Qualidade Total; do controle ao compromisso; do comando ao consenso; da ênfase em tarefas à preocupação em encantar o cliente”.

Diante disso, verifica-se que a excelência em Serviços é considerada um dos maiores desafios deste século, concordando, portanto com Barros (1996, p. 2) quando afirma que “é hora de rever conceitos, mudar estratégias, adotar novos paradigmas na perseguição da excelência, mesmo que ela não possa ser alcançada, deve ser perseguida”.

Carvalho e Tonet (1994) afirmam que a literatura sobre qualidade revela que os métodos que as organizações utilizam na busca da qualidade total são inspirados em ideias *tayloristas*, humanistas e sistêmicas. Ressaltam, também, que o estudo das tarefas, controle estatístico de processos, planejamento, melhorias contínuas e o envolvimento dos funcionários são enfatizados, na busca dos resultados.

Para Deming (1990) a qualidade deve ter o objetivo de atender às necessidades presentes e futuras do usuário. Para Juran (1991), a qualidade possui vários significados, dentre eles:

ausência de falhas e baseia-se nas características do produto (resultado de qualquer processo) que vão ao encontro das necessidades dos clientes, proporcionando com isso a satisfação em relação ao produto. Crosby (1999) preconiza que a qualidade significa entregar aquilo que foi prometido.

Todas essas definições traduzem quase o mesmo significado porque todas buscam a satisfação daquele que recebe o produto ou serviço, que é o cliente, usuário ou consumidor, através da melhoria continua dos serviços prestados.

Assim, para Tenório (1996), a qualidade total é definida como:

A filosofia gerencial capaz de articular, de forma participativa, os diferentes subsistemas da empresa fazendo com que as práticas anteriormente isoladas, do tipo taylorista, sejam superadas e, por meio de estímulos motivacionais, promover a integração dos funcionários a fim de comprometê-los com a produtividade e qualidade da organização (TENÓRIO, 1996, p. 11).

Pelo exposto, percebe-se que o que determina a qualidade dos produtos e dos serviços prestados parece também estar relacionada à qualidade das pessoas envolvidas no processo de produção. Deming (1990) defende que não apenas os profissionais da área operacional são os únicos responsáveis pela qualidade, até porque os gerentes são os principais responsáveis para o alcance da qualidade.

Assim, afirma Rebelo (1995) que quando da implantação da Gestão da Qualidade Total, o primeiro e mais importante passo é a decisão política e o comprometimento da alta direção de torná-la realidade, para que possam garantir o apoio, os recursos e a liderança necessária ao processo. Ressalta, ainda, que esse envolvimento deve ser mantido em todas as etapas do processo e não apenas no momento da implantação.

Essas definições iniciais sobre a definição da Gestão da Qualidade Total nos permitem concluir que, embora existam diferentes formas de compreender a GQT, esse modelo gerencial possui características da Escola de Administração Científica, tais como padronização e valorização da produtividade. Entretanto, agrega também algo inovador que é a satisfação dos usuários. Este aspecto nos serviços de saúde é fundamental, tanto para a organização, por possibilitar integração interdepartamental, quanto para os funcionários por estimular o aprendizado contínuo.

2.1 A GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A Gestão da Qualidade Total está trazendo mudanças significativas também no âmbito das organizações prestadoras de serviços de saúde que adotam este modelo gerencial. De acordo com Mendes (1993), as razões para a adoção da GQT, nos serviços de saúde, não são diferentes dos referentes a outros serviços. Estas são ligadas, principalmente, a aspectos como competitividade e produtividade, que decorrem da falência das políticas públicas de financiamento do setor e do crescimento da assistência médica supletiva.

Este argumento também está presente na afirmação de Rebelo (1995):

A Gerência pela Qualidade Total possibilita uma análise crítica do conhecimento científico e da tecnologia, colocada a serviço das atividades de saúde, para repensar o modelo assistencial atualmente adotado e implantar as mudanças necessárias ao uso racional e otimizado dos recursos existentes, sem dúvida preciosos, que corretamente usados se traduzirão em elevação do padrão de saúde da população (RABELO, 1995, p. 81).

Essa citação enfatiza uma necessidade constante de melhoria da qualidade dos serviços prestados, que inicialmente começou na área industrial, porém no segmento de serviços, em particular, no serviço de saúde, tal abrangência é da mais alta relevância. Os serviços de saúde têm mais que uma opção, uma necessidade, têm obrigação de direcionar seus esforços na busca da qualidade, porque lidam com a dualidade – Vida e Morte (TAUBLIB, 1993)

Barros (1993, p. 101) afirma que “hoje, quando a palavra de ordem é qualidade, não se justifica, na área de saúde, exigir qualidade apenas individual, quando se sabe que o resultado do processo de trabalho é fruto de um trabalho coletivo”.

2.2 APLICABILIDADE DA GQT EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Estudos realizados por Berwick (1994) comprovaram a aplicabilidade dos conceitos e técnicas da qualidade na área da saúde, através de indicadores, como: aumento da produtividade, diminuição de custos e, conseqüentemente, melhoria da qualidade dos serviços.

Anteriormente aos estudos de Shewhart, em 1924, e aos de Deming, em 1927, considerando a importância de dados estatísticos na qualidade dos resultados dos processos, a enfermeira inglesa, Nightingale (1854) havia implantado o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, através de princípios básicos de higiene, organização do serviço, cuidados de enfermagem, utilização de dados estatísticos e gráficos para demonstrar,

por exemplo, a redução de mortalidade na Guerra da Crimeia, de 42,7% para 2,2% (NOGUEIRA, 1996, p. 1).

Para efeitos deste trabalho, a GQT é considerada como uma questão gerencial, pois trata da oferta de melhores benefícios de serviços de saúde ao maior número de usuários, mediante os recursos disponíveis (HUBER, 1994). Isto representa a oferta de uma gama de serviços acessíveis, seguros e eficazes, que satisfaçam as necessidades e expectativas dos usuários e funcionários, a um menor custo e maior produtividade.

2.3 BENEFÍCIOS DA GQT NA ÁREA DA SAÚDE

A implantação de um projeto de melhoria da qualidade, nos serviços de saúde, pode proporcionar benefícios, dentre eles: melhoria nos resultados para os usuários; melhoria nos processos de trabalho; melhores benefícios para os funcionários; melhoria no atendimento ao usuário; menor custo; maior produtividade; maior participação no mercado; maior rentabilidade; maior satisfação dos empregados (MEZOMO, 1992).

Nesse sentido, a Gestão da Qualidade Total recomenda o uso de ferramentas que, aplicadas à área de saúde, podem contribuir para se obter ganhos significativos para a organização do ambiente de trabalho, identificação e análise de problemas e para o aprimoramento de atividades existentes. Obviamente que alguns desses instrumentos estão incorporados à prática dos profissionais de saúde, apesar de não estarem estruturados.

Os benefícios são obtidos quando há ação e esta, por sua vez, depende de aspectos como: competência, criatividade (principalmente em serviço público), conhecimento, talento, percepção e atitude de gerentes e funcionários, além da cobrança dos usuários por serviços de saúde de qualidade, o que, no Brasil, é um direito constitucional assegurado (BRASIL, 1988).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, descritivo e exploratório. O estudo de caso, segundo Triviños (1987), objetiva aprofundar a descrição de uma realidade. No caso deste estudo empírico, é a realidade do processo de gerenciamento do programa de gestão da qualidade em um hospital público. Este tipo de investigação consiste em descrever e analisar uma situação ou fenômeno, estabelecendo as relações internas existentes entre eles.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local do estudo foi um hospital geral, público, de grande porte, situado na cidade de Salvador, e que tem como finalidade o ensino, a pesquisa e a atenção à saúde da população através do Sistema Único de Saúde (SUS) nas diversas especialidades, inclusive emergência. Possui uma capacidade instalada de 175 leitos ativos; um quadro funcional de 1.495 funcionários, distribuídos nas áreas assistenciais, administrativas, ensino e de pesquisa.

O critério de escolha para realizar o estudo empírico neste hospital, deve-se ao fato de que o mesmo possui Núcleo de Qualidade, implantado desde janeiro de 2009.

Na Tabela 1 observa-se que a maioria dos funcionários possui vínculo empregatício com a SESAB.

Tabela 1 - Distribuição da força de trabalho por vínculo empregatício - HG/SSA, 2013

VÍNCULO	Nº.	%
SESAB	805	53,84
Terceirizados	267	17,85
PJ/ Cooperativas	188	12,57
Fundação José Silveira	154	10,30
Contrato REDA	44	2,94
Cargos Comissionados	37	2,47
TOTAL	1.495	100%

Fonte: Departamento de Pessoal do HG, 2013.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA E OS DADOS PESQUISADOS

Os sujeitos do estudo foram constituídos por cinco diretores: Diretor Geral, Diretor Administrativo, Diretor Médico, Diretora do Programa de Gestão da Qualidade e Diretora de Enfermagem. O critério de seleção dos sujeitos foi terem sido Coordenadores, no período de implantação do programa de gestão de qualidade e continuarem atuando no hospital no momento da coleta de dados.

Os sujeitos entrevistados foram categorizados em Diretor Geral como sendo **DGER**, Diretor Administrativo como sendo **DADM**, Diretor Médico como sendo **DMED**, Diretora de Qualidade como sendo **DQUA** e Diretora de Enfermagem como sendo **DENF**.

Os dados foram coletados pelo autor do estudo, mediante análise documental do Programa de Qualidade e realização de entrevistas (Apêndice A), por considerá-las ser um

instrumento capaz de sistematizar e obter as respostas requeridas. A coleta de dados “[...] tem sido considerada, do ponto de vista do instrumental e das técnicas utilizadas, o que por si garante uma sistematização da pesquisa e sua qualidade científica” (CARVALHO, 1997, p. 153).

3.4 PLANO DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Foi feita análise de conteúdo. A análise teve Bardin (2002, p. 38) como referência principal, com a *análise de conteúdo*, no qual afirma a autora ser “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

De acordo com Minayo (1996), a etapa de análise dos dados abrange os seguintes objetivos: estabelecer uma compreensão dos dados que serão coletados; fazer a confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa, bem como responder às questões que foram elaboradas e aumentar o conhecimento sobre o tema da pesquisa, fazendo uma articulação com o contexto da qual faz parte.

A primeira etapa dessa fase foi a pré-análise, na qual foi feita a ordenação dos dados mediante seleção dos documentos necessários e a transcrição, na íntegra, de todas as entrevistas realizadas. Em seguida, foram realizadas leituras das transcrições, com o objetivo de extrair os seus significados, conforme o objeto, objetivos e questões norteadoras do estudo. Os entrevistados foram agrupados de acordo com as questões contidas no roteiro da entrevista, o que gerou os resultados das Apêndices B até G.

A análise descritiva dos documentos existentes subsidia a compreensão do processo de implantação do Programa de Gestão da Qualidade no Hospital Geral e sua evolução, assim como o entendimento sobre os fatores facilitadores e limitantes da sua implantação.

4 RESULTADOS

Este tópico objetiva apresentar os resultados obtidos a partir da revisão bibliográfica e dos dados empíricos referentes ao modelo de gestão da qualidade, aspectos que interferem na gestão do programa de qualidade, a contribuição dos sujeitos para a gestão do programa relacionando-os com os aspectos teóricos da Gestão da Qualidade.

4.1 ASPECTOS QUE INTERFEREM NA GESTÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE

A análise dos fatores que interferem na gestão do programa de qualidade baseia-se em aspectos que beneficiam e que limitam:

4.1.1 Aspectos que interferem na gestão do programa de qualidade na percepção dos Diretores

No que se refere aos fatores que interferem na gestão do programa de qualidade, destaca-se a Gestão de Recursos Humanos, conforme explicitado pelo (a) entrevistado (a):

Na realidade existem vários aspectos... a começar com a Gestão de Recursos Humanos. Para se trabalhar com o Programa de Gestão da Qualidade é preciso ter uma quantidade de pessoas disponíveis... a começar realmente pelo programa... Hoje a gente tem poucos funcionários que trabalham com o Programa de Gestão da Qualidade por causa, realmente dos recursos humanos. Então, precisaria de uma quantidade maior de pessoas que trabalhassem no programa para que a gente melhorasse os indicadores, as informações... coisa que ainda não conseguimos, mas que nós estamos tentando organizar (DQUA).

Na minha visão, números insuficientes de colaboradores, a falta de participação de certas categorias no planejamento, muita conversa e pouca ação... interfere e implica em descontinuidade desse programa (DENF).

4.1.2 Aspectos limitantes na gestão do programa de qualidade na percepção dos Diretores

De acordo com Kock (1992), existem aspectos internos e externos que contribuem para a sustentabilidade de uma inovação gerencial. Dentre os aspectos internos são destacados o comprometimento do gerente de alto escalão, o estilo gerencial e a cultura organizacional.

Neste sentido, no que se refere aos fatores limitantes na gestão do programa de qualidade, além da ineficiência da Gestão de Recursos Humanos, destacam-se a falta de comprometimento do alto escalão: Diretoria Geral, Médica e Administrativa, e o estilo gerencial traduzidos em várias formas, como participação, querer, envolvimento, acreditar, decisão, comprar a ideia e execução. Isso se evidencia nas seguintes falas:

Olha, se a gente não conseguir sensibilizar os Diretores do hospital, a gente não consegue implantar a gestão nem aqui nem em canto nenhum... então os Diretores estão muito sensíveis... não participam diretamente, mas eles são sensíveis, né... na questão do Protocolo de Gestão da Qualidade. Então tem algumas coisas que nós discutimos, outras a gente não discute e muitas vezes eles não participam porque eles confiam tanto no grupo que eles só querem saber das notícias... na verdade, dos resultados (DQUA).

Embora os pontos ressaltados sejam uma pequena parte dos analisados, verifica-se a necessidade de atitudes básicas para obtenção de bons resultados na implantação do programa de gestão da qualidade no hospital, tais como:

- A definição de um sistema de informações que possibilite coletar e trabalhar dados que permitam conhecer variáveis externas (do meio ambiente) e internas (organizacional) que facilitem o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle do programa e serviços;
- Recursos humanos selecionados para desempenho de tarefas no ambiente hospitalar;
- Normalização de todas as áreas e subáreas da organização;
- Padronização de materiais permanentes, material de consumo, medicamentos, impressos e processos; e
- Revisão ágil e constante dos processos, inovação e criatividade gerencial, tecnológica e estrutural, sendo realista na avaliação de processos, buscando-se a objetividade.

A resistência inicial dos colaboradores frente às mudanças propostas pelo Programa de Gestão da Qualidade aparece como um aspecto dificultador, embora nos aspectos facilitadores as participantes tenham citado o envolvimento da equipe.

Nesse contexto, verifica-se a necessidade de se preparar os indivíduos que irão conduzir a mudança para que compreendam os processos de diagnóstico, planejamento, intervenção e resistência à mudança.

4.2 ASPECTOS QUE FACILITAM NA GESTÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE

A sustentação de inovações gerenciais, tipo a Gestão da Qualidade Total, depende de meios, informações, conhecimentos e habilidades, de autonomia para tomada de decisões, incentivos e avaliações para que as pessoas possam participar diretamente do processo de melhorias contínuas (MENDES, 2000).

No que se refere aos fatores que facilitam na gestão do programa de qualidade, destacam-se a importância de se trabalhar com indicadores de qualidade e a participação efetiva dos funcionários envolvidos nos processos, conforme explicitado pelo (a) entrevistado (a):

[...] é a vontade de implementar esse programa dentro das unidades, não é? então, a vontade do próprio Gestor da unidade, a vontade dos profissionais, não é? de pessoas que realmente querem [...] (DQUA).

Foco no cliente, objetivos claros, bem definidos e compartilhados por todos os colaboradores, processos documentados e otimizados, funcionários e setores conhecendo suas atribuições, funcionários com capacitação para execução de tarefas[...] (DENF).

4.2.1 A importância da participação dos Diretores, dos Funcionários e dos Usuários no processo de gestão do programa de qualidade

A literatura afirma, que para ser institucionalizado um modelo gerencial, tipo a Gestão da Qualidade Total, a decisão deve ser da alta administração (DEMING, 1990; CAMPOS, 1994;). Esses autores defendem que a implantação deva ser de **cima para baixo** ou *top-down*, na qual o alto escalão tem de conhecer, decidir, acreditar, apoiar, instrumentalizar as pessoas para o alcance das metas e da qualidade total. Essa posição aparece nas seguintes falas:

Olha, se a gente não conseguir sensibilizar os Diretores do hospital, a gente não consegue implantar a gestão nem aqui nem em canto nenhum... então os Diretores estão muito sensíveis... não participam diretamente, mas eles são sensíveis, não é? Então tem algumas coisas que nós discutimos, outras a gente não discute e muitas vezes eles não participam porque eles confiam tanto no grupo que eles só querem saber das notícias... na verdade, dos resultados (DQUA).

No que se refere a participação da alta administração (diretoria geral, médica e administrativa) para o programa de gestão da qualidade, há depoimentos que demonstram o desconhecimento teórico e prático por parte dessas diretorias sobre o modelo gerencial e seus efeitos no hospital em estudo. Nesse sentido, Campos (1994) afirma que a educação é o novo conhecimento e o treinamento é a prática do uso do conhecimento, e que o conhecimento é fundamental. Isso coaduna com as afirmações de Eagly e Chaiken (1993), que, para mudança atitudinal, pressupõe conhecimento.

As lideranças das equipes multiprofissionais precisam estar envolvidas para o processo de gestão da qualidade que, repito, no nosso olhar implica em mudança fundamental na estratégia e cultura organizacional, pois precisamos, sistematicamente, revisar procedimentos (DENF).

Olha, se a gente não conseguir sensibilizar os Diretores do hospital, a gente não consegue implantar a gestão nem aqui nem em canto nenhum (DQUA).

Entretanto, a contribuição da Diretora de Qualidade e da Diretora de Enfermagem são apontadas nas seguintes falas:

Na verdade, para mim como profissional da área foi uma gestão muito... (algumas interrupções... alguns servidores entraram na sala). Bom! A minha participação, na verdade o desafio da gestão da qualidade do hospital foi uma surpresa, porque quando entrei aqui, na realidade eu vim para trabalhar no Programa QualiSUS, que é um programa do Ministério da saúde que fala sobre o acolhimento e classificação de risco. Pela própria necessidade do programa eu tive de estar trabalhando com a questão da gestão da qualidade... então a minha contribuição acho que é muito menor que a contribuição que a unidade tem dado pra gente como profissional. Então, a gente mantém os programas, a gente trabalha a questão do... (secretária interrompeu para passar algumas informações)... Então, eu tenho de ter a nítida consciência que a minha contribuição foi muito melhor que a contribuição que a unidade deu pra mim, não é?... pra mim só fez enriquecer... é um programa desafiador... eu nunca trabalhei com Programa de Gestão da Qualidade. Então, a minha contribuição é manter protocolos e indicadores... então é a minha contribuição menor que eu possa dar a esta unidade (DQUA).

Nossa contribuição para o Programa de Gestão da Qualidade neste hospital, considerando que surge como modelo gerencial, sendo definido como um sistema que parte do reconhecimento das necessidades dos usuários, estabelecendo padrões e em seguida, buscando mantê-lo assegurando que os anseios serão sempre satisfeitos e melhorá-los continuamente para garantir que os clientes continuarão precisando e desejando o produto ou o serviço prestado. Acreditamos que o esforço conjunto compartilhado da enfermagem para o alcance desse objetivo, tem sido de grande valia, além disso a participação de todos os integrantes da equipe multiprofissional deste hospital, principalmente em comissões das quais participamos (DENF).

Pelo exposto, percebo que a motivação e o envolvimento da equipe multidisciplinar, especialmente a equipe de enfermagem, é apontado como um aspecto facilitador. A motivação pode ser conceituada como um impulso para a satisfação, visando o crescimento e desenvolvimento pessoal e, como consequência, o organizacional.

Observo, também, a importância de se trabalhar com indicadores. Nesse cenário, cabe ressaltar, que a melhor estratégia avaliativa da qualidade é aquela que utiliza indicadores representativos nas seguintes abordagens: estrutura, processo e resultado.

A conceituação de qualidade coloca-se como constituição de um modelo normativo para avaliar os serviços de saúde. Assim, a qualidade da atenção à saúde se define como uma

disposição ideal de um amplo conjunto de informações presentes na estrutura, no processo e no resultado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Gestão da Qualidade no Hospital Geral ajudou a compartilhar ideias, discutir estratégias, estabelecer metas e avaliar resultados, reestruturando o planejamento de modo a torná-lo participativo, apesar das dificuldades estruturais, da escassez de recursos financeiros, humanos, materiais, da crescente demanda dos serviços do Sistema Único de Saúde, da resistência, da falta de comprometimento de grande parte dos funcionários, falta de envolvimento de médicos e, principalmente das Diretorias: Geral, Médica e Administrativa.

Implantar inovações gerenciais do tipo Gestão da Qualidade, no setor público, exige constância de propósitos, envolvimento do alto escalão e dos funcionários com os princípios. Em um cenário macroeconômico, marcado por incertezas e precarização do trabalho, significa enfrentar uma contradição que não se resolve na esfera organizacional, mas institucional, na qual se define as políticas públicas.

Cultura Organizacional foi um dos aspectos internos relevantes citados nos discursos das entrevistadas. Isso evidencia que o Programa de Gestão da Qualidade foi implantado no hospital, sem a devida atenção para este aspecto, o que pode favorecer a sua não sustentação/descontinuidade.

Considerando o cenário organizacional contemporâneo, onde o processo de dinamização das ações deve ser eficazmente exercido, o Programa de Gestão da Qualidade analisado foi penalizado pela dificuldade em utilizar certas ferramentas como instrumento de gestão e pela falta de estruturação de algumas que não contribuem relevantemente para com a evolução do programa. Notoriamente, outro fator que pode contribuir para a descontinuidade foi a centralização das atividades em torno de processos, deixando alguns pontos cruciais como colaboradores, usuários e Diretores, superficialmente envolvidos.

Assim, o Programa de Gestão da Qualidade em organizações públicas de saúde, demanda desde a sua implantação, análise de cenário, desenho da estratégia, conhecimento sobre a cultura organizacional, ampla discussão com todos os agentes envolvidos, além do domínio cognitivo sobre a inovação a ser implantada.

A partir desta experiência, recomendo que outros estudos sobre a temática sejam realizados para identificar elementos da cultura organizacional, que favoreçam o envolvimento

dos funcionários no serviço público e para aprofundar estratégias com o objetivo de superar as dificuldades estruturais e organizacionais encontradas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução d. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, C. D. C. **Sensibilizando para a Qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1996, 95p.

BERWICK, D. M; GODFREY, A. B; ROESSNER, J. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde**. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Seção II, DA SAÚDE - Art. 196. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Resolução C.N.S., n. 196 de 10 de outubro de 1996, Conselho Nacional de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 1996.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. Belo Horizonte: Bloch, 1994.

CARVALHO, Maria Cecília Maringoni. **Construindo o saber – Metodologia Científica: Fundamentos e técnicas**. 2. ed. Campinas-SP: Papirus, 1989.

CARVALHO, M. S. M. V.; TONET, H. C. Qualidade na Administração Pública. **Revista de Administração Pública**, p. 137-152, abr/jun, 1994.

CROSBY, P. B. **Qualidade é Investimento**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

DEMING. W. E. **Qualidade: A Revolução da Administração**. Tradução de Clave Comunicação e Recursos Humanos. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desenvolvimento hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

EAGLY, A. H.; CHAIKEN, S. **The Psychology of Attitudes**. Orlando: Harcourt Brace Janovich. Inc, p. 1-22, 1993.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios, 1989.

GRETZ. J. R. **É óbvio!** Qualidade real ao alcance de todos. 4. ed. Florianópolis, 1996.

JURAN, J. M. **Controle de Qualidade: Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade**. São Paulo: Makron Books, v. I, 1991.

KOCK, H. **Implementing and Sustaining Total Quality Management in Health Care.** London: Longman, 248 p. 1992.

MENDES, V. L. P. Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, n. 3-4, p. 211-225, jul/dez, Brasília, 1993.

_____. **Inovação Gerencial na Administração Pública:** com estudo na esfera municipal no Brasil. 2000. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

MEZOMO, J. C. **Qualidade Hospitalar:** Reinventando a Administração do Hospital. Cedas, 1992.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1996.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando a Qualidade Total na Saúde.** Belo Horizonte: Bloch, 1996.

REBELO, P. **Qualidade em Saúde:** modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

TAUBLID, D. **Controle de Qualidade Total:** O hospital do Futuro - o futuro do hospital. Rio de Janeiro: Xenon, 1993, 82p.

TENÓRIO, F. G. Contiene dialogicidad La calidad? Um análisis critico de La calidad total. In: **Revista Del CLAD.** Reforma y Democracia, n. 6, Julio, 1996, p. 185-206.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa de Ciências Sociais:** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

SETOR:

FUNÇÃO:

TEMPO DE SERVIÇO NO HOSPITAL:

TEMPO DE FORMADO:

Prezado Participante,

Este estudo trata-se de um trabalho monográfico referente ao Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde. Deste modo, solicitamos a sua colaboração respondendo às questões abaixo, conforme a sua visão.

