



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS QUANTO À REABILITAÇÃO
DAS CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS NA PARAÍBA**

Larissa Duarte de Britto Lira

JOÃO PESSOA-PB

2019

LARISSA DUARTE DE BRITTO LIRA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS QUANTO À REABILITAÇÃO
DAS CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS NA PARAÍBA**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Nível Mestrado, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Modelos de Decisão e Saúde

Linha de Pesquisa: Modelos de Saúde

ORIENTADORES:

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Prof. Dr. Jozemar Pereira dos Santos

JOÃO PESSOA-PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L768a Lira, Larissa Duarte de Britto.

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS QUANTO À
REABILITAÇÃO DAS CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO
ZIKA VÍRUS NA PARAÍBA / Larissa Duarte de Britto Lira.

- João Pessoa, 2020.

95 f. : il.

Orientação: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro Ribeiro,
Jozemar Pereira dos Santos Santos.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Microcefalia. 2. Fisioterapia. 3. Formação
profissional. I. Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva
Ribeiro. II. Santos, Jozemar Pereira dos Santos. III.
Título.

UFPB/BC

LARISSA DUARTE DE BRITTO LIRA

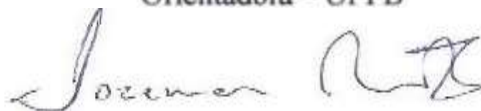
**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS QUANTO À
REABILITAÇÃO DAS CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO
ZIKA VÍRUS NA PARAÍBA**

João Pessoa, 18/02/2020

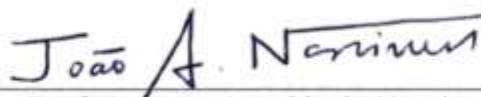
BANCA EXAMINADORA



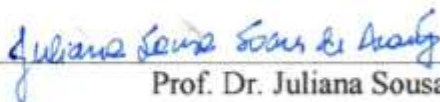
Profa. Dra. Kátia Sueley Queiroz Silva Ribeiro
Orientadora – UFPB



Prof. Dr. Jozemar Pereira dos Santos
Orientador – UFPB



Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Membro Interno – UFPB



Prof. Dr. Juliana Sousa Soares de Araújo
Membro Externo – UFPB

AGRADECIMENTOS

À Deus,

Foi uma grande vitória que Ele me deu, foram anos de amadurecimento e aprendizado, e em momento algum me senti desamparada, Ele sempre me deu a força que precisei nos momentos de ansiedade e incertezas, para trilhar os caminhos certos.

Aos meus pais, Christina e Militão (*in memoriam*),

Dedico esta vitória aos meus pais que me ensinaram os melhores valores: ser uma pessoa humana, honesta e sincera. Mainha sempre me incentivando, ajudando a buscar meus objetivos, lutando e vencendo junto comigo e Painha (*in memoriam*) que foi minha principal inspiração, pois tudo que fiz sempre foi pensando em deixá-lo orgulhoso.

Aos meus irmãos (Renata e Luiz Pedro),

Por despertarem em mim a vontade de sempre querer mais e não desistir nunca, foram seus pequenos gestos e palavras que me impulsionaram a seguir em frente.

As minhas sobrinhas (Júlia, Rebeca e Valentina),

Pois foram minha principal fonte de alegria e diversão. Foi no abraço de vocês que descansei e esqueci todos os problemas e estresses.

As minhas avós,

Pelos ensinamentos, elas que são dois tesouros em minha vida, com quem aprendi muito sobre amor, dedicação, carinho, paciência.

À minha orientadora Kátia Suely,

Que é um exemplo de profissional para mim, obrigada pela oportunidade, confiança, atenção, ensinamentos e dedicação durante a caminhada do mestrado.

Ao meu orientador Jozemar Pereira,

Por apoiar a realização desta pesquisa e pelas colaborações.

À minha banca examinadora,

pelo tempo disponibilizado e pela contribuição para enriquecimento do projeto. Em especial ao professor João Agnaldo pelas palavras de ânimo e encorajamento. Por sua capacidade grandiosa de acolher e seu jeito amigável e doce de agir.

Aos amigos conquistados no MDS,

Às minhas amigas Laisla e Emanuelle,

Companheiras de luta (sofrência), por sempre me escutarem, me apoiarem e incentivarem, mesmo com todas as dificuldades.

Aos meus amigos e familiares,

pelo apoio e disposição em me ajudar todas as vezes que precisei.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

Pelo auxílio com a bolsa de estudos que me permitiu dedicar integralmente à realização desta pesquisa.

RESUMO

Os casos de microcefalia apresentaram um aumento substancial no Brasil, sobretudo no ano de 2015, associados com as infecções causadas pelo Zika vírus e apresentando um quadro bastante complexo em termos de comprometimento, sendo adotada a terminologia Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV). Esse contexto impôs a necessidade de ampliar a oferta de cuidados de reabilitação e de qualificar os profissionais destes serviços, de modo a atender às necessidades dessas crianças. As ações preventivas ou corretivas sobre os desvios do desenvolvimento dependem do conhecimento acerca da sequência normal e regular das aquisições motoras, que consistirá na base para a elaboração de propostas adequadamente adaptadas à situação de cada criança. Neste contexto, chama-se atenção para a responsabilidade dos fisioterapeutas no processo de reabilitação, ressaltando a importância da educação continuada. O presente estudo tem como objetivo, avaliar a percepção de fisioterapeutas dos serviços de reabilitação quanto às condições de realização do tratamento fisioterapêutico em crianças com microcefalia associada ao vírus Zika na Paraíba. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório de abordagens quantitativa e qualitativa. A população do estudo foi composta por 51 fisioterapeutas atuantes nos Centro Especializados em Reabilitação da Paraíba. A coleta ocorreu em dois momentos, para conhecer a percepção dos fisioterapeutas sobre o objeto de estudo, foi empregada a técnica do grupo focal, já a coleta dos dados quantitativos foi feita por meio da aplicação de um questionário estruturado, contendo 49 questões, 10 com a caracterização sociodemográfica e profissional e 39 específicas para o objetivo de estudo, respondidas mediante a escala de *Likert*. Foi possível observar através do estudo que existe uma predominância do sexo feminino no atendimento dessas crianças e com média de 31 anos de idade, apesar de jovens a maioria buscou alguma especialização do tipo *Lato Sensu*, mas poucos na área infantil. Os cursos e capacitações para atendimento das crianças com a síndrome foi considerado importante, porém o apoio dos gestores e a busca por estes cursos foram dificultosos. Ressalta-se, ainda, a importância da família no tratamento e o envolvimento e apoio dos pais. A partir do presente estudo, foi possível identificar diversas dificuldades e potencialidades no serviço prestado as crianças com SCZV, foi visto que não houve suporte da gestão em ofertar ou apoiar a busca de capacitações, gerando sentimentos desmotivadores nos profissionais. Por outro lado, os profissionais buscaram formas de sentirem-se capacitados e ressaltaram que o tratamento ocorre através de uma equipe interprofissional. Destaca-se, também, que a família tem um papel fundamental na evolução do tratamento. Os resultados deste estudo enfatizam a necessidade de incentivo da gestão para meios de processos de educação permanente e continuada.

Palavras-chaves: Microcefalia; Fisioterapia; Formação profissional.

ABSTRACT

The cases of microcephaly showed a substantial increase in Brazil, especially in 2015, associated with infections caused by the Zika virus and presenting a rather complex picture in terms of impairment, using the terminology Zika Virus Congenital Syndrome (SCZV). This context imposed the need to expand the offer of rehabilitation care and to qualify the professionals of these services, in order to meet the needs of these children. Preventive or corrective actions on developmental deviations depend on knowledge about the normal and regular sequence of motor acquisitions, which will be the basis for the elaboration of proposals adequately adapted to the situation of each child. In this context, attention is drawn to the responsibility of physical therapists in the rehabilitation process, emphasizing the importance of continuing education. This study aims to assess the perception of physiotherapists in rehabilitation services regarding the conditions for performing physical therapy treatment in children with microcephaly associated with the Zika virus in Paraíba. It is a cross-sectional, descriptive and exploratory study of quantitative and qualitative approaches. The study population consisted of 51 physical therapists working in the Specialized Centers for Rehabilitation in Paraíba. The collection took place in two moments, to get to know the perception of physiotherapists about the object of study, the focus group technique was used, since the collection of quantitative data was done through the application of a structured questionnaire, containing 49 questions, 10 with the sociodemographic and professional characterization and 39 specific to the study objective, answered using the Likert scale. It was possible to observe through the study that there is a predominance of females in the care of these children and with an average of 31 years of age, although young people most sought some *Lato Sensu* type of specialization, but few in the children's area. The courses and training to attend children with the syndrome were considered important, but the support of managers and the search for these courses were difficult. It is also emphasized the importance of the family in the treatment and the involvement and support of the parents. From this study, it was possible to identify several difficulties and potentialities in the service provided to children with SCZV, it was seen that there was no support from management in offering or supporting the search for training, generating demotivating feelings in the professionals. On the other hand, the professionals sought ways to feel empowered and emphasized that the treatment occurs through an interprofessional team. It is also noteworthy that the family has a fundamental role in the evolution of treatment. The results of this study emphasize the need for management incentives for means of permanent and continuing education processes.

Keywords: Microcephaly; Physiotherapy; Professional qualification.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Percepção da assistência pelos profissionais nas quatro dimensões estudadas.....	52
Figura 2. Medida influente dos escores da dimensão formação/capacitação sobre os profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.....	53
Figura 3. Medida influente dos escores da dimensão de percepção quanto à assistência em relação ao atendimento dos profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.....	54
Figura 4. Medida influente dos escores da dimensão de percepção quanto à assistência em relação ao serviço dos profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.....	55
Figura 5. Medida influente dos escores da dimensão de percepção quanto à assistência em relação à família dos profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.....	56
Figura 6. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a primeira dimensão, formação/capacitação dos profissionais.....	58
Figura 7. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a segunda dimensão, percepção quanto à assistência em relação ao atendimento.....	59
Figura 8. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a terceira dimensão, percepção quanto à assistência em relação ao serviço.....	60
Figura 9. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a quarta dimensão, percepção quanto à assistência em relação à família.....	61
Figura 10. Categoria tempo de conclusão resultante da análise de correspondência para todas as dimensões.....	63
Figura 11. Categoria tempo de atendimento as crianças com SCZV resultante da análise de correspondência para todas as dimensões.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação das cidades sedes dos CER no estado da Paraíba.....	34
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise de concordância entre juízes para as questões do Questionário sobre a Percepção dos fisioterapeutas no atendimento as crianças com SCZV.....	37
Tabela 2 – Valores de referência para o IV.....	41
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos sujeitos de estudo.....	44
Tabela 4 – Caracterização profissional dos sujeitos de estudo.....	45
Tabela 5 – Caracterização profissional quanto aos atendimentos às crianças com SCZV.....	46
Tabela 6 – Dados sobre a formação e capacitação dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.....	47
Tabela 7 - Dados sobre a percepção quanto à assistência em relação ao atendimento dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.....	48
Tabela 8 - Dados sobre a percepção quanto à assistência em relação ao serviço dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.....	49
Tabela 9 - Dados sobre a percepção quanto à assistência em relação à família dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.....	50
Tabela 10 – Grau de concordância por dimensão para as variáveis influentes na formação dos fisioterapeutas.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

CER – Centro Especializado em Reabilitação

Cievs – Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DNPM – Desenvolvimento Neuropsicomotor

EIP – Educação Interprofissional

ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

EP – Estimulação Precoce

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

IES – Instituições de Ensino Superior

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Mundial de Saúde

PC – Perímetro Cefálico

RESP – Registro de Eventos de Saúde Pública

RN – Recém-Nascido

RT-PCR – Reação em Cadeia da Polimerase via Transcriptase Reversa

SCZV – Síndrome Congênita do Zika Vírus

SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SGB – Síndrome Guillain-Barré

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SN – Sistema Nervoso

SNC – Sistema Nervoso Central

ZIKV – Zika Vírus

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1 ZIKA	19
3.2 ZIKA NO BRASIL	21
3.3 MICROCEFALIA	24
3.4 MICROCEFALIA ASSOCIADA AO VÍRUS ZIKA.....	27
3.5 ESTIMULAÇÃO PRECOCE	29
3.6 FORMAÇÃO PROFISSIONAL	32
4 METODOLOGIA	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 POPULAÇÃO	35
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA	36
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	39
4.4.1 Análise dos dados qualitativos.....	39
4.4.2 Análise dos dados quantitativos.....	40
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	44
5 RESULTADOS.....	44
5.1 VALIDAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	44
5.2 ANÁLISE DESCRITIVA	44
5.3 MODELO DE CLASSIFICAÇÃO BINÁRIA PESO DA EVIDÊNCIA (WoE)	52
5.4 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA	57
6 DISCUSSÃO	65
7 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS.....	79

1.0 INTRODUÇÃO

No segundo trimestre de 2015, o Brasil lidava com uma situação inédita: o aumento repentino do número de casos de microcefalia. A manifestação não se tratava de um agravo novo, mas tomou maior proporção após notificações realizadas neste ano, onde até o dia 1º de dezembro, haviam 1.247 recém-nascidos registrados no país com essa malformação, número diferente da média anual brasileira que, no período de 2010 a 2014, registrava 156 casos de microcefalia a cada ano, no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, 2015a).

