

A promoção e a protecção da saúde em fisioterapia

* Lina Robalo e ** Madalena Gomes da Silva

* lrobalo@ess.ips.pt

** msilva@ess.ips.pt

INTRODUÇÃO

A prática da Fisioterapia caracteriza-se hoje de forma diferente do que há 10 ou 20 anos atrás. Tem à sua disposição novos conhecimentos, novos recursos, novas modalidades e metodologias de intervenção. Tem outra sustentação teórica e está também sujeita a diferentes pressões externas à profissão.

Aos fisioterapeutas exige-se uma maior abrangência nas áreas de intervenção e nos seus modelos de prática, de forma a serem uma mais valia para a sociedade onde se inserem, respondendo especificamente às necessidades dos utentes/populações, contribuindo para que estes sejam mais activos na gestão da sua saúde (STRUBER J.C., 2001).

Simultaneamente, necessitam de ter presente uma visão mais ampla e integrada da saúde e dos seus envolventes (dos sistemas de saúde, das políticas, dos recursos disponíveis, das prioridades e das recomendações nacionais e internacionais), para que a sua prática se enquadre nas prioridades em saúde a nível local, nacional e internacional. Neste sentido os desafios são cada vez maiores e a necessidade de uma prática sustentada e efectiva representa na actualidade uma obrigatoriedade.

* Assistente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

** Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

O presente artigo surge com dois propósitos, por um lado reforçar o potencial da fisioterapia enquanto profissão de saúde na área da promoção e protecção da saúde e por outro promover a divulgação de algumas actividades desenvolvidas pelos alunos do 2º ciclo da área disciplinar de fisioterapia da ESS durante o ano lectivo 2004/05. Assim a sua estrutura assenta em 3 partes: a primeira procura enquadrar a fisioterapia na área da promoção e protecção da saúde, a segunda pretende ilustrar de forma sintética as diferentes fase do desenvolvimento de programas de promoção e protecção da saúde em fisioterapia e por fim, a terceira parte deste artigo procura divulgar sob a forma de abstrat o trabalho desenvolvido pelos alunos do 2º ciclo da Licenciatura Bi-etápica em Fisioterapia no presente ano lectivo, nesta área específica.

A promoção e protecção da saúde e a fisioterapia

O desenvolvimento da investigação, a evolução da tecnologia, as modificações das características sócio demográficas e dos determinantes de saúde dos indivíduos e populações, implica hoje uma necessidade crescente de sustentar em termos científicos as nossas decisões, bem como uma necessidade de situarmos o utente/cidadão, no centro do modelo de intervenção ou da prestação de cuidados de saúde (IAN, E. *et al.*, 2004).

Sendo a Promoção da Saúde, "o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar ou manter " (OMS - Carta de Ottawa, 1986), trata-se então de um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e das suas necessidades de saúde e que visa capacitá-las para o desenvolvimento de recursos individuais e/ou colectivos, com vista à obtenção de melhores níveis de bem-estar, de funcionalidade ou de qualidade de vida. Para aumentar a capacidade de decisão e gestão da saúde dos utentes /cidadãos, estes terão de ser o centro deste processo, pois só assim será possível contribuir para o *empowerment* e para a cidadania de uma forma efectiva.

O trabalho desenvolvido pelos fisioterapeutas tal como por outros profissionais de saúde, no âmbito da Promoção da Saúde tem como objectivo, a mudança de hábitos e estilos de vida, e portanto envolve quase sempre mudanças comportamentais o que implica processos longos e complexos de intervenção e acompanhamento (EWLES; SIMNETT, 1992).

Assim, os resultados de uma intervenção só são expressivos, muitas das vezes, a longo prazo, o que choca profundamente com o imediatismo que caracteriza as

expectativas e desejos da sociedade actual. Uma intervenção na infância ou adolescência tem repercussão na saúde do indivíduo na idade adulta, e a repercussão esperada é a ausência de doença, de incapacidade ou mesmo de melhores níveis de funcionalidade, assim, poderão passar várias décadas antes de se poder confirmar o sucesso de uma intervenção, traduzida por exemplo em diminuição do absentismo laboral ou estudantil, em gastos em saúde, em grau de funcionalidade ou até mesmo em qualidade de vida.

Deste modo, facilmente se perde a consciência da relação entre a intervenção e o seu efeito. Por um lado, porque existe muitas vezes um *gap* temporal entre a acção e o efeito e, por outro, porque o resultado esperado é a própria ausência de efeito, tornando a quantificação desta relação extremamente difícil.

Empowerment em Saúde

É o processo que, capacita os indivíduos ou grupos sociais, a manifestarem e expressarem um maior poder a nível socio-cultural, psicológico, político e económico, ao expressar as suas necessidades de saúde, apresentando os seus interesses e estratégias, envolvendo-se e participando na tomada de decisão políticas, de acções sociais e culturais que vão ao encontro das suas necessidades identificadas.

Este processo, permite que os indivíduos identifiquem e reconheçam uma correspondência mais próxima entre, os que são os seus objectivos na vida e um sentido de como conseguí-los bem como um relacionamento entre seus esforços e resultados da vida, promovendo a auto-eficácia.

Fonte: Heath Promotion Glossary, 1998.

Em contrapartida as intervenções centradas no tratamento da doença têm uma visibilidade e um impacto imediato na vida das pessoas que a Promoção da saúde e as medidas de Protecção da saúde não têm.

É no entanto importante realçar que muitas vezes a mudança de comportamento a longo prazo passa pela obtenção de um conjunto de competências a curto prazo, como por exemplo a aquisição de conhecimentos ou de estratégias. sendo da nossa responsabilidade garantir que estas intervenções sejam baseadas nos melhores padrões de prática e (CICCONE, 2004).

Será que os fisioterapeutas envolvidos na Promoção e Protecção da Saúde não têm negligenciado o seu papel em tornar visível esse trabalho e esse contributo?

Para além da mobilização das esferas de decisão (Ex. O director, o coordenador, o presidente do clube ou o financiador), o conceito de Promoção da saúde também tem de chegar aos cidadãos/utentes/doentes, no sentido de ser socialmente entendido como uma necessidade e em muitos casos até mesmo aos próprios profissionais de saúde.