1. Qual a sua opinião sobre o modelo de gestão do programa de qualidade?
2. Quais os aspectos que interferem na gestão do programa de qualidade?
 - 2.1 Quais os fatores facilitadores na gestão do programa de qualidade?
 - 2.2 Quais os fatores limitantes na gestão do programa de qualidade?
 - 2.3 Qual o grau de conhecimento dos funcionários sobre o programa e os grupos que mais aderiram, assim como os grupos mais resistentes?
3. Qual a importância da participação dos Diretores, dos funcionários e dos usuários neste processo?
4. Como você avalia a sua contribuição para a gestão do programa de qualidade neste Hospital Geral?
 - 4.1 Quem se beneficia do Programa de Gestão da Qualidade deste hospital?
 - 4.2 Quais os principais indicadores de avaliação do Programa de Gestão da Qualidade? Em caso afirmativo qual a periodicidade de análise e quem os alimentam?
 - 4.3 Existe opinário sobre satisfação do usuário?
5. Qual a sua percepção sobre a continuidade/ descontinuidade do programa de gestão da qualidade neste Hospital Geral?
 - 5.1 Em caso de descontinuidade, quando se observou que o programa de gestão da qualidade efetivamente parou e quais os aspectos que contribuíram para isso?
6. Em caso de descontinuidade do programa de gestão da qualidade neste Hospital Geral, trouxe alguma repercussão? Se sim, quais as pessoas atingidas?

OBRIGADO!

APÊNDICE B - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 1. Qual a sua opinião sobre o modelo de gestão do programa de qualidade?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Na realidade, assim, óh... é um programa que tem dois anos implantados, mas que nós estamos apenas caminhando, não é?...então, estamos apenas fazendo a gestão diretamente relacionada ao paciente, no que diz respeito a tempo de permanência; por que o paciente tá aqui; quais são os pontos críticos nós termos de permanência... que a gente trabalha aqui com indicadores, não é?...os indicadores que nós trabalhamos aqui na Gestão de Qualidade é o indicador de tempo de permanência, então nós estamos ainda caminhando com o Programa de Gestão da Qualidade aqui dentro do Hospital.
DENF	O modelo do Programa de Gestão da Qualidade utiliza os princípios e métodos como conjunto estratégico, organizado com vista a mobilização e cooperação de todos os colaboradores, possibilitando a garantia da melhoria de qualidade dos serviços prestados e o aumento da satisfação dos clientes.

APÊNDICE C.1 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 2. Quais os aspectos que interferem na gestão do programa de qualidade?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Na realidade existe vários aspectos...a começar com a Gestão de Recursos Humanos, não é?... para se trabalhar com o Programa de Gestão da Qualidade é preciso ter uma quantidade de pessoas disponíveis... a começar realmente pelo programa, não é?...Hoje a gente tem poucos funcionários que trabalham com o Programa de Gestão da Qualidade por causa, realmente dos recursos humanos. Então, precisaria de uma quantidade maior de pessoas que trabalhassem no programa para que a gente melhorasse os indicadores, as informações... coisa que ainda não conseguimos, mas que nos estamos tentando organizar, certo? Uma outra coisa também que interfere muito é a questão da superlotação nos hospitais de emergência, e que você tenta fazer um trabalho mais direcionado de qualificação desses indicadores e como existe uma superlotação, evidente que não só acontece só nesta instituição, mas também nas outras unidades de saúde, quer sejam públicas ou privadas, principalmente na pública, então isso tem interferido muito no programa de gestão.
DENF	Atendimento ao cliente, focando na educação, custos, educação dos colaboradores, ou seja, a quantidade certa, com prazos certos para as ações e nos locais certos; segurança física dos agentes no ambiente e a questão ética, com conduta transparente e lisura de ações.

APÊNDICE C.2 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 2.1. Quais os fatores facilitadores na gestão do programa de qualidade?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Eu acho que os fatores mais importantes é a vontade implementar esse programa dentro das unidades, não é?... então, a vontade do próprio Gestor da unidade, a vontade dos profissionais, não é?... de pessoas que realmente querem...porque eu volto a dizer que é muito difícil fazer uma implantação de Programa de Gestão Qualidade... até porque você trabalha muito com indicadores. A gente trabalha com dois indicadores aqui – indicadores de qualidade a nível hospitalar e indicadores de qualidade na gestão da enfermagem. São dois indicadores diferentes... então, isso tem facilitado muito a gente ter... encontrar esse tipo de argumentação de programa aqui dentro.
DENF	Foco no cliente, objetivos claros, nem definidos e compartilhados por todos os colaboradores, processos documentados e otimizados, funcionários e setores conhecendo suas atribuições, funcionários com capacitação para execução de tarefas, participação de todos os funcionários envolvidos nos processos, ações e soluções que os envolvam, divulgação rápida e correta de informações e preocupação com mudanças e inovações.

APÊNDICE C.3 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 2.2. Quais os fatores limitantes na gestão do programa de qualidade?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Na realidade eu vou responder como eu respondi a questão da interferência... dos fatores que interferem nos aspectos... então é isso! É questão de pessoal.
DENF	Falta de conhecimento dos membros da instituição, das funções e anseio da cooperação para elaborar planilhas de monitoramento de ações, equipamentos, autoavaliação, dentre outros.

APÊNDICE C.4 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 2.3. Qual o grau de conhecimento dos funcionários sobre o programa e os grupos que mais aderiram, assim como os grupos mais resistentes?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Na realidade eu não vejo como resistência... nenhum grupo resistente aqui dentro da unidade, não é?... eu vejo muitas vezes a falta de conhecimento do que é gestão da qualidade... então, muitas vezes alguns profissionais, eles ficam resistentes em formar... pactuar com o programa decorrente realmente da falta da informação... porque a população... eu vejo nos próprios profissionais de saúde, eles não sabem ou eles não têm a clareza do que é trabalhar com indicadores de qualidade. Então, pela falta de informação, existe uma certa descrença, uma certa resistência...mas não existe assim um grupo específico, não é? Com relação ao grau de conhecimento desses profissionais... (pensando) mas assim, os profissionais que mais tem se adequados a essa questão da gestão da qualidade são os profissionais que trabalham nas unidades de emergência... por que? Porque nos entendemos hoje que o ponto de conflito dentro da unidade é a emergência, não é?...é a emergência desse hospital. Então, eles têm trabalhado muito! Eles têm dado informações, eles têm pactuado com a gente na questão da qualidade das informações dos indicadores. Eu faço uma ressalva muito interessante aqui... que o grupo de enfermagem desse hospital é um grupo muito coeso e que se eu tivesse de classificar o grupo que tá mais ligado a essa área eu diria o grupo da área de enfermagem... e aí a gente leva vantagem... porque a gente tem 70% do nosso público de funcionários aqui é da parte da enfermagem.
DENF	A gente considera razoável. Necessitando persistir em treinamentos e educação permanente. A enfermagem adere mais! E, talvez, a área médica, por “n” motivos, são mais resistentes. Só eles mesmos para apontar as razões.

APÊNDICE D - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 3. Qual a importância da participação dos Diretores, dos funcionários e dos usuários neste processo?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Olha, se a gente não conseguir sensibilizar os Diretores do hospital, a gente não consegue implantar a gestão nem aqui nem em canto nenhum... então os Diretores estão muito sensíveis... não participam diretamente, mas eles são sensíveis, né... na questão do Protocolo de Gestão da Qualidade. Então tem algumas coisas que nós discutimos, outras a gente não discute e muitas vezes eles não participam porque eles confiam tanto no grupo que eles só querem saber das notícias... na verdade, dos resultados. Mas tem sido uma participação no caso de apoiadores muito grande, certo? Dos funcionários e dos usuários também... eu já falei que os usuários, eles têm participado ativamente... e uma das coisas que a gente utiliza aqui em relação a participação dos usuários... o usuário hoje ele tem um canal aberto dentro das nossas salas na questão da gestão da qualidade. Então, se o usuário achar que não está sendo bem tratado, a demora dos cuidados, os elogios, ou eles veem diretamente para conversar com o grupo ou então eles utilizam o opinário, não é?... que são urnas que são distribuídas no hospital para que as pessoas manifestam a opinião sobre a qualidade do serviço. Eles vão para Ouvidoria... a Ouvidoria do hospital também é um excelente indicador do usuário com o Programa de Gesta da Qualidade.
DENF	Geração de economia de recursos, porque reduz desperdícios e evita o retrabalho, aumentando a produtividade dos serviços prestados.

APÊNDICE E.1 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 4. Como você avalia a sua contribuição para a gestão do programa de qualidade neste Hospital Geral?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Na verdade para mim como profissional da área foi uma gestão muito... (algumas interrupções... alguns servidores entraram na sala). Bom! A minha participação, na verdade o desafio da gestão da qualidade do hospital foi uma surpresa, porque quando entrei aqui, na realidade eu vim para trabalhar no Programa QualiSUS, que é um programa do Ministério da saúde que fala sobre o acolhimento e classificação de risco. Pela própria necessidade do programa eu tive de estar trabalhando com a questão da gestão da qualidade... então a minha contribuição acho que é muito menor que a contribuição que a unidade tem dado pra gente como profissional. Então, a gente mantém os programas, a gente trabalha a questão do... (secretária interrompeu para passar algumas informações)... Então, eu tenho de ter a nítida consciência que a minha contribuição foi muito melhor que a contribuição que a unidade deu pra mim, não é?... pra mim só fez enriquecer... é um programa desafiador... eu nunca trabalhei com Programa de Gestão da Qualidade. Então, a minha contribuição é manter protocolos e indicadores... então é a minha contribuição menor que eu possa dar a esta unidade.
DENF	Nossa contribuição para o Programa de Gestão da Qualidade neste hospital, considerando que surge como modelo gerencial, sendo definido como um sistema que parte do reconhecimento das necessidades dos usuários, estabelecendo padrões e em seguida, buscando mantê-lo assegurando que os anseios serão sempre satisfeitos e melhorá-los continuamente para garantir que os clientes continuarão precisando e desejando o produto ou o serviço prestado. Acreditamos que o esforço conjunto compartilhado da enfermagem para o alcance desse objetivo, tem sido de grande valia, além disso a participação de todos os integrantes da equipe multiprofissional deste hospital, principalmente em comissões das quais participamos. A exemplo da Comissão de padronização de Produtos e Materiais de Consumo e Permanente, também tem contribuído efetivamente para aquisição, principalmente materiais de consumo; a aquisição de equipamentos de qualidade, como a aplicação de custos/benefício, melhorando a qualidade assistencial, diminuindo a exposição à risco dos profissionais... e mesmo em alguns aspectos com alcance de médio a longo prazo, observamos a crescente satisfação do cliente, incluindo-se os benefícios para os membros da Instituição. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que lideramos, têm sido trabalhados quanto aos problemas específicos de cada setor... mas necessitamos da ajuda do Setor de Desenvolvimento Humano, principalmente para aplicarmos os métodos e ferramentas do Programa de Gestão da Qualidade, melhor contribuindo para os resultados, com a diminuição dos custos, melhoria da qualidade, aumento de produtividade, demonstrando com segurança que a gestão da qualidade pode ser aplicada em todos as unidades e categorias deste hospital.

APÊNDICE E.2 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 4.1. Quem se beneficia do Programa de Gestão da Qualidade deste hospital?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Eu acho que todos! Todos os atores aqui! Beneficiam principalmente usuários, funcionários... as ações ficam muito mais organizadas; os indicadores também tem sido... as respostas para todos esses profissionais tem vindo... porque é assim, quando a gente trabalha com gestão da qualidade a gente ver desde uma cadeira que tá fora do lugar, não é? Até um equipamento dentro de centro cirúrgico de alta complexidade que precisa estar. Então, todo mundo se beneficia, até porque a gestão... o fluxo, ele roda mais rápido.
DENF	Todos! Principalmente o paciente.

APÊNDICE E.3 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 4.2. Quais os principais indicadores de avaliação do Programa de Gestão da Qualidade? Em caso afirmativo qual a periodicidade de análise e quem os alimentam?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Bom... os principais indicadores do Programa de Gestão da Qualidade pra gente são dois, como eu já falei... nos temos os indicadores hospitalares de qualidade no qual a gente trabalha taxa de mortalidade, índice de infecção hospitalar nas unidades, tempo de permanência do paciente, taxa de ocupação... então a gente utiliza alguns indicadores hospitalares... e nos utilizamos também a questão dos indicadores hospitalares mais ligados a área de saúde... como na parte da enfermagem, então... índice de lesão de pele, taxa de infecção de cateter, então a gente utiliza esses dois indicadores, entre vários que a gente usa para medir a questão do programa de gerenciamento da qualidade, não é? E é assim, a gente alimenta mês a mês, ou seja, a cada 30 dias estamos alimentando esses indicadores.
DENF	É... os indicadores de enfermagem, principalmente produção, numero de acidentes perfuro cortantes, entre outros, são encaminhados para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Diretoria de Qualidade para serem lançados para fins de avaliação. É... o período é mensal... mensalmente a gente encaminha... e ai a Diretoria de Qualidade junto ao grupo de vigilância epidemiológica fazem esse trabalho.

APÊNDICE E.4 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 4.3. Existe opinário sobre satisfação do usuário?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	O opinário existe em cada unidade de... nas enfermarias, nas unidades de internação... nós temos aqui opinário... ele não só mede a satisfação, não é? Mas também no final o usuário pode prestar via escrita aquilo que ele precisa, que ele acha que pode melhorar, não é? Então a gente tem isso.
DENF	Existiu! No momento... é... seria melhor você consultar a Diretoria de Qualidade pra essa resposta.

APÊNDICE F.1 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 5. Qual sua percepção sobre a continuidade/ descontinuidade do Programa de Gestão da Qualidade neste Hospital Geral?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Na realidade essa gestão a gente tem sempre de trabalhar a continuidade... nós estamos apenas dando os primeiros passos do Programa de Gestão da Qualidade aqui dentro da unidade. Nós vamos precisar melhorar muito, porque a gente sabe que não... volto a dizer que não é fácil a gente fazer uma implementação do Programa de Gestão da Qualidade dentro de uma unidade hospitalar pública de emergência, certo? O grande desafio é ver se nos próximos anos, não é?... a gente continua lançando, até porque a gente sabe que muitas vezes a questão dos programas que são implementados ou implantados dentro das unidades hospitalares depende muito do gestor. Então se daqui mais alguns anos o gestor, o nosso gestor maior quiser, vim outro e não concordar com o programa, ele vai fatalmente acabar, não é? Porque é um programa que tem de ser alimentado dia a dia, então... mas a gente tem a nítida compreensão que o programa vai continuar trabalhando aqui.
DENF	Quando no final da resposta em que você fala da contribuição que eu me referia na quarta pergunta, não é?... a equipe de enfermagem, eu reafirmo a necessidade de ajuda do Setor de Desenvolvimento Humano, principalmente para aplicarmos os métodos e ferramentas do Programa de Gestão da Qualidade em todo o hospital, incluindo a enfermagem, aonde se encontra o maior contingente de colaboradores. Assim sendo, haverá melhor contribuição para o resultado dos serviços prestados por todos... com diminuição dos custos, melhorias da qualidade, aumento da produtividade, demonstrando com segurança que a gestão da qualidade pode e deve ser aplicada em todas as unidades e categorias deste hospital.

APÊNDICE F.2 - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 5.1. Em caso de descontinuidade, quando se observou que o Programa de Gestão de Qualidade efetivamente parou e quais os aspectos que contribuíram para isso?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Aqui no hospital nós não tivemos descontinuidade não. Nós continuamos montando ai programa.
DENF	Na minha visão, números insuficientes de colaboradores, a falta de participação de certas categorias no planejamento, muito conversa e pouca ação... interfere e implica em descontinuidade desse programa. Acrescentamos que só treinamento não é suficiente. As lideranças das equipes multiprofissionais precisam estar envolvidas para o processo de gestão da qualidade que, repito, no nosso olhar implica em mudança fundamental na estratégia e cultura organizacional, pois precisamos, sistematicamente, revisar procedimentos.

APÊNDICE G - MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Pergunta 6. Em caso de descontinuidade do Programa de Gestão da Qualidade neste Hospital Geral, trouxe alguma repercussão? Se sim, quais as pessoas atingidas?

DGER	Recusou-se a entrevista.
DADM	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DMED	Ficou aguardando uma posição do Diretor Geral.
DQUA	Não! A gente continua aí com o programa...é como falei pra você, nós precisamos agora é alimentar cada vez mais para que nós possamos trabalhar juntos para melhorar a qualidade na assistência e da gestão, não só do usuário, mas aos funcionários e todo público que precisa dessa unidade, para que cada vez mais a gente possa trabalhar de uma maneira mais séria, mais contributiva, mais inteirada e acima de tudo, assumindo o compromisso da gestão do cuidado aqui dentro.
DENF	Na verdade, esse programa não parou, não é?... existe algumas não conformidades decorrentes de algumas dificuldades já citadas anteriormente, e nesse caso a gente trabalha, muda as estratégias... porque como eu disse antes, a gente precisa estar sistematicamente revisando procedimentos. Então quando há uma dificuldade nesse nível, ai pode haver na quebrar de procedimentos... cabe a gente retomar, revisar e realizar algumas mudanças compartilhadas.

COOPERCICLI E SUAS IMPLICAÇÕES SÓCIOPOLÍTICAS E AMBIENTAIS NO MUNICÍPIO DE CAETITÉ-BA

Maria Soares Cunha

Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional - FVC-ES

Especialista em Gestão Pública - UNEB/UAB

Licenciada em Geografia - UNEB

E-mail: biacunha@hotmail.com

RESUMO

A estabilidade econômica, o aumento do poder aquisitivo da população, e o consumo de supérfluos estimulado pela mídia, proporcionam o aumento contínuo da produção de resíduos sólidos urbanos que em sua maioria têm como destino final os lixões que geram impactos ambientais. Diante dessa constatação, é verificada a necessidade de se estudar possibilidades para a coleta e disposição final de resíduos, alicerçada no seu gerenciamento com políticas públicas eficazes, dando aos mesmos um destino ambientalmente adequado amenizando os impactos ambientais e sociais. Assim, este estudo pretende analisar o trabalho da Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité-BA - COOPERCICLI, sua relação com a dinâmica sociopolítica, tendo como pressuposto a reflexão de suas potencialidades econômicas e ambientais e o papel das políticas públicas e privadas que contribuíram para a criação da mesma, haja visto que a questão dos resíduos sólidos é hoje, parte das preocupações cotidianas e deve compor lugar primordial na gestão pública. Para elaborar o artigo foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a literatura especializada, coleta de dados primários e secundários através de pesquisas, visitas a campo, e aplicação de entrevistas semiestruturadas, as informações coletadas serão tabuladas para possibilitar a interpretação e se alcançar os resultados. Em se tratando da problemática relacionada aos resíduos sólidos verifica-se que a coleta seletiva e a reciclagem são algumas das propostas e alternativas mais aceitas para tentar solucionar a questão, e o trabalho da COOPERCICLI é um exemplo que poderá ser seguido pelos municípios brasileiros. Neste sentido, as ações que visam a melhoria e o bem-estar da sociedade devem preceder de análises que perpassam pelo planejamento e gestão. Em se tratando de resíduos, a melhor forma de administração é o gerenciamento integrado, que pode ser entendido como um conjunto articulado de ações instruídas por normas operacionais e/ou financeiras e precedida de planejamentos desenvolvidos por gestores públicos, tendo como base os critérios sanitários ambientais e econômicos visando à coleta, o tratamento e a disposição final dos resíduos.

Palavras-chave: Política Pública. Planejamento. Resíduos Sólidos Urbanos.

ABSTRACT

The economic stability, increased purchasing power and consumption of superfluous stimulated by the media, provide a continuous increase in the production of solid waste that mostly have as their final destination landfills that cause environmental impacts. So it is verified the need to explore possibilities for the collection and disposal of waste, based on its management with effective public policies, giving to them an environmentally destination softening the environmental and social impacts. Thus, this study aims to analyze the work of the Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité-BA - COOPERCICLI, its relationship with socio-political dynamics, with the assumption the reflection of their potential economic and environmental policies and the role of public and private that contributed to the creation of the it. The of solid waste is nowadays part of diary concerns and must compose a prominent place in public management. To prepare the article the literature about specialized, data collection through primary and secondary research, visits in loco and application of semistructured interviews, the information was collected will be tabulated for enable the interpretation and find the results. The problematic related to solid waste there is the separate collection and recycling are some of the accepted proposals and alternatives to try to resolve the issue, and the work of COOPERCICLI it is an example that might be followed by municipalities in Brazil. In this sense, actions that aim to improve the society life must precede the analysis that underlie for planning and management. When it comes to waste, the best form of administration the integrated management, which can be understood as a set of coordinated actions instructed by rules for operational and/or preceded by financial and management plans developed by publishers, based on the environmental health criteria and economic order collect, treatment and final disposal of the waste.

Keywords: Public Policy; Planning; Urban Solid Waste.

1 INTRODUÇÃO

A disposição de resíduos sólidos urbanos é um dos grandes desafios, seja globalmente, regional ou localmente. Para tal, muito tem se discutido com o objetivo de equacionar esta problemática, já que representa uma ameaça a um ambiente saudável para a convivência humana.

Hodiernamente, a produção e o desperdício se dão de maneira intensa, as mercadorias são produzidas em maior quantidade, porém com um tempo de durabilidade mais restrito, consumo este que tem gerado cada vez mais resíduos que são depositados na natureza, muitas vezes de maneira inadequada gerando problemas sociais e ambientais.

Neste contexto, o intenso consumo e a produção de resíduos ou lixos, nas cidades, exigem a existência de um planejamento urbano para que eles sejam consumidos sem causar danos ao meio ambiente ou à população. Infelizmente, na grande maioria das vezes, o lixo é depositado a céu aberto, geralmente em áreas pobres, propiciando a proliferação de insetos e doenças, a contaminação e infertilidade dos solos e dos lençóis freáticos. Neste sentido, qual o melhor destino para os resíduos sólidos urbanos, para que os mesmos não causem impactos ambientais?

Diante dessa constatação, é verificada a necessidade de se estudar possibilidades para a coleta e disposição final de resíduos, alicerçada no seu gerenciamento com políticas públicas eficazes, dando aos mesmos um destino ambientalmente adequado amenizando os impactos ambientais e sociais.

Este estudo tem o objetivo de analisar o trabalho da Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité-BA - COOPERCICLI, sua relação com a dinâmica sociopolítica, tendo como pressuposto a reflexão de suas potencialidades econômicas e ambientais e o papel das políticas públicas e privadas que contribuíram para a criação da mesma, haja visto que a questão dos resíduos sólidos é hoje, parte das preocupações cotidianas e deve compor lugar primordial na gestão pública.

A metodologia utilizada para a elaboração desse artigo é a qualitativa e quantitativa, realizada a partir de um levantamento bibliográfico e na *web* sobre a literatura especializada, coleta de dados através de pesquisas, realizados por meio das seguintes ferramentas metodológicas: pesquisa de campo, entrevistas semiestruturadas, levantamento fotográfico, por fim, as informações coletadas foram analisadas para possibilitar a interpretação e se alcançar os resultados.

O presente artigo está dividido em seis partes, primeiro por esta introdução, que faz uma breve explanação do tema tratado, em seguida, pelo referencial teórico que cita autores sobre a literatura especializada estudada, após é apresentada a causa e o efeito que descreve a problemática que gerou o presente estudo, em seguida é descrita a metodologia qualitativa quantitativa que orientou o trabalho, posteriormente são expostos os resultados alcançados a partir das pesquisas realizadas e por último pela conclusão que finaliza o trabalho.

A disposição de resíduos sólidos urbanos é um dos grandes desafios, seja globalmente, regional ou localmente. Para tal, muito tem se discutido com o objetivo de equacionar esta problemática, já que representa uma ameaça a um ambiente saudável para a convivência humana.

Hodiernamente, a produção e o desperdício se dão de maneira intensa, as mercadorias são produzidas em maior quantidade, porém com um tempo de durabilidade mais restrito, consumo este que tem gerado cada vez mais resíduos que são depositados na natureza, muitas vezes de maneira inadequada gerando problemas sociais e ambientais.

Neste contexto, o intenso consumo e a produção de resíduos ou lixos, nas cidades, exigem a existência de um planejamento urbano para que eles sejam consumidos sem causar danos ao meio ambiente ou à população. Infelizmente, na grande maioria das vezes, o lixo é depositado a céu aberto, geralmente em áreas pobres, propiciando a proliferação de insetos e doenças, a contaminação e infertilidade dos solos e dos lençóis freáticos. Neste sentido, qual o melhor destino para os resíduos sólidos urbanos, para que os mesmos não causem impactos ambientais?

Diante dessa constatação, é verificada a necessidade de se estudar possibilidades para a coleta e disposição final de resíduos, alicerçada no seu gerenciamento com políticas públicas eficazes, dando aos mesmos um destino ambientalmente adequado amenizando os impactos ambientais e sociais.

Este estudo tem o objetivo de analisar o trabalho da Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité-BA - COOPERCICLI, sua relação com a dinâmica sociopolítica, tendo como pressuposto a reflexão de suas potencialidades econômicas e ambientais e o papel das políticas públicas e privadas que contribuíram para a criação da mesma, haja visto que a questão dos resíduos sólidos é hoje, parte das preocupações cotidianas e deve compor lugar primordial na gestão pública.