No mesmo período, o país passava por um surto de infecção pelo Vírus Zika (ZIKV), o que levou a investigações de uma possível associação com o aumento das taxas de microcefalia em recém-nascidos, bem como outras anormalidades, causando preocupação mundial. Este vírus provoca uma doença, geralmente de curso rápido (3 a 7 dias), com sinais e sintomas como febre intermitente, erupções cutâneas, conjuntivite e dores musculares e articulares, porém, em cerca de 80% dos casos, as pessoas infectadas não desenvolvem manifestações clínicas (OMS, 2016; BRASIL, 2017). Desde então, o Ministério da Saúde (MS) vem observando e acompanhando as notificações realizadas (BRASIL, 2015a).

Após a realização de alguns estudos acerca da microcefalia associada à infecção pelo ZIKV foram identificadas uma série de outras alterações distintas daquelas observadas nos casos de microcefalia causada por outras infecções congênicas. Dentre essas alterações destacam-se as mudanças histopatológicas como calcificações predominantes na região córtico-subcortical, dilatação ventricular, anormalidades do corpo caloso, malformação cortical, atrofia de tronco ou cerebelo, acentuada protuberância óssea occipital, fontanelas fechadas ao nascer, excesso de pele e/ou dobras de pele no escalpo, além de hérnia umbilical (HENRIQUE, 2016).

Sendo assim, foi adotada a terminologia síndrome congênita do Zika vírus (SCZV), compreendendo um conjunto de sinais e sintomas apresentados por crianças nascidas de mães infectadas por esse vírus durante a gestação, sendo a microcefalia consequente das alterações advindas da infecção congênita, geralmente mais grave, com importante desproporção craniofacial (EICKMANN et al, 2016; MARTINES et al 2016; ARAGAO et al, 2016; FEITOSA, SCHULER-FACCINI & SANSEVERINO, 2016).

Diversos estudos apresentaram evidências que fizeram o MS do Brasil reconhecer a relação entre a presença do ZIKV e a ocorrência de microcefalias. Dentre as evidências relatadas destaca-se a comprovação de que o vírus atravessa a barreira placentária, apresenta tropismo pelo sistema nervoso (ARAÚJO, 2016; OLIVEIRA MELO, 2016; WANG, LING, 2016) e a maior circulação do

ZIKV no período equivalente ao primeiro trimestre da gestação das mulheres com crianças com microcefalia (BRASIL, 2015, pp 55).

A resposta rápida sobre a relação do vírus Zika na causalidade da SCZV foi extremamente relevante, mas esse achado não encerrou a necessidade de novos estudos, tendo em vista a existência de muitas perguntas ainda existentes. Além de não se conhecer completamente o espectro e as consequências da SCZV para a saúde e a esperança de vida das crianças acometidas, embora seja notável a gravidade dos casos, com evidência de prejuízos ao crescimento e desenvolvimento infantil.

A microcefalia é uma das más formações presentes na síndrome, neste caso, trata-se de uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve da maneira esperada. Caracteriza-se por um perímetro cefálico abaixo do esperado à idade e sexo do neonato, igual ou inferior a 31,9 centímetros, para meninos e igual ou inferior a 31,5 centímetros, para meninas. Em sua grande maioria, os casos são acompanhados por alterações motoras e cognitivas determinadas pelo grau de comprometimento cerebral (BRASIL, 2016a). Com relação às principais alterações clínicas e funcionais, da SCZV, de acordo com Henriques (2016), são encontradas a displasia do quadril, rigidez acentuada apendicular e tônus axial diminuído, escavação de mácula, dificultando a visão central e posteriormente aquisição das funções visuais e das coordenações sensório motoras primárias, secundárias e terciárias. Dentre as anormalidades neurológicas acima apresentadas, Eickmann et al (2016) acrescentam hiperreflexia, irritabilidade, hiperexcitabilidade, choro excessivo, distúrbio de deglutição, comprometimentos auditivos, e crises convulsivas.

As lesões do Sistema Nervoso Central (SNC) que ocorrem no período fetal resultam em desordens do neurodesenvolvimento e postura, caracterizados por alterações sensoriomotoras. A aquisição das habilidades motoras típicas e os marcos do desenvolvimento são afetados e acarretam dificuldades funcionais (ROSENBAUM et al., 2007). De modo geral, a detecção de anomalias cerebrais é de extrema importância e constitui a premissa básica para as intervenções o mais precoce possível nos transtornos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM).

A maneira como a criança se recupera de agressões ao SNC, evidencia a plasticidade, que pode ser entendida como a capacidade de um organismo em desenvolvimento achar seu caminho que circundando a deficiência o originou. A época para iniciar a intervenção é fundamental para que o bebê tenha maior possibilidade de superar suas deficiências, além de reforçar uma autoimagem positiva desde o início de sua vida extrauterina, e motivá-lo para que possa recuperar-se ou atingir a melhor função (MEYERHOF; PRADO, 1998).

A estimulação é essencial para o desenvolvimento pós-natal do cérebro, pois a comunicação e conexão que ocorre entre as células corticais em um processo contínuo desencadeiam processos de aprendizagem, de acordo com cada fase, que podem perdurar para toda vida. A criança com SCZV

deve ser estimulada e acompanhada diariamente para garantir o desenvolvimento neuropsicomotor, portanto a família é essencial para o desenvolvimento máximo da criança (NUNES, 2016).

O desenvolvimento motor é um processo progressivo e sequenciado de aquisições motoras, dependente da maturação neurológica, fatores individuais e da sua interação com fatores externos (SACCANI; VALENTINI, 2010). A estimulação do neurodesenvolvimento possibilita o processo de plasticidade neural, modificando a estrutura e funcionamento do cérebro (KOLB; GIBB, 2011) e precisa ter início o mais precocemente possível.

A estimulação precoce tem como requisito básico a intervenção imediata, de zero até três anos de idade, fase esta caracterizada pela maior capacidade da plasticidade neural, em que a criança desenvolve a maior parte de suas potencialidades. Trata-se de uma intervenção educativa, global, potencializadora e totalizadora, tendo como finalidade proporcionar a criança as condições necessárias para que o desenvolvimento funcional se processe o mais próximo da normalidade (SOUZA et al, 2018).

Essa estimulação envolve uma equipe interprofissional e visa promover a harmonia do desenvolvimento entre os vários sistemas orgânicos funcionais (áreas: motora, sensorial, perceptiva, propioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social) dependentes ou não da maturação do SNC (NORBERT, 2016). Nesse sentido, a fisioterapia se destaca como uma ferramenta essencial na prevenção ou atenuação dos distúrbios neuropsicomotores, sendo de grande importância que sua intervenção aconteça em sinais iniciais de transtornos do desenvolvimento e não depois que estes definitivamente se instalem, conforme defendem Formiga, Pedrazzani & Tudella (2004); Halpern et al (2002) e Brandão (1992), tendo como objetivo principal promover a interação do indivíduo, ambiente e tarefa, e propiciar o aprendizado e controle motor.

Todavia, desafios de diversas ordens têm dificultado a atuação dos profissionais de saúde. Alguns deles estão relacionados ao diagnóstico, tanto sob o ponto de vista da escassez de recursos, como também pela falta de preparação ou habilidade para lidar com uma patologia tão grave, com diversas manifestações associadas. Outros desafios estão relacionados à capacidade dos serviços de abarcarem essa demanda, referentes às dificuldades de acesso à saúde, que depende da articulação de diversos pontos da rede de serviços, no sentido de garantir a integralidade do cuidado.

Nesse cenário da assistência à saúde existe a demanda da reorganização da rede de serviços, no sentido de atender às necessidades de cuidado impostas por esse agravo. Estas necessidades incluem ações diagnósticas e terapêuticas, com destaque para o acompanhamento especializado ao desenvolvimento destas crianças, visando prevenir e/ou minimizar sequelas decorrentes desta condição.

Para que seja oferecida uma intervenção apropriada, é necessário que ocorra uma avaliação criteriosa que ultrapasse a simples impressão clínica. Diversos testes estão descritos na literatura, visando identificar precocemente desvios, tanto do crescimento como do desenvolvimento infantil. Estes testes de triagem aumentam a taxa de identificação de crianças com suspeitas de atraso e possibilitam o encaminhamento para diagnóstico e intervenção (CAMPOS, 2006).

Os testes de avaliação do desenvolvimento motor utilizam critérios de seleção variados, como a idade da criança e a área a ser avaliada (força muscular, motricidade fina, motricidade ampla, fala, ou avaliação abrangente das capacidades funcionais) e agem facilitando o planejamento de ações precoces junto aos pais, médicos e terapeutas. Auxiliam na elaboração de um programa de tratamento podendo, através de seus resultados, ajudar os pais a entenderem melhor as limitações da criança (TECKLIN, 2002). Todavia, os testes descritos na literatura, não conseguem abranger todas as peculiaridades presente nas crianças acometidas com SCZV, requisitando do profissional um maior conhecimento do DNPM para elaborar um planejamento a partir do seu conhecimento e dos testes, e assim poder ofertar uma adequada avaliação e intervenção.

Apesar de não haver tratamento específico para a síndrome, podem ser tomadas algumas medidas para reduzir os sintomas da doença, prevenindo complicações musculares e respiratórias. A EP para crianças que apresentam a doença se torna crucial para minimizar as dificuldades evidenciadas ao longo do desenvolvimento e o acompanhamento de uma equipe interprofissional, trabalhando em conjunto, em prol da melhor oferta ao paciente e familiares, pode auxiliar a diminuir complicações.

O plano de tratamento deve ser traçado com intuito de prestar a melhor assistência à criança, para isso, os profissionais devem estar capacitados e preparados, sendo capaz de oferecer a técnica mais adequada, aconselhável e até preferível dos familiares e da criança.

A Fisioterapia, enquanto área de conhecimento, tem o compromisso de participar, elaborar e executar pesquisas envolvendo o desenvolvimento infantil, principalmente as relacionadas com o crescimento e desenvolvimento motor, tanto em bebês saudáveis quanto nos expostos a fatores de risco.

Quando o processo de formação ocorre de forma sistemática, permite ao trabalhador se atualizar em termos terapêuticos, como também o preparar para enfrentar os desafios do cotidiano do trabalho. É o caso, por exemplo, do cuidado às crianças com microcefalia, cujo aumento súbito no número de crianças com microcefalia decorrente da infecção pelo vírus Zika, vem demandando uma reorganização da rede de serviços, no sentido de atender às necessidades de cuidado impostas por esse agravamento. Estas necessidades incluem ações diagnósticas e terapêuticas, com destaque para o acompanhamento especializado ao desenvolvimento destas crianças, visando prevenir e/ou minimizar

sequelas decorrentes desta condição. Esse contexto implica na necessidade de processos de formação dos profissionais que cuidam dessas crianças.

Desta forma, faz-se necessário não apenas que os profissionais estejam capacitados para ofertar atendimento a este público, como também que participem de processos contínuos de formação. O Unicef, o MS e outros parceiros, têm se preocupado com a capacitação de profissionais, cuidadores e familiares, elaborando e disponibilizando materiais gráficos, cursos de capacitação presenciais e online. Estas iniciativas fazem parte das ações previstas no Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes aegypti* e à Microcefalia. Contudo, observa-se que ainda há muito a fazer, em especial, implementar a abrangência de cursos de capacitação, pois muitos profissionais, mesmo em pleno exercício, sentem carências, desconhecem ou não tem pleno acesso a estes materiais e/ou a estas capacitações, percebendo-se não habilitados para o atendimento.

A motivação para verificação desta pesquisa surgiu através de experiências vivenciadas após o surto da microcefalia e na Caravana do Coração¹, onde percebeu-se no relato de alguns dos profissionais fisioterapeutas uma preocupação em relação à complexidade dos casos e a inexperiência de alguns em atendimento neuropediátrico, que é uma área da fisioterapia que demanda cursos e capacitações específicas. Estes profissionais, por atuarem em serviços da rede pública, se viam obrigados a atender as diversas demandas do serviço, inclusive crianças com transtornos de desenvolvimento, como a SCZV, mesmo não sendo esta sua área de atuação e, portanto, não terem a formação específica necessária para este tipo de atuação.

Além da necessidade de formação especializada na abordagem neuropediátrica, salienta-se a complexidade do quadro sindrômico apresentado por estas crianças, tornando mais relevante a preparação dos fisioterapeutas para o cuidado às mesmas. Portanto, o estudo se justifica pela necessidade de identificar a percepção dos fisioterapeutas sobre o cuidado que estão ofertando a este público, bem como acerca das condições de realização do tratamento, podendo contribuir para apontar lacunas nesse cuidado e na formação dos profissionais.