As populações sentem um conjunto de necessidades urgentes e imediatas, tais como recorrer à fisioterapia por sequelas de AVC, ou por uma dor lombar aguda e poderão desvalorizar o esforço e investimento em acções de promoção da saúde com vista a ganhos de saúde no futuro. Os próprios serviços de saúde reflectem muitas vezes este contexto de exigência, orientando-se no sentido de proporcionar uma resposta a estas necessidades imediatas que se traduzem em custos elevados e incontornáveis. Deste modo, a justificação da atribuição de suporte para Promoção da saúde tem de ser solidamente suportada com evidência científica e na efectividade das práticas, o que implica o desenho pormenorizado das diferentes etapas bem como uma avaliação criteriosa.

Algumas razões justificativas da subvalorização da promoção da saúde.

Provavelmente a dificuldade em justificar um maior investimento e reconhecimento da importância da intervenção da fisioterapia na promoção e protecção da saúde está relacionada com:

- Aspectos sócio-culturais;
- Subvalorização de práticas prospectivas;
- A falta de visibilidade das intervenções;
- A incapacidade de demonstrar a sua efectividade.

As etapas de um programa de promoção e protecção da saúde

Dada a natureza do tipo de efeito obtido com uma acção de promoção, protecção da saúde, a justificação da sua necessidade bem como a demonstração da sua efectividade obriga a que o seu desenho tenha de passar por diferentes etapas:

1ª Etapa - A justificação da acção e a captação de recursos

A justificação da acção e a captação de recursos coloca dificuldades adicionais que deverão ser ultrapassadas com base no levantamento das necessidades específicas e na identificação fundamentada da(s) condição(ões) prioritária(s) e da população alvo.

O levantamento de necessidades específicas é um processo que pode ser desenvolvido a nível internacional, nacional, regional e local, sendo quase sempre moroso e complexo, mas fundamental para o diagnóstico da situação.

Quando se considera a intervenção da fisioterapia na área da promoção e protecção da saúde, devem ser sempre considerados dois grandes grupos de utentes: (1) os que já têm algum tipo de queixas e já recorreram aos serviços do Fisioterapeuta e (2) os outros, que ainda não apresentam quaisquer queixas e que podem ou não ser grupos de risco para problemas específicos. Isto implica uma abrangência grande no levantamento de necessidades.

Os diferentes níveis, mencionados acima, estão relacionados com a forma e tipo de necessidades que podem ser identificadas. Assim, este processo inicia-se a partir das necessidades normativas que são definidas pelo expert ou profissional de acordo com standards pré-estabelecidos. São necessidades baseadas no julgamento de valor dos profissionais. Isto pode levar a dois tipos de problemas: a opinião do profissional sobre o que é um standard aceitável pode variar e os standards dos profissionais podem ser diferentes dos utentes (EWLES; SIMNETT, 1992).

Logo, o levantamento de necessidades deve ser completado com uma abordagem direccionada à população em que se supõe existir a necessidade sugerida pela literatura. Isto conduz ao levantamento das necessidades sentidas, que são aquelas identificadas de forma sistemática (respondendo a questionários, por exemplo) pela população alvo do futuro programa. Neste processo as pessoas identificam quais são as suas necessidades no que diz respeito a um tema específico. No entanto, considera-se que quando estas necessidades se tornam uma exigência, pela sua premência, são consideradas necessidades expressas (EWLES; SIMNETT, 1992).

Algumas necessidades normativas estão definidas na lei, como por exemplo as necessidades sobre a higiene alimentar ou validade dos produtos alimentares. Outras estão disponíveis na literatura ou nos organismos nacionais (Ex. Plano Nacional de saúde, Instituto Nacional de Estatística, Observatório Português de Saúde) e/ou internacionais (Ex. Banco Mundial, UNICEF, Organização Mundial de Saúde). A literatura de origem epidemiológica oferece informação rica e detalhada quanto aos índices de morbidade e mortalidade, factores de risco e incidentes de determinado problemas, entre outra.

No entanto a mais inestimável fonte de informação são as pessoas. Por um lado, outros profissionais de saúde da instituição e as suas percepções das necessidades mais prementes da população, por outro lado e acima de tudo, os utentes, cidadãos, que é quem melhor pode dar a conhecer as suas necessidades.

Podem-se considerar diversas formas de recolher informação junto destas pessoas sobre as suas necessidades; discussões/conversas informais, questionários de levantamento desenvolvidos para o efeito, escalas ou outros instrumentos validados, ou por exemplo encontros com grupos de pessoas (focus groups) através das comunidades já existentes. Esta

proximidade com a população e o conhecimento exacto das necessidades específicas de cada grupo, proporcionam uma intervenção mais direccionada e, espera-se, mais efectiva. Estando as necessidades levantadas é fundamental em seguida estabelecer quais as prioritárias. Neste contexto há que ter em conta:

- A Transcendência -Dimensão dos ganhos de saúde desejados em termos de morbilidade ou suas consequências como mortalidade, incapacidades e/ ou qualidade de vida;
- A Vulnerabilidade – à intervenção, quais os ganhos previsíveis, procurando responder às seguintes questões:
O problema/necessidade é em princípio resolúvel?
O problema/necessidade é permeável a estratégias do âmbito educacional?
- O Custo-efectividade das soluções existentes – é necessário comparar o custo das opções de intervenção, por resultados de saúde obtidos claramente determinados. Assim procura responder a dois tipos de questões:
Que programa é capaz de realizar objectivos pré-fixados ao menor custo?
Que programa permite maximizar os benefícios de uma dada verba?

As etapas a cumprirem passam por: 1) Definição do problema a analisar, 2) Identificação das alternativas, 3) Identificação dos resultados 4) Construção de uma árvore de decisão, 5) Realização de análises de sensibilidade e 6) Apresentação dos resultados (DRUMMOND, M. *et al.*, 1997).

Exemplo de algumas questões que deverá conseguir responder no final da 1ª etapa

- Qual é o problema/necessidade?
- Quem identificou como problema/necessidade (A instituição, outros profissionais, os fisioterapeutas ou a comunidade)?
- Porque consideram um problema/necessidade (com que base foi identificada essa necessidade, quantidade, qualidade que instrumentos foram utilizados)?
- Quais os vários aspectos que estão envolvidos no problema (comportamentos de saúde,...)?
- O problema/necessidade é em princípio resolúvel?
- O problema/necessidade é permeável a estratégias do âmbito educacional?
- A solução do problema/necessidade é desejável pela população alvo?
- Que programa é capaz de realizar objectivos pré-fixados ao menor custo?
- Que programa permite maximizar os benefícios de uma dada verba?