A metodologia utilizada para a elaboração desse artigo é a qualitativa e quantitativa, realizada a partir de um levantamento bibliográfico e na *web* sobre a literatura especializada, coleta de dados através de pesquisas, realizados por meio das seguintes ferramentas

metodológicas: pesquisa de campo, entrevistas semiestruturadas, levantamento fotográfico, por fim, as informações coletadas foram analisadas para possibilitar a interpretação e se alcançar os resultados.

O presente artigo está dividido em seis partes, primeiro por esta introdução, que faz uma breve explanação do tema tratado, em seguida, pelo referencial teórico que cita autores sobre a literatura especializada estudada, após é apresentada a causa e o efeito que descreve a problemática que gerou o presente estudo, em seguida é descrita a metodologia qualitativa quantitativa que orientou o trabalho, posteriormente são expostos os resultados alcançados a partir das pesquisas realizadas e por último pela conclusão que finaliza o trabalho.

2 RESÍDUOS SÓLIDOS E GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

A humanidade vem se preocupando com os impactos ambientais provocados pela intervenção do homem. Vale ressaltar que tal interferência se intensificou com o surgimento da Revolução Industrial, transformando assim a sociedade, que até então era basicamente de subsistência, em uma sociedade consumista.

Essa transformação levou a humanidade a uma intensa utilização dos recursos naturais e conseqüentemente a sua transformação em bens de consumo, o que tem gerado uma grande produção e acúmulo de resíduos sólidos em todo o globo terrestre, em sua essência os resíduos sólidos urbanos originam-se de fontes industriais, comerciais, residenciais, hospitalares e pode ser considerado como reflexo fiel e verdadeiro de uma sociedade, que quanto mais rica e consumista torna-se maior geradora de resíduos.

De acordo com a Seção III, art. 116 da Lei Nº 700 de 08 de abril de 2010 - Código Municipal de Meio Ambiente, os resíduos sólidos são:

Todos os resíduos portadores de agentes patogênicos, inclusive os de estabelecimentos hospitalares e congêneres, assim como alimentos e outros produtos de consumo humano condenados, não poderão ser dispostos no solo sem controle e deverão ser adequadamente acondicionados e conduzidos em transporte especial, definidos em projetos específicos, nas condições estabelecidas pelo CODEMAC (CAETITÉ, 2010, p. 48).

Corroborando com a Resolução CONAMA nº 308/2002, resíduos sólidos urbanos são os provenientes de residências ou qualquer outra atividade que gere resíduos com características domiciliares, bem como os resíduos de limpeza pública urbana. O lixo produzido nas cidades (ou urbano) pode ser entendido ainda como: “agregado de materiais oriundos do consumo da

população, ou lixo doméstico, e das atividades essenciais à manutenção urbana” (FIGUEIREDO, 1995, p. 128).

A concentração demográfica nas grandes cidades e o grande aumento do consumo de bens gera uma enorme quantidade de resíduos, que resulta em um elevado nível de degradação ambiental, visto as suas condições de armazenamento no meio ambiente. Com isso a reciclagem torna-se cada vez mais necessária.

Acredita-se que a coleta seletiva é uma forma viável de ser exercida a cidadania ambiental e social, pois a prática da mesma possibilita a resolução de problemas e empecilhos ambientais e sociais. Reciclar resíduos sólidos passa a ser uma prioridade nos dias atuais, pois o acúmulo de lixo e a exploração desenfreada dos recursos naturais poderão levar a uma crise sem precedentes.

De acordo com o diretor do Departamento de Ambiente Urbano do Ministério do Meio Ambiente, Sérgio Gonçalves, dos 5.565 municípios do país, hoje somente 900 têm alguma experiência de coleta seletiva. Há estimativas de que no país existe cerca de 1 milhão de catadores. Só no Brasil são produzidas cerca de 20 mil toneladas de lixo por dia (MOREIRA, 2011, p. 1).

A partir do relato acima, percebe-se que o Brasil é um grande produtor de resíduos sólidos. Entretanto, os órgãos públicos municipais não exercem sua responsabilidade em relação aos resíduos sólidos, pois nem sempre possuem adequado sistema de gerenciamento que contemple condições dignas de manuseio e principalmente de destino final que amenize os impactos ambientais e sociais.

Como vem se observando, infelizmente,

os atores políticos vêem nos resíduos sólidos somente um serviço que demanda gastos excessivos. Não percebem que o correto gerenciamento pode trazer diminuição de tais gastos no orçamento, contribuir para o aumento da vida útil dos aterros, proceder à inclusão dos catadores de recicláveis. Também o meio ambiente recebe enorme benefício haja vista o volume de resíduos a serem dispostos no aterro seria infinitamente menor (COELHO, 2009, p. 77).

Neste sentido, é necessário que os atores políticos desmistifiquem essa ideia em relação aos resíduos sólidos, passando a compreendê-lo como uma fonte de renda e de inclusão social.

O papel do Estado é promover soluções para os problemas da sociedade brasileira, neste sentido, os gestores públicos têm a necessidade de conhecer detalhadamente os problemas para que em seguida tenham condição de elencar prioridades na agenda, formular e implementar políticas públicas que busquem o bem-estar da coletividade.

Segundo Rua “Política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas” (RUA, 2009, p. 19).

Entende-se que as políticas públicas necessitam de uma eficácia em suas ações, com relação à sua aplicabilidade, principalmente em se tratando da geração de resíduos, evitando passivos ao meio ambiente, que refletem direta e negativamente na sociedade. De forma que, em se tratando da sociedade atual intensamente urbanizada, os processos decorrentes da ação do homem, relacionados aos resíduos sólidos domésticos, desafiam soluções e políticas adequadas que visem à redução de impactos de toda ordem: sociais, econômicos e ambientais (COELHO, 2009, p. 17-18).

Pela insignificante quantidade de municípios brasileiros que possuem coleta seletiva, percebe-se que as políticas públicas em relação aos resíduos sólidos são ineficientes e ineficazes e precisam urgentemente ser planejadas pelos gestores públicos visando à coleta, o tratamento e a disposição final dos resíduos.

A coleta seletiva só terá resultados satisfatórios se utilizada na reciclagem e, para que essa seja eficiente, é necessário um mercado, porque com o aumento de materiais recicláveis, resultante da coleta, se não houver comercialização dos mesmos, conseqüentemente serão enterrados posteriormente ou abarrotarão os depósitos (COELHO, 2009, 58).

A problemática da disposição final de resíduos sólidos, não se resolve com a coleta seletiva e com a reciclagem, também se faz necessário possuir um mercado consumidor para os produtos reciclados, com políticas e leis que colaborem com a regulação desse sistema.

Neste contexto, a adoção de políticas públicas deve vir acompanhada de campanhas de educação ambiental, e da participação da sociedade como um todo, que com a reutilização de materiais reciclados viriam a diminuir custos na produção.

3 CAUSA E EFEITO DO RESÍDUO SÓLIDO E A SAÚDE

Hodiernamente, um dos maiores problemas urbanos é a disposição final inadequada dos resíduos sólidos. Segundo o sítio Eco Desenvolvimento:

O Brasil produziu 60,8 milhões de toneladas de resíduos sólidos urbanos em 2010, quantia 6,8% superior ao registrado em 2009 e seis vezes superior ao índice de crescimento populacional urbano apurado no mesmo período. Contudo, tanto a correta destinação desses resíduos quanto os programas de coleta seletiva não avançam na mesma proporção, segundo dados do estudo Panorama dos Resíduos Sólidos, divulgados na terça-feira, 26 de abril (REDAÇÃO ECOD, 2011, p. 01).

Diante dessa comprovação, surge a necessidade de se realizar um planejamento urbano adequado que preserve o meio ambiente e a saúde da população. Neste sentido, surge o questionamento: Qual o melhor destino para os resíduos sólidos urbanos, para que os mesmos não causem impactos ambientais?

Neste contexto, percebe-se a urgência de se pensar possibilidades para a coleta e disposição final de resíduos, dando aos mesmos um destino ambientalmente adequado amenizando os impactos ambientais e sociais.

Entretanto, os resíduos sólidos são vistos pelos atores políticos como um serviço que demanda gastos excessivos, contudo com um bom gerenciamento pode gerar economia em relação aos gastos com a limpeza pública, preservação do meio ambiente, inclusão social dos catadores de recicláveis e responsabilidade social.

4 METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa se fez necessário utilizar a metodologia qualitativa quantitativa.

A pesquisa qualitativa enfatiza o processo e seu significado, enquanto a quantitativa preocupa-se em medir (quantidade, frequência e intensidade) e analisar as relações causais entre as variáveis (TERENCE, 2006, p. 7).

Primeiramente se fez necessário delimitar o objeto de estudo a partir do problema detectado no município de Caetité-BA, em seguida, realizou-se um levantamento bibliográfico e na *web* sobre a literatura especializada, verificando através de pesquisa de campo, entrevistas semiestruturadas, levantamento fotográfico, e análise das reportagens locais, o tema proposto, tais fases possibilitaram a elaboração de resultados em relação a COOPERCICLI e suas implicações sociopolíticas e ambientais no município de Caetité-BA.

Para que as entrevistas sejam bem-sucedidas existe:

[...] a necessidade de planejamento de questões que atinjam os objetivos pretendidos, a adequação da seqüência de perguntas, a elaboração de roteiros, a necessidade de adequação de roteiros por meio de juizes, a realização de projeto piloto para, dentre outros aspectos, adequar o roteiro e a linguagem (MANZINI, 2011, p. 1).

As ferramentas metodológicas utilizadas foram a pesquisa de campo, a partir da visita ao galpão onde fica instalada a COOPERCICLI, localizado na

Travessa Casseiro de Abreu, nº 19, Bairro Ovídio Teixeira, na cidade de Caetité-BA, CEP 46400-000 e a aplicação das entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas foram aplicadas na primeira semana do mês de setembro com o presidente da cooperativa Sr. Paulo Alves, com os funcionários da BAINEMA Sr. George Euzébio e Sra. Ana Paula e com 17 cooperados da COOPERCICLI. As entrevistas objetivaram o levantamento de informações referentes às características da cooperativa, às condições de trabalho, à colaboração da Prefeitura Municipal e das empresas particulares, como por exemplo, a Bahia Mineração/BAMIN.

Também no questionário semiestruturado constam informações que mostram a contribuição econômica que tal empresa oferece ao município e principalmente aos cooperados. As informações coletadas foram analisadas para possibilitar a interpretação dos resultados.

A partir dos estudos, da visita a campo, das reportagens em sítios locais e das entrevistas aplicadas aos catadores, ao presidente e aos consultores da BAINEMA, realizou-se as devidas interpretações e se alcançou os resultados que se inicia com informações sobre Caetité-BA, se chegue com características sobre a Lei que disciplina a questão do meio ambiente no município, e a partir daí descreve características detalhadas sobre a COOPERCICLI que foram adquiridas a partir das pesquisas realizadas em lócus, por meio de entrevistas semiestruturadas, e de informações coletadas em reportagens no âmbito local. Lembrando que os funcionários da BAINEMA contribuíram bastante com as pesquisas, pois tinham relatórios periódicos com dados concisos em relação aos aspectos socioeconômicos dos cooperados e das atividades da cooperativa, neste sentido, se dedicou a coletar a avaliação que os cooperados fazem em relação à cooperativa.

5 RESULTADOS DA COOPERATIVA DE COLETA SELETIVA E RECICLAGEM DA CIDADE DE CAETITÉ (BA) E OS RESÍDUOS SÓLIDOS NO ANO DE 2011

O município de Caetité-BA conta com uma população de 47.078 habitantes segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010, insere-se no semiárido nordestino, na microrregião da Serra Geral, distanciado da capital do Estado por 757 Km. Atualmente tem como distritos Brejinho das Ametistas (a 24Km); Caldeiras (a 60Km), Maniaçu (a 36Km) e Pajeú dos Ventos (a 26 Km), e ainda os povoados de Anguá, Campinas, Juazeiro, Santa Luzia e Umbuzeiro. O município é rico em minerais, os mais importantes minérios explorados são: ferro, urânio, ametistas e manganês.

Em relação aos aspectos ambientais, o município conta com a Lei nº 700 de 08 de abril de 2010 - Código Municipal de Meio Ambiente que trata de aspectos relevantes em defesa do Meio Ambiente. E em relação à questão do lixo, no Capítulo III, trata na seção III, página 48, dos resíduos sólidos; e na seção IV do aterro sanitário. Entretanto, ao se analisar o que consta na Lei e a realidade vivenciada em Caetité percebe-se uma total discrepância.

A Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité (BA) - COOPERCICLI, organizada em fevereiro de 2009, teve apoio primordial de João Portella Secretário do Meio Ambiente de Caetité e Fátima, atual vice-prefeita do município. A cooperativa conta com o apoio da Prefeitura Municipal, da BAMIN - Bahia Mineração, da BAINEMA – Meio Ambiente e Serviços e da sociedade. A Cooperativa surgiu com o objetivo de dar melhores condições aos cidadãos que sustentavam suas famílias catando materiais recicláveis no lixão da cidade (Figura 1), um ambiente onde os resíduos são simplesmente depositados sobre o solo sem nenhuma preocupação com o meio ambiente e nem com a população.

Figura 1 - Lixão - Caetité (BA) - 2011



Fonte: COOPERCICLI, 2011.

Vale destacar que de acordo com pesquisas realizadas pelo Projeto Circuito do Lixo, disponibilizada na pesquisa de campo, cada cidadão caetiteense produz em média 800g de resíduos sólidos recicláveis. Como a população é de 47.078 habitantes, o município produz aproximadamente 37,66 t de resíduos.

Os lixões que são largamente utilizados pela quase totalidade dos municípios brasileiros, está presente no município de Caetité. Quando os resíduos sólidos são descartados a céu aberto nos lixões, traz prejuízos a sociedade, pois geram um elevado nível de degradação ambiental. Entretanto, a partir do ano de 2014 os lixões deverão ser extintos em cumprimento à Lei Federal 12.305/2010, que trata da Política Nacional de Resíduos Sólidos, cria o Comitê Interministerial da Política Nacional de Resíduos Sólidos e o Comitê Orientador para a Implantação dos Sistemas de Logística Reversa. A Lei regulamentada pelo Decreto nº 7.404/2010, prevê a criação de aterros sanitários, que são locais utilizados para compactação e armazenamento do lixo produzido.

Por meio das pesquisas realizadas junto às publicações locais sobre o tema estudado se faz possível perceber que a Administração Pública do município já está se organizando para se adequar a Lei nº 12.305/2010. Como se percebe na publicação do dia 30 de março de 2009, onde o jornalista, Pedro Silva em sua reportagem apresentou trechos da entrevista realizada com o prefeito Zé Barreira.

[...] hoje o município de Caetité tem um lixão e que é preciso transformá-lo em aterro sanitário, mas é sabedor do alto custo e por isso já conversou com Elias Dourado sobre a necessidade de buscar parcerias com outros municípios vizinhos para essa concretização (SILVA, 2009, p. 01).

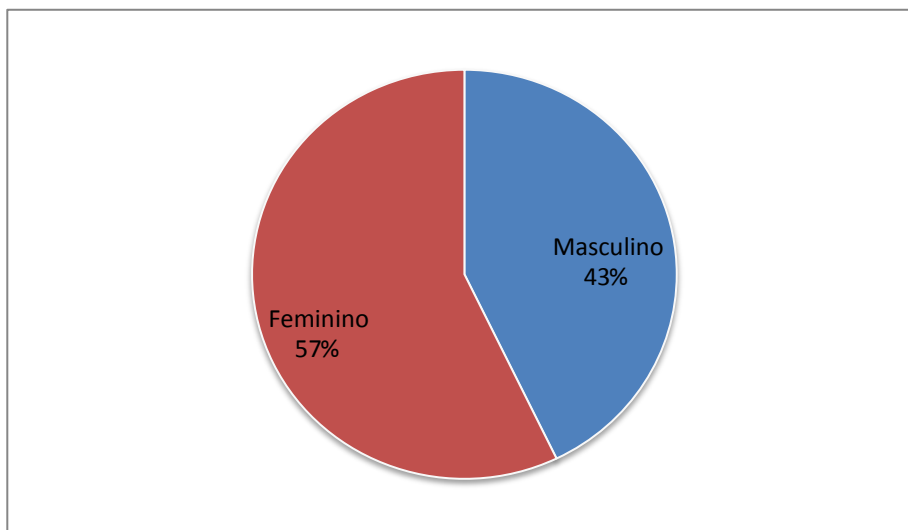
Para se implantar um aterro sanitário, é preciso impermeabilizar o solo com uma lona plástica, concreto e a implantação de sistemas de drenagem, onde os lixos depositados são recobertos por uma camada de terra compactada a fim de impedir a entrada de oxigênio, mas isso prejudica a decomposição do plástico, que demora muito para acontecer sem a presença do oxigênio. Dessa forma, a decomposição é realizada apenas pelas bactérias anaeróbicas. No entanto, os aterros liberam gases poluentes na atmosfera, sendo o metano o principal deles que é altamente inflamável, podendo causar explosões e incêndios. Além disso, os aterros se esgotam depois de alguns anos de uso, tendo que abandoná-los e sair à procura de outros para realizar o tratamento do lixo.

Enquanto o aterro sanitário de Caetité em parceria com alguns municípios vizinhos não começa a ser construído, a cooperativa de catadores já vem contribuindo de forma mais concreta e eficiente com a preservação do meio ambiente. Segundo dados coletados a partir do trabalho de campo a cooperativa recicla atualmente 30% dos resíduos sólidos produzidos pela população.

Pelas informações cedidas pela BAINEMA que presta consultoria à cooperativa, no ano de sua criação 2009, a cooperativa possuía 14 cooperados. No ano de 2011, a cooperativa contava com 28 cooperados, entre eles 1 presidente, 1 vice-presidente, 1 secretária, e 3 conselheiros fiscais. Todos os cooperados são do município de Caetité e têm entre 21 e 59 anos.

A COOPERCICLI é composta em sua maioria por 16 cooperadas do sexo feminino, 57%, e por 12 integrantes do sexo masculino, correspondendo a 43% (Gráfico 1), vale salientar que ao participarem da cooperativa, os catadores de resíduos sólidos deixaram de trabalhar no lixão, onde estavam sujeitos a diversas doenças e passaram a se organizar para coletar resíduos recicláveis em vários pontos da cidade, separar e prensar.

Gráfico 1 - Gênero dos cooperados- Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité (BA) - 2011



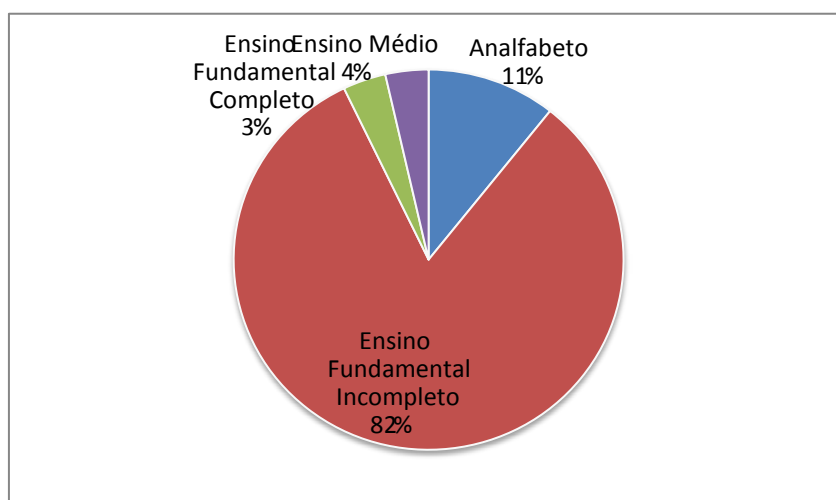
Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

Muitos relataram que suas vidas melhoram muito a partir do momento em que passaram a fazer parte da COOPERATIVA, começaram a ser reconhecidos pela sociedade, por prestarem um serviço de proteção ao meio ambiente, obtiveram melhorias em relação às condições econômicas, à segurança, pois estão em um local adequado, utilizando utensílios de segurança no trabalho, receberam curso de capacitação para trabalhar com os resíduos, participam esporadicamente de palestras oferecidas pela ação social do município.

Em relação à escolaridade, 82% possuem o ensino fundamental (1º grau) incompleto, 11% dos cooperados não frequentaram a escola, 4% possuem o ensino fundamental (1º grau) completo e 3% dos catadores de resíduos sólidos concluíram o ensino médio (2º grau) (Gráfico 2), os cooperados demonstraram sua preocupação em relação a educação, os pais de família

relataram que fazem questão de manter seus filhos na escola, para terem um futuro garantido, enquanto que os mais jovens disseram que frequentam a escola à noite e os que não frequentam demonstraram desejo de retornar aos estudos.

Gráfico 2 - Escolaridade dos cooperados - Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité (BA) - 2011



Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

Por meio das entrevistas ficou constatado que a prefeitura municipal contribui somente com o aluguel do galpão. O mesmo está localizado na Travessa Cassemiro de Abreu, nº 19, Bairro Ovídio Teixeira, na cidade de Caetité-BA, CEP 46400-000 (Figura 2).

Figura 2 - Frente da Cooperativa de Coleta Seletiva e Reciclagem da Cidade de Caetité (BA) - 2011



Fonte: COOPERCICLI, 2011.

A partir do Projeto Circuito do Lixo, a BAMIN passou a oferecer assistência técnica com a doação de uma prensa grande, uma balança, 10 carrinhos, 1 computador e consultoria prestada por 2 funcionários da BAINEMA. Neste contexto, vale salientar que antes da contribuição da BAMIN a cooperativa não possuía uma administração satisfatória, nem logística, não havia horários e dias definidos de trabalho e faltava organização. Os catadores não possuíam capacitação para trabalhar com os resíduos sólidos, só passaram a ter a partir da profissionalização oferecida no Projeto. De acordo com o Projeto Circuito do Lixo, de julho de 2010 a outubro de 2011 foram coletados 487.653,08 kg de material reciclável, ou seja, mais de 487 toneladas, contribuindo assim com a melhoria da renda dos cooperados.

É possível perceber a satisfação dos cooperados com a colaboração da BAMIN a partir do depoimento do cooperado C-1: “Depois que a BAMIN começou a ajudar a cooperativa tudo melhorou, as coisas estão mais organizadas e George e Ana Paula ajudam muito a gente”. Pelo que foi constatado, George Euzébio contribuiu bastante com a administração da cooperativa que se tornou mais organizada, com horários bem definidos, com compradores certos para comercializar os materiais reciclados prensados. E a presença constante de Ana Paula deixa os cooperados bem satisfeitos, pois ela os ajuda além das questões da cooperativa, prestando serviços assistenciais, como realizar a pesquisa escolar do filho da cooperada e marcar uma consulta médica pelo telefone.

A partir das observações realizadas na pesquisa de campo, as condições de trabalho na cooperativa são adequadas, os participantes possuem e utilizam os materiais de segurança no trabalho, como macacão, bota, boné, óculos e luvas. Trabalham de segunda a sábado. A cooperativa produz em média 30 toneladas de material reciclado prensado. Quando se consegue coletar e prensar uma carga grande que complete o transporte, o material é vendido a empresas de Salvador e Sergipe, mas quando a quantidade de material é pequena ela é vendida para atravessadores de Caetitê e Guanambi-BA (Figura 3).

Figura 3 - Material sendo vendido para o atravessador - Caetité (BA) - 2011



Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

Por meio de planilhas expostas no mural da cooperativa, para que todos tenham acesso, é possível observar como os benefícios são distribuídos a partir da produção e das horas trabalhadas. Existe um controle das horas que cada participante trabalhou, e ao final de cada mês se contabiliza o material que foi vendido, tira-se 10% para investir na cooperativa e o restante é dividido de acordo com as horas trabalhadas de cada cooperado. Infelizmente em média cada cooperado só recebe R\$ 200,00 (menos da metade do salário mínimo que no ano de 2011 era de R\$ 540,00), e muitos cooperados só dispõem desse valor para sustentar suas famílias.

Mesmo sendo um valor tão pequeno, já faz bastante diferença na vida dos cooperados. Um exemplo bem conciso e preocupante é o de uma catadora que foi abandonada pelo esposo e sustenta os 6(seis) filhos, com o valor que lhe cabe na cooperativa e com o dinheiro que recebe do programa social Bolsa Família.

Na ocasião da visita de autoridades à cooperativa, o prefeito deu a seguinte entrevista para um jornalista da cidade:

Concluiu dizendo que o seu pensamento está voltado para a melhoria das condições de vida dos catadores que estão envolvidos no processo e que todos podem contar com o apoio da Administração, através da Secretaria do Meio Ambiente, pois o Secretário João Portela tem buscado incessantemente conhecer cada vez mais sobre a Cooperativa e que tem conduzido com muita competência as várias reuniões objetivando a sua criação (SILVA, 2009, p. 01).

Entretanto na prática, a Administração do município não tem apoiado de forma satisfatória, pois ainda há muito a ser feito, por exemplo, a prefeitura não paga salário a nenhum catador de resíduos sólidos, o que deveria ser primordial, já que eles estão prestando um serviço à sociedade, realizando a limpeza das ruas, o governo municipal restringe-se somente em ceder o espaço, que já está se tornando pequeno pela quantidade cada vez maior de material reciclado coletado (Figura 4).