Defende-se a hipótese de que os fisioterapeutas não foram preparados e devidamente capacitados para atender a demanda inesperada de crianças acometidas pela SCZV. Dessa forma, toma-se como questão norteadora do estudo a seguinte pergunta: Os profissionais Fisioterapeutas sentem-se capacitados para diante do ineditismo de crianças com a SCZV, promover uma assistência adequada e como eles percebem a assistência que tem sido ofertada?

¹ A Caravana do Coração é uma ação promovida anualmente, desde 2013, pelo Círculo do Coração, dentro do escopo de um convênio com Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba que objetiva estruturar a assistência a criança cardiopata da Paraíba, com o surgimento da SCZV, as crianças portadoras da síndrome foram inseridas no grupo de atendimento da Caravana.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a percepção de fisioterapeutas dos serviços de reabilitação quanto às condições de realização do tratamento fisioterapêutico em crianças com microcefalia associada ao vírus Zika na Paraíba.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos fisioterapeutas envolvidos na reabilitação de crianças com microcefalia;
- Investigar os processos de formação dos profissionais fisioterapeutas que atuam na assistência à criança com microcefalia associada ao Vírus Zika formados nas IES públicas e privadas;
- Conhecer a percepção destes profissionais quanto à assistência oferecida às crianças com microcefalia.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ZIKA

O ZIKV, pertencente à família Flaviviridae, está relacionado a outros flavivírus de relevância médica transmitidos por vetores artrópodes, como os agentes causadores da dengue, da febre chikungunya e da febre amarela. O ZIKV tornou-se conhecido em 1974, quando foi isolado em primatas não humanos (macacos sentinelas para monitoramento da febre amarela) na floresta Zika em Uganda, adotando-se como nome para este vírus. (AAGAARD-HANSEN; NOMBELA; ALVAR, 2010).

Existem pelo menos duas espécies de ZIKV, a africana e a asiática, estudos filogenéticos indicam que o vírus existente nas Américas é originário da espécie asiática. A transmissão ocorre principalmente através dos mosquitos *Aedes*; no ciclo silvestre, através de espécies como *Aedes albopictus*, entre outras, enquanto que no ciclo urbano, o *Aedes aegypti* é o vetor. A exposição de

outros mamíferos como zebras, elefantes e roedores ao ZIKV indica que eles se transformam em possíveis reservatórios naturais do vírus (ENFISSI, 2016).

O primeiro caso do vírus identificado em humanos foi em 1952(1) e descrito até o ano de 2007 como causador de infecções esporádicas em humanos na África e na Ásia. O vírus se espalhou para o continente asiático e a comunidade internacional só começou a reconhecer o potencial epidêmico do Zika após 2005 e especialmente após o surto de 2007 na Micronésia, correspondendo ao primeiro diagnóstico por vírus Zika fora da África e Ásia (PETERSEN, 2016).

Desde sua descoberta, o vírus manteve-se confinado em regiões delimitadas na África e na Ásia. Acreditando-se que havia pouca importância investir em pesquisa, desenvolvimento de vacinas e tratamentos contra o vírus Zika, tendo em vista o pequeno número de casos e o baixo impacto clínico em comparação a outros arbovírus (FAUCI e MORENS, 2016).

Após 2013 casos importados iniciaram a ser relatados na Alemanha, Canadá, Itália, Japão, Estados Unidos e Austrália. Em 2014, a presença do vírus foi descrita na ilha de Páscoa (Chile - Oceano Pacífico) (BRASIL, 2015). Em 29 de abril de 2015, a circulação desse vírus foi detectada pela primeira vez no Brasil e na América Latina (continente). Pesquisadores da Universidade Federal da Bahia relataram a identificação do ZikaV por RT-PCR (reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa) em oito das 25 amostras testadas (Camaçari / BA) (CAMPOS; BANDEIRA; SARDI, 2015).

Arbovírus são vírus transmitidos ao homem, normalmente, pela picada de vetores artrópodes, pois é onde parte do ciclo replicativo viral acontece. No entanto, o MS divulgou outras formas de transmissão secundária, a positividade em testes feitos no líquido amniótico de duas gestantes que tiveram contato com o ZIKAV e cujos recém-nascidos foram diagnosticados com microcefalia por exames de ultrassonografia, com testes realizados pelo Laboratório de Flavivírus do Instituto Oswaldo Cruz, confirmam que o vírus é capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o líquido amniótico, ocorrendo, portanto, transmissão vertical. (REIS, 2015).

Com o grande aumento do número de casos, outras formas de transmissão do vírus Zika, além da via transplacentária, passaram a ser motivo de investigação. O Laboratório do Instituto Oswaldo Cruz, também analisou amostras de saliva e urina de dois pacientes, coletadas durante a apresentação de sintomas compatíveis com o vírus Zika, sendo confirmada a presença do material genético do vírus Zika pela técnica de RT-PCR. (FIOCRUZ, 2016).

A febre pelo ZIKAV na maioria dos casos é autolimitada, com duração de 3-7 dias, geralmente sem complicações graves e sem registro de mortes, com baixa taxa de hospitalização. Segundo a literatura, aproximadamente 80% dos indivíduos infectados são assintomáticos. Os sintomas daqueles que apresentam manifestações clínicas geralmente são leves, com início súbito e pode se manifestar

com quadro de exantema pruriginoso, acompanhado ou não de febre baixa e outros sintomas inespecíficos, como mialgia, cefaleia, artralgia e hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido e, menos frequentemente, edema, dor de garganta, tosse, vômitos e hematospermia (REIS, 2015).

Não há tratamento específico para a infecção, o que existe são recomendações para controle dos sintomas. Aconselha-se repouso, uso de paracetamol ou acetaminofen para controlar a febre, anti-histamínicos para o alívio do prurido e aumento da ingesta hídrica e reposição das perdas.

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention*, o diagnóstico de zika deve ser suspeitado quando dois ou mais sintomas (incluindo febre, erupção cutânea, artralgia ou conjuntivite) estão presentes durante ou até duas semanas após permanecer em uma área endêmica (STAPLES, 2016). O diagnóstico laboratorial específico baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos, o período virêmico não foi estabelecido, mas pressupõe-se que seja curto, o que permitiria, em tese, a detecção direta do vírus até 4-7 dias após o início dos sintomas, sendo, todavia, ideal que a coleta do material a ser examinado seja realizada até o 4º dia da doença (REIS, 2015).

A descoberta de que o vírus pode ser transmitido de outras formas, além de uma picada de inseto infectada, por via placentária, contato sexual e possivelmente por secreções (saliva, urina), e a falta de vacinas ou tratamento específico aumenta sua relevância e a preocupação da população. Além disso, a falta de marcadores biológicos de maior duração, que permitem a confirmação diagnóstica, aumenta o número de casos suspeitos e, conseqüentemente, o registro de casos falso-positivos (MUSSO, 2015).

Até a ocorrência da epidemia no Brasil, pouco era entendido e mencionado sobre a história natural dessa doença, o conhecimento era limitado a surtos esporádicos, acreditando-se, inicialmente, que a febre do ZIKV era benigna e autolimitada; entretanto, no maior surto já registrado que ocorreu na Polinésia Francesa, já se relatava a ocorrência de manifestações neurológicas pós-infecção, como a síndrome de Guillain-Barré (SGB) (HEANG, 2012).

3.2 ZIKA NO BRASIL

O potencial teratogênico do ZIKV era desconhecido pela literatura até a ocorrência da epidemia no Brasil, em 2015. Desde então, sua circulação foi confirmada em todos os estados brasileiros, inicialmente na região Nordeste. Acredita-se que sua disseminação repentina, teve decorrência da ampla proliferação do seu principal vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, devido às altas temperaturas do verão no hemisfério sul (SALVADOR; FUJITA, 2016).

Em outubro de 2014, foi identificada, em municípios do Rio Grande do Norte, a ocorrência de uma doença exantemática, acompanhada de febre baixa, prurido e dor articular. A suspeita inicial era que fossem casos de febre Chikungunya, entretanto, os testes para a doença obtiveram resultados negativos. Casos similares, foram notificados no Maranhão e na Paraíba. Até março de 2015, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) Nacional havia recebido notificações semelhantes de todos os estados da região Nordeste. Em maio de 2015, foi identificado a presença de vírus Zika em amostras provenientes da Paraíba, do Maranhão e do Rio Grande do Norte, em investigação conduzida pelo Cievs (FANTINATO et al., 2016).

A transmissão autóctone do vírus no Brasil foi confirmada em maio de 2015, por método de biologia molecular, os estudos confirmaram também a identificação da cepa de linhagem asiática emergente no Brasil a mesma descrita em casos observados na Polinésia Francesa e que se disseminou para as ilhas do Oceano Pacífico (BRASIL, 2015).

As suspeitas são de que o vírus Zika foi introduzido no Brasil durante a copa do mundo de futebol em 2014, uma vez que foi verificado, durante este período, um número maior de turistas asiáticos (CAMPOS; BANDEIRA, 2015). Somando-se a esse evento, em agosto de 2014, ocorreu a copa do mundo de canoagem no Rio de Janeiro, com participação de atletas da Polinésia Francesa, Nova Caledônia, Ilhas Cook e Ilhas Easter. Os dois acontecimentos estão de acordo com os resultados filogenéticos obtidos por Zanluca et al., (2015), sugerindo que o ZIKV foi introduzido no Brasil através de pessoas assintomáticas que participaram desses dois eventos.

Após a divulgação sobre a circulação do vírus feita pela vigilância sanitária brasileira, em maio de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) emite um alerta epidemiológico sobre a doença. A publicação apresentava a caracterização da infecção pelo ZIKV e fornecia recomendações aos países para fortalecerem seus sistemas de vigilância epidemiológica para dengue e Chikungunya e para aumentar seu controle para detecção de possíveis casos de infecção de Zika. Estava incluído também detalhes sobre testes laboratoriais, medidas de prevenção e controle e tratamento dos casos (Paho e WHO, 2015). Com base nas informações oferecidas neste alerta, foi identificado o surgimento de casos de Zika em outros países, inclusive com registro de casos importados do Brasil na Europa (Zammarchi et al., 2015).

Um ano após o início do surto no território brasileiro, o ZIKV se espalhou por todas as regiões, embora sua distribuição tenha sido bastante heterogênea entre elas, sendo maior o número de casos nas regiões Nordeste e Sudeste. A doença teve grande proporção e continuou a ser transmitida em grande parte do território brasileiro, evidenciando dificuldades no controle vetorial.

Com a confirmação da circulação do vírus no país, houve um crescimento no número de internações por diversas manifestações neurológicas incluindo encefalites, meningoencefalite,

mielite, SGB, entre outras. Na Bahia e em Pernambuco foram realizados estudos descritivos identificando que aproximadamente 51% dos indivíduos com SGB relataram, entre maio e agosto de 2015, quadro clínico sugestivo de arbovirose, como a presença de febre, exantema e artralgia. No estado de Pernambuco, um desses casos de SGB teve amostra positiva para ZIKV no líquido cefalorraquidiano pela técnica de biologia molecular (BRASIL, 2015).

Além dessas manifestações, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) identificou um número crescente de nascidos vivos com microcefalia em outubro de 2015. Em 22 de outubro de 2015, o MS foi notificado pela SES/PE sobre a ocorrência de 54 recém-nascidos vivos com microcefalia. Além da microcefalia, os casos apresentavam exames de imagem cujo padrão era compatível com infecção congênita e as mães referiam quadro de exantema na gestação. Este cenário levou os especialistas locais a questionarem uma possível relação entre o aumento de casos de microcefalia e a ocorrência de vírus Zika em Pernambuco.

A descrição dos primeiros casos de microcefalia em recém-nascidos associados ao vírus ocorreu no estado da Paraíba, duas gestantes obtiveram por meio de ultrassonografia, o diagnóstico fetal de microcefalia, as mesmas teriam apresentado sintomas relacionados à infecção por Zika. Foi realizada a análise do líquido amniótico e sendo detectado a presença de material genético (RNA) do ZIKV por meio da técnica de RT-PCR nos dois casos investigados (MELO, 2016). Os casos apresentaram semelhança com outras formas de contágios intrauterina, como rubéola, porém o que chamou a atenção dos pesquisadores foi a gravidade, as lesões cerebrais detectadas eram bem maiores.

A média anual de recém-nascidos com microcefalia no Brasil, registrada no Sinasc, era de 156 casos, no período de 2010 a 2014. Com o surgimento dos eventos relacionados com o contágio do vírus, no ano de 2015, até o dia 1º de dezembro, haviam registrados no país, 1247 neonatos, o aumento de casos foi registrado em vários estados no país, porém, o estado de Pernambuco detinha a grande maioria dos casos, um total de 646, enquanto até então tinham anualmente como média – referente ao período de 1999 a 2014 – apenas nove casos (BRASIL, 2015).