2ª Etapa – A definição dos objectivos e indicadores

Após a identificação do(s) problema(s) de saúde prioritário(s) e respectivos factores de risco, o passo seguinte é a definição de objectivos do programa (objectivos gerais ou metas e objectivos específicos).

O objectivo geral reflecte a razão, a um nível geral, da existência do programa e está intimamente ligado com o problema inicial ou necessidade identificada.

Os objectivos específicos representam as mudanças que se pretendem atingir com o programa. Devem identificar o resultado a atingir num determinado período de tempo. Sendo este bem sucedido, resolvem o problema inicial ou colmatam as necessidades identificadas no início.

São então a expressão clara do que é preciso atingir, representam o guia para a acção e deverão ser SMART.

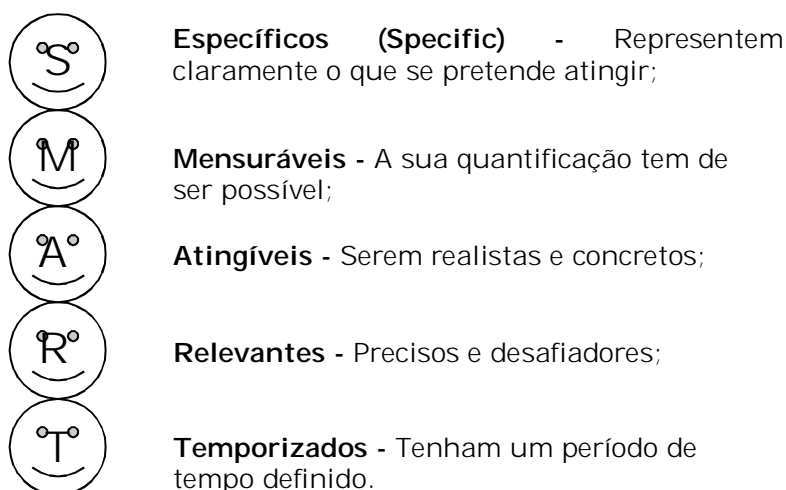


Figura 1 – Esquema SMART de orientação à definição dos objectivos.

Importa ressaltar que os objectivos específicos não são actividades ou funções. São acima de tudo os desafios específicos daquele grupo em termos de um problema previamente identificado.

Pode-se considerar objectivos de diferentes naturezas: cognitivos, afectivos ou de comportamento. Não é necessário que os programas tenham objectivos dos três tipos, embora isso por vezes aconteça. Os objectivos cognitivos estão relacionados com a informação, o aumento dos conhecimentos e a sua compreensão. Os objectivos afectivos dizem respeito à alteração ou mudança de atitudes, crenças, valores e opiniões. Finalmente os objectivos de comportamento estão relacionados com a acção e as capacidades do utente com um determinado fim.

Como mencionado acima, os objectivos devem ser mensuráveis e o "quanto" é descrito através dos indicadores ou indicadores de sucesso, que representam a quantidade do objectivo que se pretende atingir num determinado período de tempo. Definem-se um ou mais indicadores para cada objectivo específico definido. Temos indicadores quantitativos e qualitativos,

dependendo do âmbito do programa e do instrumento a utilizar. Por exemplo, um indicador quantitativo é a percentagem de utentes atendidos num determinado serviço que se pretende instituir, e um indicador qualitativo é por exemplo a satisfação dos pais relativamente à integração do seu filho com determinada incapacidade, na escola.

Neste etapa à que ter em atenção as questões apresentadas em seguida.

1. Os objectivos são precisos, desafiadores e direccionados especificamente à população alvo a que a intervenção se dirige?
2. Os termos utilizados especificam em que medida é que o/s objectivo/s deve se atingido/s?
3. No caso de existirem vários objectivos, estes são coerentes entre si?
4. O/s Objectivo/s é realizável e realista?
5. Qual o tipo de objectivos propostos (cognitivos, afectivos ou comportamentais)?
6. O/s objectivo/s são convertíveis em indicadores mensuráveis?

3ª Fase – O Planeamento

Planeamento significa “tomar decisões de forma integrada”...“procedimento formalizado para produzir um resultado articulado, sob a forma de um sistema integrado de decisões” (MINTZBERG, 1994).

O planeamento da abordagem/acção, adequada aos objectivos definidos, implica pensar nos métodos, nas estratégias e nas actividades a desenvolver, nos responsáveis assim como nas diferentes fases de implementação, no seu horizonte temporal e nos recursos disponíveis (humanos, materiais e financeiros).

O planeamento é importante não só para potencializar os benefícios que possam advir e minimizar as consequências de imprevistos, como também proporciona uma forma sistemática de apresentação de propostas a entidades empregadoras ou candidaturas a entidades financiadoras.

As actividades a desenvolver, assim como a respectiva metodologia (estratégias) de implementação são um passo fundamental no planeamento do programa. Devem ser específicas para aquela população alvo e adequadas aos objectivos estabelecidos. O seu conteúdo e estratégias devem ser definidos em rigor antes do início do programa para possibilitar uma avaliação fidedigna dos resultados e do impacto do programa.

A divisão de responsabilidades, é também fundamental clarificar antes do início, com o objectivo de definir quem é responsável por quê, e quem apresenta trabalho a quem, quem é o coordenador, quem redige relatórios finais, quem prepara materiais a utilizar.

As fases de implementação são essenciais por uma questão de organização interna, mas também para se poder coordenar o tempo com outros programas a implementar. Assim devemos descrever minuciosamente todas as tarefas envolvidas e atribuir-lhes um horizonte temporal.

Os recursos representam a matéria-prima necessária para se poder implementar o programa. Podem dividir-se em materiais, humanos e financeiros. Os recursos materiais consistem em todo o material necessário para implementação do programa, por exemplo um espaço adequado para a sua implementação. Os recursos humanos dizem respeito aos profissionais envolvidos na implementação, poderão ser fisioterapeutas, outros profissionais de saúde mas pode ser também um técnico de informática ou apoio de secretariado. Os recursos financeiros são por vezes tratados separadamente devido à sua especificidade e possível

complexidade. Há no entanto dois tipos de recursos financeiros a considerar, o investimento inicial e a manutenção do programa.