Figura 4 - O galpão está pequeno para a quantidade de material coletado - Caetité (BA) - 201



Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

A gestão municipal precisaria dedicar uma maior atenção aos catadores de resíduos sólidos, que vêm de uma realidade difícil e precisam de assistência em relação a aspectos básicos, como apoio à saúde, com consultas médicas, tratamento dentário, vacinação, já que podem estar expostos a doenças como: cólera, febre tifoide, leptospirose, toxoplasmose entre outras; precisam até mesmo de assistência psicológica com orientação e acompanhamento, por exemplo, para os ex-presidiários e ex-dependentes de drogas. Incentivo a educação dos próprios catadores e de sua família. Contribuição à Previdência Social com o objetivo de estarem protegidos e assegurados em relação a doenças, acidentes, maternidade, idade avançada, entre outros aspectos.

Neste sentido, percebe-se que a ajuda do setor privado é mais significativa do que a colaboração do poder público. Já que os resultados da relação entre a cooperativa de catadores com a empresa BAMIN são bem significativos, demonstrando assim a responsabilidade social da empresa mineradora. A partir do momento em que minimizam o impacto ambiental com a coleta seletiva dos resíduos sólidos e sua correta destinação.

A COOPERCICLI já construiu um papel significativo para o município de Caetité, pois gera economia em relação aos gastos com a limpeza pública, preservação do meio ambiente, capacidade de cooperação da sociedade, responsabilidade social e principalmente inclusão social dos catadores de recicláveis, como pode ser percebido na fala do presidente da cooperativa “[...] Temos orgulho de sermos catadores e, como catadores de material reciclável, somos muito importantes para a sociedade”, afirma Paulo Alves (RIBEIRO, 2011. p. 01).

Entretanto, ainda há muitos espaços a serem conquistados, especialmente pelo poder público. Infelizmente os resíduos sólidos são vistos pelos atores políticos como um serviço que demanda gastos excessivos e não com os benefícios citados acima.

Em se tratando de resíduos, a melhor forma de administração é o gerenciamento integrado, que pode ser entendido como um conjunto articulado de ações instruídas por normas operacionais e/ou financeiras e precedida de planejamentos desenvolvidos por gestores públicos, tendo como base os critérios sanitários ambientais e econômicos visando à coleta, o tratamento e a disposição final dos resíduos. Neste sentido, pode-se citar como exemplos a cidade de Curitiba-PR e de Montanha-ES.

Curitiba também conta com eficiente programa de Coleta Seletiva e entre os implantados, o Programa “Lixo que não é lixo” consistiu na mobilização da população para a coleta seletiva de lixo em toda cidade. Após a coleta, que é doada a uma entidade assistencial, onde é feita sua triagem, o “lixo” é posteriormente vendido, distribuindo 20% do valor arrecadado para tal entidade e 80% igualmente distribuído para outras entidades análogas. Com esse programa, foi duplicada a vida útil do Aterro Sanitário da Cidade (COELHO, 2009 *apud* CEMPRE, 1993, *apud* CALDERONI, 2003, p. 142).

De acordo com Duarte (2011), até o ano de 2009 os resíduos sólidos na cidade de Montanha eram depositados no lixão, a partir desse momento foi implantada a coleta seletiva. O projeto municipal recebeu ajuda financeira da Funasa e teve início com a conscientização da população a partir da educação e do incentivo para se separar os resíduos entre seco e úmido que são destinados respectivamente entre triagem e compostagem, enquanto que o rejeito é depositado em aterros sanitários. O projeto construiu duas fábricas uma que produz vassouras a partir das garrafas PET e outra que produz sabão com o óleo que é coletado.

A coleta seletiva implantada na cidade de Montanha trouxe vários pontos positivos, entre eles, humanização dos catadores de materiais recicláveis; inclusão social; minimização dos impactos causados pelos resíduos; acabou gerando até uma imagem positiva da administração.

Em se tratando da problemática relacionada aos resíduos sólidos verifica-se que a coleta seletiva e a reciclagem são algumas das propostas e alternativas mais aceitas para tentar solucionar a questão, e o trabalho da COOPERCICLI é um exemplo que poderá ser seguido pelos municípios brasileiros. Neste sentido, as ações que visam à melhoria e o bem-estar da sociedade devem preceder de análises que perpassam pelo planejamento e gestão.

A reciclagem é entendida hoje como um significativo meio para geração de riquezas. No entanto, percebe-se a necessidade de uma política pública articulada para a reciclagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel de um bom gestor público é conhecer a realidade de sua localidade, identificar os problemas de maior relevância e a partir de um planejamento estratégico situacional elaborar políticas públicas eficientes para tentar resolvê-los.

Ao observar a realidade do município de Caetité, percebe-se que a cidade produz uma grande quantidade de resíduos sólidos e que 70% desses materiais são descartados de forma inadequada no lixão da cidade prejudicando o meio ambiente e a saúde da população.

Neste sentido, surge a necessidade de se planejar uma forma correta para destinar os resíduos sólidos produzidos pela sociedade caetiteense. E o melhor exemplo a ser seguido até o momento é o da COOPERCICLI, que recolhe os materiais recicláveis em algumas empresas e residências da cidade, em seguida os encaminha ao galpão, realizam a triagem e prensam os resíduos separadamente de acordo com as suas características.

Ao final de cada mês os materiais coletados e prensados são vendidos para empresas de Salvador, Sergipe e para alguns atravessadores.

Desenvolvendo esse trabalho a COOPERCICLI coleta, separa e comercializa 30% dos resíduos sólidos do município, ajuda significativamente na limpeza, gera renda para os catadores que antes eram excluídos, ajudam a preservar o meio ambiente e a saúde da comunidade. Exercendo assim uma grande responsabilidade social.

A cooperativa de reciclagem ainda está se estruturando e o papel do poder público, neste sentido, precisa se intensificar, pois pelo que foi observado a prefeitura não oferece o suporte necessário para a cooperativa. A assistência que a cooperativa recebe de forma mais significativa vem da empresa privada BAMIN.

A produção de lixo, cada vez mais intensificada pelo consumismo, é um problema que vem preocupando há muito tempo todo o mundo. Neste sentido, precisa se dar um destino correto aos resíduos sólidos urbanos e os gestores precisam estar capacitados para planejar

estrategicamente políticas públicas que resolvam o problema, a partir da Educação Ambiental, da coleta seletiva, reciclagem, geração de energia limpa, aterros sanitários bem estruturados, inclusão dos catadores e principalmente incentivo financeiro para que tais ações sejam alcançadas e é claro um mercado consumidor para os produtos reciclados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CAETITÉ. **Código Municipal de Meio Ambiente**. Lei nº 700 de 08 de abril de 2010.

BRASIL. CONAMA. **Conselho Nacional do Meio Ambiente**. Resolução nº 308 de 21 de março de 2002.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=29>. Acesso em: 14 nov. 2011.

COELHO, Janaina Macedo Coelho. **Política Pública Municipal de Coleta Seletiva e Efetividade do Programa na Cidade de Anápolis-Goiás**. Centro Universitário de Anápolis: Anápolis, 2009. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetaileObraForm.do?select_action=&co_obra=151432>. Acesso: 14 nov. 2011.

DUARTE, Marinéia Araújo de Novais. **Usina de Triagem e Compostagem de Resíduos Sólidos de Montanha-ES**. Secretaria Municipal de Meio Ambiente: Montanha, 2011.

FIGUEIREDO, Paulo Jose Moraes. **A Sociedade do Lixo: os resíduos a questão energética e a crise ambiental**. 2. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1995.

MANZINI, Eduardo José. **Entrevista Semi-estruturada: Análise de Objetivos e de Roteiros**. Disponível em: <<http://www.ava3.uneb.br/blog/index.php?userid=2346&courseid=1>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

MOREIRA, Adriana. Coleta seletiva é fácil e traz benefícios. **Folha da cidade**, Guarapari-ES, 28 mar. 2011. Meio Ambiente. Disponível em: <http://www.folhadacidade.inf.br/ler.asp?cod_editoria=4&cod_materia=2734>. Acesso: 09 nov. 2011.

REDAÇÃO ECOD. **Geração de lixo no Brasil cresce mais do que população e coleta seletiva**. Disponível em: <<http://www.ecodesenvolvimento.org.br/posts/2011/abril/geracao-de-lixo-nobrasil-cresce-mais-do-que>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

RIBEIRO, Francisco. **Edital da FNS contempla cooperativa de catadores de Caetité**. Disponível em: <<http://www.zerobertonews.com.br/?gs=7&codigo=142>>. Acesso em: 03 jul. 2011.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

SILVA, Pedro. **Cooperativa de Catadores de Resíduos Sólidos está se tornando uma realidade em Caetité**. 30 mar. 2009. Disponível em:

<http://www.jjshow.com.br/?lk=4&id=7701>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes. ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. Disponível em:

http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011.

A DANÇA COMO RECURSO COADJUVANTE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO NÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Michael Cavalcanti

Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Salvador (FACSAL/ISEC)

Bacharel e Licenciado em Dança pela UFBA

E-mail: michael.espetaculum@gmail.com

Lay Martinez Silva Bêribá

Fisioterapeuta pela UCSAL, Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Coordenadora do Curso de Fisioterapia ISEC - FACSAL

E-mail: laymartinez@gmail.com

RESUMO

Com o avanço nas buscas por tratamentos não medicamentosos e recursos que melhorem ou atenuem os impactos da Doença de Parkinson na vida de seus portadores, a dança surge como uma recente e atraente possibilidade nesse cenário, por unir exercício físico, estímulo cognitivo e bem-estar. O objetivo desse estudo foi revisar a literatura identificando os benefícios corporais adquiridos através da dança por indivíduos acometidos pela doença de Parkinson. Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, onde utilizou-se descritores relacionados ao tratamento com a dança para a doença de Parkinson, através de pesquisa em base eletrônica da Pubmed, com artigos publicados entre os anos de 2009 até o ano de 2015. Essa revisão se apropriou de uma maioria de estudos que evidenciam a dança como um benéfico e seguro recurso terapêutico para a doença de Parkinson, principalmente no que se refere ao equilíbrio, estabilidade, marcha e mobilidade funcional. Diante a quantidade de artigos científicos encontrados ainda se faz necessário novos estudos para aprofundar a relação de mais estilos de dança na geração de resultados relativos à pesquisa.

Palavras-chave: Dança. Doença de Parkinson. Habilidades motoras.

ABSTRACT

With the advancement in the search for non-drug treatments and resources that enhance or reduce the impact of Parkinson's disease in patients' lives, dance appears as a new and attractive possibility, by joining physical exercise, cognitive stimulation and well-being. The aim of this study was to review the literature identifying the body benefits acquired through dance by individuals affected by Parkinson's disease. A non-systematic literature review was performed, where descriptors related to research on treatment with dance for Parkinson's disease were searched on the electronic base Pubmed, with articles published between the years 2009 to 2015. This review revealed a majority of studies show dance a beneficial and safe therapeutic approach for Parkinson's disease, especially regarding balance, stability, gait and functional mobility. Based on the amount of scientific papers found, further study is necessary to deepen the relationship among dance styles in generating research results.

Keywords: Dance. Parkinson's disease. Motor skills.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma das doenças degenerativas mais frequentes do sistema nervoso central, principalmente com o avanço no processo de envelhecimento. É uma patologia que acomete os neurônios da zona compacta da substância negra e uma diminuição da produção de dopamina, resultando em desordens do movimento” (DUNCAN et al., 2014; ALVES et al., 2008).

A DP traz consigo uma variedade de acometimentos motores como primordialmente a rigidez, o tremor em repouso e a bradicinesia, que por sua vez, somam se a outros aspectos como instabilidade postural, alteração da marcha, diminuição de equilíbrio e consequente aumento do risco de quedas, assim como sintomas não motores como aspectos mentais caracterizados por distúrbios de memória e cognição, e também psicológicos como a depressão (HEIBERGER et al., 2011; HARRIS et al., 2008; EARHEART et al., 2009; HACKNEY et al., 2010; SHANAHAM et al., 2015).

Segundo Goodwin et. al., (2008) a partir de evidências científicas prévias, é sabido que a atividade física traz muitos benefícios aos pacientes com DP no que diz respeito a melhora da força muscular, na velocidade da marcha, no equilíbrio e na qualidade de vida, portanto muitos programas de exercícios foram desenvolvidos como treino aeróbico, treino de equilíbrio, hidroginástica, dentre outros, porém a frequência e adesão ao tratamento não eram sempre satisfatórios, ao contrário dos relatos com a atividade com dança.

Nesse cenário, muitos estudos têm trazido a intervenção com a dança como um efetivo recurso no tratamento não medicamentoso para os indivíduos com a DP. A dança é uma arte e também atividade física que proporciona o treinamento corporal e envolve questões motoras e psicológicas que interferem diretamente no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos (HACKNEY; EARHART, 2009; HANSEN et al., 2001; HASHIMOTO et al., 2015).

Muitos estilos de dança como o tango, o ballet clássico, o jazz dance, a dança contemporânea, o sapateado americano, a dança irlandesa, a dança-teatro, o contato-improvisação e ainda videogames de exercício com a dança, todos conduzidos por professores e profissionais especializados, foram utilizados como recursos coadjuvantes no tratamento da DP e trouxeram significantes benefícios para esse fim (WESTHEIMER et al., 2015; HASHIMOTO et al., 2015).

O estudo tem como objetivo revisar de forma não sistemática a literatura quanto às evidências dos benefícios motores da dança como recurso terapêutico no tratamento de pacientes

com doença de Parkinson, e sua atuação para melhor divulgação e utilização da mesma como forma de tratamento.

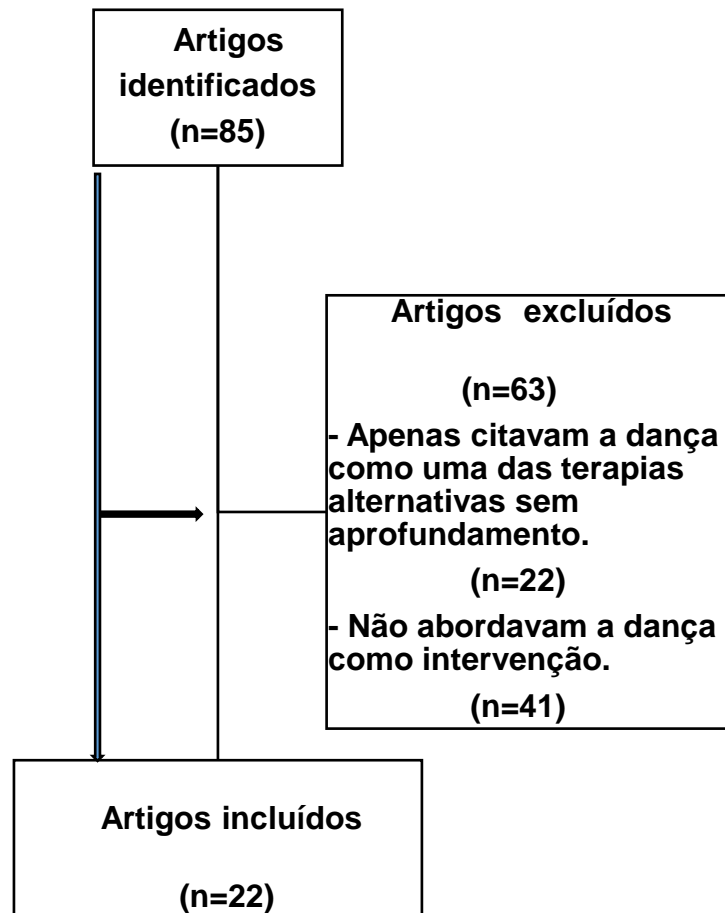
2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão não sistemática da literatura. A pesquisa foi realizada em base de dados eletrônicos para a busca de artigos indexados a PubMed, sendo estes publicados no período entre 2009 a 2015. Utilizou-se como palavras-chave dança e doença de Parkinson e seus correspondentes em inglês *dance and Parkinson disease*. Foram incluídos artigos que traziam a dança como mais um recurso no tratamento da doença de Parkinson e não foram incluídos artigos duplicados e os estudos que citavam a dança e outras terapias alternativas como recurso terapêutico sem aprofundar sua intervenção.

3 RESULTADOS

Foram encontrados 85 artigos pelo cruzamento das palavras-chave, sendo que 22 destes atendiam ao critério de inclusão do estudo. Destes existiam um estudo clínico randomizado controlado, um estudo piloto quasi-randomizado, um estudo piloto prospectivo, um estudo piloto não controlado, dois estudos de caso e mais 16 ensaios clínicos. Quanto aos estudos que faziam referências diretas em seu título aos estilos de dança, tem-se: 08 artigos abordavam o tango argentino, 02 artigos abordavam a dança típica irlandesa, 01 artigo abordava o ballet clássico, 01 artigo abordava o contato-improvisação e 10 artigos abordavam a dança em geral, independentemente do estilo, como principais recursos da intervenção para indivíduos com DP. Nenhum dos artigos utilizados nesta revisão apresentam efeitos negativos no que se refere a intervenção utilizada e ainda apontam benefícios motores e não-motores significativos.

Figura 1 - Fluxograma de artigos incluídos e excluídos do estudo sobre a dança como recurso coadjuvante na doença de Parkinson: revisão não sistemática da literatura



Quadro 1 - Características dos artigos incluídos

					Continua
TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS
“Mood Changes following Social Dance Sessions in People With Parkinson’s disease”.	Lewis, C. et al., 2014.	Analisar as possíveis mudanças físicas e psicológicas através da dança em pacientes com Doença de Parkinson.	Um total de 37 participantes (GI=22, GC= 15), entre 50-80 anos, média 65,5 anos.	Os participantes foram submetidos a 10 semanas com 50 minutos de aula, dançando variados ritmos de acordo com a idade. Na nona semana, os participantes responderam ao questionário BRUM (ciclo curto). Dando sequência ao estudo na décima segunda semana eles responderam pela segunda vez ao POMS (ciclo longo).	A dança trouxe benefícios físicos e psicológicos para as pessoas mais velhas, especialmente as que tinham a DP, considerando-se que ela pode melhorar o estado geral em curto e longo ciclo. Houve uma mudança em todos os aspectos e inicialmente foram constatadas menos fadigas naqueles com alto grau de depressão.
Applying anodal tDCS during tango dancing in a patient with Parkinson’s disease.	Kashi, D. et.al., 2014	Observar os efeitos da estimulação transcraniana por corrente direta (tDCS) durante o ato da dança do tango.	01 participante do sexo masculino com 79 anos de idade com DP moderada.	Foi aplicada a tDCS anodal bilateralmente no motor primário e córtex pré-motor do participante com PD durante a dança 2x na semana, uma com atuação real e outra efeito placebo. Estudo foi cego.	Foram constatados benefícios significantes com a anodal tDCS nos movimentos do tronco, assim como nos movimentos das extremidades (MMSS) e em tarefas de marcha.
A community-based argentine tango dance program is associated with increased activity participation among individuals with Parkinson’s disease.	Foster, E.R. et al., 2012	Determinar os efeitos de 12 meses de inserção em um programa de aulas de dança de tango argentino por indivíduos com DP.	62 participantes, sendo que restaram 52 (GC=26; GI=26)	Os participantes foram submetidos a aulas de dança de tango argentino por duas vezes na semana durante um ano.	A participação no grupo de tango foi superior ao grupo controle, que por sua vez, não houve mudança. O número de interessados no programa de tango continuou a crescer.
Tango for treatment of motor and non-motor manifestations in Parkinson’s disease: A randomized control study.	Romenets, S.R., et. al., 2015	Determinar os efeitos do tango argentino nas manifestações motoras e não-motoras da doença de Parkinson.	Um total de 40 participantes (GI=18, GC=15)	Um estudo piloto de 12 semanas comparando aulas de tango com grupo controle com exercícios auto direcionados.	A severidade das desordens motoras dos dois grupos não apresentava diferenças significativas, o que ajudou na observação da melhora do grupo de dança a partir dos testes propostos quanto ao equilíbrio, mobilidade funcional, cognição e fadiga.
Effects of dance on balance and gait in severe Parkinson disease: A case study.	Hackney, M.E., e Eaerhart, G.M., 2010.	Determinar a viabilidade e efetividade de aulas de dança acompanhada por parceiros de dança em um indivíduo com DP e mobilidade limitada.	01 participante do sexo masculino.	Um estudo de caso de 10 semanas, com aulas de dança com parceiro de dança, por 2 vezes na semana com 1 hora de duração cada uma.	O participante melhorou nos testes proposto quanto ao equilíbrio, marcha e qualidade de vida e esses ganhos se mantiveram quando avaliado depois de um mês no pós-teste.

Quadro 1 - Características dos artigos incluídos

					Continua
TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS
Effects of dance on motor functions, cognitive functions, and mental symptoms of Parkinson's disease: A quasi-randomized pilot trial.	Hashimoto, H. et al., 2015.	Investigar a extensão dos efeitos da dança na função motora, função cognitiva e sintomas mentais, todos que estão na base dos sintomas motores e não motores na DP.	Um total de 46 participantes com DP em grau moderado.	Um estudo quasi-randomizado realizado em 12 semana com aulas de dança de 1 hora uma vez na semana.	O estudo evidencia a efetividade da dança em pacientes com DP, devendo ser mais usada como reabilitação, devido a melhora na função motora, como equilíbrio e marcha, função cognitiva, como memória e execução de ações, mentais como depressão e apatia, assim como nos sintomas gerais.
Randomized controlled trial of community-based dancing to modify disease progression in Parkinson disease.	Duncan, R.P., e Earhart, G.M., 2012	Determinar os efeitos de longa duração de um programa de dança em pessoas com DP com as avaliações realizadas sem uso da medicação.	Um total de 123 participantes com n=62, GC=61).	Um estudo de 12 meses, como aulas de dança por 2 vezes na semana com 1 hora de duração baseada no tango argentino.	Melhoras no grupo intervenção com aulas de tango foram aparentes mesmo sem o uso da medicação, sugerindo que a participação nas aulas de dança com longa duração pode modificar a progressão das desabilidades da DP.
Are the effects of community-based dance on Parkinson disease severity, balance, and functional mobility reduced with time? A 2 year prospective pilot study.	Duncan, R.P., e Earhart, G.M., 2014.	Determinar os efeitos da participação num programa de dança de 2 anos na severidade e mobilidade funcional em indivíduos com DP.	Um total de 10 pacientes (GI=5, GC=5).	Um estudo randomizado realizado com aulas de dança de 1 hora, duas vezes na semana por 2 anos.	Este é um estudo de maior duração em examinar os efeitos das aulas de dança em indivíduos com DP e o mesmo atesta melhoras na severidade dos sintomas motores e não motores, assim como nas atividades de vida diária e equilíbrio.
"Effects of Dance on Gait and Balance in Parkinson Disease: A Comparison of Partnered and Non-Partnered Dance Movement"	Hackney, M.E. et al., 2010.	Determinar se indivíduos com DP podem se beneficiar em relação a mobilidade funcional com aulas de tango com e sem parceiros de dança.	Total de 39 participantes com DP e sem histórico de outras doenças neurológicas, fazendo uso do levodopa, com média de idade de 40 anos.	Os indivíduos foram encaminhados para as aulas de dança com parceiros e sem parceiros. Os participantes foram informados sobre a atividade com a dança, embora tenha sido este um estudo cego realizado por 10 semanas, 2 aulas de 1 hora por semana, totalizando 20 sessões.	Apesar de algumas poucas desistências nos dois grupos, ou por progressão do declínio mental, ou pela locomoção ou pela queixa de fadiga, ambos demonstraram melhoras no pós-teste e relataram que as aulas de dança trouxeram benefícios físicos tanto na marcha quanto no equilíbrio, assim como no bem-estar. Não houve diferença significativa entre os dois grupos.

Quadro 1 - Características dos artigos incluídos

					Continua
TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS
“Impact of a Weekly Dance Class on the Functional mobility and n the Quality of Life of Individuals with Parkinson’s Disease”	Heiberger, L. et al., 2011	Os objetivos desse estudo foram investigar o efeito imediato após aula de dança no controle motor em indivíduos com Doença de Parkinson e investigar a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores após a participação regular nas aulas de dança.	Total de 14 participantes, sendo 11 pessoas entre 58 e 85 anos de idade, com DP de grau moderado a severo, e mais outras 03 pessoas entre 66 e 71 anos de idade, também com DP.	Um grupo foi submetido à intervenção com aula de dança regular por 8 meses e outro de 3 pessoas foi avaliado imediatamente após uma única aula a fim de investigar as melhorias na capacidade motora com a escala de Doença de Parkinson III (UPDRS III), Teste TUG e Semitandem Test (Se Ta), e para a avaliação da qualidade de vida foi-se utilizado o Teste de Qualidade de Vida (QOF).	Importantes melhoras foram demonstradas no que diz respeito a rigidez, movimentos das mão e dedos dos pés e pernas, e expressão facial nos dois grupos.
Dance for PD: A Preliminary Investigation of Effects on Motor Function and Quality of Life Among Persons with Parkinson’s Disease (PD).	Westheimer, O. et al., 2015.	Determinar a proporção que a intervenção com a dança poderia causar e sugerir que ela viesse a servir como base de análise para outros estudos.	Total de 14 participantes com DP com média de idade de 66,2 anos de idade.	Estudo exploratório com indivíduos diagnosticados com DP submetidos a 8 semanas de aulas de dança, sem experiências prévias, 2 vezes na semana, com 1,25 hora cada, caracterizando assim 16 sessões e um total de 20 horas. Foram utilizados elementos de vários estilos de dança como o ballet, o jazz, o moderno e o sapateado.	Quanto aos sintomas motores houve uma significante melhora na base de suporte, na marcha e no tremor em repouso, mas não teve diferença significativa entre elas. Em relação a qualidade de vida também existiram relatos e respostas no questionário de benefícios.
A comparison of irish set dancing and exercices for people with Parkinson’s disease: A phase II feasibility study.	Volpe, D. et al., 2013.	Avaliar a viabilidade de um estudo de controle randomizado com dança irlandesa em conjunto com a fisioterapia em pessoas com DP grau leve a moderado.	Total de 24 participantes (GC=12; GI=12).	Os grupos foram randomizados e por 6 meses foram submetidos aos tratamentos. Os testes utilizados foram o UPDRS, TUG, Escala de Berg, Escala modificada de Freezing e marcha, questionários e PDQ-39.	Os programas dos dois grupos se mostraram viáveis e seguros, porém a intervenção com a dança mostrou maiores ganhos em relação ao outro grupo de fisioterapia quanto ao freezing da marcha, equilíbrio e desordens motoras, se mostrando mais efetiva.