Constituindo o surto de microcefalia em crianças um dos cenários mais dramáticos relacionado à introdução do ZIKV no Brasil. Em 11 de novembro de 2015, o MS declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) devido a mudanças no padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil (Portaria nº 1.813/2015) e após a confirmação da presença do vírus no líquido amniótico das duas gestantes cujos fetos apresentavam microcefalia notificando o fato à OPAS e Organização Mundial da Saúde (OMS). Frente a este cenário, no dia 28 de novembro de 2015, o MS reconhece que as gestantes que fossem infectadas por esse vírus portavam o risco de gerar crianças

com microcefalia, uma malformação irreversível do cérebro, que pode vir associada a danos mentais, visuais e auditivos.

O ineditismo dos casos, somado as fortes desigualdades sociais que constituem o país, formaram uma combinação catastrófica que favoreceu para que o surto do ZIKV e sua principal consequência, a microcefalia em bebês, se tornassem males endêmicos atingindo a população mais pobre, residentes de locais pouco desenvolvidos. A deficiência e a pobreza são consideradas elementos que formam interação, gerando um ciclo em que um componente reforça o outro. Nos países em desenvolvimento, marcados pelas desigualdades sociais e econômicas é perceptível esta relação, por isso, além do controle vetorial executado pelos órgãos públicos brasileiros é necessário investimentos maciços em serviços de infraestrutura pública (BANKS; KUPER; POLACK, 2017).

Em 1º de fevereiro de 2016, a OMS classificou que esse evento de casos de microcefalia e outras manifestações neurológicas relatadas no Brasil, após uma situação semelhante observada na Polinésia Francesa em 2014, constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), permanecendo assim por período de nove meses (BRASIL, 2015).

O aumento repentino e a gravidade da situação epidemiológica em tela, aliados à declaração da ESPIN e ESPII, induziram a articulação de uma resposta rápida, nos cenários nacional e internacional. As autoridades brasileiras focaram como estratégia inicial para contenção da doença o combate do vetor, o mosquito *Aedes aegypti*. Outros planos incluíam o desenvolvimento de protocolos de vigilância da doença e de atenção às gestantes e crianças, além do fomento à pesquisa e ao desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da febre pelo vírus Zika e suas síndromes associadas.

3.3 MICROCEFALIA

O sistema nervoso (SN) é originado a partir do ectoderma, um dos folhetos três folhetos embrionários, nos seres humanos, a formação do SN ocorre por volta da 3ª semana de vida do embrião, quando há um espessamento desse folheto, situado acima da notocorda, formando uma região mais espessa chamada de placa neural, transformando-se em um sulco longitudinal que se aprofunda e forma a goteira neural, os lábios da goteira se fecham para formar o tubo neural, que dará origem ao sistema nervoso central (SNC) (FRANCO, 2005).

Esse sistema é responsável por executar três funções básicas: sensorial, função integrativa e função motora. Suas estruturas são compostas por: encéfalo e medula espinal, que compõem o SNC, nervos cranianos e espinhais, gânglios, plexos entéricos e receptores sensoriais, formando o sistema nervoso periférico (GRABOWSKI, 2008). O SNC, é o centro coordenador das conexões nervosas,

processa a sistematização de todas as estruturas que atuam como mediadores da interação entre o meio ambiente e organismo (SEELEY et al., 2001).

Após o nascimento do bebê o SN apresenta um processo de evolução muito intensa e, para compreender como acontece o seu desenvolvimento e amadurecimento, é essencial a correlação entre a estrutura e a função, ou seja, o desenvolvimento de determinada função depende do amadurecimento de seu substrato neural anatômico correspondente. Este amadurecimento acontece principalmente pela ocorrência de eventos aditivos/progressivos (proliferação e migração neuronal, organização e mielinização) e substrativos/regressivos (morte neuronal/apoptose, retração axonal e degeneração sináptica) (REED, 2015).

O processo de DNPM é sequencial, contínuo e está relacionado com a idade cronológica, pelo qual se conquista habilidades motoras, estas competências vão evoluir de movimentos simples e desorganizados para habilidades motoras altamente organizadas e complexas. Múltiplas causas são capazes de colocar em risco a sequência normal do desenvolvimento e entre esses estão uma série de condições biológicas ou ambientais (MARINHO, 2016).

A microcefalia é uma destas causas, podendo ser originada por vários fatores, desde causas genéticas até fatores ambientais que podem ter impacto no desenvolvimento do sistema nervoso e, assim, influenciar o crescimento e desenvolvimento do cérebro. Consequentemente, qualquer agente que possa interferir na proliferação, diferenciação, morte celular, entre outros, pode provocar a microcefalia. Esses fatores podem afetar apenas o neurodesenvolvimento ou prejudicar outras partes do corpo, determinando microcefalias sindrômicas (VICTORA, 2016).

Diversos fatores podem ser associados à microcefalia, tais como desnutrição da mãe, infecções no período gestacional (citomegalovirus, rubéola, toxoplasmose, dentre outras) e abuso de drogas. Várias síndromes genéticas e/ou metabólicas, anormalidades, agressões ambientais e outras causas desconhecidas podem ocasionar efeitos deletérios no desenvolvimento do cérebro, associando-se à microcefalia (REIS, 2015).

Para realização do diagnóstico diferencial das microcefalias, elas são agrupadas em duas categorias, conforme o tempo do diagnóstico, sendo divididas em: microcefalia congênita presente desde o nascimento e a microcefalia pós-natal, que se desenvolve após o período neonatal e, em geral, nos dois primeiros anos de vida (ASHWAL et al., 2009). As microcefalias podem ser classificadas ainda como genéticas ou adquiridas, com as últimas englobando fatores externos/ambientais potencialmente prejudiciais ao cérebro (PASSEMARD; KAINDL; VERLOES, 2013).

Em ambos os casos, pode repercutir negativamente no desenvolvimento da criança, promovendo atrasos, desvios e minimizando sua qualidade de vida, interferindo não apenas na

estrutura e função do corpo, mas na atividade e participação do indivíduo, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2011).

De acordo com a OMS, para diagnóstico da microcefalia é usado como critério epidemiológico a medida de circunferência cranial frontooccipital do Recém-Nascido (RN), pelo menos em 24 horas após o parto e em seguida, entre 6 dias e 23 horas após. Para tal, deve ser aplicada técnica e equipamento padronizado, a fim de constatar se o Perímetro Cefálico (PC) apresenta medida inferior a menos dois desvios-padrões (-2) abaixo da média considerada normal para a idade e o sexo. Caso a dimensão esteja abaixo de menos três desvios-padrões (-3) a microcefalia é considerada grave (DUNCAN et al., 2014).

A avaliação do PC é feita com uma fita métrica flexível e inelástica. A fita é posicionada ao redor do crânio em sua maior circunferência, colocando-a sobre a testa acima dos olhos, em seguida acima das orelhas e na porção mais proeminente da parte de trás do crânio. Em bebês nascidos a termo, esse perímetro deve ser maior que 32 cm (pequena variação por idade gestacional e sexo). A circunferência da cabeça deve aumentar quase linearmente até 37 a 38 semanas de gestação (NUNES, 2016).

A OPAS sugere o uso da curva de Fenton e da curva do estudo InterGrowth, como parâmetros para confirmação do diagnóstico, porém o uso isolado pode ter impacto no número de casos suspeitos, aumentando exponencialmente o número de crianças a serem investigadas com suspeita de microcefalia. Por essa razão, também é importante realizar uma análise da proporção da circunferência da cabeça em relação a outras medidas de crescimento, como peso e comprimento, para definir a etiologia suspeita da microcefalia (VARGAS, 2001).

O método é considerado relativamente simples e obtém-se um resultado confiável, todavia, a pura medida da circunferência da cabeça pode não retratar um cérebro anormalmente pequeno e não oferece comprovação para demonstrar uma forma anormal do crânio, sendo, portanto, de extrema importância que a medição e a interpretação do profissional estejam corretas.

Mesmo sendo uma medida objetiva, foi observado em um estudo que a variação interobservador pode ocorrer, a circunferência das mesmas crianças apresentou diferenças de mais de 2 cm em 5% delas, portanto, a equipe que realiza a medição deve ser treinada e, quando a medição é limítrofe ou anormal, deve ser refeita. Uma sugestão para reduzir o diagnóstico errôneo de microcefalia seria repetir as medições um ou mais dias após o nascimento, como preconiza a OMS, especialmente na presença de suturas primordiais ao nascimento com medidas limítrofes. A forma anormal deve levar a uma avaliação mais aprofundada da presença de craniossinostose e / ou doenças genéticas.

Ainda na fase pré-natal é possível detectar a microcefalia, através da ultrassonografia obstétrica, exame recomendado para a investigação de possíveis anormalidades estruturais do SNC e para o monitoramento do crescimento fetal e cerebral a cada três a quatro semanas (PETERSEN, 2016).

No período pós-natal, após a identificação da microcefalia, é indicado a realização da ultrassonografia transfontanelar como método inicial de investigação para o recém-nascido com um perímetro cefálico ≤ 32 cm. A presença de quaisquer anormalidades detectadas pela ultrassonografia transfontanelar deve ser investigada por meio de exames mais detalhados e com maior acurácia diagnóstica, como a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética (STAPLES, 2016).

Bebês com microcefalia apresentam fechamento da fontanela antes do tempo esperado, além de complicações neurológicas, como espasticidade, convulsões e atraso nos padrões normais de desenvolvimento (HAY et al., 2015). Como cada criança desenvolve complicações diferentes entre elas respiratórias, neurológicas e motoras, o acompanhamento por diferentes especialistas vai depender de suas funções que ficaram comprometidas. Segundo o MS, não existe tratamento próprio para a microcefalia, o que pode ser realizado são ações de suporte com intuito de auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança, e este acompanhamento deve ser preconizado e oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Geralmente, as crianças acometidas de uma microcefalia mais severa, possuem também o prognóstico mais grave e comprometedor, sendo raro a ocorrência do desenvolvimento neuropsicomotor nestes casos. No entanto, é difícil prever o prognóstico nas microcefalias leves (HAY et al., 2015).

A expectativa de vida de crianças com microcefalia depende de inúmeros fatores, como tamanho do crânio, gravidade das sequelas e tratamento ofertado, principalmente nos primeiros anos de vida. É possível que tenha uma vida longa e próxima da normalidade, mas, para isso, dependerá, além dos fatores acima mencionados, da total dedicação e proximidade da família e das equipes de saúde (FOSSA; SALIB, 2018).

3.4 MICROCEFALIA ASSOCIADA AO VÍRUS ZIKA

Os casos de microcefalia apresentaram um crescimento excessivo no Brasil, a partir de novembro de 2015, quando começaram a ser associados ao ZIKV. Entre as Semanas Epidemiológicas de 08/11/2015 a 22/04/2017, o MS foi notificado sobre 13.603 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras

etiologias infecciosas. Do total de casos, 5.748 (42,3%) foram descartados, 2.698 (19,8%) foram confirmados e 117 (0,9%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação e 3.234 (23,8%) estavam sob investigação (BRASIL, 2017a).

Infecções virais intrauterinas que causam lesões no SNC são relativamente raras; rubéola, herpes, citomegalovírus, estão entre os já conhecidos por causar doenças fetais. Entre os flavivírus, apenas alguns casos de vírus da encefalite do Nilo Ocidental em mulheres grávidas haviam sido relatados como a possível causa de dano neurológico em fetos (SIROIS, 2014).

O Brasil foi o primeiro país a identificar uma possível relação entre a infecção pelo vírus Zika na gestação e a ocorrência de microcefalia em RN. Nos primeiros 35 casos de neonatos com microcefalia notificados em oito estados do país (entre agosto e outubro de 2015), todas as mães moravam ou visitaram zonas infectadas pelo vírus na gravidez. Além disso, 25 (71%) dos RN tiveram diagnóstico de microcefalia severa, 17 (49%) apresentaram alguma anormalidade neurológica. Os exames de neuroimagem foram realizados em 27 RN e todos apresentaram anormalidades. Além disso, esses casos não mostraram correlação com exames sorológicos positivos para outros processos infecciosos (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples), ou perfil genético familiar modificadodo (SCHULER-FACCINI et al., 2015).

Os casos suspeitos de microcefalia devem ser notificados de imediato às autoridades de saúde e registrados no Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP) - Microcefalias. A notificação de casos suspeitos de microcefalia no RESP não exclui a necessidade de relatar o caso ao SINASC.

A quantidade mais expressiva dos casos notificados está concentrada na região Nordeste do país (60,6%), seguindo-se as regiões Sudeste (23,9%) e Centro-Oeste (7,3%). Os cinco estados com maior número de casos notificados são Pernambuco (16,8%), Bahia (16,3%), São Paulo (9,0%), Paraíba (7,3%) e Rio de Janeiro (7,3%) (BRASIL, 2017).

Acredita-se que infecções através do vírus Zika, que ocorrem durante o primeiro trimestre gestacional, têm um impacto no desenvolvimento do feto e, muitas vezes ameaçam a sua viabilidade. Podendo afetar a proliferação e diferenciação celular, o que conduz a malformações do órgão e limitação do crescimento, todavia foi constatado que está associação não acontece em todos os casos (SCHULER-FACCINI et al., 2015).