Toda esta informação pode ser esquematizada, na tabela de projecto. Esta não é apenas uma forma esquemática para apresentar um projecto a uma entidade empregadora ou um potencial interessado, mas é também um instrumento de monitorização muito útil. Pode servir para, juntamente com as fases de implementação, para aferir o progresso do programa. Tem a vantagem de ser uma forma esquemática e concisa de expor os componentes principais dos programas, clarifica as relações entre objectivos, actividades a desenvolver e recursos, identifica potenciais problemas e/ou factores de sucesso, providenciando uma fonte segura de informação sobre o projecto (WHO, 1990)

4ª Fase - A avaliação

Se melhores decisões levam a melhores prestações na área da saúde então, torna-se necessário criar mecanismos para a sua implementação, o que só é possível mediante uma avaliação cuidada e criteriosa. As formas de intervenção que demonstrem ser mais benéficas do que prejudiciais devem ser encorajadas e as que são mais prejudiciais do que benéficas devem ser desencorajadas. As diferentes formas de intervenção que ainda não estão estudadas devem ser utilizadas num contexto de investigação de forma a averiguar se poderão ou não ser benéficos (ROTHSTEIN, 2001).

A avaliação representa então o processo que permite fundamentar, ponderar, comparar, medir e evidenciar os níveis atingidos com o programa desenhado, nomeadamente no que se refere aos seus resultados, mas também quanto aos processos seguidos.

Os resultados obtidos são importantes num programa (avaliação de resultados), mas é através da avaliação da forma como são ou não atingidos (avaliação de processo), que poderemos contribuir para que os aspectos positivos sejam realçados e até mesmo replicados e que os menos conseguidos sejam identificados, contornados servindo como processo de aprendizagem em futuras acções.

No que diz respeito à avaliação de resultados, através dos objectivos definidos deverá ficar claro precisamente, o que se pretende avaliar. O instrumento adequado a essa avaliação deve ser rigorosamente escolhido tendo em conta que se trata de um objectivo de natureza cognitiva, afectiva ou comportamental. A escolha do instrumento deve naturalmente ser orientada também pelas respectivas propriedades psicometricas, nomeadamente a sua validade, fidedignidade e sensibilidade para aquela população.

No entanto quando utilizamos instrumentos de avaliação que não podem ser justificados com base na investigação (relacionadas com a validade, fidedignidade, sensibilidade, especificidade ou outra característica da medição), por não existirem melhores instrumentos, estamos a abraçar a PBE não existindo portanto, razões para não o fazer. O mais importante

As questões que se seguem são exemplos e poderão ser respondidas pelos responsáveis da acção ou até mesmo pela população alvo após a avaliação:

- O que considera que correu bem?
- O que considera que correu mal?
- Surgiram imprevistos?
- Alguma actividade prevista não foi realizada? Porquê?
- O cronograma previsto não foi cumprido? Porquê?
- Como avaliam a acção os diferentes partes envolvidas (A equipa dinamizadora, os responsáveis da instituição e a população alvo)?
- Qual a previsão da continuidade do programa?

na nossa selecção dos instrumentos é perceber se medem o que nos propomos medir, tornando-se assim essencial considerar a validade (ROTHSTEIN, 2001).

No planeamento da avaliação deverá ter-se em linha de conta diferentes níveis de avaliação:

A eficácia do programa, que representa os resultados ou consequências de um programa de saúde do ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal;

A eficiência que é a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada programa de saúde. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para se obter determinado resultado. Representa assim o processo utilizado para o mesmo fim e que apresenta o menor custo;

A efectividade que representa os resultados ou consequências de determinado procedimento (programa) quando aplicado na prática. É o efeito em situação real. A efectividade de um programa difere da eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto que a eficácia tem haver com situações ideais (PEREIRA, J. 1993).

Na figura 2 encontram-se representadas as diferentes fases do planeamento descrito e os diferentes níveis de avaliação.

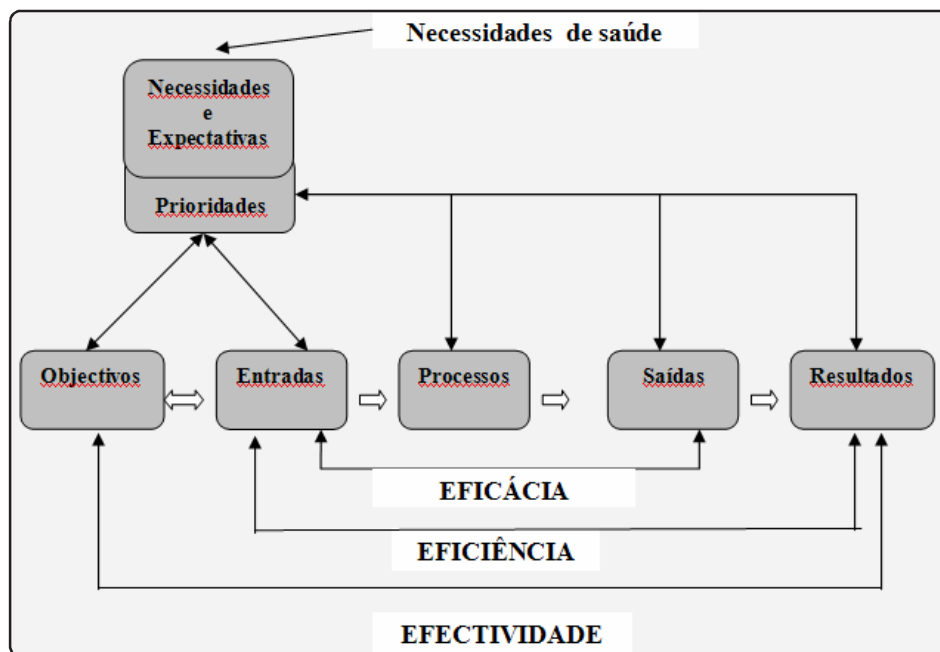


Figura 2- Planeamento de uma acção de promoção e protecção da saúde.

Devemos estar preparados para desistir das nossas antigas crenças, de acções e resultados baseadas em boa vontade, motivação própria e de baixo teor científico. A fisioterapia na área de promoção e protecção da saúde representa uma mais valia para os utentes/cidadãos e para a profissão, mas para tal é necessário assegurar a efectividade das práticas, o que só é possível mediante um planeamento cuidado e uma avaliação criteriosa.