Quadro 1 - Características dos artigos incluídos

					Continua
TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS
Is Irish set dancing feasible for people with Parkinson's disease in Ireland?	Shanahan, J. et al., 2015.	Examinar a viabilidade e benefícios da dança irlandesa em grupo para adultos com DP na Irlanda.	Total de 10 participantes, 07 homens e 3 mulheres.	Os participantes foram submetidos a 6 meses de intervenção com aula de dança irlandesa em conjunto.	Os resultados sugerem que a dança em grupo é viável e segura para indivíduos com DP grau leve a moderado. Todos os participantes completaram o estudo e obtiveram melhoras em aspectos da saúde, principalmente no equilíbrio.
A mixed-methods study into ballet for people living with Parkinson's.	Houston, S.; McGill, A., 2013	Observar o efeito de vários métodos associados ao ballet no equilíbrio, estabilidade e postura de indivíduos com DP.	Total de 24 participantes, 12 homens e 12 mulheres, com idade entre 60 e 82 anos.	Foram utilizadas a escala Avançada de Equilíbrio de Fullerton (FAB) e análise de prumo para analisar equilíbrio, estabilidade e postura dos participantes.	Houve uma ótima aderência e motivação quanto a intervenção proposta pelo estudo e existiu melhora significativa no equilíbrio e estabilidade, porém não tanto na postura.
Effects of a short duration, high dose contact improvisation dance workshop on Parkinson's disease: A	Marchant, D. et al., 2010	Avaliar a viabilidade e potencial terapêutico da Contato-Improvisação em indivíduos com DP.	Total de 11 participantes dentre homens e mulheres acima dos 55 anos.	Os participantes foram submetidos a um workshop de contato-improvisação por um período de 2 semanas, com 1,5 hora de aula cada sessão. Os parceiros eram dançarinos	Todos os participantes completaram o estudo com melhoras significativas na mobilidade e equilíbrio.
The effects of adapted tango on spatial cognition and disease severity in Parkinson's disease.	McKee, K.E. e Hackney, M.E., 2013.	Determinar os efeitos das aulas de tango adaptado na cognição espacial e na severidade da DP.	Um total de 33 participantes (GI=24, GC=9).	Os participantes foram submetidos a aulas de tango adaptado por 20 sessões, com 90 minutos de aula e realizado pré-teste e pós-testes ente 10-12 semanas.	Os participantes do grupo do tango melhoraram a severidade da doença, a cognição espacial, o equilíbrio e esses ganhos foram mantidos no pós-teste em 10-12 semanas.
Community-based adapted tango dancing for individuals with Parkinson's disease and older adults.	Hackney, M. e McKee, K., 2014	Descrever a metodologia e, com isso, divulgar o tango adaptado para adultos idosos e indivíduos com DP.	Um total de 88 participantes, entre eles idosos (n=63) e indivíduos com DP (n=25)	Os participantes foram submetidos a aulas de tango adaptado (simplificado) de 1 hora de duração por 2 vezes na semana, durante 12 semanas.	Foram evidenciadas melhoras na mobilidade, no equilíbrio, na marcha, mostrando-se ser uma intervenção segura e com alta aderência por parte dos participantes.

Quadro 1 - Características dos artigos incluídos

					Conclusão
TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS
Therapeutic argentine tango dancing for people with mild Parkinson's disease: a feasibility study.	Blandy, L.M. et al., 2015.	Avaliar a viabilidade e segurança da intervenção com tango e promover recomendações para outros estudos.	Um total de 6 participantes com DP de leve a moderado.	Os participantes foram submetidos a aulas de dança por 1 hora, por 2 vezes na semana durante 4 semanas.	As aulas de dança baseadas no tango argentino mostraram ser viáveis e seguras, e sem eventos adversos, tendo uma alta aderência pelos participantes e melhorado até quadros de depressão
Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: A comparison of Argentine tango and American ballroom.	Hackney, M.E. e Earhart, G.M., 2009.	Comparar os efeitos do tango e da dança de salão americana na função motora de indivíduos com DP.	Um total de 58 indivíduos com DP de grau leve a moderado.	Os participantes foram randomizados em grupo do tango, grupo do waltz/foxtrote e grupo sem intervenção (controle) com 13 semanas de 2 aulas de 1 hora por semana.	Ambos grupos de dança melhoraram mais do que o grupo controle quanto ao equilíbrio e locomoção, porém os benefícios do tango ainda foram superiores ao do waltz /foxtrot.
Short duration, intensive tango dancing for Parkinson disease: An Uncontrolled pilot study.	Hackney, M.E. e Earhart, G.M., 2009.	Determinar os efeitos de curta duração num programa intensivo de tango na mobilidade funcional em indivíduos com DP.	Um total de 45 participantes com DP.	Os participantes foram submetidos a aulas de tango de 1,5 hora, por duas vezes na semana em 2 semanas. O equilíbrio, a marcha e a mobilidade foram avaliados antes e depois das sessões.	A frequência em aulas de dança por um curto período é apropriada e efetiva para indivíduos com DP leve a moderada, no que se refere a equilíbrio, e velocidade de marcha.
Perceptions of a videogame-based dance exercise program among individuals with Parkinson's disease.	Natbony, L.R. et al., 2013	Explorar a utilidade do videogame baseado em exercícios de dança na DP, incorporando as 4 chaves propostas como tratamento: as estratégias de movimento cognitivo, capacidade física, treino	Total de 16 participantes com idade acima de 40 anos e com diagnóstico de DP leve a moderado.	Pacientes foram submetidos ao jogo de videogame "Dance Dance Revolution" (DDR) sob supervisão de um técnico.	O estudo demonstra que diante da tecnologia imposta (DDR) os participantes referiram mais benefícios e melhoras motoras do que dificuldades, assim como demonstraram prazer e frequência com a atividade.

* DP: Doença de Parkinson; GC: Grupo Controle; GI: Grupo Intervenção.

Fonte: Elaboração própria.

4 DISCUSSÃO

A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa crônica e progressiva estimada em afetar cerca de 6 milhões de pessoas ao redor do mundo. Acredita-se que esse evento é cada vez mais propício de acontecer com o envelhecimento e, por sua vez, os distúrbios motores e não-motores (cognitivos) gerando redução da memória e psicológicos como a depressão inerentes à patologia aceleram ainda mais esse processo (NATBONY et al., 2013; HASHIMOTO et al., 2015).

Recentemente alguns estudos tem demonstrado que exercícios regulares e rítmicos podem oferecer uma melhora significativa nos sinais e sintomas da doença de Parkinson, com isso a dança surge como mais um recurso terapêutico no tratamento dessa patologia. Diante dos estudos encontrados, a dança tem sido um recurso eficaz na melhora motora dos indivíduos com DP tanto pela sua atividade física em si quanto pela adesão e frequência dos mesmos à terapia devido a sua dinâmica, ludicidade e agradabilidade, segundo relatos dos próprios participantes (HACKNEY et al., 2009; FOSTER et al., 2013).

A partir das evidências clínicas quanto a terapias físicas muito tem-se comentado sobre as 4 chaves para preconizadas como fundamentais no sucesso do tratamento para a DP: (1) prática de movimentos cognitivos para melhorar as transferências; (2) exercícios para melhorar o equilíbrio; (3) treino da mobilidade articular e fortalecimento muscular para melhorar a capacidade física; (4) estratégias para melhorar a marcha (EARHART et al., 2009).

A seleção de participantes para integrarem os estudos realizados levou em consideração, em sua totalidade, a condição de os indivíduos diagnosticados com a DP entre os estágios leve a severo apresentarem sucesso no tratamento medicamentoso, geralmente com o levodopa, ter acuidade visual moderada, mesmo com auxílio de lentes corretivas (óculos), capacidade de manter-se em pé e andar independentemente por pelo menos 30 minutos e sem histórico de doenças vestibulares (MARCHANT et al., 2010; MCKEE et al., 2014; HACKNEY, et al., 2014).

Para a avaliação das melhoras efetivas causadas pelas aulas de dança nas habilidades motoras foram utilizados testes e escalas específicos como o *Unified Parkinson Disease Rating* (UPDRS), *Timed Up and Go* (TUG), Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6'), *SemitanDEM Test*, Escala de Borg, e para as questões mentais e psicológicas o Questionário de Qualidade de Vida para mensurar a mesma (QOL), o PDQ-39, o *Beck Depression Inventory* e entrevistas (LEWIS et al., 2014; HEIDBERGER et al., 2011; WESTHEIMER et al., 2015; HACKNEY et al., 2010).

Com os créditos dos benefícios demonstrados nos estudos anteriores, as aulas de dança como um recurso no tratamento de pessoas com a doença de Parkinson e também para os seus parceiros de dança e acompanhantes se desenvolve no ano de 2001 com a parceria do *Brooklyn Parkinson Group* e a *Mark Morris Dance Group*, o que abre espaço para mais um aspecto de alcance dos estudos (WESTHEIMER et al., 2015).

Na condução dos estudos, a intervenção era construída, em sua maioria, por 3 a 4 momentos característicos da rotina de uma aula de dança como um aquecimento (podendo ser sentado ou em pé), alguns exercícios em contato com a barra funcionando como um suporte para a propriocepção e equilíbrio, no caso do ballet clássico, as sequências de centro e coreografias comuns a todos, e o final com um relaxamento (HEIBERGER et al., 2011; HOUSTON and MCGILL., 2012).

Os estudos eram realizados com o suporte de profissionais de dança especialistas nos estilos propostos e com largo tempo de experiência na área, responsáveis também por realizar, quando necessário e utilizado, treinamento criterioso para os instrutores, parceiros, cuidadores e voluntários no acompanhamento dos indivíduos com DP (HEIBERGER et al., 2011; WESTHEIMER et al., 2015; DUNCAN et al., 2014; HACKNEY and EARHART, 2010).

Um fator bastante relevante na intervenção com dança para pessoas com a doença de Parkinson é a escolha do estilo de dança adotado, pois cada um tem uma dinâmica, um ritmo, características e movimentos específicos, embora os objetivos físicos sejam próximos. Este estudo reuniu os principais estilos abordados nos artigos selecionados.

4.1 TANGO

O tango argentino para pessoas com DP geralmente é adaptado, havendo assim uma simplificação de passos e sequências coreográficas. Nesse intuito, são introduzidos os movimentos iniciais, porém mantendo as suas características base de movimentos desafiadores multidirecionais, iniciação e paradas precisas dos movimentos, passos para trás, diversas velocidades e ritmos, atenção quanto a colocação dos pés, coordenação motora de todo o corpo, atenção para com o parceiro, o caminho que o movimento percorre e fidelidade à estética do estilo (HACKNEY et al., 2014; McKEE et al., 2014).

Em um estudo de 2009 que fazia uma comparação dos efeitos no controle motor entre o tango e a dança de salão americana (Waltz e Foxtrot) na DP, os achados não tiveram uma polarização e convergiram nos benefícios quanto a locomoção, equilíbrio e no controle motor

em geral, sendo que com o tango estes foram ainda mais significativos (HACKNEY et al., 2009).

No mesmo ano e coordenada pela mesma pesquisadora, foi desenvolvida uma pesquisa que tinha por objetivo analisar os efeitos de curta duração de um treino intensivo de aulas de tango na mobilidade funcional nos indivíduos com DP. A intervenção era caracterizada por dez aulas de tango com 1,5 hora de duração cada por duas semanas e os resultados demonstraram viabilidade no incremento do tango como recurso de tratamento por prover melhora na marcha, no equilíbrio e na mobilidade funcional (HACKNEY et al., 2009).

Outro estudo em 2015 que se propunha a estudar a viabilidade em se aplicar o tango para pacientes com DP de grau leve num programa de 4 semanas de aulas de tango obteve como resultado que o recurso é seguro e viável diante dos déficits motores, de equilíbrio e risco de quedas, e ainda se estendendo para indivíduos com DP de leve a moderado (BLANDY et al., 2015).

Um estudo de 2010, com 39 participantes, com duas aulas semanais de 1 hora cada, por 10 semanas, analisou os efeitos das aulas de dança na marcha e no equilíbrio em indivíduos com DP comparando o tango acompanhado por parceiros e não acompanhado. Era posto que o parceiro pode oferecer mais desafios ao participante pela interferência externa, porém o dançar sem parceiro favorece a independência e desafios impostos pelas atividades de vida diária. Não houve diferenças significativas entre os grupos, porém o grupo com parceiro referiu maior prazer e interesse em continuar (HACKNEY and EARHART, 2010).

No ano de 2014, um estudo objetivou observar os efeitos da estimulação transcraniana por corrente direta (tDCS) durante o ato da dança do tango, em um paciente de 79 anos com DP em estágio moderado. O participante dançou duas sequências de tango, uma com a estimulação e outra não com efeito placebo, num estudo cego, e foi constatado que os benefícios com a anodal tDCS se mostraram superiores nos movimentos do tronco, assim como nos movimentos das extremidades (MMSS) e em tarefas de marcha (KASHI et al., 2014).

Em 2012, um estudo se propôs a determinar os efeitos a longo prazo baseado num programa de dança com o tango em indivíduos com DP sem fazer uso de medicação, durante 12 meses, com intervenções de duas vezes na semana e um total de 62 participantes. As evidências foram que o grupo intervenção teve resultados superiores ao grupo controle sugerindo que as aulas de tango a longo prazo, mesmo sem uso da medicação, podem modificar a progressão das desabilidades na DP (DUNCAN and EARHART, 2012).

Como resultado geral das intervenções através do tango os benefícios mais significativos se caracterizaram por maior estabilidade, maior equilíbrio, melhor mobilidade

geral e melhora na marcha comprovado via testes e através dos relatos dos paciente e cuidadores (FOSTER et al., 2013; HACKNEY et al., 2014; McKEE et al., 2014).

4.2 BALLET CLÁSSICO

O ballet clássico é um estilo de dança bastante desafiador, pois além da demanda de equilíbrio, força muscular, estabilidade e alinhamento postural, existe uma busca pelas variadas dinâmicas de movimento como os movimentos fluidos, fortes, pontuados, dentre outros. As aulas para os indivíduos com DP foram adaptadas, tendo grau de dificuldade reduzido, tendendo a movimentos de iniciação e não utilizando assim todos os passos e exercícios característicos do estilo (HOUSTON; McGILL, 2012).

Em um estudo realizado em 2012 liderado pela companhia britânica *English National Ballet* com indivíduos com DP baseado numa intervenção de 12 semanas consistindo em 1,5 horas de aula de dança, por uma vez na semana, como resultado uma melhora significativa no equilíbrio e na estabilidade, porém não houve melhora significativa na postura (HOUSTON and McGILL, 2012).

4.3 DANÇA IRLANDESA

A dança irlandesa em conjunto também é popular para pessoas com DP ao redor do mundo. Ela fornece rítmicos sinais auditivos, estabilidade pelo suporte dos parceiros, é simples de aprender e executar e é frequentemente relatada como agradável (VOLPE et al., 2013).

Em um estudo realizado no ano de 2013 que comparava a intervenção da dança irlandesa em conjunto com os exercícios da fisioterapia convencional, se observou que em um período de 6 meses com 1,5 hora de cada atividade, uma vez na semana, sendo 12 participantes em cada grupo, ambos os grupos se mostraram viáveis e seguros, no entanto, o grupo de dança mostrou resultados superiores ao grupo da fisioterapia convencional quanto ao *freezing* da marcha, ao equilíbrio e a desabilidade motora (VOLPE et al., 2013).

De acordo com os estudos a dança irlandesa em conjunto aparece como um recurso viável, agradável e seguro com significante potencial de melhora da mobilidade, redução das disfunções, promoção de saúde e qualidade de vida em indivíduos com DP de grau leve a moderado (VOLPE et al., 2013; SHANAHAN et al., 2014).

4.4 CONTATO-IMPROVISACÃO

O contato-improvisação deriva da dança moderna e tem caráter de dança social, performance artística e também terapêutica. Envolve a participação de duas pessoas que reagem uma ao estímulo da outra e a movimentação improvisada surge da interação não verbal da dupla através de uma forte conexão tátil, visual, feedback vestibular, distribuição de peso e atuação do movimento e da gravidade (MARCHANT et al., 2010).

Pelo fato do contato-improvisação não ser um estilo baseado na reprodução do movimento e sim por uma atuação espontânea entre os participantes a partir de uma demanda casual e de surpresa imposta pela situação, o estudo demonstra que indivíduos com DP se sentem atraídos pelo gênero também pelo não constrangimento quanto a busca por um resultado estético, e ainda sim ter ganhos na mobilidade funcional e equilíbrio (MARCHANT et al., 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção de indivíduos com doença de Parkinson num programa regular de dança tem mostrado ser esse um válido e seguro recurso, tendo promovido benefícios motores significativos para essa população, abrangendo do grau leve ao grau severo da doença. Os estudos demonstram melhoras corporais evidentes destacando-se: o equilíbrio, a estabilidade, a marcha e as habilidades motoras funcionais.

O fato de a dança ser exercício físico transposto em arte, com aspecto lúdico, agradável, gerador de bem-estar e que permite a socialização, favoreceu à frequência e grande adesão dos participantes envolvidos nos estudos. Para viabilizar ainda mais a dança como recurso coadjuvante no tratamento da doença de Parkinson, faz-se necessário mais estudos quanto a influência de outros estilos de dança nos benefícios para pessoa com DP, pois a maioria desses abordam o tango com maior profundidade por ter sido este o primeiro descrito na literatura.

REFERÊNCIAS

BLANDY, L.M. et al. Therapeutic argentine tango dancing for people with mild Parkinson's disease: a feasibility study. **Frontiers in Neurology**. v. 6, article 122, 2015.

CAMERON, I.G.M. et al. Changes to saccade behaviors in Parkinson's disease following dancing and observation of dancing. **Frontiers in Neurology**. v. 4, art. 22, 2013.

- DUNCAN, R.P. and EARHART, G.M. Are the effects of community-based dance on Parkinson disease severity, balance, and functional mobility reduced with time? A 2-year prospective pilot study. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**. v. 20, n. 10, p. 757-763, 2014.
- DUNCAN, R.P. and EARHART, G.M. Randomized controlled trial of community-based dancing to modify disease progression in Parkinson disease. **Neurorehabilitation and neural repair**. v. 26, n. 2, p. 132-143, 2012.
- FOSTER, E.R. et al. A community-based argentine tango dance program is associated with increased activity participatin among individuals with Parkinson's disease. **National Institute of Health**. Feb. v. 94, n. 2, p. 240-249, 2013.
- HACKNEY, M.E. and EARHART, G.M. Effects of dance on balance and gait in severe Parkinson disease: A case study. **National Institute of Health**. Public Access, v. 32, n. 8, p. 679-684, 2010.
- HACKNEY, M.E. et al. Effects of dance movement control in Parkinson's disease: A comparison of argentine tango and american ballrom. **National Institute of Health**. Public Acess, v. 41, n. 6, p. 475-481, 2009.
- HACKNEY, M.E. et al. Short duration, intensive tango dancing for Parkinson disease: An uncontrolled pilot study. **National Institute of Health**. Public Acess, august, v. 17, n. 4, p. 203-207, 2009.
- HACNEY, M. and McKEE, K. Community-based adapted tango dancing for individuals with Parkinson's Disease and older adults. **Journal of Visualized Experiments**. v. 94, p. 1-12, 2014.
- HACNEY, M.E. and EARHART, G.M. Effects of dance on gait and balance in Parkinson disease: A comparison of partnered and non-partnered dance movement. **National Institute of Health**. Public Access. v. 24, n. 4, p. 384-392, 2010.
- HASHIMOTO, H. et al. Effects of dance on motor functions, cognitive functions, and mental symptoms of Parkinson's disease: A quase-randomized pilot trial. **Elsevier**, v. 23, p. 210-219, 2015.
- HEIBERGER, L. et al. Impact of a weekly dance class on the functional mobility ande on the quality of life of individuals with Parkinson's disease. **Frontiers in Aging Neuroscience**. October, v. 3, article 14, 2011.
- HOUSTON, S. and MCGILL, A. A mixed-methods study into ballet for people living with Parkinson's. Routledge. **Art & Health**. v. 5, n. 2, p.103-119, 2013.
- KASHI, D., et.al. Applying anodal tCDS during tango dancing in a patient with Parkinson's disease. **Elsevier**. Neuroscience Letters 568, p. 39-43, 2014.
- LEWIS, C. et al. Mood changes following social dance sessions in people with Parkinson's disease. **Journal of Health Psychology**, p. 1-10, 2014.

MARCHANT, D. et al. Effects of a short duration, high dose contact improvisation dance workshop on Parkinson's disease: A pilot study. **Elsevier**. *Complementary Therapies in Medicine*. v. 18, p. 184-190, 2010.

MCKEE, K.E. and HACKNEY, M.E. The effects of adapted tango on spatial cognition and disease severity in Parkinson's disease. **National Institute of Health**. *Public Access*, v. 45, n. 6, 2013.

NATBONY, L.R. et al. Perceptions of a videogame-based dance exercise program among individuals with Parkinson's disease. **Games for Health Journal**. v. 2, n. 4, 2013.

ROMENETS, S.R., et. al. Tango for treatment of motor and non-motor manifestations in Parkinson's disease: A randomized control study. **Elsevier**. *Complementary therapies in medicine*, v. 23, p. 175-184, 2015.

SHANAHAN, J. et al. Is Irish set dancing feasible for people with Parkinson's disease in Ireland? **Elsevier**. *Complementary Therapies in clinical practice* v. 21, p. 47-51, 2015.

VOLPE, D. et al. A comparison of irish set dancing and exercices for people with Parkinson's disease: A phase II feasibility study. **BMC Geriatrics**, p. 13-54, 2013.

WESTHEIMER, O. et al. Dance for PD: A preliminar investigation of effects on motor function and quality of life among persons with Parkinson's disease (PD). **CrossMark**. *Neurology and Preclinical Neurological Studies*. v. 122 p. 1263-1270, 2015.

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO CENÁRIO BRASILEIRO

Cristian Patric de Sousa Santos

Especialista em Direito do Estado pela Faculdade Baiana de Direito

Auditor Interno do Tribunal Regional Eleitoral da Bahia (TRE-BA)

Professor da Faculdade Salvador (FACSAL)

E-mail: cristianpatricsousa@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo tem como tema central o estudo da efetividade dos direitos fundamentais e sua importância na doutrina constitucional brasileira. Após uma breve análise do seu processo de afirmação histórica, busca-se o desenvolvimento do tema no cenário nacional com o intuito de contribuir para responder aos seguintes questionamentos: se a eficácia jurídica da norma constitucional definidora de direitos fundamentais garante, por si só, a sua eficácia social; e se a realidade política-normativa brasileira tem condições de superar a realidade socioeconômica em prol da plena consagração da cidadania e da dignidade da pessoa humana. Utilizando-se do método dedutivo e empreendendo uma pesquisa exploratória e bibliográfica, realizam-se considerações acerca do desenvolvimento da doutrina brasileira da efetividade, atribuindo à norma constitucional o caráter de imperatividade e realçando a importância da consagração dos programas veiculados na Constituição Federal de 1988, em especial dos direitos fundamentais de segunda e terceira dimensões. Ao fim, quer-se demonstrar que, se de um lado há um amplo esquema programático para a concretização de certos direitos fundamentais, por outro existem entraves econômicos e sociais suficientes como impeditivos categóricos de sua efetividade, gerando um sentimento de frustração constitucional nos cidadãos brasileiros.

Palavras-Chave: Efetividade. Direitos Fundamentais. Afirmação Histórica. Dignidade da Pessoa Humana.