O procedimento que o vírus Zika utiliza que pode causar microcefalia fetal é desconhecido, porém existem estudos indicam que o vírus é capaz de evadir as respostas imunoprotetoras normais da placenta. Outra possibilidade é que o vírus tem propriedades neurotrópicas e, através da placenta, está a aceder diretamente e danificar o cérebro em desenvolvimento (NUNES, 2016).

Dentre as alterações encontradas por meio de neuroimagem estão as calcificações corticais, predominantemente periventriculares, mas também de calcificações no parênquima cerebral, tálamo

e gânglios da base, malformações corticais, padrão simplificado de giro, alterações migratórias, hipoplasia do tronco cerebral, cerebelo e ventriculomegalia. Anomalias de migração neuronal também foram detectadas, como lissencefalia, paquigiria e polimicrogria, presentes em alguns dos casos. Mesmo que a microcefalia congênita seja o achado inicial para o reconhecimento da síndrome, algumas dessas manifestações neurológicas surgiram sem a microcefalia associada e se tornaram evidentes somente após o nascimento (RASMUSSEN et al., 2016).

Através de exames e neuroimagem nos neonatos que sofreram exposição ao ZIKAV durante a gestação, têm sido identificadas para além da microcefalia congênita, uma série de manifestações, incluindo desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares e anomalias cerebrais (FRANÇA, 2016), ou seja, são crianças que apresentam diversos comprometimentos associados, tornando o plano de tratamento mais complexo.

A microcefalia não é considerada uma doença em si, mas um indício de destruição ou déficit do crescimento cerebral e a associada ao ZIKAV apresenta outras anormalidades, sugeriu-se que uma síndrome congênita, é atribuível à infecção pelo ZIKAV, no período gestacional. Logo, baseando-se em uma revisão de estudos observacionais, de coorte e de caso-controle, passou a existir um consenso científico de que o ZIKAV é uma causa de microcefalia e outras complicações neurológicas que, somadas, constituem a SCZV (MARTINES et al., 2016).

Como não existe um tratamento específico para essas crianças, o MS desenvolveu ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento delas. Elaborou juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde um protocolo **“Protocolo de atenção e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central”**, que orienta as ações para a atenção às mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e recém-nascidos com microcefalia e/ou alterações do SNC, além de apoiar a identificação de serviços de saúde de referência no tratamento e o fluxo de atendimento necessário para essa população. Em janeiro de 2016, foi publicada a **“Diretriz Nacional para Estimulação Precoce de Bebês com Microcefalia”** fornecendo informações sobre a estimulação precoce tanto para profissionais quanto para as famílias das crianças (BRASIL, 2015).

3.5 ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Entende-se a estimulação precoce (EP) como uma abordagem de caráter sistemático e sequencial, que utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo,

sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (LIMA; FONSECA, 2004; RIBEIRO et al., 2007; HALLAL; MARQUES; BRACHIALLI, 2008).

Para Mattos e Bellania a EP pode ser definida como uma estimulação adequada e contínua que considera todas as áreas sensoriais (visual, auditiva, olfativa, tátil, sinestésica, proprioceptiva e vestibular), sem forçar o sentido lógico da maturação do SNC e que permita que a criança possa desenvolver ao máximo, seu potencial neuropsicomotor. A intervenção precisa ser precoce para alcançar, o mais rápido possível, um cérebro ainda imaturo e em desenvolvimento, capaz de receber sensações normais e de responder a elas adequadamente, integrando-as ao seu crescimento desde o início da vida. A EP viabiliza modificações significativas no desenvolvimento global de crianças, principalmente se a intervenção terapêutica possui o apoio e a participação da família.

Segundo a OPAS (2005),

o desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida.

Illingworth (2013) destaca que para entendimento do DNPM atípico é necessário o conhecimento do desenvolvimento infantil típico, que servirá de suporte para comparação com alterações e doenças relacionadas. O autor destaca, ainda, a importância em conhecer os indicadores de risco que possam aumentar a probabilidade de transtornos no desenvolvimento da criança. De acordo com Halpern et al (2002) e Gama et al (2004) existem evidências suficientes de que, quanto mais precoce for o diagnóstico dos transtornos no desenvolvimento e a intervenção, menor será o impacto dos problemas na vida futura da criança.

A criança com microcefalia pode apresentar um atraso no DNPM, pois a ocorrência de danos no SNC do feto ou da criança em desenvolvimento transformam-se em desordens permanentes, entre outras, aquelas relativas ao desenvolvimento e à postura, caracterizado por alterações sensoriomotoras, que por sua vez, afetam a aquisição das habilidades e marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

Considerando que ainda não se tem conhecimento pleno sobre todas as manifestações da síndrome e não há tratamento específico para bebês com essa condição, a monitorização precoce dos sinais de atraso do DNPM, bem como a avaliação dos fatores de risco relacionados ao aumento e/ou permanência desse retardo e a estimulação precoce, para que tratamentos de suporte sejam iniciados

o mais rápido possível, e para que esforços no campo da reabilitação sejam garantidos, quando necessários (BRASIL, 2016).

Os distúrbios motores são frequentemente acompanhados de distúrbios de sensibilidade, percepção, cognição, comunicação (PANTELADIS et al., 2015; ROSENBAUM et al., 2007; BAX et al., 2005). Como consequência, podem ter dificuldades para firmar a cabeça (controle cervical), sentar, engatinhar, andar, fazer transposições posturais, além de atividades como subir, descer uma escada, pular, correr, entre outras. E também comprometimentos para o desenvolvimento de ações como agarrar, soltar, manipular brinquedos e objetos (COFFITO, 2016). De modo geral, a detecção de anomalias cerebrais é de extrema importância e constitui a premissa básica para as intervenções o mais precoce possível nos transtornos do DNPM.

A forma como a criança se recupera de agressões ao SNC, evidencia a plasticidade, para uma melhor efetividade da recuperação do desenvolvimento das habilidades motoras, cognitivas e sensoriais é fundamental seu início seja nos primeiros anos de vida para que o bebê tenha maior possibilidade de superar suas deficiências, além de reforçar uma autoimagem positiva desde o início de sua vida extrauterina, e motivá-lo para que possa recuperar-se ou atingir a melhor função. É neste período que ocorre o processo de maturação do SNC sendo a fase ótima da plasticidade neuronal. Tanto a plasticidade quanto a maturação dependem da estimulação (BRAGA et al., 2014).

A plasticidade pode ser entendida como a capacidade de um organismo em desenvolvimento achar seu caminho circundando a deficiência que o originou. De acordo com Lima e Fonseca (2004), a plasticidade neural fundamenta e justifica a intervenção precoce para bebês que apresentem risco potencial de atrasos no DNPM. Isso porque é justamente no período de zero a três anos que ocorre a maior capacidade da plasticidade neural, onde será desenvolvida a maior parte de suas potencialidades, pois o indivíduo é mais suscetível a transformações provocadas pelo ambiente externo. A EP tem como meta aproveitar este período crítico para estimular a criança a ampliar suas competências, tendo como referência os marcos do desenvolvimento típico e reduzindo, desta forma, os efeitos negativos de uma história de riscos (PAINEIRAS, 2005).

Ao se falar em EP, assume-se a sua complexidade enquanto metodologia de intervenção que se preocupa não apenas com as crianças vulneráveis, mas também com suas famílias, o que o torna o processo de estimulação complexo pelas inúmeras informações e ações que devem ser geridas (SÁ, 2013).

É importante destacar que a EP nestes bebês é considerada o tratamento padrão ouro e além da fisioterapia, deve envolver uma equipe interdisciplinar e interprofissional, visando ofertar a melhor abordagem terapêutica possível. Mediante o alto risco de alterações, é necessária monitorização permanente do crescimento e desenvolvimento destas crianças, por essa razão, as famílias devem ser

inseridas nesse processo de atenção, já que detém o maior poder de cuidado/tempo com as crianças, para tal, devem ser capacitadas e preparadas, por terem sido surpreendidas e impactadas pelo diagnóstico dos seus filhos.

A intervenção precoce poderá facilitar a aquisição de um nível funcional mais adequado se os estímulos forem elaborados e apropriados de acordo com o desenvolvimento normal, compatíveis com as necessidades individuais de cada bebê e dirigidas com objetivos e significados;⁶ de forma que se possa intervir em uma fase em que ainda não existam padrões patológicos instalados e em que a plasticidade cerebral ainda é grande, tornado os resultados mais rápidos e efetivos.

3.6 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O ensino superior no Brasil passou por um crescimento acelerado nas últimas décadas. A educação de ensino superior cresceu tanto no setor público quanto no privado, mas o crescimento no setor privado se mostra alarmante. Se formos retratar em gráfico a porcentagem das IES (Instituições de Ensino Superior) existentes no Brasil, chegaremos ao gráfico abaixo, que desenha um panorama onde 88 % das IES do Brasil são privadas, 5% são Instituições estaduais, 4% são federais, e apenas 3% das IES em nosso país são municipais.

Para Lemos e Miranda (2015) o maior nível de produção científica das universidades, principalmente nas instituições públicas, é um diferencial para o aprendizado dos estudantes e maior rendimento dessas universidades. O mesmo artigo, também evidencia o apoio à titulação docente e a ampliação do regime de tempo integral destes como parâmetros de elevação da nota das instituições.

No universo do trabalho ocorre a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma percepção de competência, em função das novas demandas do setor produtivo e da falência dos métodos destinados a adaptar as pessoas ao mercado e aos postos de trabalho. A crise na qualificação decorre da inserção das economias em mercados globalizados, da crescente exigência de produtividade e competitividade e da vertiginosa incorporação de novas tecnologias que requerem flexibilidade e polivalência dos trabalhadores (VALLE, 2003). Diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão e transformação da interface ensino/trabalho, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde.

A organização do trabalho em saúde foi fortemente afetada pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização. Houve ampliação da capacidade de diagnosticar e tratar problemas de saúde, mas também aumento constante dos custos, institucionalização das práticas de saúde e perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais (FEUERWERKER, 2007).

Comumente os profissionais de saúde tendem a atuar de forma fracionada e desprendida de uma perspectiva integral que compreenda as múltiplas dimensões das demandas de saúde dos pacientes e da população (PEDUZZI et al., 2013).

A Educação Interprofissional (EIP) manifesta-se atualmente como uma estratégia para desenvolver profissionais habilitados para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. A EIP contribui para a formação de profissionais de saúde mais bem instruídos para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam adiante da competição e da fragmentação (BATISTA, 2012). O autor explica ainda que:

A EIP se compromete com o desenvolvimento de três competências - competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas, ou seja, o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas.

Com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, implementa-se a educação continuada. Esta formação diz respeito a toda ação desenvolvida após a profissionalização, definida por meio de metodologias formais, uma ferramenta essencial com a finalidade de melhorar o desempenho profissional que, se conduzida como um processo permanente, possibilita o desenvolvimento de competência profissional, visando à aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade além de auxiliar a minimizar os problemas advindos da defasagem na formação (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Ainda em se tratando de formação para o trabalho, destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), que por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, veio adequar a formação e a qualificação dos trabalhadores da área da saúde às necessidades da população, baseada no aprendizado contínuo. Apresenta-se como condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto aprimoramento, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social. Essa estratégia se caracteriza pela educação na vida cotidiana e prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco (BRASIL, 2007).

É relevante destacar que Educação Permanente e Educação Continuada são métodos que constituem a continuidade das ações educativas, mesmo contendo princípios metodológicos distintos, quando praticadas em conjunto possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e assim fortalecem o desenvolvimento do trabalho (COTRIM-GUIMARÃES, 2009)

Esse é também o contexto do cuidado às pessoas com deficiência, demandando processos de Educação Permanente e Continuada, pois representa um grande desafio para os sistemas de saúde e contribui para o aumento na busca de cuidados de reabilitação. Existem muitas barreiras a serem enfrentadas pelas pessoas com deficiência e grande é o impacto pelas quais elas passam na sua vida e de seus familiares. De acordo com organização do um sistema de saúde, a obtenção dos serviços prestados pode ser dificultada ou facilitada, a depender do aumento ou diminuição de barreiras impostas, refletindo diretamente sobre o aspecto do acesso (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O aumento súbito no número de crianças com microcefalia decorrente da infecção pelo vírus Zika, vem demandando uma reorganização da rede de serviços, no sentido de atender às necessidades de cuidado impostas por esse agravo. Estas necessidades incluem ações diagnósticas e terapêuticas, com destaque para o acompanhamento especializado ao desenvolvimento destas crianças, visando prevenir e/ou minimizar sequelas decorrentes desta condição.

Existem momentos em que a necessidade do processo de trabalho requer a utilização de diferentes metodologias. Por isso, é de fundamental importância para a realização e a qualidade do cuidado que o processo de capacitações seja contínuo, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde, e a Educação Permanente, Continuada e em Serviço são ferramentas para essa construção (CECCIM, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de abordagens quantitativa e qualitativa. As duas abordagens são utilizadas juntas com finalidade de alcançar os objetivos propostos que apresentam características que podem ser evidenciadas através das mesmas. As abordagens qualitativa e quantitativa não se opõem, elas complementam-se, interagindo dinamicamente e excluindo qualquer oposição (MINAYO, 1993).