A área disciplinar de fisioterapia da Escola Superior de Saúde (ADF-ESS) e a promoção e protecção da saúde em fisioterapia

A Área Disciplinar da Fisioterapia (ADF) da ESS, considerando a sua integração no Instituto Politécnico de Setúbal e respectivas funções sociais, tem um papel activo no contributo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados à comunidade onde está inserida. Assim assume particular importância, o desenvolvimento de novas áreas de intervenção enquadrados na promoção e protecção da saúde e centrados nas necessidades dessa mesma comunidade. Nesse sentido tem feito diversos esforços para fornecer aos seus formandos os instrumentos necessários para actuar nesta área e simultaneamente aproximar-se da comunidade envolvente. Estes esforços reflectem-se também numa maior proximidade dos alunos às populações, sendo estes envolvidos em actividades de promoção e protecção da saúde, através do desenvolvimento de programas neste âmbito.

Naturalmente, esta intervenção é suportada por modelos de raciocínio clínico na avaliação e diagnóstico de necessidades assim como no desenvolvimento, aplicação, avaliação e gestão de programas/projectos de promoção e protecção de saúde específicos da Fisioterapia na comunidade e em populações específicas.

Desta experiência, tem retido, que mais do que a mera transmissão de informação e conhecimentos, existem modelos de actuação e estratégias de implementação que constituem uma mais valia importantíssima do ponto de vista profissional através da qual se pretende também desenvolver conhecimento, a compreensão e capacidade de análise crítica sobre as teorias centrais nos conceitos de saúde.

O grande objectivo da ADF é precisamente proporcionar aos alunos a oportunidade de se aproximarem das populações, envolvendo-os em actividades de promoção e protecção da saúde, desenvolvendo novas competências nesta área, estimular a prática baseada na evidência e simultaneamente promover novas perspectivas de saída profissional.

Nas páginas seguintes encontram-se um conjunto de resumos dos programas que foram desenvolvidos este ano lectivo com os alunos do 2º Ciclo da Licenciatura Bi-etápica em Fisioterapia na ESS-IPS. Encontrando-se alguns destes programas ainda a decorrer, os resultados da sua avaliação ainda não se encontram disponíveis.

Resumos dos Programas em desenvolvimento (ano lectivo 2004-05)

Programa de Promoção e Prevenção da Saúde, junto da população idosa institucionalizada

Vieira, C. Xisto; D. Nunes; F. Valente I. e Bicho S.

Introdução: Os dados estatísticos apresentados, sugerem o elevado nível de envelhecimento da nossa população (INE, 2002). As quedas são um dos principais problemas nos idosos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2001; MASUD; MORRIS, 2001; FULLER, 2000) apresentando uma elevada frequência e consequências, muitas vezes sérias, na funcionalidade e qualidade de vida dos mesmos (SALKELD *et al.*, 2000, citado por LAMB, 2001).

Justificação do programa: Foi conduzida uma avaliação das necessidades dos utentes no Lar Acácio Barradas, da Santa Casa da Misericórdia de Setúbal, através dos seguintes instrumentos: Escala de Medição do Medo de Cair, a Escala de Berg, o Teste Timed Up & Go e a Escala de Barthel Modificada. De acordo com os resultados obtidos, estes utentes apresentavam uma moderada prevalência de quedas (35%) e a grande maioria evidenciava medo de cair (88%), nomeadamente na realização de algumas actividades funcionais, tais como, a marcha e a higiene pessoal.

Objectivo: Este programa tem por objectivo geral a prevenção de quedas junto desta população e o aumento da sua funcionalidade. Os objectivos específicos são: (1) diminuir os índices de medo de sofrer uma queda; (2) aumentar o equilíbrio; (3) diminuir a sensação de medo de cair ao realizar as AVD's.

O programa: O programa é implementado no Lar Acácio Barradas, da Santa Casa da Misericórdia de Setúbal. Participam os utentes que se voluntariaram e que se encontravam dentro dos critérios que asseguravam a sua segurança (critérios de exclusão: utentes com alterações cognitivas, invisuais e sem capacidade de deambulação). Participam 17 utentes, com uma média de idades de 81 anos, predominantemente do sexo feminino (65%) e de estado civil viúvo; com patologias diversas. Foram formados 3 grupos, dois com 5 utentes e um com 6 utentes, de acordo com o seu nível de equilíbrio. O programa é constituído por 16 sessões. Inicialmente é feita uma sessão de esclarecimento sobre dos factores de risco das quedas aos idosos e formas de os prevenir reforçada por um poster afixado na instituição. As outras sessões centram-se no treino de estratégias para a actividade de sentar/ levantar; treino de equilíbrio na posição de sentado e de pé e treino de marcha.

Avaliação: O programa tem dois momentos de reavaliação dos resultados, um primeiro que se realizará a meio do programa, na 8.^a sessão e um outro no final do programa, na 16.^a sessão. Para tal aplicaram-se as escalas anteriormente referidas, bem como um questionário de satisfação e de avaliação do fisioterapeuta com o objectivo de avaliar o processo. Também a tabela de presenças é um instrumento de monitorização do processo.



"Dor nas Costas - Evitar com a Saúde Escolar".

Nobre, D.; Maciel, E.; Ferreira, J.; Nobre, P. e Alpalhão, V..

Introdução: A literatura sugere uma elevada prevalência de algias vertebrais na infância e adolescência, que tem tendência a aumentar com a idade. Verifica-se um aumento na prevalência das algias vertebrais na adolescência de 10 a 13%. Alguns factores de risco ambientais têm sido associados ao desenvolvimento de algias vertebrais, tanto nos adultos como nas crianças, nomeadamente carregar objectos pesados, estar sentado por mais de trinta minutos e carregar mochilas escolares foram identificados como factores de risco preponderantes para a dor moderada (HARREBY *et al.* 1995). De acordo com LIMON *et al.* (2004) existe uma necessidade urgente de programas de promoção de saúde de forma a aumentar a consciencialização e diminuir os riscos existentes no ambiente escolar.