ABSTRACT

This article is focused on the study of the effectiveness of fundamental rights and their importance in the Brazilian constitutional doctrine. After a brief analysis of its historical claim process, we seek to the theme of development on the national scene in order to contribute to answer the following questions: whether the legal effect of defining constitutional standard of fundamental rights guarantees, by itself, social effectiveness; and the Brazilian political-normative reality is able to overcome the socio-economic reality in favor of full consecration of citizenship and human dignity. Using the deductive method and undertaking exploratory and literature, are held considerations about the development of the Brazilian doctrine of effectiveness, giving the constitutional norm the character of imperative and stressing the importance of consecration of aired programs in the Federal Constitution of 1988, in particular the fundamental rights of second and third dimensions. At the end, you want to show that if on one side there is a broad programmatic scheme for the implementation of certain fundamental rights, on the other there are economic and social barriers sufficient to impede categorical its effectiveness, creating a sense of constitutional frustration in Brazilian citizens

Keywords: Effectiveness. Fundamental rights. Historical statement. Dignity of human person.

1 INTRODUÇÃO

O tema dos direitos fundamentais ganhou, ao longo do século XX, posição de destaque nas literaturas jurídicas de todo o mundo. O desenvolvimento da teoria constitucional propiciou avanços significativos na matéria, ao ponto de se considerar, hoje, como pilar estruturante do Estado Democrático e Social de Direito.

Um pretenso desenvolvimento de um novo Direito Constitucional apresenta, sob a ótica do pós-positivismo, a alocação dos direitos fundamentais em uma posição central do sistema jurídico, núcleo essencial à afirmação da democracia e da cidadania.

Uma das maiores preocupações dos constitucionalistas contemporâneos refere-se, justamente, à promoção dos direitos fundamentais. No atual estágio da Ciência Jurídica, espera-se uma garantia mínima de efetividade das normas constitucionais, de modo que, no ápice da escala valorativa, concentrem-se as normas fundamentais definidoras de direitos.

Concepção alardeada no continente europeu e norte-americano, o estudo dos direitos fundamentais ganhou força também no Brasil, em especial com a Constituição Federal de 1988, promulgada em um período de redemocratização do país.

Assim, o corpo estrutural deste artigo terá como base de desenvolvimento o estudo dos direitos fundamentais sob a ótica de um movimento jurídico-acadêmico que teve como fase embrionária o reconhecimento de força normativa à Constituição. Trata-se da “doutrina brasileira da efetividade” (BARROSO, 2008, p. 223), que traz contribuições para resolver duas questões-problema: primeiro, a eficácia jurídica de uma norma constitucional definidora de direitos fundamentais garante, por si só, a sua eficácia social?; segundo, a realidade política-normativa brasileira tem condições de superar a realidade socioeconômica em prol da plena consagração da cidadania e da dignidade da pessoa humana?

Através do método dedutivo e utilizando-se de uma pesquisa exploratória e bibliográfica, realça-se a importância do estudo dos direitos fundamentais no direito pátrio, sem descuidar, contudo, de uma análise prévia do seu processo de afirmação histórica ao longo dos séculos, com adequado posicionamento na dogmática jurídica contemporânea para, ao fim, esboçar os desafios e o espírito radicado na Constituição Federal de 1988.

A relevância e atualidade do tema a ser desenvolvido são facilmente identificados quando se depara com os desafios contemporâneos na busca da concretização dos direitos fundamentais, em especial diante dos impeditivos de ordem social e econômica que afligem o cenário nacional.

2 BREVE ANÁLISE DO PROCESSO DE AFIRMAÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Para uma melhor compreensão do posicionamento dos direitos fundamentais na atual dogmática jurídica, optou-se por realizar uma incursão histórica, evoluindo até o contemporâneo princípio da dignidade da pessoa humana.

Das formulações que gravitavam em um plano puramente filosófico, com as primeiras elaborações das teses sobre a igualdade e a vigência do Direito Natural, até o seu transcendentalismo ao plano prático, cujo centro é a busca da plena efetividade, os direitos fundamentais percorreram uma longa trajetória.

No caminho seguido no processo de afirmação dos direitos fundamentais até o seu reconhecimento nas primeiras Constituições, o Professor Ingo Wolfgang Sarlet cita três etapas de destaque (2015, p. 37):

- a) uma pré-história, que se estende até o século XVI; b) uma fase intermediária, que corresponde ao período de elaboração da doutrina jusnaturalista e de afirmação dos direitos naturais do homem; c) a fase da constitucionalização, iniciada em 1776, com as sucessivas declarações de direitos dos novos Estados americanos.

Essas etapas constituem um arcabouço histórico essencial para a consagração do Estado Constitucional Social e Democrático, onde se enaltece a necessidade de construção de uma teoria legitimadora da busca da efetividade dos direitos fundamentais.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS: DA CONCEPÇÃO JUSNATURALISTA À UNIVERSALIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

A categorização dos “direitos” como normas fundamentais no sistema jurídico ganhou notabilidade somente a partir da segunda metade do século XX, no período pós-guerra. Contudo, a sua gênese filosófica funda-se nos períodos remotos da história da civilização.

Sob uma concepção jurisfilosófica, é imprescindível a associação entre os direitos humanos, inspiração primeira aos direitos fundamentais atuais, e o jusnaturalismo¹. Foi a partir

¹ O Professor Ricardo Maurício, ao tratar do jusnaturalismo, afirma que este “se afigura como uma corrente jurisfilosófica de fundamentação do direito justo que remonta às representações primitivas da ordem legal de origem divina, passando pelos sofistas, estóicos, padres da igreja, escolásticos, racionalistas dos séculos XVII e XVIII, até a filosofia do direito natural do século XX”. (Ricardo Maurício Freire Soares, **Direito, Justiça e Princípios Constitucionais**, p. 15).

dos pensamentos sofístico e estóico² da Antiguidade Clássica – quando era vigente o jusnaturalismo cosmológico – que surgiram as primeiras contribuições às teses da igualdade natural e à idéia de humanidade, bem como a própria formulação do princípio da igualdade (CANOTILHO, 2003, p. 381). Os homens eram iguais por natureza, sendo a isonomia característica inata à condição de ser humano.

Entretanto, “a idéia de igualdade dos homens, assente numa dimensão individual e cosmológica, não conseguiu ultrapassar o plano filosófico e converter-se em categoria jurídica e, muito menos, em medida natural da comunidade social” (CANOTILHO, 2003, p. 381).

A superação do jusnaturalismo cosmológico, cujo nome se atribuía a uma preocupação que priorizava “[...] a busca da origem do universo e o exame das causas da transformação da natureza” (SOARES, 2008, p. 16), deu-se com a ascensão exacerbada da doutrina cristã no período da Idade Média. Aqui, fundava-se o direito natural na vontade divina, à qual se submetiam todos os homens. Era a consagração do jusnaturalismo teleológico, corrente filosófica que precedeu o racionalismo iluminista.

Para uma melhor compreensão do que se vem a afirmar sobre a ascensão da idéia da razão humana como imperativo categórico à filosofia iluminista, é aconselhável um retrocesso cronológico.

Em épocas precedentes ao surgimento da sociedade, era indissociável do estado de natureza do homem a ideia de humanidade e igualdade. Os homens, na concepção de Rousseau, eram livres e iguais, sujeitando-se apenas as restrições impostas pela própria natureza³.

Com a evolução do pensamento crítico quanto às noções de política e sociedade, com o surgimento da noção de Estado e o inevitável embate das relações de poder, estabeleceram-se os parâmetros iniciais da desigualdade. Desde a Antiguidade Clássica eram perceptíveis as

² “O pensamento sofístico, a partir da natureza biológica comum dos homens, aproxima-se da tese da **igualdade natural** e da **idéia da humanidade**. ‘Por natureza são todos iguais, quer sejam bárbaros ou helenos’ defenderá o sofista Antifon; ‘Deus criou todos os homens livres, e nenhum fez escravo’, proclamava Alcidas. No pensamento estóico assume o princípio da igualdade um lugar proeminente: a igualdade radica no facto de todos os homens se encontrarem sob um *nomos* unitário que os converte em cidadãos do grande Estado universal. Quer dizer: direitos de todo o mundo e não apenas direitos limitados ao espaço da *polis*. Aqui se visualiza a idéia de *universalização ou planetarização* dos direitos do homem. No mundo romano, o pensamento estóico tentará deslocar a doutrina da igualdade da antropologia e da ética para o terreno da filosofia e doutrina políticas. É clássica a posição de Cícero: ‘a lei verdadeira é a razão coincidente com a natureza na qual todos participam’ (*ratio naturae quae est lex divina et humana*). E não menos clássicas são as palavras poéticas de Terêncio: ‘Eu sou homem e nada do que é humano me é alheio’” (Grifos do Autor). (J. J. Gomes Canotilho, **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**, p. 381).

³ Sobre a igualdade dos homens em seu estado de natureza, vide: ROUSSEAU, Jean-Jacques, “**O Discurso Sobre a Origem e os Fundamentos da Desigualdade entre os Homens**”. Na obra, o pensador sinaliza para o momento em que o homem passa do seu estado de natureza, todos livres e iguais, para o estado no qual a desigualdade é estabelecida pela própria lei, passando a sofrer distinções.

noções deturpadoras da condição humana, onde se aponta, inclusive, a tentativa de legitimar a condição de escravidão. Afirma Canotilho que “basta recordar que Platão e Aristóteles consideram o estatuto da escravidão como algo de natural” (2003, p. 380-381).

O homem, então, passava a sofrer invasões na sua esfera individual, sujeitando-se a condições subumanas, contrárias a sua natureza. Desenhavam-se os primeiros passos para a necessidade de afirmação dos direitos fundamentais, o que se concretizou posteriormente de forma gradual com as diversas declarações de direitos que foram produzidas ao longo da história.

Neste ínterim, o Professor José Afonso da Silva analisa o processo evolutivo de afirmação dos direitos fundamentais sob dois fatores condicionantes: primeiro, informa as “condições reais ou históricas (objetivas ou materiais)”, manifestando-se na contradição entre o regime da monarquia feudal absolutista e uma sociedade progressista, cujos anseios ultrapassavam os interesses de uma classe privilegiada; segundo, cita as “condições subjetivas ou ideais ou lógicas”, que consistiram nas fontes de inspiração filosófica, quais sejam, o pensamento cristão, a doutrina do direito natural dos séculos XVII e XVIII e o pensamento iluminista (2007, p. 173-174).

De fato, a conjectura reinante até o século XVIII abonava uma classe opressora, seja durante a fase de um Estado Absolutista, seja com a consagração de um pensamento cristão que favorecia um *status quo* vigente, onde o clero apoiava a monarquia absoluta. Ora, a *Magna Charta Libertatum* (1215), um dos principais documentos pertinente ao estudo da evolução dos direitos humanos, apesar da sua real importância, concedia apenas os direitos estamentais de uma classe privilegiada. “Em que pese a sua forma de promessa unilateral, feita pelo rei, a *Magna Carta* constitui, na verdade, uma convenção passada entre o monarca e os barões feudais, pela qual se lhe reconheciam certos foros, isto é, privilégios especiais” (COMPARATO, 2008, p. 79).

A marcha pela afirmação dos direitos fundamentais tinha continuidade pelos conturbados caminhos das revoluções. Assim, um corpo extenso de fatos e declarações – a Reforma Protestante, a *Petition of Rights* (1628), o *Habeas Corpus Act* (1679), o *Bill of Rights* (1689), a Declaração de Direitos do povo da Virgínia (1776) – se consolidou como contribuição essencial para o atual estágio dos direitos fundamentais. A afirmação desses direitos pode ser encarada como uma força reativa contra o quadro social e político vigente à época.

Sob a vigência das teorias contratualistas, que consignavam que o exercício dos poderes dos soberanos deveria estar submisso ao direito natural, o indivíduo começa a ganhar primazia sobre o Estado. A razão de ser do Estado seria a defesa dos direitos dos homens, tais como o

direito à vida, à liberdade e à propriedade. Essa teoria serviu de inspiração para duas das mais importantes declarações da história dos direitos humanos: a já citada Declaração do povo da Virgínia e, logo após, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789).

Embora a Declaração de Direitos do povo da Virgínia tenha sido o primeiro documento a marcar a transição dos direitos de liberdade legais ingleses para os direitos fundamentais constitucionais (SARLET, 2015, p. 43), foi sob os apanágios do iluminismo do século XVIII que surgiu a concepção do homem-cidadão, dotado de razão e espírito libertário universalista. Era a Revolução Francesa instaurando uma nova visão de mundo.

À concepção revolucionária do racionalismo francês pode ser atribuída a consagração dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. Essa pode ser considerada a tríade intangível do jusnaturalismo racionalista. Segundo o professor Ricardo Maurício Freire Soares, “este movimento jusnaturalista, de base antropocêntrica, utilizou a idéia de uma razão humana universal para afirmar direitos naturais ou inatos, titularizados por todo e qualquer indivíduo, cuja observância obrigatória poderia ser imposta até mesmo ao Estado” (2008, p. 24).

A teoria jurídico-filosófica atinge, finalmente, a sua modernidade. Tal modernidade jurídica reflete no plano político como forma de limitação ao poder estatal, por meio da previsão de direitos e garantias fundamentais. Uma afirmação agora universal dos direitos de todo e qualquer ser humano, universalidade esta que só foi atingida de fato com a Declaração Francesa. Tal conclusão se depreende da leitura do Professor Paulo Bonavides, que esclarece (2006, p. 562):

A vinculação essencial dos direitos fundamentais à liberdade e à dignidade humana, enquanto valores históricos e filosóficos, nos conduzirá sem óbices ao significado de universalidade inerente a esses direitos como ideal de pessoa humana. **A universalidade se manifestou pela vez primeira, qual descoberta do racionalismo francês da Revolução, por ensejo da célebre Declaração dos Direitos do Homem de 1789.** (...) Constatou-se então com irrecusável veracidade que as declarações antecedentes de ingleses e americanos podiam talvez ganhar em concretude, mas perdiam em espaço de abrangência, porquanto se dirigiam a uma camada social privilegiada (os barões feudais), quando muito a um povo ou sociedade que se libertava politicamente, conforme era o caso das antigas colônias americanas, ao passo que a Declaração francesa de 1789 tinha por destinatário o gênero humano (Grifo nosso).

Salienta ainda o professor Bonavides que “a Revolução do século XVIII, com as divisas da liberdade, igualdade e fraternidade, foi desencadeada para implantar um constitucionalismo concretizador de direitos fundamentais” (2007, p. 34).

A partir da leitura do presente tópico, verifica-se que uma das características principais dos direitos fundamentais é a sua historicidade, uma vez que a sua compreensão atual remonta

a um longo percurso histórico que traz, em sua essência, a emancipação do homem contra o Estado opressor. O intuito de tal análise histórica é revelar que os direitos fundamentais surgiram como um ato reativo à opressão do Estado.

2.2 A TRICOTOMIA DIMENSIONAL DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

O longo processo de afirmação progressiva dos direitos fundamentais é moldurado pelos anseios dos homens de uma determinada sociedade, que partem em busca de sua integração cultural em um mundo sujeito às transformações sucessivas. A formação de uma consciência ética e política frente aos entraves socioeconômicos de um Estado de modelo opressor, as mudanças tecnológicas empreendidas pela modernidade e a busca incansável da felicidade terrena são alguns fatores que atribuem o caráter de dinamicidade aos direitos fundamentais.

O antropocentrismo oriundo do racionalismo do século XVIII sinalizou para a elevação do ser humano como um fim em si mesmo e a concretização da sua dignidade. O homem, agora imbuído da necessidade de ampliar seus horizontes e dotado de consciência social, lapidava no coração do mundo as inscrições revolucionárias de “liberdade, igualdade e fraternidade”, inspiração primordial para o caminho da completude.

Essa progressão fez surgir na doutrina a concepção da tricotomia das dimensões⁴ dos direitos, que, com base no lema da Revolução Francesa, sintetizam todo o pensamento humanístico ocidental. Trata-se dos direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira dimensões.

Os direitos fundamentais de primeira dimensão, oriundos do pensamento liberal-burguês do século XVIII e de cunho estritamente individualista, correspondem aos direitos civis e políticos dos cidadãos. Têm como marco fundamental a primazia da liberdade – primeira inscrição da Revolução Francesa –, segurança e propriedade, podendo ser considerados como aqueles direitos que exercem a função de defesa, direitos de cunho negativo, já que impõem uma simples abstenção por parte dos poderes públicos.

Pode-se citar como exemplos de direitos de primeira dimensão a liberdade de locomoção dos indivíduos, cerceada apenas por determinação legal em casos justificáveis, ou

⁴ A doutrina constitucional envereda por um caminho de discussão terminológica, se o correto seria utilizar “gerações” dos direitos ou “dimensões”. Apesar da consagração do termo “geração” (utilizada por Canotilho, Bonavides e outros doutrinadores) optou-se, nesta pesquisa, pela utilização do segundo termo, por ser mais coerente, já que o primeiro poderia dar ensejo a uma falsa ideia de substituição gradativa dos direitos, quando na verdade o que há é a complementaridade alcançada com o reconhecimento gradativo desses novos direitos (neste sentido, Dirley da Cunha Jr., Ingo Wolfgang Sarlet e outros).

até mesmo o direito de reunião, garantido constitucionalmente, a liberdade de consciência e etc. São inúmeras as liberdades consagradas aos cidadãos, titulares de direitos.

Superada a explanação acerca da afirmação dos direitos de liberdade, que se consagrou sob a égide de um Estado Liberal, de caráter não-intervencionista, passa-se agora à análise do Estado Social. Se antes a única preocupação gravitava em torno da vida política, agora começavam a se perfilhar os primeiros traços de um Estado interessado na vida econômica e social dos cidadãos.

O século XIX assistiu a importantes transformações na vida socioeconômica, o que levou a uma insatisfação do Estado quanto à adoção de um “perfil absentista”.

O impacto da industrialização e os graves problemas sociais e econômicos que a acompanharam, as doutrinas socialistas e a constatação de que a consagração formal de liberdade e igualdade não gerava a garantia do seu efetivo gozo acabaram, já no decorrer do século XIX, gerando amplos movimentos reivindicatórios e o reconhecimento progressivo de direitos, atribuindo ao Estado comportamento ativo na realização da justiça social (SARLET, 2015, p. 47).

Moldava-se a segunda inscrição do lema revolucionário – a igualdade – estampando-se através dos direitos fundamentais de segunda dimensão: os direitos econômicos, sociais e culturais.

O Estado do Bem-Estar Social, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, agia na tentativa de promover a igualdade social e econômica entre os homens. Vale ressaltar, porém, que em países mais atrasados na escala da evolução social há inúmeros entraves que impedem a concretização dos direitos fundamentais básicos, tais como saúde, educação, saneamento básico, dentre outros tantos.

Já os direitos fundamentais de terceira dimensão referem-se aos direitos de solidariedade/fraternidade. Os feixes de proteção dos direitos agora ultrapassam a esfera individual de cada cidadão, passando a abranger toda uma coletividade, o que denota a sua titularidade difusa. Tais direitos, segundo Bonavides, “[...] têm primeiro por destinatário o gênero humano mesmo, num momento expressivo de sua afirmação como valor supremo em termo de existencialidade concreta” (2006, p. 569). São exemplos desses direitos: o direito ao meio ambiente equilibrado; o direito ao desenvolvimento; o direito à paz mundial etc.

Por serem direitos relativamente novos, pode-se afirmar que ainda estão em processo de reconhecimento e positivação nos ordenamentos jurídicos. Na Constituição Federal de

1988, com avanço extraordinário, já há um amplo rol protetivo desses direitos considerados difusos, transindividuais. Há, inclusive, instrumentos de consagração desses

direitos, tais como a ação civil pública e a ação popular, com o intuito de evitar lesão ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, por exemplo.

Na senda evolutiva dos direitos fundamentais, a moderna doutrina constitucional elenca ainda os direitos fundamentais de quarta dimensão, que seria, nas palavras do professor Dirley da Cunha Jr., “o direito à democracia direta e os direitos relacionados à biotecnologia” (2015, p. 495).

Todavia, tais direitos escapam à análise deste trabalho, cujo foco central é a efetivação dos direitos fundamentais sociais, econômicos e de solidariedade – portanto, de segunda e terceira dimensões –, o que será realizado, a partir do tópico seguinte, abordando o seu enfoque na realidade socioeconômica brasileira, bem como o seu posicionamento na estrutura político-normativa gerada a partir da Constituição Federal de 1988.

3 A DOCTRINA BRASILEIRA DA EFETIVIDADE E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Com a ascensão filosófica do pós-positivismo aliada ao surgimento do constitucionalismo contemporâneo, a Constituição Federal de 1988 assume papel fundamental de promoção e concretização dos direitos fundamentais. Sob a égide de um amplo movimento de redemocratização do país, formula-se um documento político-normativo que almeja suprir as carências de um povo alijado do processo de participação social e cumprir as promessas da modernidade.

Nesse contexto, surge um movimento jurídico-acadêmico denominado de “doutrina brasileira da efetividade”.

Tal movimento procurou não apenas elaborar as categorias dogmáticas da normatividade constitucional, como também superar algumas crônicas disfunções da formação nacional, que se materializam na insinceridade normativa, no uso da Constituição como uma mistificação ideológica e na falta de determinação política em dar-lhe cumprimento (BARROSO, 2008, p. 223).

O cumprimento normativo dos preceitos definidores de direitos e garantias fundamentais tornava-se agora medida essencial ao aperfeiçoamento da democracia, já que, conforme afirmação do Professor Dirley, “é inegável que o grau de democracia em um país mede-se precisamente pela expansão dos direitos fundamentais da pessoa humana e pela possibilidade de sua afirmação em juízo” (2015, p. 447).

O estudo da efetividade dos direitos fundamentais ganha maior relevo ainda quando se trata de um país onde é comumente frustrado o sentimento de realização constitucional, no qual ainda não se alçou como caráter prioritário dos Poderes Públicos a garantia dos direitos sociais, a realização de metas que garantam condições mínimas de dignidade – ou, se assim o fez, não passou de mero planejamento teórico. Entre teoria e prática, um grande caminho deve ser percorrido.

Fazendo jus à categoria de país de modernidade tardia – eufemismo categórico às expressões “país subdesenvolvido” ou “em desenvolvimento” –, o Brasil pode se enquadrar no esquema supracitado. A explanação da realidade nacional será realizada, nesse teor, sob dois enfoques: a realidade político-normativa, com abordagem da Constituição Federal como opção de realização da justiça social, através da previsão das normas programáticas e dos direitos fundamentais de segunda e terceira dimensões; e a realidade socioeconômica, como entrave ao desenvolvimento e concretização dos direitos fundamentais, estando comprometida a efetividade dessas normas.

Antes, contudo, deve-se fazer uma sucinta incursão no estudo da eficácia e efetividade, noções preliminares à análise dos direitos fundamentais na atual Constituição Federal, para tentar-se buscar uma distinção entre eficácia jurídica de uma norma constitucional e sua eficácia social (efetividade).

3.1 O ESTUDO DA EFICÁCIA JURÍDICA E DA EFETIVIDADE DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Toda pesquisa que se proponha a analisar a concretização dos direitos fundamentais sob a ótica do constitucionalismo contemporâneo terá como fulcro da problemática a análise da sua eficácia e efetividade. Para além da simples positivação desses direitos, os operadores jurídicos devem buscar meios de concretização para assegurar objetivos magnos de consagrar a dignidade humana e promover a cidadania plena.

Problema antigo no estudo da Ciência Jurídica, pode-se afirmar que o tema da eficácia das normas constitucionais remonta sua eminência na doutrina nacional desde a Constituição de 1891.

Nos primórdios de tais estudos, o Professor Dirley cita a clássica distinção de Ruy Barbosa que, por influência da doutrina norte-americana, acolheu a distinção das normas em normas auto-aplicáveis (*self-executing*) – que seriam aquelas aptas a gerar, de imediato, todos os efeitos jurídicos desejados e para o qual foram produzidas, não dependendo de atuação

legislativa infraconstitucional posterior – e normas não auto-aplicáveis (*not self-executing*) – as quais não possuem eficácia plena, dependendo, portanto, da atuação do legislador para a efetivação dos seus preceitos (2015, p. 136).

Consagrou-se ainda no estudo da eficácia dos direitos fundamentais a célebre explanação de José Afonso da Silva, apresentada à doutrina constitucional na obra “Aplicabilidade das Normas Constitucionais”, que elencou uma tripartida classificação das normas constitucionais em: normas de eficácia plena; normas de eficácia contida; e normas de eficácia limitada⁵. Outros renomados doutrinadores, como Celso Ribeiro Bastos (2008) e Luís Roberto Barroso (2008), também trouxeram sistematizações acerca da classificação dos direitos fundamentais quanto à sua eficácia.

Não obstante a importância do tema, não serão abordados os seus pormenores, já que, para a pesquisa, o essencial se restringe à compreensão da distinção entre eficácia (jurídica) e efetividade (eficácia social) dos direitos fundamentais.

A Constituição Federal, ao consagrar a aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais, está se referindo, em verdade, à sua eficácia jurídica. Todas as normas constitucionais são dotadas de imperatividade, possuindo eficácia jurídica. Ensina o Professor Barroso: “Lastreando-se na lição de Ruy Barbosa, assentou que não há, em uma Constituição, cláusula a que se deva atribuir meramente o valor moral de conselhos, avisos ou lições. Todas têm a força imperativa de regras [...]” (2003, p. 84).

Irrefutável, portanto, o argumento de que as normas constitucionais são dotadas de eficácia jurídica.

Há freqüente discussão, contudo, quanto à efetividade (eficácia social) dessas normas constitucionais, principalmente das normas programáticas, que estabelecem modos de atuação dos poderes públicos.