As abordagens diferem-se da seguinte maneira: a pesquisa quantitativa faz uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança. A pesquisa qualitativa, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos

dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (DIEHL, 2004). Segundo Minayo (1993), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um processo profundo das relações humanas e sociais.

Ademais, estes métodos são diferenciados, pela forma de abordagem do problema, pela sistemática pertinente a cada um deles. A utilização das abordagens quantitativa e qualitativa associadas, tem o intuito de ampliar as respostas sobre o espectro pesquisado. Na presente investigação, as abordagens quantitativa e qualitativa foram utilizadas com o intuito de complementar uma à outra, pois, à medida que a análise quantitativa viabilizou a ampliação da abrangência do universo pesquisado, a análise qualitativa possibilitou aprofundar a temática estudada, colaborando para uma maior compreensão do tema.

4.2 POPULAÇÃO

A população-alvo do estudo é constituída por fisioterapeutas responsáveis pelos atendimentos às crianças diagnosticadas com microcefalia associada ao vírus Zika, nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), no estado da Paraíba. O CER é o ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território.

Quadro 1 – Identificação das cidades sedes dos CER no estado da Paraíba.

Município	Tipologia	Modalidade	Nome do Estabelecimento	Portaria Habilitação GM
João Pessoa	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência - FUNAD	Portaria nº 778, de 9/05/2013
João Pessoa	CER II	Física e Intelectual	Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência	Portaria GM nº 3.077, de 28/12/2016

Conde	CER II	Auditiva e Física	Centro de Reabilitação Antonio de Souza Maranhão	Portaria GM Nº 2.910 26/12/2016
Campina Grande	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	CER IV Centro Especializado em Reabilitação de Campina Grande	Portaria GM nº 2.918, de 26/12/2016
Monteiro	CER II	Física e Intelectual	Centro de Reabilitação Motora	Portaria GM nº 2.918, de 26/12/2016
Patos	CER II	Física e Intelectual	CERPPOD	Portaria GM nº 3.077, de 26/12/2016
Princesa Isabel	CER III	Física, Intelectual e Visual	Centro Especializado em Reabilitação Doutor Aloysio Pereira Lima	Portaria GM nº 440, de 25/03/2019
Piancó	CER II	Física e Intelectual	Policlínica Dr. Antônio Quinho	Portaria GM nº 3.213, de 29/12/2016
Sousa	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	Reabilita - Centro Especializado em Reabilitação de Sousa	
Catolé do Rocha	CER II	Física e Intelectual	Centro de Reabilitação Física	Portaria GM Nº 2.918 26/12/2016

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA

A primeira etapa da pesquisa ocorreu mediante a realização da técnica do Grupo Focal. A técnica de coleta de dados com o grupo focal é definida como técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, um determinado grupo de pessoas

que fazem parte do público-alvo de sua pesquisa, tendo como objetivo principal obter, a partir do diálogo e do debate entre eles, informações acerca de um conteúdo específico. A recomendação é de formar grupos de no mínimo seis e no máximo dez integrantes (NETO; LEITE; KIND, 2010).

Assim, foi realizada uma sessão de grupo focal com presença de seis fisioterapeutas que atuam na reabilitação de crianças com microcefalia da cidade de João Pessoa. A condução foi feita pelo moderador (a pesquisadora) que tem o papel de garantir por meio de uma intervenção ao mesmo tempo discreta e firme, que o grupo aborde os tópicos de interesse do estudo, de maneira menos diretiva possível. Estavam presentes no grupo também, duas colaboradoras, uma para anotar os acontecimentos de maior interesse para a pesquisa (relator) e outra para auxiliar na observação da comunicação não verbal (observador), como forma de compreender os sentimentos dos participantes sobre os tópicos discutidos e, eventualmente, intervir na condução do grupo, conforme sugere Krueger (2014).

As questões disparadoras foram estruturadas para identificar os conhecimentos e percepções dos profissionais sobre a experiência da vivência no atendimento a crianças com microcefalia conforme roteiro previamente elaborado para esta finalidade (APÊNDICE A). Os dados do grupo focal foram coletados através de um gravador, onde se registraram as discussões acerca do tema proposto. Posteriormente, as gravações foram transcritas integralmente para viabilizar a análise dos dados (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Com o resultados do grupo focal, foi feita a análise qualitativa dos dados, ou seja, que não há tratamento estatístico envolvido, mas um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta (PELICIONI, 2001). A análise dos dados foi agrupada considerando os seguintes temas descritores: Formação/Capacitação dos profissionais e percepção quanto à assistência, em relação ao atendimento, ao serviço e à família.

A coleta dos dados quantitativa se deu por meio da aplicação de um questionário estruturado (APÊNDICE B). O questionário, segundo Gil (2008), pode ser explicado “como técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

Como na literatura há carência total de instrumentos validados para avaliar a percepção de fisioterapeutas dos serviços de reabilitação quanto ao tratamento de crianças, foi elaborado um questionário específico para este fim, com base nos resultados do grupo focal. Além das questões relativas à percepção destes profissionais, também constam 10 questões que respondem informações sociodemográficas e sobre a sua formação.

O Questionário sobre a percepção dos fisioterapeutas quanto ao atendimento das crianças com SCZV foi submetido à validação de conteúdo, por meio da avaliação de quatro especialistas na área de formação profissional, processo fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, sendo reformuladas algumas assertivas mediante sugestão dos avaliadores. Para a validação, os juízes, analisaram as 38 questões, verificando sobre cada questão se o item responde “sim”, “parcialmente” ou “não” ao que o estudo se propõe a investigar.

Foi adotado o critério de 80% de concordância entre os juízes para análise das questões. Todas as questões que tiveram concordância inferior a 80% foram reformuladas ou descartadas do instrumento, por serem consideradas razoáveis, ruins ou muito ruins, conforme recomendação de Pasquali.¹².

Tabela 1 – Análise de concordância entre juízes para as questões do Questionário sobre a Percepção dos fisioterapeutas no atendimento as crianças com SCZV.

QUESTÃO 1	1,00	QUESTÃO 20	0.92
QUESTÃO 2	1,00	QUESTÃO 21	1,00
QUESTÃO 3	0,92	QUESTÃO 22	1,00
QUESTÃO 4	1,00	QUESTÃO 23	0,92
QUESTÃO 5	1,00	QUESTÃO 24	1,00
QUESTÃO 6	0,83	QUESTÃO 25	1,00
QUESTÃO 7	1,00	QUESTÃO 26	0,83
QUESTÃO 8	0,58	QUESTÃO 27	0,92
QUESTÃO 9	1,00	QUESTÃO 28	1,00
QUESTÃO 10	0,92	QUESTÃO 29	1,00
QUESTÃO 11	0,75	QUESTÃO 30	0,75
QUESTÃO 12	0,83	QUESTÃO 31	0,75
QUESTÃO 13	0,83	QUESTÃO 32	1,00
QUESTÃO 14	1,00	QUESTÃO 33	1,00
QUESTÃO 15	0,83	QUESTÃO 34	0,83
QUESTÃO 16	1,00	QUESTÃO 35	0,83
QUESTÃO 17	0,83	QUESTÃO 36	1,00
QUESTÃO 18	1,00	QUESTÃO 37	1,00
QUESTÃO 19	0,83	QUESTÃO 38	0,75

Conforme apresentado na Tabela 1, trinta e três questões apresentaram concordância acima de 80%, ou seja, foram avaliadas como boas ou muito boas quanto aos aspectos supracitados, demonstrando possuir conteúdo que abrange aspectos relevantes do conhecimento sobre a capacitação e percepção dos fisioterapeutas para atendimento. Uma questão da seção sobre formação e capacitação não alcançou validade de conteúdo, por isso foi descartada; e as quatro questões da seção sobre a percepção quanto à assistência foram reformuladas conforme sugestão dos avaliadores.

Destarte, o instrumento para verificação da percepção dos fisioterapeutas permaneceu com 7 questões sobre a formação e capacitação dos profissionais e 32 questões da percepção quanto à assistência, divididas em três domínios: percepção em relação ao atendimento (13); percepção em relação ao serviço (12); e percepção em relação a família (7). As questões foram respondidas através da escala de *Likert* com escores de 1 a 5, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente.

Após essa avaliação os questionários foram entregues presencialmente em todos locais do estudo, para serem respondidos diretamente pelos profissionais. Resultando em uma amostra de 51 fisioterapeutas.

Essa fase da coleta foi feita no período de dois meses, sendo realizada apenas pela pesquisadora do estudo. Foi iniciada na cidade de João Pessoa, local que despendeu maior tempo, pela maior quantidade profissionais e diferentes turnos de atendimento, em seguida a cidade de Campina Grande, segundo maior número de profissionais coletados. As cidades do interior da Paraíba foram coletadas em uma semana, basicamente uma cidade por dia, o roteiro da viagem foi previamente definido: Monteiro, Princesa Isabel, Piancó, Sousa, Catolé do Rocha e Patos.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Análise dos dados qualitativos

Os dados resultantes do grupo focal, após a transcrição, foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, que constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999).

Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias. Em sua vertente qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um

texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Este sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único. Poderá ser focado em função de diferentes perspectivas (JÚNIOR; WILSON, 2005).

Esta técnica de análise pretende classificar os discursos em temas ou categorias para contribuir com o entendimento do que está por trás do que foi anunciado no grupo focal (BARDIN, 2011). As etapas descritas por Bardin (2011) para a utilização da análise de conteúdo incluem: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação dos resultados (inferência e interpretação).

4.4.2 Análise dos dados quantitativos

4.4.2.1 Análise Descritiva

Os dados dos questionários foram organizados com auxílio do Programa Statistical Package Social Science (SPSS), versão 22.0 for Windows e apresentados por meio de representações gráficas e tabelas confeccionadas através do programa. Serão utilizados resultados da estatística descritiva representada pela frequência absoluta (n) e relativa (percentual) das variáveis. A descrição da amostra deste estudo será realizada por meio de medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão), frequência e porcentagem nas variáveis colhidas. Para verificar associação entre duas variáveis será utilizado o teste de Qui-quadrado, considerando nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%.

Para a avaliação da percepção das condições em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV, utilizou-se o teste de proporções para designar a qualidade geral percebida pelos profissionais mediante cada item e dimensão do questionário. Neste contexto, adotou-se como parâmetro uma percepção positiva das condições de tratamento, isto é, pontuações 4-concordo ou 5-concordo totalmente. Para tanto, admitiu-se como aceitável uma proporção de respondentes igual ou superior a 80%, considerando a hipótese (H_0) de que “a condição de tratamento é aceitável”, a um intervalo de confiança de 95%. Implica dizer que, os itens avaliados com a pontuação 4 ou 5 na escala de *likert*, por no mínimo 80% dos respondentes, foram avaliados com uma percepção positiva de qualidade. Assim, para cada item e dimensão do instrumento, foram obtidos os respectivos p -valores, de modo que, para confirmar a hipótese, os p -valores deveriam ser superiores a 0,05.

Por sua vez, para analisar os resultados da percepção de qualidade, com base na influência de características sociodemográficas (idade da criança, escolaridade do cuidador), da reabilitação (CER

avaliado) e das dimensões de qualidade (técnica, interpessoal e organizacionais), foram selecionados os seguintes métodos, em sequência: modelo de classificação binária, peso da evidência e análise de classe latente.

4.4.2.2 Modelo de classificação binária peso da evidência (WoE)

Sequencialmente empregou-se o método peso da evidência (WoE, do inglês *Weight of Evidence*), que tem como finalidade calcular a influência de variáveis explicativas na predição de uma variável resposta (SOARES-FILHO; RODRIGUES; COSTA, 2009) e o valor da informação (IV, do inglês *Information Value*) como métricas de ajustes.

O método surgiu inicialmente para aplicações em diagnósticos médicos, nos quais a evidência consistia em um conjunto de sintomas e a hipótese foi do tipo “Este paciente tem uma doença X”. Os pesos poderiam então ser usados para estimar a probabilidade de um novo paciente ter a doença, baseado na presença ou ausência de sintomas (GALVÃO; MENESES, 2005). Desde a década de 80, porém, o método de pesos de evidência foi adaptado para mapeamento de potencial mineral, por isso vem sendo amplamente utilizado na área ambiental e posteriormente passou a ser usado no setor financeiro (BONHAM-CARTER et al., 1990). Após começaram a ser empregados nas novas áreas, passaram a não ser mais utilizado no âmbito da saúde, revelando poucos estudos nessa área.

O método utiliza-se de variáveis independentes explicativas que podem ser categóricas, ou não, escolhidas para avaliar sua influência sobre um desfecho binário propondo o quão atrativas ou repulsivas estas variáveis impactam o desfecho classificatório dicotômico que é a variável resposta (SOARES-FILHO; RODRIGUES; COSTA, 2009). Para este estudo, foi considerada como variável desfecho a “diferença da percepção quanto às condições em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV pelos profissionais com formação nas IES públicas e privadas”. Neste caso, o desfecho considerado é a formação superior do indivíduo na IES pública ou privada.