Justificação do programa: Para avaliar as necessidades neste âmbito foi elaborado um questionário dirigido aos professores e foi também realizada uma sessão de observação às crianças, em sala de aula. Esta teve como objectivo avaliar qualitativamente os factores de risco, conhecer a dinâmica da turma e professor, bem como identificar aspectos que possam influenciar a implementação do programa, nomeadamente os recursos disponíveis e níveis de conhecimento dos alunos. Através da grelha de observação foram registados os seguintes aspectos: material da sala (adequabilidade, cacifos ou outro espaço para guardar material e sua utilização), mochilas (peso e disposição do material), disposição da sala, posturas dos alunos, entre outros. Os resultados obtidos confirmam o sugerido pela literatura verificando-se a presença de inúmeros factores de risco no contexto escolar.

Objectivos: Aumentar o nível de conhecimentos dos alunos acerca dos factores de risco presentes principalmente no ambiente escolar e aprendizagem de estratégias que permitam minimizar os mesmos.

Programa: Este programa é dirigido aos 320 alunos dos 3º e 4º anos das escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico, do Agrupamento Vertical de Escolas da Ordem de Santiago. Consistiu numa única sessão com a passagem de um filme (realizado pelas alunas) que confrontava os alunos com situações e factores de risco presentes no dia-a-dia escolar. Ao longo do filme eram fornecidas estratégias para minimizar os referidos factores, sempre que tal acontecia, o filme era parado e neste intervalo de tempo os alunos eram motivados e auxiliados no treino das referidas estratégias. Antes da implementação do programa, realizou-se uma reunião com os professores para alertar para os factores de risco existentes na sala de aula e fornecer estratégias de minimização. No final da sessão é entregue aos alunos um folheto com informação dirigida aos pais, e é oferecido o jogo da coluna a cada turma, igualmente elaborados pelas alunas



Avaliação: A Avaliação é feita através de um questionário de avaliação de conhecimentos dos alunos, aplicado antes e depois do programa, completado com uma gincana onde são avaliadas as competências práticas do aluno. Vinte dias após a realização do programa é realizada uma nova sessão de observação para registar as alterações no comportamento dos alunos em sala de aula. Com este mesmo objectivo, foi passado aos professores uma adaptação do questionário de avaliação das necessidades. É ainda feito um outro questionário, aos professores, para avaliar a adequabilidade dos temas abordados, das estratégias educativas, a clareza da exposição e o número de sessões realizadas.

Intervenção do fisioterapeuta na área da formação de futebol

Fontes, H.; Miguel, J.; Marques, L. e Almeida, S.

Introdução: O futebol é a modalidade desportiva mais praticada em Portugal. Considerando que existem diferenças significativas no tipo de lesões contraídas por crianças ou adolescentes, em relação aos adultos, devido às diferenças estruturais do osso em crescimento

(MAFFULLI, 2002), esta é uma área em desenvolvimento, que merece especial atenção e representa um crescente campo de acção para a fisioterapia. De acordo com a literatura além da melhoria da condição física, o fisioterapeuta que apoia jovens atletas tem como desafios: (1) o manuseamento apropriado das condições músculo – esqueléticas; (2) o aconselhamento sobre aspectos importante na manutenção da boa condição física; (3) a integração e responsabilização dos pais e treinadores no processo de formação do jovem atleta,

Justificação do programa: Durante os treinos e jogos foi realizado um levantamento das necessidades dos atletas, com base na observação das várias componentes do treino e das necessidades a nível de intervenção em caso de lesão, mas também através da utilização de um conjunto de testes/ instrumentos com o intuito de avaliar as componentes da condição física, nomeadamente: força, flexibilidade, resistência, equilíbrio/coordenação, nutrição e aspectos psicológicos (*Sit and Reach Test; Standing Stork Test; Vo2 máximo (Teste da milha); Four-Line Sprint; Juggling Foot; Speed Dribbling; Teste de agilidade em corrida Illinois c/ e s/ bola Teste de abdominais Curl-Up; Teste de força inferior " Impulsão horizontal" ; Teste de força superior "Press Up Test"; Força de impulsão vertical "Sargeant Jump test" ; níveis de ansiedade "SCAT"*). Deste levantamento foram identificadas necessidades ao nível da força, flexibilidade, equilíbrio/coordenação e nutrição.

Objectivos: Os objectivos gerais deste programa consistem no desenvolvimento de hábitos de treino com o intuito de prevenir lesões futuras e na promoção de hábitos de saúde importantes para a prática desportiva futura. Os objectivos específicos são: (1) Aumentar o conhecimento dos atletas e pais sobre aspectos da nutrição, fadiga/cansaço e componentes de treino (flexibilidade, força, coordenação); (2) Melhorar a condição dos atletas em termos de força, flexibilidade e equilíbrio/coordenação (3) Elaborar um historial de cada atleta compreendendo dados pessoais, registo de lesões e resultados dos testes efectuados.

O programa: O programa desenvolve-se junto dos escalões de escolas e infantis na escola de formação do "Palmelense". As estratégias utilizadas passam pela realização de sessões de informação e esclarecimentos junto de pais, equipa técnica e atletas sobre os temas; elaboração de panfletos sobre a nutrição, flexibilidade e fadiga; implementação de várias actividades para desenvolvimento das componentes em défice, durante os treinos. O programa no total tem a duração de quatro meses. **Avaliação:** Para avaliar a efectividade do programa são de novo utilizados os instrumentos de avaliação aplicados na fase de levantamento de necessidades assim como um questionário de opinião aos pais e treinadores sobre a efectividade e pertinência do programa.



Programa de Promoção e Protecção de Saúde no Meio Ocupacional

Guerreiro, M.; Ramalho, N. e Mateus, S.

Introdução: As lesões ocupacionais têm uma prevalência muito elevada, considerando-se de extrema importância a necessidade de diminuir a incapacidade e os custos financeiros que implicam (LEMSTRA; OLSZINSKY, 2003). As acções de promoção de saúde nesta área são cada vez mais necessárias, pois permitem o reconhecimento de factores de risco existentes nos locais de trabalho, e uma actuação mais efectiva na prevenção de lesões (BARR; BARBE, 2002). De acordo com as suas competências o fisioterapeuta deve promover o melhor ambiente de trabalho, a fim de minimizar alguns factores que possam contribuir para problemas músculo-esqueléticos.