Por efetividade deve-se entender a possibilidade de produção de resultados das normas constitucionais, ou seja, a sua eficácia social. Enquanto no plano normativo-jurídico depara-se

⁵ A tripartida classificação de José Afonso da Silva sobre a eficácia das normas constitucionais ganhou grande notabilidade na doutrina constitucional pátria. O autor assim classifica: a) normas de eficácia plena, que são “todas as normas que, desde a entrada em vigor da constituição, produzem todos os seus efeitos essenciais (ou têm a possibilidade de produzi-los), todos os objetivos visados pelo legislador constituinte, porque este criou, desde logo, uma normatividade para isso suficiente, incidindo direta e imediatamente sobre a matéria que lhes constitui objeto”; b) normas de eficácia contida, que são aquelas que “incidem imediatamente e produzem (ou podem produzir) todos os efeitos queridos, mas prevêem meios ou conceitos que permitem manter sua eficácia contida em certos limites, dadas certas circunstâncias”; c) normas constitucionais de eficácia limitada, as quais “não produzem, com a simples entrada em vigor, todos os seus efeitos essenciais, porque o legislador constituinte, por qualquer motivo, não estabeleceu, sobre a matéria, uma normatividade para isso bastante, deixando essa tarefa ao legislador ordinário ou a outro órgão do Estado” (José Afonso da Silva, **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**, p. 82-83).

com a eficácia das normas de forma incontestável, o mesmo não se dá no plano fático. Aqui se põe a contraposição clássica: de um lado, o dever-ser normativo; de outro, o ser da realidade fática.

Em distinção simples, porém esclarecedora, o Professor Andrés J. Krell salienta (2002, p. 39):

Por *eficácia jurídica* entendemos a capacidade (potencial) de uma norma constitucional para produzir efeitos jurídicos. A *efetividade*, por sua vez, significa o desempenho concreto da função social do Direito, representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação entre o *dever-ser* normativo e o *ser* da realidade social (Grifos do autor).

Ora, um dos grandes desafios dos operadores jurídicos na ótica do neoconstitucionalismo, repita-se, é justamente buscar meios de concretização dos direitos fundamentais, atribuir efetividade a tais direitos, em especial quando se fala em direitos a prestações positivas do Estado.

Entretanto, conforme será visto no tópico seguinte, a eficácia social – ou efetividade – das normas constitucionais é obstaculizada pelas limitações socioeconômicas dos países de modernidade tardia, dentre eles o Brasil. Os atrasos de uma sociedade desenvolvida, as limitações financeiras, a má-gestão de recursos públicos são problemas que surgem quando se trata da produção de efeitos de normas com conteúdo programático.

Levando-se em conta a função promocional do Direito e a idéia de que este deve sempre atuar buscando o desempenho concreto da sua função social, devem-se consagrar meios que possibilitem a efetividade dos direitos fundamentais. Contentar-se simplesmente com a eficácia jurídica seria estagnar uma ciência que hoje é compreendida sob a ótica da dinamicidade, que deve superar os obstáculos e contornar os meandros para atingir o final vitorioso: a afirmação progressiva da dignidade da pessoa humana, da cidadania e da democracia.

3.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DE SEGUNDA E TERCEIRA DIMENSÕES: A REALIDADE POLÍTICO-NORMATIVA BRASILEIRA E AS PROMESSAS CONSTITUCIONAIS *VERSUS* A REALIDADE SOCIOECONÔMICA E O SENTIMENTO DE FRUSTRAÇÃO CONSTITUCIONAL

É inegável que a Constituição Federal inaugurou um novo período da história brasileira. No plano político, assistiu-se a um movimento de redemocratização do país, após um longo período de supressão das liberdades, em que, no centro do poder, figurava um regime militar-

ditatorial (1964-1985). Já no plano normativo, assistia-se à ascensão científica e política do Direito Constitucional, alocando no núcleo do sistema jurídico um verdadeiro sistema de normas de direito fundamental, bem como a sua efetividade.

A constitucionalização do Direito no Brasil, ainda que tardia, e a construção de um amplo sistema de direitos e garantias fundamentais refletiam as necessidades de uma sociedade civil há muito massacrada, que ainda transpirava os primeiros ares da liberdade. Em cada um dos cidadãos que repudiavam o regime ditatorial afluíam os sentimentos de justiça. Irremediavelmente, aspirava-se, de forma rápida, que os novos detentores do poder, de inspiração democrática, fizessem valer as recentes promessas encartadas na Constituição-Cidadã. Esse imediatismo era fruto de décadas de lutas sociais e repressões.

A garantia de recuperação de uma democracia antes retalhada, formalizada com a promulgação da Constituição em 5 de outubro de 1988, regou as sementes da justiça social plantada ainda no período militar, após uma abertura política gradual.

A nova carta-cidadã consagrava à nação as promessas de um Estado Moderno, enaltecendo o Estado Democrático de Direito e erguendo como seus fundamentos “a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político”, conforme preceitua o seu artigo 1º.

Nesse amplo cenário de redemocratização e reconstitucionalização do país, urge com significância uma análise dos direitos fundamentais de segunda e terceira dimensões, por assim dizer, os direitos econômicos, sociais e de solidariedade.

A supressão da análise dos direitos fundamentais de primeira dimensão se justifica pelo fato de que estes importam em verdadeiros direitos de defesa, nos quais apenas se exige uma abstenção por parte do Estado, mantendo incólume a esfera individual dos cidadãos. Eram os direitos civis e políticos, cuja amplitude se alargou com o início da redemocratização.

Já os direitos de segunda e terceira dimensões, na clássica teoria dos *status* dos direitos fundamentais de Georg Jellinek⁶, mencionado pelo Professor Dirley (2015, p. 455), são direitos de *status* positivos, pois conferem aos cidadãos a possibilidade de exigir do Estado a prestação de certas atividades materiais, prestações positivas para a satisfação dos anseios socioeconômicos. Aqui, conferem-se aos cidadãos os direitos públicos subjetivos.

⁶ A teoria de Jellinek atribui aos direitos fundamentais quatro *status*: pelo *status* passivo, configura-se uma relação de subordinação entre o indivíduo e o Estado; pelo *status* negativo, consagra-se o respeito à esfera individual do cidadão, imunizado da intervenção estatal; pelo *status* positivo, o cidadão tem direito de exigir do Estado a prestação de determinadas atividades materiais; pelo *status* ativo, se confere aos cidadãos o gozo de direitos políticos, com participação ativa na formação da vontade política do Estado.

Prioriza-se a íntima relação existente entre a teoria do *status* de Jellinek e o estudo das funções dos direitos fundamentais, trazida por Canotilho. Nesse teor, os direitos de segunda e terceira dimensões exercem uma função de garantia do direito à prestação social⁷. Ora, sobre essa função Canotilho afirma que ao particular é garantido o direito de obter através do Estado determinadas prestações materiais, atuações positivas do Estado para o atendimento das necessidades básicas da comunidade, tais como direito à educação, à saúde, à segurança, enfim, inúmeros direitos cuja garantia se efetua através da implementação de políticas públicas (2003, p. 408-409).

O estudo da efetividade das normas constitucionais que afirmam direitos fundamentais, exposto de forma breve no tópico anterior, tem uma estreita conexão com esses direitos que exigem a atuação positiva dos poderes públicos.

Viu-se que o desenvolvimento da doutrina brasileira da efetividade deu-se nesse cenário conturbado de reafirmação dos direitos civis e políticos, com amplo esforço de reconstrução da democracia no Brasil. Os direitos socioeconômicos ganharam força de normas programáticas, cuja efetividade se tornou um dos grandes desafios dos tempos modernos na doutrina constitucional.

A atual Constituição Federal se enquadra perfeitamente no conceito de Constituição Dirigente, vale dizer, um dirigismo constitucional em um país de modernidade tardia. Barroso, ao comentar sobre as normas constitucionais programáticas, verdadeiras inspirações do Poder Público, expõe (2003, p. 118):

Na esteira do Estado intervencionista, surtido do primeiro pós-guerra, incorporam-se à parte dogmática das Constituições modernas, ao lado dos direitos políticos e individuais, regras destinadas a conformar a ordem econômica e social a determinados postulados de justiça social e realização espiritual, levando em conta o indivíduo em sua dimensão comunitária, para protegê-lo das desigualdades econômicas e elevar-lhes as condições de vida, em sentido mais amplo.

Assim, a Carta Magna trouxe dispositivos consagradores de programas para o Poder Público, como exemplos: estabelece como competência da União a elaboração e execução de planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social (art. 21, IX); enumera como competência comum dos entes federativos cuidar da saúde e assistência pública, promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, combater as causas da pobreza e os fatores de

⁷ Canotilho enumera as quatro funções dos direitos fundamentais, quais sejam: função de defesa; direitos à prestação social; função de proteção dos titulares desses direitos perante terceiros; e, por fim, assegurar que o estado trate igualmente os seus cidadãos.

marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos (art. 23, II, IX e X); a observância da função social da propriedade como um dos princípios cuja finalidade é garantir a todos a existência digna, conforme os ditames da justiça social, além de assegurar a redução das desigualdades sociais e regionais e a busca do pleno emprego (art. 170, III, VII e VIII).

Portanto, um amplo rol de normas programáticas visa assegurar os direitos fundamentais de segunda e terceira dimensões.

Entretanto, não basta positivar sérias intenções de desenvolvimento econômico e social, de implantação da cidadania e garantia do bem-estar, se não houver mecanismos aptos a sua realização. A concretização das promessas constitucionais está condicionada à realidade fática, às limitações sociais e econômicas de uma dada sociedade.

Sem embargo de reconhecer que o cenário político e normativo pós-ditadura favorecia a promoção da dignidade da pessoa humana, o desenvolvimento da democracia e a plenitude da cidadania, deve-se atentar para as adversidades do quadro nacional. De fato, houve uma afirmação concreta dos direitos de primeira dimensão – direitos civis e políticos – mas as condicionantes sociais e econômicas não favoreciam a construção de uma estrutura apta à realização dos direitos fundamentais de segunda e terceira dimensões.

Nesse viés de desenvolvimento dos direitos políticos, porém com comprometimento dos direitos sociais e econômicos, com as dificuldades de uma democracia ampla, José Murilo de Carvalho escreve (2004, p. 199-200):

Os direitos políticos adquiriram amplitude nunca antes atingida. No entanto, a estabilidade democrática não pode ainda ser considerada fora de perigo. A democracia política não resolveu os problemas mais sérios, como a desigualdade e o desemprego. Continuam os problemas da área social, sobretudo na educação, nos serviços de saúde e saneamento, e houve agravamento da situação dos direitos civis no que se refere à segurança individual. Finalmente, as rápidas transformações da economia internacional contribuíram para pôr em xeque a própria noção tradicional de direitos que nos guiou desde a independência. Os cidadãos brasileiros chegam ao final do milênio, 500 anos após a conquista dessas terras pelos portugueses e 178 anos após a fundação do país, envoltos num misto de esperança e incerteza.

A normatividade constitucional e as promessas da modernidade, então, encontram limitações na realidade fática. Tal percepção remete à dialética exposta na doutrina constitucional entre Ferdinand Lassale (2001) e Konrad Hesse (1991), ou seja, a concepção sociológica de Constituição – que representaria a soma dos fatores reais do poder – *versus* a ideia de que as normas constitucionais, por serem normas jurídicas, são dotadas de

imperatividade e são aptas a conduzir os administradores a executar as tarefas elencadas na Carta Magna.

Ora, deve-se atentar para a afirmação de Hesse, para quem a pretensão de eficácia da norma jurídica somente se realizará se forem levadas em conta as condições naturais, técnicas, econômicas e sociais. Não se aconselha separar a análise da eficácia de uma norma da realidade fática observada (1991, p. 13-15).

Destarte, já está assentada a ideia de que as normas jurídicas não podem ser estudadas sem se levar em conta a realidade dos fatos na qual está inserida. Assim, a análise das normas constitucionais programáticas da Constituição Federal não deve ser realizada sem que se percebam as características peculiares da sociedade contemporânea. Os limites socioeconômicos constituem, nesses comenos, verdadeiros entraves ao desenvolvimento dos direitos sociais.

Se de um lado imperava na sociedade civil um otimismo ocasionado pela promulgação de uma Carta avançada no que tange à previsão dos direitos fundamentais, por outro lado o quadro econômico e social não favorecia a implantação desses direitos. Em verdade, economicamente falando, o Brasil assumia – e ainda assume, não obstante a crise em que o país mergulhou nos últimos dois anos – papel de destaque no quadro mundial, entretanto a desigualdade resultante da má-distribuição de renda era, e ainda é, o grande causador da situação de miséria social e de indigência de muitos cidadãos.

Inevitável uma análise sociológica da problemática, a qual é salientada em sensível observação de Krell (2002, p. 17):

Constitui um paradoxo que o Brasil esteja entre os dez países com a maior economia do mundo e possua uma constituição extremamente avançada no que diz respeito aos direitos sociais, enquanto dados do IBGE revelam que, em 1998, cerca de 14% (21 milhões) da população brasileira são famílias com renda inferior à linha de *indigência* e 33% (50 milhões) à linha de *pobreza*. A grande maioria desse grupo imenso de, hoje, mais do que 75 milhões de pessoas, não encontra um atendimento de mínima qualidade nos serviços públicos de saúde, de assistência social, vive em condições precárias de habitação, alimenta-se mal ou passa fome (Grifos do autor).

Além da má-distribuição de renda, deve-se frisar a má-gestão dos recursos públicos, onde aplicações vultosas são realizadas em políticas supérfluas, sobrepujando os setores que deveriam ser considerados como prioritários.

4 RESULTADOS

A presente pesquisa conduziu à elaboração do seguinte quadro de resultados:

Quadro 1 - Resultado do processo de afirmação histórica dos direitos fundamentais no mundo

Momento histórico	Realidade político-normativa	Limitador socioeconômico
Historicidade dos direitos fundamentais – Afirmação da liberdade como direito fundamental de primeira dimensão	Luta emancipatória do Homem contra o Estado opressor - afirmação de direitos fundamentais em documentos normativos específicos (<i>Magna Charta Libertatum; Petition of Rights; Habeas Corpus Act</i> , etc.)	Não observância de limitadores socioeconômicos em relação aos direitos de primeira dimensão (liberdade) – Não exigência de prestações positivas por parte do Estado (Estado Liberal)
Afirmação do Estado Social de Direito – A igualdade e fraternidade como direitos fundamentais	Crescente constitucionalização dos direitos sociais	Observação de limites socioeconômicos para a implementação dos direitos fundamentais de segunda e terceira dimensão (igualdade e fraternidade) em países periféricos

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 - Análise da efetividade dos direitos fundamentais no Brasil

Continua

Momento histórico	Realidade político-normativa	Limitador socioeconômico
Período pós-Constituição Federal de 1988	Afirmação da eficácia jurídica das normas constitucionais, independentemente da observância de sua eficácia social	Afirmação dos direitos de liberdade sem limites socioeconômicos; entraves na afirmação dos demais direitos
A doutrina brasileira da efetividade como vetor teórico no momento pós-constitucional	Crescente necessidade de concretização do princípio da dignidade da pessoa humana através de normas	Observação de limites socioeconômicos para a implementação dos programas constitucionais, dificultando

Quadro 2 - Análise da efetividade dos direitos fundamentais no Brasil

Conclusão

Momento histórico	Realidade político-normativa	Limitador socioeconômico
	programáticas voltadas aos direitos sociais, buscando-se sua eficácia social	sua efetividade (sentimento de frustração constitucional)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podem-se elencar as seguintes conclusões:

- a) O processo de afirmação histórica dos direitos fundamentais remonta aos períodos primordiais, consistindo em uma verdadeira luta de emancipação do Homem contra o Estado opressor;
- b) No centro do movimento racionalista francês, a doutrina elege a tríade “liberdade, igualdade, fraternidade” – lema da Revolução Francesa – como fiel descrição do que representa a teoria das dimensões dos direitos;
- c) Não obstante a afirmação do Estado Social de Direito e a mudança do perfil do Estado – que deixou de adotar o perfil absenteísta próprio do Estado Liberal -, a crescente constitucionalização dos direitos sociais (de segunda dimensão) não logrou pleno êxito em países considerados periféricos, haja vista as limitações socioeconômicas observadas;
- d) A Constituição Federal de 1988 sobreveio, no plano político, em uma atmosfera de redemocratização do país, com um crescente rol de afirmação dos direitos de liberdade (de primeira dimensão), os quais, por não exigir prestações positivas por parte do Estado, mas apenas a conduta negativa de deixar fazer, não encontram limitadores socioeconômicos;
- e) Em relação aos direitos fundamentais de segunda e terceira dimensão, o cenário brasileiro, como país periférico (ou de modernidade tardia), é permeado por limitações socioeconômicas, mesmo que tenha adotado um amplo rol de normas programáticas voltadas à concretização do princípio da dignidade da pessoa humana;
- f) A eficácia jurídica de uma norma constitucional não resulta automaticamente na sua eficácia social (efetividade), resultando na afirmação de que a mera positivação formal dos direitos fundamentais não implica implementação prática ou instantânea;
- g) Incutiu-se nas mentes dos cidadãos brasileiros um sentimento de frustração constitucional, já que a ideia de concretização desses direitos de segunda e terceira dimensões elencados na Carta de 1988 não se transportava do plano das intenções para o plano das ações.

Assim, a questão da efetividade (ou eficácia social) dos direitos fundamentais merece ser encarado como desafio especial pela doutrina brasileira em face da observação do cenário social e econômico nacional.

Mesmo que seja verificada a eficácia jurídica de uma norma constitucional na teoria contemporânea e ainda que se observe que a temática dos direitos fundamentais ocupe posicionamento central no Direito, a efetividade de direitos fundamentais de segunda e terceira dimensão (aqueles que necessitam de atuação positiva por parte do Estado) encontra barreiras a ser transpostas. Afirma-se que, diante dos impeditivos sociais e econômicos vivenciados na realidade brasileira, a efetividade de tais direitos carece de uma atuação dos Poderes instituídos em prol do cumprimento das promessas constitucionais.

De uma teoria bem fundamentada acerca da doutrina brasileira da efetividade, buscam-se contribuições norteadoras para fincar os parâmetros para a concretização. Os direitos de segunda e terceira dimensões devem ser buscas prioritárias do Estado de Bem-Estar Social, adotando-se meios aptos à realização de sua efetividade. Fala-se aqui no sentido tratado de efetividade, qual seja, para além da mera eficácia jurídica, fazer valer a sua eficácia social.

Em uma sociedade frustrada, certas vezes muito tempo se leva para uma renovação dos ânimos. A adoção de um plano de ação faz-se urgente para semear em cada indivíduo a noção de cidadania. O Estado há de cumprir com seus deveres constitucionais. A efetividade dos direitos fundamentais é um norte a ser seguido para retornar as esperanças de um verdadeiro Estado Democrático de Direito.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e Aplicação da Constituição**. 6. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. **O Direito Constitucional e a Efetividade de suas Normas: Limites e Possibilidades da Constituição Brasileira**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de Direito Constitucional**. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

_____. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Edições Almedina, 2003.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 1. ed. Salvador, Bahia: Edições Juspodivm, 2015.

HESSE, Konrad. **A Força Normativa da Constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991.

KRELL, Andréas J. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: Os (Des) Caminhos de um Direito Constitucional Comparado**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

LASSALE, Ferdinand. **A Essência da Constituição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2001.

ROUSSEAU, Jean-Jacques, **O Discurso Sobre a Origem e os Fundamentos da Desigualdade entre os Homens**. Tradução de Maria Ermantina Galvão, São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

SILVA, José Afonso da. **Direito Constitucional Positivo**. 29. ed. rev. e atual. (Até a Emenda Constitucional n. 53, de 19.12.2006). São Paulo: Malheiros, 2007.

_____. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. São Paulo: Malheiros, 2007.

SOARES, Ricardo Maurício Freire. **Direito, Justiça e Princípios Constitucionais**. Salvador: Edições Juspodivm, 2008.

TRATAMENTO OSTEOPÁTICO NA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: ESTUDO DO TIPO ANTES E DEPOIS

Hélio Cardeal de Miranda Filho

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade Salvador

E-mail: hcmf12@hotmail.com

Joabson Fontes Bêribá

Fisioterapeuta pela UCSAL, especialista em UTI adulto

Formação em Osteopatia pela EOM (Escuela de Osteopatía de Madrid).

E-mail: jberiba@yahoo.com.br

Lay Martinez Silva Bêribá

Fisioterapeuta pela UCSAL, Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Coordenadora do Curso de Fisioterapia ISEC - FACSAL

E-mail: laymartinez@gmail.com

RESUMO

A doença do refluxo gastroesofágico é uma patologia crônica que acomete indivíduos de várias idades. A osteopatia com base na anatomia e fisiologia humana, regulariza a função musculoesquelética e visceral trazendo um processo de auto cura, sugerindo então um possível tratamento para essa afecção. O objetivo desse estudo foi identificar os benefícios da osteopatia em indivíduos com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) antes e depois do tratamento. A amostra por conveniência foi composta por 08 indivíduos com diagnóstico clínico de DRGE. Cada indivíduo foi submetido a três sessões de osteopatia, uma vez por semana, sendo que, antes dos atendimentos os indivíduos respondiam ao questionário de sintomas do refluxo gastroesofágico – QS-DRGE. De acordo com o questionário aplicado antes e depois do tratamento foi observada uma melhora do escore de 19,00 para 4,25. Apenas um indivíduo, não obteve um efeito positivo dentro do questionário aplicado, permanecendo estável dentro do escore, porém relatou melhora em alguns sinais e sintomas que não constavam no questionário. Em uma amostra de pacientes com refluxo gastroesofágico, observou-se que a osteopatia reduziu os sintomas relatados, otimizando as funções estruturais do organismo e facilitando o processo de auto cura.

Palavras-chave: Refluxo gastroesofágico. Tratamento. Osteopatia. Sintomas.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease is a chronic condition that affects individuals of all ages. The osteopathy based on the human anatomy and physiology, regulates the function musculoskeletal and visceral bringing a self-healing process, so suggesting a possible treatment for this condition. The objective of this study was to identify the benefits of osteopathy in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) before and after treatment. A convenience sample was composed of 08 individuals with a clinical diagnosis of GERD. Each subject underwent three sessions of osteopathy, once a week, and before the calls individuals responded to the questionnaire of symptoms of gastroesophageal reflux disease - GERD-QS. According to the questionnaire before and after treatment was observed an improvement score of 19,00 to 4,25. Only one individual, did not get a positive effect within the questionnaire, remaining stable in the score, but reported improvement in some signs and symptoms that were not included in the questionnaire. In a sample of patients with gastroesophageal reflux was observed that osteopathy reduced the symptoms reported by optimizing the structural body functions and facilitating selfhealing process.

Keywords: Gastroesophageal reflux. Treatment. Osteopathy. Symptoms.

1 INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma doença digestiva decorrente do fluxo retrogrado, onde as soluções ácidas presentes dentro do estômago voltam pelo esôfago ao invés de seguir o fluxo normal da digestão. É uma patologia que acomete indivíduos de todas as idades e possui um impacto socioeconômico, psicológico e na qualidade de vida do paciente, por todos os efeitos que a mesma gera tais como desconforto ao deglutir, queimação, impossibilidade de deitar com a cabeceira baixa, azia, tosse, rouquidão dentre outros (SCALON *et al.*, 2010; ABRAHÃO *et al.*, 2014; CRISTINA *et al.*, 2014).

No mundo ocidental a prevalência da DRGE é cerca de 10 a 20%. No Brasil estima-se que aproximadamente 12% da população seja alvo dessa afecção crônica. A DRGE aumenta os custos com a saúde e o risco para o adenocarcinoma do esôfago. O uso de medicamentos pode gerar efeitos adversos variados como diarreia e cefaleia e em alguns casos mesmo com o uso de medicamentos os sintomas podem permanecer (NORTON *et al.*, 2000; BARROS *et al.*, 2005; COSTER *et al.*, 2013; CRISTINA *et al.*, 2014).

Atualmente existem várias formas de tratamento alternativo para o DRGE, uma das formas que tem se mostrado muito eficaz é o tratamento osteopático. A osteopatia, por sua vez, é usada para corrigir disfunções musculoesqueléticas, viscerais, fasciais e craniais, as disfunções aqui citadas são as relacionadas com a falta de mobilidade. Acredita-se que o bom funcionamento das estruturas que estão relacionadas ao estômago diminui o desconforto dos sintomas de DRGE já citados (SCALON *et al.*, 2010; CRISTINA *et al.*, 2014).

A regulação do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático do estômago através da manipulação torácica e liberação do nervo vago, juntamente com a liberação do nervo frênico que é responsável pela inervação do diafragma são eficazes para o funcionamento do estômago; liberação miofascial do músculo diafragma e relaxamento das estruturas cardio-diafragmáticas trará um equilíbrio dessa região, contudo, é de suma importância para amenizar a sintomatologia do DRGE (SCALON *et al.*, 2010).