Para tanto, as variáveis aleatórias independentes são conhecidas e analisadas como sendo as variáveis preditoras da variável dependente que é o desfecho em questão (HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009). Este método de classificação binária para avaliar a influência de variáveis independentes (categoria administrativa da Instituição da Graduação) sobre um desfecho (WoE) foi empregado considerando as variáveis independentes das dimensões: formação/capacitação e percepção quanto às condições de tratamento ofertado, do instrumento validado nesta pesquisa.

A interpretação da influência de cada variável em cada dimensão sobre o desfecho é quantificada pela medida de influência de cada variável independente, calculada por este método e que tem associação forte com a medida razão de chance (*odds ratio*) que responde o seguinte

questionamento: as informações dessas variáveis contribuíram na previsão do desfecho? Quais variáveis foram mais explicativas frente ao desfecho?

As variáveis operativas no Woe foram definidas como:

- **Categoria administrativa da Instituição de Graduação:** variável distribuída em duas categorias: 1- pública; 2- privada. Logo, investigou-se a hipótese de que existe diferença entre a percepção dos profissionais dependendo da categoria administrativa da IES em que concluiu a graduação;
- **Dimensão I:** corresponde à avaliação da dimensão sobre a formação e capacitação dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV;
- **Dimensão II:** corresponde à avaliação da dimensão sobre a percepção quanto à assistência em relação ao atendimento dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV;
- **Dimensão III:** corresponde à avaliação da dimensão sobre a percepção quanto à assistência em relação ao serviço dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV;
- **Dimensão IV:** corresponde à avaliação da dimensão sobre a percepção quanto à assistência em relação à família dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV;

Para averiguar a força da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (estratificação de risco), considerando que $<0,02$ o preditor não é útil (muito fraco), de $0,02$ a $<0,1$ o preditor tem uma relação fraca, de $0,1$ a $0,3$ o preditor tem um relacionamento de força média e $>0,3$ o preditor tem uma forte relação com a razão de probabilidades (SIDDIQI, 2012).

Tabela 2 – Valores de referência para o IV.

Valor da informação (IV)	Poder de predição
$<0,02$	Preditor não é útil
$0,02$ a $0,10$	Fraco
$0,10$ a $0,30$	Médio
Acima de $0,30$	Preditor tem forte relação

Fonte: Siddiqi, 2012

As análises no modelo WoE foram executadas no *software* R, versão 3.6.1.

4.4.2.3 Análise de correspondência

Nesta etapa foi realizada a análise de correspondência, estatística exploratória utilizada para verificar associações ou similaridades entre variáveis qualitativas (CLAUSEM, 1998) ou variáveis contínuas categorizadas. A relação entre as categorias das variáveis é investigada sem que se precise designar uma estrutura causal nem assumir a priori uma distribuição de probabilidades, sendo apropriada no estudo de dados populacionais no sentido de uma técnica não inferencial (GREENACRE, 1993).

Este método permite a visualização das relações mais importantes de um grande conjunto de variáveis entre si. Os resultados são apresentados sob forma de gráficos, onde estão representadas as categorias de cada variável e onde se pode observar as relações entre estas, através da distância entre os pontos desenhados (GREENACRE, 1993; LEBART et al., 1984). Por meio de representação gráfica, as posições das categorias de cada variável no plano multidimensional podem ser interpretadas como associações (ARANHA, 2004).

Greenacre (1993) descreve algumas etapas da análise de correspondência para facilitar a interpretação dos resultados obtidos:

- **Análise dos Fatores (Eixos):** Para obter planos que representem a configuração das categorias das variáveis no espaço, calcula-se um conjunto de eixos fatoriais, cada um maximizando uma parcela da variabilidade dos dados. O conjunto desses eixos define o espaço multidimensional e, usualmente, pode-se utilizar uma dimensão perceptível, de até três eixos, para analisar a posição dos pontos no espaço.
- **Análise do Gráfico:** Observamos a existência de conglomerados e a proximidade das variáveis, entendendo assim os padrões de relações entre essas características. Quanto mais próximas duas variáveis no gráfico mais frequente a sua ocorrência conjunta. O gráfico que representa dois fatores gera quatro quadrantes. Os dois fatores conjuntamente separam as características que se aloca no quadrante superior esquerdo das características que se encontram no quadrante inferior direito, e as que estão no quadrante superior direito daquelas que estão no inferior esquerdo, caracterizando grupos com perfis extremos opostos.

Para facilitar a compreensão visual das figuras obtidas na análise de correspondência as dimensões foram categorizadas da seguinte maneira:

- **Dimensão I:** 0- percepção negativa quanto às condições em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV; 1 – percepção positiva quanto às condições em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV;

- **Dimensão II:** 0- percepção negativa em relação ao atendimento em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV; 1 – percepção positiva em relação ao atendimento em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV;
- **Dimensão III:** 0- percepção negativa em relação ao serviço em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV; 1 – percepção positiva em relação ao serviço em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV;
- **Dimensão IV:** 0- percepção negativa em relação à família das crianças com a SCZV em que o tratamento fisioterapêutico é realizado; 1 – percepção positiva em relação à família das crianças com a SCZV em que o tratamento fisioterapêutico é realizado;

O programa utilizado para análise foi o SPSS, versão 22.0 for Windows.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi conduzida conforme as diretrizes contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob CAAE: 64800416.9.1001.5188. Todos os participantes convidados para participar deste estudo foram esclarecidos sobre ele a partir de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A população do estudo foi composta por 51 fisioterapeutas atuantes nos CER da Paraíba, que atendem ou atenderam crianças com SCZV. Na tabela 3 pode-se observar que a maior parte da população está concentrada nas duas primeiras faixas etárias, ou seja, entre 22 e 36 anos (79,4%). Sendo a média da população 31 anos. O sexo feminino é preponderante entre os sujeitos (74,5%). E a maioria declarou estar solteira (51,0%) e casada (43,1%).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos sujeitos de estudo.

Variável	Caracterização dos fisioterapeutas que atendem crianças com SCZV	
	Frequência	%
Faixa Etária		
22 ---- 29 anos	14	41,2
29 ---- 36 anos	13	38,2
36 ----43 anos	2	5,9
43 ---- 50 anos	4	11,8
50 ---- 57 anos	1	2,9
TOTAL	34	100
Sexo		
Masculino	13	25,5
Feminino	38	74,5
Estado Civil		
Solteiro(a)	26	51,0
Casado(a)	22	43,1
União Estável	1	2,0
Divorciado(a)	2	3,9
TOTAL	51	100

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

A Tabela 4 descreve a caracterização profissional dos fisioterapeutas. A maioria dos entrevistados concluiu a graduação em uma Instituição Privada (60,8%), ainda sobre a graduação a maior parte dos profissionais levou 5 anos para conclui-la (64,7%) e grande parte dos profissionais terminaram o curso entre 4 e 6 anos atrás (62,7%), seguido dos profissionais formados há mais de 10 anos (21,6%).

Nenhum dos profissionais declarou possuir mestrado, doutorado ou pós-doutorado, mas a maioria possui alguma especialização (84,3%), porém só 15,7% fez uma pós-graduação na sua área de atuação atual, o restante dos profissionais (68,6) possui especializações em áreas diversas, como pilates, saúde coletiva, acupuntura. Quanto a busca por uma forma de atualização, 49,0% respondeu que procuram por artigos, mas apenas 25,5% afirma publicar 1 ou 2 artigos por ano, a grande maioria 74,5 não publica.

Tabela 4 – Caracterização profissional dos sujeitos de estudo.

Variável	Caracterização dos fisioterapeutas que atendem crianças com SCZV	
	Frequência	%
Categoria Administrativa da Instituição da Graduação		
Pública	20	39,2
Privada	30	60,8
TOTAL	50	100
Duração da graduação		
4 anos	16	31,4
5 anos	33	64,7
Mais de 5 anos	2	3,9
Tempo de Conclusão da Graduação		
1 – 3 anos	6	11,8
4 – 6 anos	32	62,7
7 – 9 anos	2	3,9
Mais de 10 anos	11	21,6
Curso de Pós-Graduação		
Especialização em Geral	35	68,6
Especialização na área de atuação	8	15,7
Nenhum	8	15,7
Fontes consultadas para atualização		
Artigos	25	49,0
Artigos e livros	18	35,5
Livros	4	7,8
Livros e outros	1	2,0
Outros	3	5,9
Publica Artigos		
1 ou 2 artigos por ano	13	25,5
Não publico	38	74,5
TOTAL	51	100

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

A tabela 5 fornece uma visão das características dos profissionais quanto aos atendimentos às crianças com SCZV. A maioria dos profissionais atendem as crianças faz em média 1 à 3 anos (58,8), e não atendem as crianças desde o início do tratamento (43,1%), apenas 11,8% faz o acompanhamento dessas crianças desde o início do tratamento. No geral os profissionais atendem entre 1 e 3 crianças com a Síndrome (43,1%).

Tabela 5 – Caracterização profissional quanto aos atendimentos às crianças com SCZV.

Variável	Caracterização dos fisioterapeutas que atendem crianças com SCZV	
	Frequência	%
Tempo de atendimento das crianças com a SCZV		
Menos de ano	10	19,6
Entre 1 e 3 anos	30	58,8
Acima de 3 anos	11	21,6
Acompanhamento das crianças desde o início do tratamento		
Não	22	43,1
Poucos	15	29,4
A maioria	8	15,7
Sim	6	11,8
Quantidade de crianças atendidas		
Entre 1 e 3 crianças	22	43,1
Entre 4 e 5 crianças	18	35,3
6 ou mais crianças	11	21,6
TOTAL	51	100

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

Na tabela 6 podemos observar as respostas positivas dos profissionais quanto às perguntas sobre a formação e capacitação para o atendimento das crianças. Pode-se destacar que apenas um dos itens obteve o limite de concordância ideal, ou seja, acima de 80%. Este item relata que 84,3% dos profissionais ressaltam a importância dos cursos/eventos para prestar atendimento às crianças. Outro item que teve resultado próximo ao ideal foi o da busca por iniciativa própria de cursos/eventos para qualificação do cuidado prestado à essas crianças (78,4%). É importante ressaltar também que o item

3 obteve uma porcentagem bem abaixo do esperado (21,6%), demonstrando que poucos serviços ofertaram cursos de capacitação visando à preparação dos profissionais para ofertar um cuidado mais qualificado às crianças com a síndrome. Apenas 31,4% relatou ter sido fácil buscar alternativas para capacitação.

Tabela 6 – Dados sobre a formação e capacitação dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.

Sobre a formação/capacitação	n	%	N*
1. Você participou de alguma capacitação para atendimento das crianças com SCZV.	23	45,1	47
2. Em algum momento você se sentiu despreparado (a) para atendê-las.	25	49,0	50
3. No serviço onde você atua foram ofertados cursos de capacitação visando preparar os profissionais para ofertar um cuidado mais qualificado às crianças com SCZV.	11	21,6	47
4. Você buscou por iniciativa própria, cursos/eventos para qualificação do cuidado prestado à essas crianças.	40	78,4	50
5. A gestão do serviço onde você atua/atuava, apoiou as iniciativas de busca de capacitação dos profissionais.	28	54,9	51
6. Você considera que estes cursos/eventos contribuíram no seu atendimento às crianças com SCZV.	43	84,3	49
7. Foi fácil para você buscar alternativas de se sentir capacitado.	16	31,4	51

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

*N= Número total de questões respondidas pelos profissionais.

Os dados sobre a percepção quanto à assistência em relação ao atendimento, são observados na tabela 7. Esta dimensão foi a que obteve melhores resultados quanto ao limite de concordância, conforme observado no gráfico 1. O item nove obteve 100% do limite de concordância, ressaltando a importância da continuidade do tratamento em casa. Outro item com elevada concordância diz respeito ao atendimento prestado ser através de uma equipe interprofissional (96,1%). O item pior

avaliado com 27,5% reporta a falta de apoio psicológico para os profissionais no seu local de trabalho, o segundo item mais mal avaliado (43,1%) demonstra que a falta de apoio dos gestores aos profissionais gera sentimentos negativos.

Tabela 7 - Dados sobre a percepção quanto à assistência em relação ao atendimento dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.

Percepção quanto à assistência em relação ao atendimento	n	%	N*
1. As múltiplas deficiências das crianças com SCZV dificultam o atendimento.	37	72,5	51
2. Existe diferença no nível de dificuldade do atendimento prestado a estas crianças quando comparado com outras crianças com distúrbios neurológicos, a exemplo da paralisia cerebral.	33	64,7	51
3. O lento processo na evolução do quadro dessas crianças tem sido motivo para desmotivação do seu trabalho.	36	70,6	50
4. A quantidade de profissionais no serviço é suficiente para dar conta da demanda de trabalho.	33	64,7	50
5. A assistência prestada a estas crianças tem sido através de uma equipe interdisciplinar.	49	96,1	51
6. Além da equipe interdisciplinar, há também nesta assistência um trabalho em rede, ou seja, intersetorial.	37	72,5	48
7. Você tem tido fácil acesso aos outros profissionais envolvidos nesta rede de atenção.	38	74,5	51
8. A falta de apoio dos gestores aos profissionais geram sentimentos negativos.	22	43,1	51
9. É importante a orientação da continuidade do tratamento em casa.	51	100	51
10. As mães muitas vezes trazem outras demandas familiares para o atendimento, sobrecarregando emocionalmente o profissional.	30	58,8	50
11. Você se sente preparado fisicamente para executar os atendimentos.	37	72,5	51

12. É ofertado apoio psicológico para os profissionais no seu local de trabalho.	14	27,5	49
13. No decorrer do tratamento das crianças com SCZV você precisou mediar situações que não são da sua responsabilidade profissional.	29	56,9	50

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

*N= Número total de questões respondidas pelos profissionais.