Justificação do programa: Foi efectuado um levantamento de necessidades na EDP-distribuição em Setúbal, através da observação directa do local de trabalho/actividade do indivíduo, pressupondo a compreensão da dinâmica da organização e dos seus trabalhadores. Foram utilizados três protocolos de observação e um questionário individual. Os resultados desta avaliação sugerem que 85,7% dos indivíduos realizam movimentos repetidos, de pouca carga e adoptam posturas mantidas ao longo do dia de trabalho; 55% dos indivíduos encontram-se em báscula posterior na posio de sentado. Através do questionário individual sabe-se que 62% dos trabalhadores passam 6 horas (em média) em frente ao computador; 46,15% trabalham há 20/30 anos neste tipo de actividade; 69% estão satisfeitos com a relao interpessoal; 62% não realizam qualquer actividade extra-laboral.

Objectivos: O objectivo geral do programa é promover a alterao de comportamentos. Os objectivos específicos são (1) Adquirir conhecimentos acerca da anatomia, fisiologia e biomecânica da coluna vertebral por parte dos trabalhadores (2) Integrar níveis de conhecimento acerca dos factores de risco (3) Desenvolver a capacidade de criar estratégias para reduo dos factores de risco presentes na actividade (4) Integrar hábitos de prática de exercício físico regular.

O programa: O programa tem lugar na EDP-Distribuio em Setúbal e é dirigido a 39 indivíduos, com trabalho de secretariado. Foram utilizados posters e panfletos para divulgao das duas aces de formao (com durao média de 30 minutos). Estas foram precedidas por uma sessão de esclarecimento acerca dos resultados obtidos no levantamento de necessidades.

Avaliao: Os conhecimentos adquiridos são avaliados através de uma sessão prática e os protocolos de observao utilizados inicialmente voltam a ser utilizados no fim do programa para analisar as alteraes do comportamento. A avaliao e monitorizao do processo serão feitas através da reflexão sobre os seguintes dados: n de indivíduos presentes em cada aco de formao; respostas ao inqrito da relevância; n de indivíduos que participam e do questionário final do programa



Prevenção de Acidentes de Viação e Acidentes Domésticos

Redondo, L.; Cassamá, C.; Névoa, A.; Quental, S. e Pereira, M.

Introdução: Os acidentes domésticos e de viação que envolvem crianças, são um problema de saúde pública, pelo impacto que representam em termos de, mortalidade, morbilidade e incapacidade/deficiência, sendo estes uma das cinco maiores causas de morte nos países industrializados e desenvolvidos (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2004). Em Portugal, o acidente rodoviário é a principal causa de morte infantil (PREVENÇÃO RODOVIÁRIA PORTUGUESA, 2004). Quanto aos acidentes domésticos, dados de 2000 revelaram que num total de 21.711 acidentes domésticos, 9.477 (43,6%) respeitam a crianças e jovens entre os 0 e os 14 anos (17,8%) (SANTOS, R., 2004).

Justificação do Programa: O levantamento de necessidades de necessidades foi realizado num jardim-de-infância do Concelho de Setúbal, através da entrega de 130 questionários anónimos aos profissionais educativos e aos pais/cuidadores das crianças que frequentam o mesmo. As respostas obtidas permitiram identificar que as preocupações dos pais de crianças desta faixa etária, coincidem com o sugerido na literatura, e se centram nos acidentes de viação nos acidentes domésticos. **Objectivos:** O objectivo geral deste programa é a prevenção de acidentes domésticos e de viação, na população infantil. Os objectivos específicos são: (1) aumentar o conhecimento dos pais e profissionais educativos acerca da segurança rodoviária e da importância do ensino à criança de regras básicas de trânsito e (2) facilitar a aquisição de estratégias, junto dos pais e dos profissionais educativos, que minimizem os riscos de acidentes rodoviários (3) aumentar o conhecimento dos pais sobre os perigos domésticos que a criança pode enfrentar; e (4) facilitar a aquisição de estratégias, junto dos pais, que minimizem factores de risco domésticos.

Programa: O programa consiste em 3 sessões. A primeira é dirigida aos pais/cuidadores e profissionais educativos com a duração de uma hora. É feita uma apresentação com um videoprojector, discutida a temática e entregues panfletos sobre os temas em foco. A 2ª sessão é para as crianças e são utilizados jogos e outro material didáctico para alertar as crianças sobre os riscos deste tipo de acidentes. A última sessão do programa é de novo dirigida aos pais/ cuidadores e profissionais educativos. Aqui são discutidas dúvidas que ficaram, entregues os questionários de avaliação e entregues folhetos com informação pertinente sobre o tema. **Avaliação:** Os resultados do programa são avaliados através de um questionário de aferição de conhecimentos e outro de avaliação dos comportamentos. A avaliação do processo (decorrer do programa) é também avaliada por um questionário, assim como registos das sessões (instrumentos de monitorização).



"A sua bexiga tem vida própria?"

Branquinho, N.; Letras, F.; Marques, A.; Ortiz, J. e Reis, F.

Introdução: O problema da Incontinência Urinária (IU) tem vindo a assumir progressivamente maior destaque, à medida que as populações se tornam conscientes das limitações e impacto que esta condição produz, nas actividades da sua vida diária (DIAS, 1999). A IU tem o estigma de uma condição socialmente não aceite, devido à falta de conhecimento das pessoas, julgamentos errados e intolerância, o que por seu turno, conduz ao isolamento pessoal, ao embaraço social e à demora em procurar ajuda médica (THE CANADIAN CONTINENCE FOUNDATION, 2001). **Justificação do Programa:** A literatura consultada, evidencia uma elevada

prevalência desta condição na população feminina em geral (BARROS *et al.*, 1999) sendo que se registam mais casos nas mulheres entre os 45 e os 65 anos de idade (BROOME, 2003). Para avaliação das necessidades, no distrito de Setúbal, foi recolhida informação, junto do serviço de Uroginecologia do Hospital São Bernardo, acerca do número de cirurgias que são realizadas anualmente para o tratamento, tendo-se verificado que no ano de 2003 foram realizadas um total de 36 cirurgias, e até Setembro de 2004 foram efectuadas cerca de 24. Utilizou-se ainda um Questionário de Aferição de Necessidades, que foi distribuído pelas classes de Hidroterapia de dois complexos desportivos do distrito de Setúbal. O Questionário de Aferição de necessidades foi desenvolvido com o intuito de avaliarmos a população alvo face aos factores de risco definidos na literatura, nomeadamente, idade, nº de gestações, nº de partos, menopausa e obesidade e ainda face à sua disponibilidade para participar num programa de Educação para a Saúde dirigido para a prevenção de IU. Após conclusão da fase de avaliação de necessidades, revelou-se pertinente o desenvolvimento e implementação de um programa de prevenção da IU, dirigido à população feminina do concelho.