Dessa forma esse trabalho tem como objetivo principal verificar os efeitos do tratamento osteopático em pacientes com esse tipo de sintomas e a eficácia do tratamento mediante aplicação de questionário antes e depois do tratamento – QSDRGE. Em suma, são técnicas de intervenções não invasivas e com o mínimo de efeitos colaterais nas quais acredita-se gerar uma amenização dos sintomas da doença. (FORNARI *et al.*, 2004; COSTER *et al.*, 2013).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo antes e depois. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista - UNIP – sob o Parecer CAAE 54537516.2.0000.5512. Os participantes do estudo assinaram e concordaram com o termo de consentimento livre esclarecido.

Foi utilizada fonte de dados primária, a coleta de dados ocorreu no período compreendido entre maio a junho de 2016.

A amostra por conveniência foi composta por indivíduos com diagnóstico clínico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), que foram atendidos na clínica escola das Faculdades IBES/FACSAL, situada no bairro da Boca do Rio; Salvador/Bahia.

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade compreendida entre 24 e 80 anos, que responderam o questionário antes, durante e após a realização da intervenção. Não foram incluídos indivíduos com comorbidades associadas, neuropatias, gestantes, síndromes genéticas, adenocarcinoma do esôfago, menores de 18 anos, pacientes que realizaram cirurgia para correção de RGE ou indivíduos que não desejassem participar do estudo.

Foi entregue a cada indivíduo um questionário validado de sintomas da doença do refluxo gastroesofágico (QS-DRGE) para ser respondido antes do atendimento. O questionário citado é validado e publicado na *Arq Gastroenterol* em 2004. O escore é calculado pela soma dos algarismos assinalados e pode variar de 0 a 45 (0 a melhor resposta e 45, a pior).

O mesmo avalia a percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde e seus sintomas. A última questão avalia a percepção do paciente enquanto ao seu estado de saúde atual em seis níveis de satisfação.

Cada indivíduo foi submetido a três sessões de osteopatia, uma vez por semana, sendo que, antes dos atendimentos os indivíduos respondiam ao questionário QS-DRGE em uma sala sem o terapeuta. O tratamento foi realizado pelo pesquisador responsável, graduando de fisioterapia sob supervisão de um fisioterapeuta habilitado.

A redução dos sintomas foi avaliada individualmente durante cada sessão, e após a última sessão foi reaplicado o questionário para observar se os resultados obtidos se mantiveram ou se reduziram ainda mais.

Com o paciente devidamente posicionado sobre a maca em decúbito dorsal, efetuamos a liberação do diafragma, liberação do nervo frênico (C3-C4). Realizamos o teste de Klein (teste da artéria vertebral), para verificar se havia contra indicação para manipulação de cervical.

Realizamos também a normalização da inervação simpática do estômago (T5-T10) e parassimpática pelo nervo vago (forame rasgado posterior) zona cervical e entrada torácica. Bombeio para o fígado e técnicas para o estômago como inibição, estimulação, cárdia, piloro e ptoses.

Por fim, utilizamos as seguintes técnicas: arco botante para forame rasgado posterior; inibição de musculatura suboccipital; liberação de ECOM; funcional para entrada torácica; liberação do nervo frênico (C3-C4); *lift off* em região de T12-L1; liberação do diafragma; *lift off* de torácica média; técnica de bombeio para o fígado; técnica de Jones para o piloro; técnica de liberação das cárdias; técnica para reduzir a ptose do estômago; manobra hemodinâmica global do abdome; por fim a técnica funcional para o estômago.

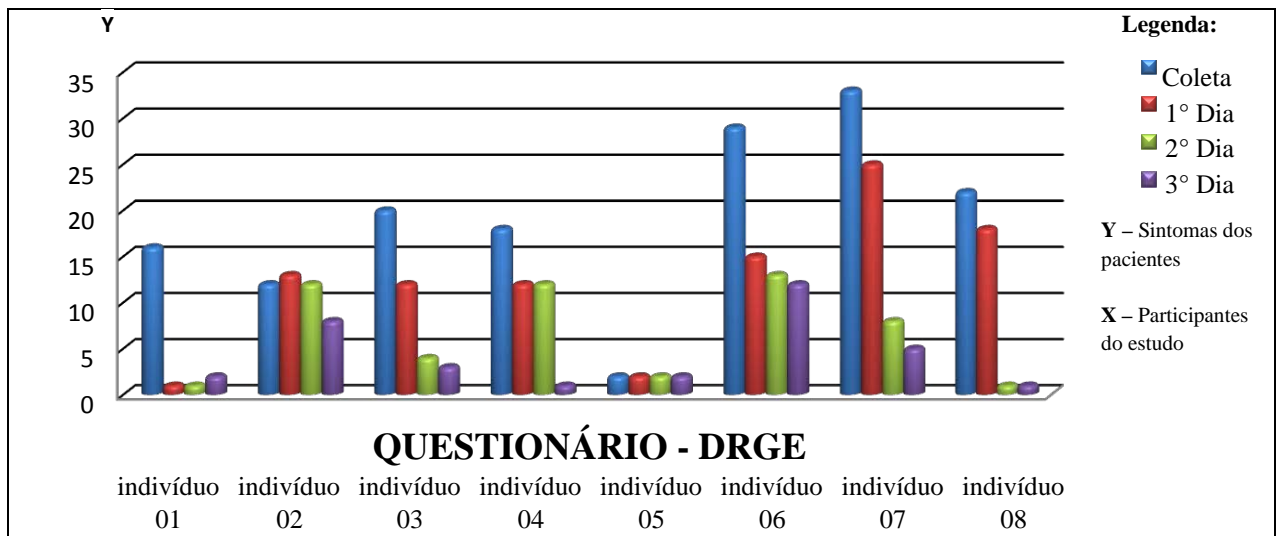
As variáveis quantitativas foram descritas por média e as variáveis categóricas foram descritas por frequência absolutas e relativas.

3 RESULTADOS

A amostra do estudo compreendeu 08 pacientes adultos com diagnóstico clínico de refluxo gastroesofágico que realizaram tratamento com osteopatia. Foram utilizadas informações de 08 indivíduos submetidos a terapia proposta por um mês, 6 (75%) do sexo feminino e 2 (25%) do sexo masculino com idade média de $44,5 \pm 19,3$ anos (24,9 – 63,5). De acordo com o questionário aplicado antes e depois do tratamento foi observada uma melhora do escore de 19,00 para 4,25.

Apenas um indivíduo (indivíduo 05), não logrou um efeito positivo dentro do questionário aplicado, permanecendo estável dentro do escore, porém relatou melhora em alguns sinais e sintomas da DRGE que não constavam no questionário como, por exemplo, a tosse, a rouquidão e respiração (FIGURA 1).

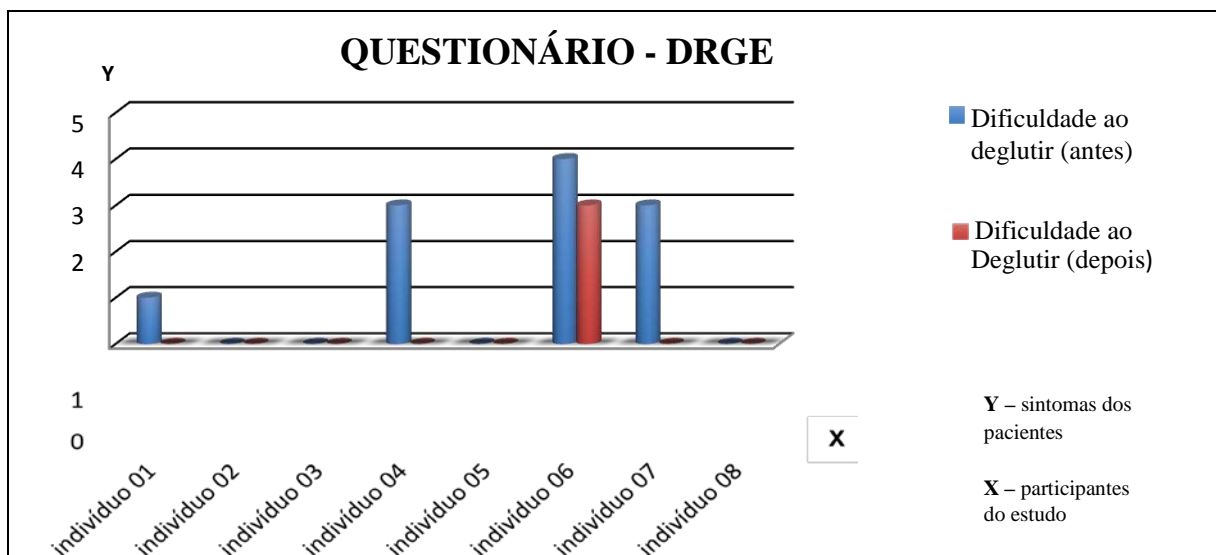
Figura 1 - Escore do Questionário do Sintoma do Refluxo Gastroesofágico antes, durante e depois da terapia com osteopatia



Fonte: MIRANDA FILHO, 2016.

De acordo com o questionário aplicado antes e depois do tratamento foi observada uma melhora na dificuldade ao deglutir como mostra na figura 02, do escore de 1,37 (antes do tratamento) para 0,37 (depois do tratamento).

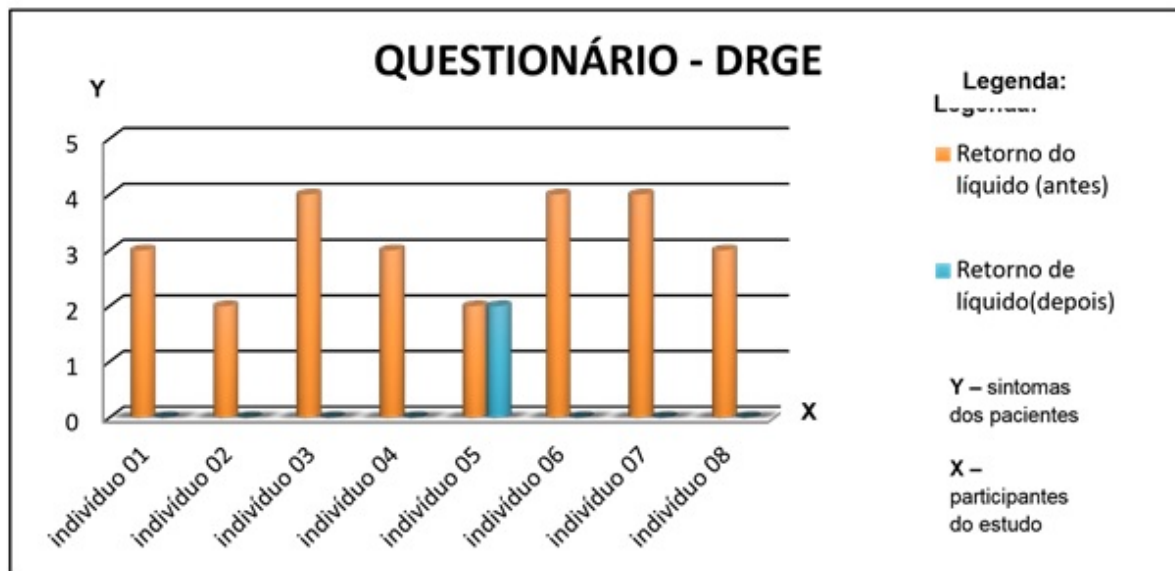
Figura 2 - Escore do Questionário do Sintoma do Refluxo Gastroesofágico antes e depois do tratamento com osteopatia com o sintoma de dificuldade ao deglutir



Fonte: MIRANDA FILHO, 2016.

Na Figura 03, com relação aos sintomas relatados com melhora pôde-se observar uma melhora do retorno do líquido ou alimento a região oral com escore de 3,12 para 0,25.

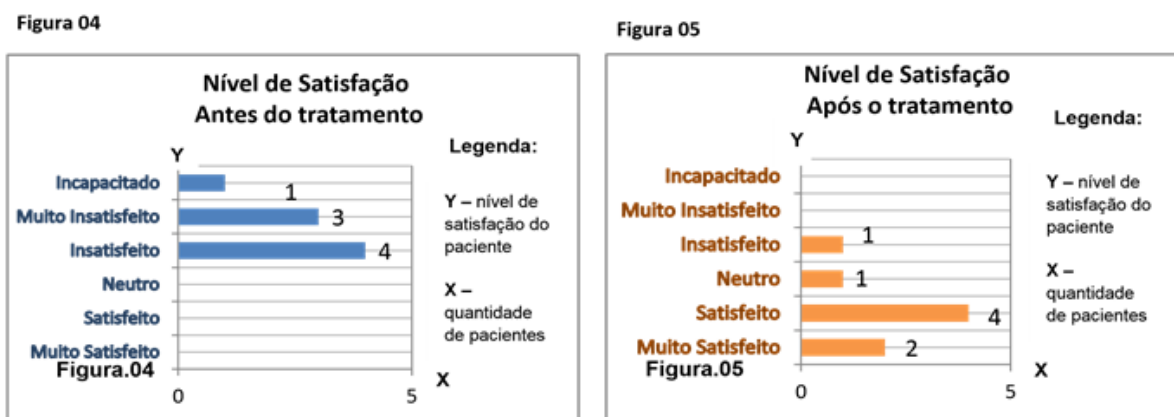
Figura 3 - Escore do questionamento de sintomas do refluxo gastroesofágico antes e depois do tratamento com osteopatia com sintomas do retorno do líquido ou alimento em direção a boca



Fonte: MIRANDA FILHO, 2016.

Quanto aos níveis de satisfação de cada indivíduo, na figura 04 e 05, foi observado que antes do atendimento 12,5% dos indivíduos se mostraram incapacitados, 37,5% muito insatisfeitos e 50% insatisfeitos. Após o tratamento com osteopatia observamos que 12,5% se mostraram insatisfeitos, 12,5% neutros, 50% satisfeitos e 25% muito satisfeito.

Figura 4 e 5 - Nível de satisfação dos 8 indivíduos com RGE antes e depois do tratamento com osteopatia



Fonte: MIRANDA FILHO, 2016.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a influência da osteopatia na melhora dos sintomas do refluxo ‘gastroesofágico, evidenciando três principais resultados: primeiro, foi possível observar a melhora na dificuldade ao deglutir do escore de 1,37 para 0,37, avaliada pelo Questionário do Refluxo Gastroesofágico (QS-DRGE); segundo, que em relação ao retorno do líquido ou alimento a região oral do escore de 3,12 para 0,25, e terceiro, o nível de satisfação de cada indivíduo após a terapia proposta.

Acredita-se que essa melhora tenha ocorrido por conta do protocolo osteopático realizado. Os artigos pesquisados nos apoiam no sentido de que as técnicas propostas para esses pacientes são eficientes e correspondem bem ao tratamento em indivíduo com refluxo gastroesofágico, reduzindo consideravelmente os sintomas e melhorando a qualidade de vida.

A osteopatia é uma especialidade da fisioterapia e da medicina que busca normalizar as funções do corpo e de seus organismos com técnicas manuais não invasivas. O tratamento osteopático em indivíduos com DRGE é uma opção terapêutica que se baseia na anatomia e fisiologia humana (GEMELLI *et al.*, 2014).

RICHARD *et al.*, descreveram que um dos maiores focos terapêuticos no tratamento de doenças do refluxo gastroesofágico é a liberação do nervo vago para promover o relaxamento do esfíncter esofágico inferior. Além disso, descreve que em situações como a doença do refluxo gastroesofágico ocorrem alterações inibitórias tanto da válvula inferior esofágica como do diafragma e que os neurônios vagais motores e sensitivos inervam funcionalmente o mesmo e o ligamento frenoesofágico (RICHARD *et al.*, 2010).

Nesse mesmo estudo também ficou demonstrado que a aferência vagal realizada pelo diafragma pode gerar distorções na junção gastroesofágica e que o neurônio motor vagal que controla o diafragma e o esôfago distal, podem influenciar no controle da barreira para o refluxo (RICHARD *et al.*, 2010).

TIBOR em seu trabalho demonstrou uma relação entre erosões estomacais e o nível de atividade simpática responsável pela inervação do estômago. Mais tarde, L’HOCINE *et al* em seu estudo demonstraram que a fáscia toraco-lombar é uma região bem inervada, o que traduz que alterações nessa região o que também pode gerar um grande comprometimento na inervação autônoma do estômago (TIBOR *et al.*, 1985; L’HOCINE *et al.*, 1992).

Esses mecanismos fisiológicos justificariam a resposta benéfica observada nos pacientes em tratamento com osteopatia que propusemos inicialmente como hipótese alternativa do estudo.

Segundo um estudo feito por SILVA e colaboradores realizado com 38 indivíduos com diagnóstico clínico de DRGE, separados em dois grupos: grupo P (placebo) 16 indivíduos e grupo O (osteopatia) 22 indivíduos, a intervenção osteopática no diafragma é um dos tratamentos complementares não medicamentosos que tem resultado (SILVA *et al.*, 2013).

Esse estudo teve como objetivo principal avaliar os valores pressóricos da válvula esofágica inferior, antes e imediatamente após a intervenção osteopática no músculo diafragma, onde ficou evidenciado que a técnica manipulativa usada para produzir um equilíbrio funcional diafragmático causou um positivo aumento, com significância estatística na pressão esofágica inferior (SILVA *et al.*, 2013).

Corroborando com o presente estudo, SILVA obteve resultados positivos com significância estatística, também utilizou a liberação diafragmática como conduta, a fim de proporcionar uma melhora da pressão no esfíncter esofágico interno tendo como consequência a redução do retorno do conteúdo gástrico (SILVA *et al.*, 2013).

Em seu trabalho, CRISTINA *et al.* usou manobras osteopáticas estruturais para a região esôfago-cárdio-tuberositária, visando avaliar os efeitos desse tratamento em indivíduos com DRGE resistentes ao uso de medicamento por meio dos questionários HBQOL e QS-DRGE, onde foi evidenciado melhora no quadro de DRGE após o tratamento osteopático (CRISTINA *et al.*, 2014).

Foram selecionados 14 participantes, cada indivíduo foi submetido a 12 sessões de osteopatia. Foram aplicados dois questionários. HBQOL - que avalia a qualidade de vida e a interferência da azia nas atividades diárias, e o QS-DRGE que avalia a percepção do paciente quanto ao seu estado de saúde e seus sintomas. Observou-se melhora estatisticamente significativa na maioria dos sintomas dos indivíduos do estudo citado (CRISTINA *et al.*, 2014).

Esse trabalho corrobora com o presente estudo nas escolhas das técnicas realizadas. Os resultados comparados com o estudo presente observou que a azia teve uma melhora significativa nos dois estudos.

Um estudo feito em 2014 em Curitiba mostrou a efetividade da osteopatia em bebês de zero a 1 ano de idade com o questionário QS-DRGE. Foi realizado um estudo longitudinal com 33 crianças diagnosticadas com refluxo e em tratamento medicamentoso (GEMELLI *et al.*, 2014).

Estas foram avaliadas inicialmente com questionário I-GERQ-R (ferramenta de diagnóstico clínico de refluxo) e submetidas a sessões de POT (protocolo osteopático de tratamento) e a última avaliação ocorria quando tivessem obtido redução ou ausência de sintomas, ou quando completassem dois meses de tratamento. Concluindo que o protocolo

osteopático se mostrou eficaz na redução 73% da cólica e 94% da tosse que os bebês apresentavam durante o RGE (GEMELLI *et al.*, 2014).

SUZIKI *et al.*, demonstraram em seu trabalho a frequência de DRGE e seu impacto na qualidade de vida em universitários, nesse trabalho a mesma conseguiu mostrar a incidência elevada de portadores de DGRE bem como o impacto que ela leva na qualidade de vida de quem possui o DRGE (SUZIKI *et al.*, 2011).

FORNARI *et al* em seu trabalho conseguiram realizar a validação do questionário de sintomas na doença do refluxo gastroesofágico, o qual absorve os principais sintomas apresentados pelo paciente (FORNARI *et al.*, 2004).

Esses sintomas também foram avaliados no presente estudo obtendo melhora significativa, porém sem dados estatísticos. A melhora da azia, o incomodo durante o sono e o grau de satisfação com a sua situação atual foram os dados que obtiveram maior porcentagem na melhora. Os indivíduos também relataram melhora de outros sintomas que não constavam no questionário como rouquidão e melhora da respiração.

CRISTINA *et al.* em seu estudo mostrou uma análise comparativa com diferença significativa na melhora da azia e da qualidade de vida pré e pós tratamento com osteopatia, aplicando um questionário de qualidade de vida - HBQOL (CRISTINA *et al.*, 2014). Na presente pesquisa, todos os indivíduos antes do tratamento mostraram insatisfeitos, muito insatisfeitos ou até incapacitados na sua situação atual. Após as sessões, apenas um indivíduo mostrou-se insatisfeito e os demais satisfeitos e/ou muito satisfeitos reforçando o impacto positivo que a osteopatia gerou na sua melhora.

5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Estudos sobre a aplicabilidade da osteopatia e suas repercussões ainda são escassos, em especial, ensaios clínicos randomizados. Por isso não foram encontrados um número considerável de publicações para melhorar o embasamento na discussão.

A osteopatia é uma especialidade recente (e ainda mais recente no Brasil) com poucos estudos publicados. Dessa forma é importante ressaltar a importância da pesquisa e da publicação na osteopatia, pois a mesma é um recurso que não traz efeitos colaterais, sem intervenções invasivas e medicamentosas com resultados positivos.

O uso de medicamento específico para essa patologia durante a intervenção osteopática podem ter interferido no resultado alcançado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização dos atendimentos de osteopatia e aplicação de um questionário validado de sintomas de refluxo gastroesofágico antes, durante e depois da intervenção para avaliação, observou-se que essa técnica reduziu os sintomas relatados, otimizando as funções estruturais do organismo e facilitando o processo de auto cura. Apesar disso, novos estudos precisam ser realizados a fim de confirmar os resultados encontrados, visto que a amostra do presente estudo foi pequena e escolhida por conveniência.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO JUNIOR, Luiz João. Doença de refluxo gastresofágico. **Rev. JBM**, nov/dez. 2014.

BARROS, S.G.S. Doença do refluxo gastroesofágico: prevalência, fatores de riscos e desafios... **Arq Gastroenterol**, v. 42, n. 2, p. 71, 2005.

CRISTINA, L.A.; LUCIA R.B.S.B.; ALMEIDA K.S.; LÚCIA V.A.A. Efetividade do tratamento osteopático na qualidade de vida e na percepção dos sintomas de pacientes com doença de refluxo gastroesofágico refratária ao tratamento medicamentoso. **Rev. GED Gastroenterol. Endosc.** v. 34, n. 1, p. 10-17, 2014.

DOUGLAS, Carlos R; CISTERNAS, José R. Fisiologia Clínica do Sistema Digestório. Ribeirão Preto: Tecmedd. 2004.

FORNARI, F et al. Questionário de sintomas na doença do refluxo gastroesofágico. **Arq Gastroenterol**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, out/dez. 2004.

FRAÇOIS, Sallé Jean. **La Osteopatía**. São Paulo: Mandala, 1994.

GEMELLI, M.; ULBRICHT, L.; RIPKA W. Resultados do desenvolvimento e aplicação de um protocolo osteopático para bebês com refluxo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE

ENGENHARIA BIOMÉDICA - CBEB, 2014, Uberlândia. Anais... Minas Gerais: UFU, CBEB, 2014.

HEBGEN, Eric. **Osteopatía visceral: Fundamentos e Técnicas**. São Paulo: 2005.

HOTTENROTT, M.D et al. An Effective Prophylaxis of Gastric Stress Lesions Experimental Gastric Sympathectomy. **Hottenrott and Others**, p. 762-765, 1977.

L'HOCINE, Yahia et al. Sensory innervation of human thoracolumbar Fascia. **Acra Orthop Scad**, p. 195-197, 1992.

KENNETH, Nelson; GLONEK, Thomas: The patient with gastrointestinal problems. **Somatic Dysfunction in Osteopathic Family Medicine** 2006.

NORTHUP, THOMAS L. Manipulative Therap in Gastrointestinal Conditions 1983.

NORTON, R.C et al. Refluxo gastroesofágico. **Jornal de Pediatria**, Belo Horizonte, v. 76, Supl. 2, 2000.

SILVA, R. C. et al. Increase of lower esophageal sphincter pressure after osteopathic intervention on the diaphragm in patients with gastroesophageal reflux. **Diseases of the Esophagus**, v. 26, p. 451-456, 2013.

SUZUKI, Nathalie Mie. Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) epidemiologia e qualidade de vida em estudantes universitários. **Gastroesophageal reflux disease (GERD)**, Arquivos médicos 2011.

RICHARD, L et al. Sensory and Motor Innervation of the Crural Diaphragm by the Vagus Nerves. **Rev. Gastroenterology**, v. 138, p. 1091-1101, 2010.

RUMMEY, Peterson; BARBARA. The relevance of Somatic Disfuncion. **Year Book of the American Academy of Osteopathy**, 1976.

SAMMUT, Emanuel; SEARLE-BARNES, Patrick. **Osteopathic Diagnosis**. Cheltenham: Nelson Thomas, 1998.

SCALON, D. W.; BOAS, V. F. Abordagem Osteopática na Gastrite. **Revista Inspirar/ MOVIMENTO&SAÚDE**. v. 2, n. 2, mar/abr. 2010.

TOTH, Tibor. The effect of chemiosympathectomy on the incidence of stressinduced gastric erosions. **Br. J. Exp. Pathol**, Department of Pathology, Yugoslavia, v. 67, p. 349-352, 1985.