Objectivo: Promover estratégias para prevenção desta condição, em mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 60 anos, de forma a melhorar o seu bem-estar físico, psíquico e social. **Programa:** Foi dirigido a mulheres entre os 45 e os 60 anos de idade que frequentam as piscinas municipais de Pinhal Novo e Palmela – Empresa Palmela Desporto, o Complexo Desportivo do Centro Comunitário do Bocage e o Complexo Municipal dos Desportos da Cidade de Almada. A divulgação foi feita através da colocação de folhetos e posters nas instituições, tendo as interessadas preenchido a ficha de inscrição que se encontrava no folheto. Os participantes foram divididos por grupos consoante o horário que seleccionaram. Foram organizados três grupos em cada instituição. O programa tem a duração de três semanas (uma sessão por semana), sendo que todas as sessões tem um carácter teórico-prático. Da componente teórica constam a definição de IU; anatomo-fisiologia do pavimento pélvico; tipos de IU; factores de risco; formas de prevenção; alternativas de tratamento e locais onde se devem dirigir. Na componente prática do programa foram realizados diversos exercícios com o objectivo de facilitar a consciencialização e fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico. **Avaliação:** Foram utilizados dois instrumentos, um para avaliação dos conhecimentos passado no início da 1ª sessão e no final da 3ª; o outro para aferição dos comportamentos – “Diário da minha Bexiga” – que foi preenchido diariamente ao longo das 3 semanas. Foi ainda foi pedido às participantes o preenchimento anónimo do questionário “Avaliação do programa”, com o objectivo de avaliar o processo.



Referências bibliográficas

- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY - Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. 49.(2001),664-672.
- BARROS, H. et al. – Prevalência e gravidade da Incontinência Urinária em mulheres do Porto. *Arquivos de Medicina*. Vol. 13, supl. 5. (1999), 16-19.
- BARR, Ann E.; BARBE, Mary F. - Pathophysiological Tissue Changes Associated With Repetitive Movement: A Review of the Evidence. *Physical Therapy*. Vol. 82, nº 2. (Fevereiro, 2002).
- BAXTER, Jones A.D , MAFFULLI, N.- Intensive training in elite young female athletes. Effects of intensive training on growth and maturation are not established. *Br J Sports Med*. 36, (1). (Feb, 2002), 13-5.
- BROOME, B. - "The impact of Urinary Incontinence on Self-Efficacy and Quality of Life". *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol.1, nº 35. (2003), 1-3.
- CANADIAN CONTINENCE FOUNDATION - Canadian Consensus conference on Urinary Incontinence: Clinical Practice Guidelines for Adults. 2001.
- CICCONE, C. - Evidence in Practice: Answers Are Within Your Reach. Evidence in Practice and Reviews. *Physical Therapy*. (Jan. 2004) Editorial.
- DIAS, J. - Epidemiologia da Incontinência Urinária - Prevalência e distribuição na população Portuguesa. Instituto de Educação Médica. 1999.
- DRUMMOND, M. et al. -Methods for the economic evaluation of Health Care Programmes. New York: Oxford University Press. 1997.
- EWLES, L.; SIMNETT, I. – Promoting health: a practical guide to health education. London: Scutari Press. 1992.
- GOETZEL, Ron – The Financial Impact of Health Promotion And Disease Prevention Programs – Why Is It So Hard To Prove Value? *American Journal of Health Promotion*. 15: 5 (2001), 277-280.
- GRANT, Ruth. - Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine. Churchill Livingstone. 2002.
- HARREBY, M.; NEERGAARD, K.; HESSELSON, G.; KJER, J. – Are radiologic changes in the thoracic and lumbar spine of adolescents risk factors for low back pain in adults? A 25 years prospective cohort study of 640 schoolchildren. *Spine*. Vol.20, nº20. (1995), 2289-2302.
- IAN, Edwards et al. - What is collaborative reasoning? *Advances in Physiotherapy*, vol. 6, no. 2.(June 2004), 70-83.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA- O envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas. Serviço de estudos sobre a população do departamento de Estatística Censitárias e da População. Lisboa. 2002.
- LAMB, S.E. – Effectiveness of falls prevention and rehabilitation strategies in older people: implications for physiotherapy. The chartered Society of physiotherapy. 2001.
- LEMSTRA, M.; OLSZYNSKI, W.P.-The Effectiveness of Standart Care, Early Intervention, and Occupational Management in Worker's Compensations Claims. *Spine*. vol 28, nº 3. (2003).
- LIMON, S.; VALINSKY, L. J.; BEN-SHALOM, Y. - Risk Factors for Low Back Pain in the Elementary School Environment. *Spine*.Vol. 29, nº 6. (2004), 697-702.
- MASUD, T.; MORRIS, R.O.- Epidemiology of falls. *Age and Ageing*. 30. (2001), 3-7.
- MINTZBERG, H. -The rise and fall of strategic planning. New York: Free Press, 1994.

PEREIRA, J. - Economia da Saúde –Glossário de termos e conceitos-(3ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1993.

ROTHSTEIN, J. – Autonomous Practice or Autonomous Ignorance. *Physical Therapy*, Oct. (2001) Editorial.

SALTMAN, Richard B.; FIGUERAS, Joseph – European Health care reform: Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 1997.

SANTOS, Rui. Acidentes domésticos e de lazer na infância – uma revisão. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 20, (2004). 215-230.

STRUBER, J.C. - Physiotherapy in Australia - Where to Now? *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. Vol. 1 nº 2. (July 2003).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Health Programme Evaluation, Guiding principles for its application in the managerial process for national health development. *Health for all Series*. n. 6, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa. 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- Health Promotion Glossary, Geneva, 1998.

WORTH, David R. - Moving in on Occupational Injury. Butterworth Heinemann: Oxford, 2000.

<http://www.dgsaude.pt/>. (Direcção Geral da Saúde - DGS Promoção da Saúde) 12/04/2005.

<http://www.prp.pt/inicio.asp> (Prevenção Rodoviária Portuguesa - PRP) 15/04/2005.