A tabela 8 fornece dados sobre a percepção quanto à assistência em relação ao serviço. Nesta dimensão apenas dois itens obtiveram um coeficiente de concordância esperado, 80,4% dos profissionais relataram que a estrutura física do local influencia no tratamento e 82,4% afirmaram que as mães recebem apoio psicológico no local de serviço.

Todos os outros itens não obtiveram um coeficiente satisfatório, a maioria está bem abaixo do esperado, destacando-se o item 2, demonstrando que o material existente no ambiente de trabalho para o tratamento não é suficiente para atendimento (19,6%) e que a quantidade de atendimentos ofertados em uma semana, não é satisfatória para o tratamento, apenas 21,6% dos profissionais relataram que a quantidade era ideal.

Tabela 8 - Dados sobre a percepção quanto à assistência em relação ao serviço dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.

Percepção quanto à assistência em relação ao serviço	n	%	N*
1. Foram realizadas melhorias na estrutura física do local especificamente para o atendimento das crianças com SCZV.	21	41,2	47
2. A quantidade de material existente no ambiente de trabalho para o tratamento é suficiente para atendê-las.	10	19,6	51
3. Foram efetuadas mudanças no funcionamento do serviço para o atendimento das crianças com SCZV.	15	29,4	48
4. É oferecido um local de apoio (descanso, alimentação...) Para as mães das crianças.	38	74,5	49
5. A quantidade de atendimentos de fisioterapia que tem sido ofertada em uma semana é satisfatória para o tratamento.	11	21,6	50

6. A duração das sessões é considerada ideal para as intervenções.	32	62,7	51
7. No geral, a estrutura física do serviço tem influência na qualidade do atendimento.	41	80,4	51
8. As crianças tem acesso a dispositivos auxiliares (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção).	29	56,9	51
9. Você considera que a orientação da gestão é de priorizar a qualidade e não a quantidade de atendimentos.	25	49,0	51
10. Você sente que é ouvido pelos gestores quando expõe alguma demanda em relação ao tratamento dos usuários do serviço.	30	58,8	50
11. Existe no serviço, momentos para construção de projeto terapêutico pela equipe.	27	52,9	49
12. As mães recebem apoio psicológico no serviço.	42	82,4	49

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

*N= Número total de questões respondidas pelos profissionais.

A tabela 9 fornece dados sobre a percepção quanto à assistência em relação à família. O principal destaque desta dimensão é a grande diferença entre os itens 1 e 4. Todos os profissionais (100%) concordam que a participação da família é importante para evolução do tratamento, mas apenas 2,0% relata que os pais são tão participativos quanto as mães, no tratamento. A maioria (90,2%) concorda que o nível socioeconômico das famílias influencia o tratamento e também que as crianças aceitam melhor o tratamento fisioterapêutico quando são estimuladas em casa (82%).

Tabela 9 - Dados sobre a percepção quanto à assistência em relação à família dos fisioterapeutas que atendem as crianças com a SCZV.

Percepção quanto à assistência em relação à família	n	%	N*
1. A participação da família é importante para evolução do tratamento.	51	100,0	51
2. O nível socioeconômico das famílias influencia o tratamento.	46	90,2	51

3. Existe resistência da família em relação a aceitação do quadro clínico da criança.	39	76,5	51
4. Os pais são tão participativos quanto as mães.	1	2,0	51
5. A sobrecarga familiar da mãe atua como limitador da evolução.	38	74,5	51
6. A criança aceita melhor a fisioterapia quando estimulada em casa.	41	82,0	50
7. O reconhecimento pela família das limitações em termos de evolução da criança tem sido motivo de abandono do tratamento.	25	49,0	51

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

*N= Número total de questões respondidas pelos profissionais.

Considerando que a escala pode ser dividida em cinco partes e que sua representação até o limite da concordância (valor ≥ 4) deveria representar 80% para uma boa assistência, pode-se perceber no gráfico acima que em nenhuma das dimensões se atinge este valor. Portanto em todas as dimensões há melhorias a serem realizadas especialmente nas dimensões capacitação e serviço.

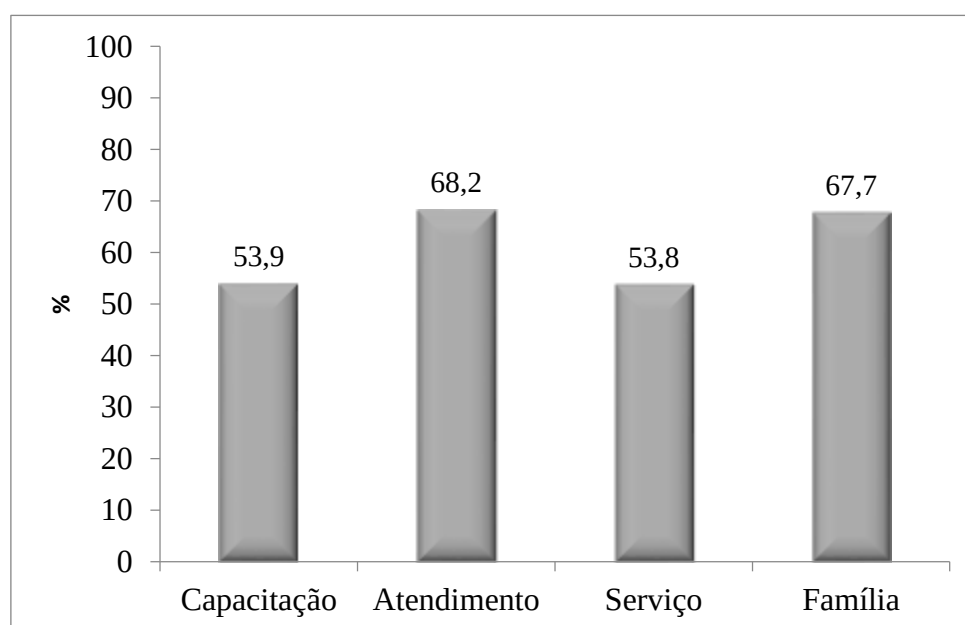


Figura 1. Percepção da assistência pelos profissionais nas quatro dimensões estudadas.

5.2 MODELO DE CLASSIFICAÇÃO BINÁRIA PESO DA EVIDÊNCIA (WoE)

Para esta etapa, considerou-se como desfecho, a diferença da percepção quanto às condições em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com a SCZV pelos profissionais com formação nas IES públicas e privadas.

Considerando a força da relação entre as variáveis no modelo WoE as questões que promovem diferenciação entre os profissionais das IES públicas e privadas na dimensão formação/capacitação dos profissionais (Figura 2) são as variáveis Q7 e Q3 de modo que Q7 apresenta influência muito forte (acima de 0,30). As outras questões não contribuíram para diferenciar esses profissionais.

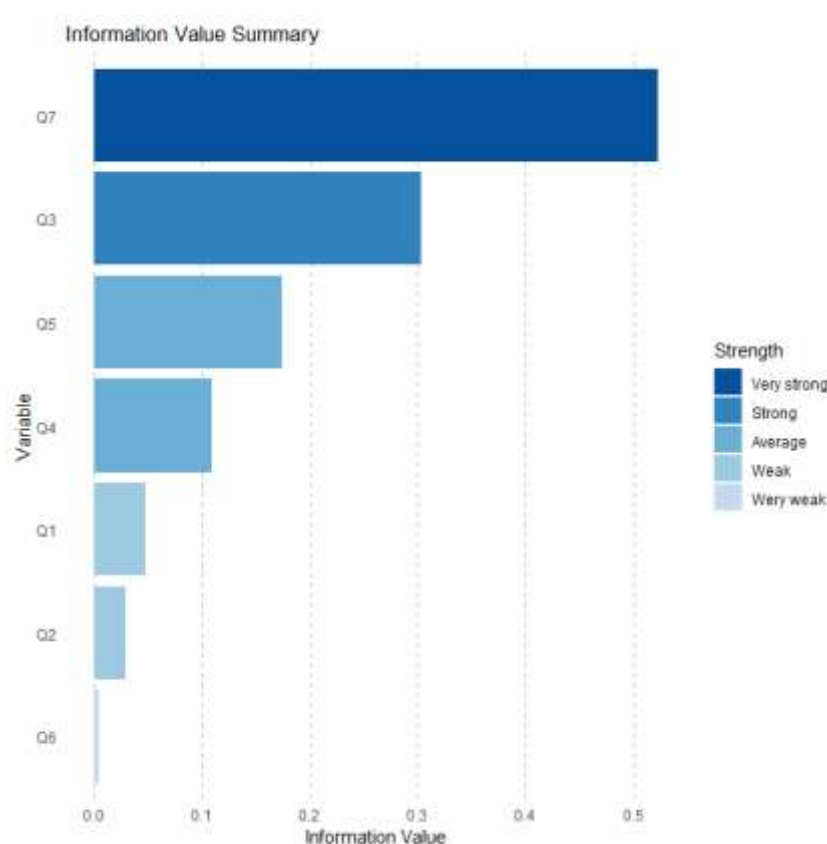


Figura 2. Medida influente dos escores da dimensão formação/capacitação sobre os profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.

Considere “Strong”= predição forte; “Very Strong”= muito forte.

As questões da dimensão percepção quanto à assistência em relação ao atendimento dos profissionais (Figura 3) onde quatro variáveis obtiveram resultados que contribuíram para diferenciação entre os profissionais das IES públicas e privadas, foram elas: Q14, Q15, Q11, e Q8, destacando-se Q14 e Q15 que apresentaram influência muito forte (acima de 0,75). Os demais quesitos não demonstram diferenças nas opiniões dos profissionais a respeito do tratamento das

crianças.

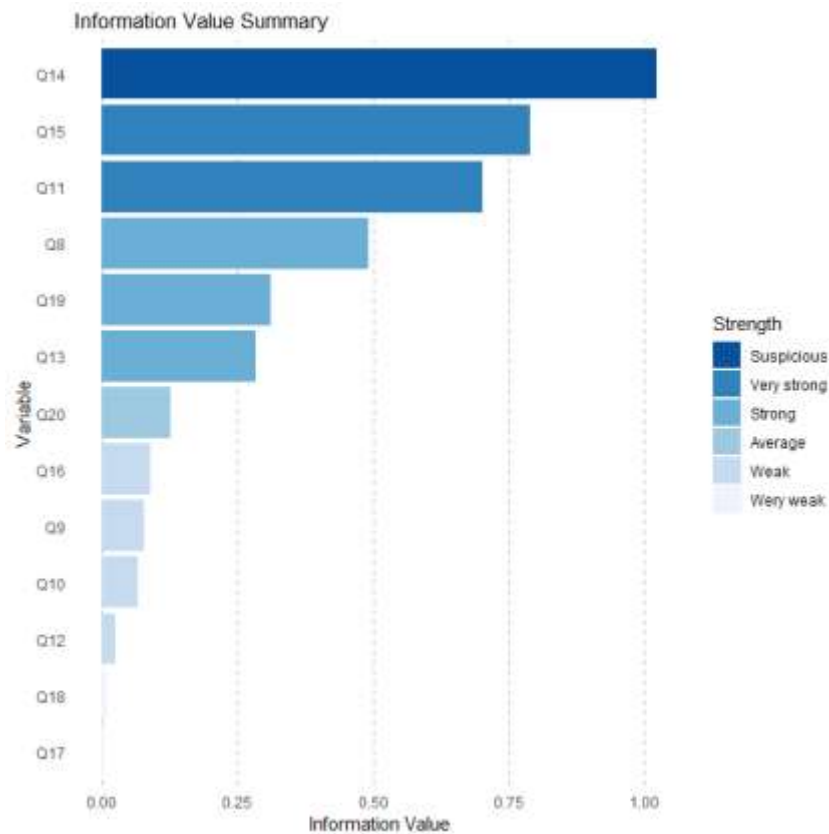


Figura 3. Medida influente dos escores da dimensão de percepção quanto à assistência em relação ao atendimento dos profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.

Considere “Strong”= predição forte; “Very Strong”= muito forte.

Na figura 4, pode-se observar a dimensão percepção quanto à assistência em relação ao serviço, dimensão essa com maior diferenciação entre os profissionais das IES públicas e privadas, obtendo uma maior quantidade de variáveis com forte influência (acima de 0,30): Q23, Q22, Q25, Q28 e Q30.

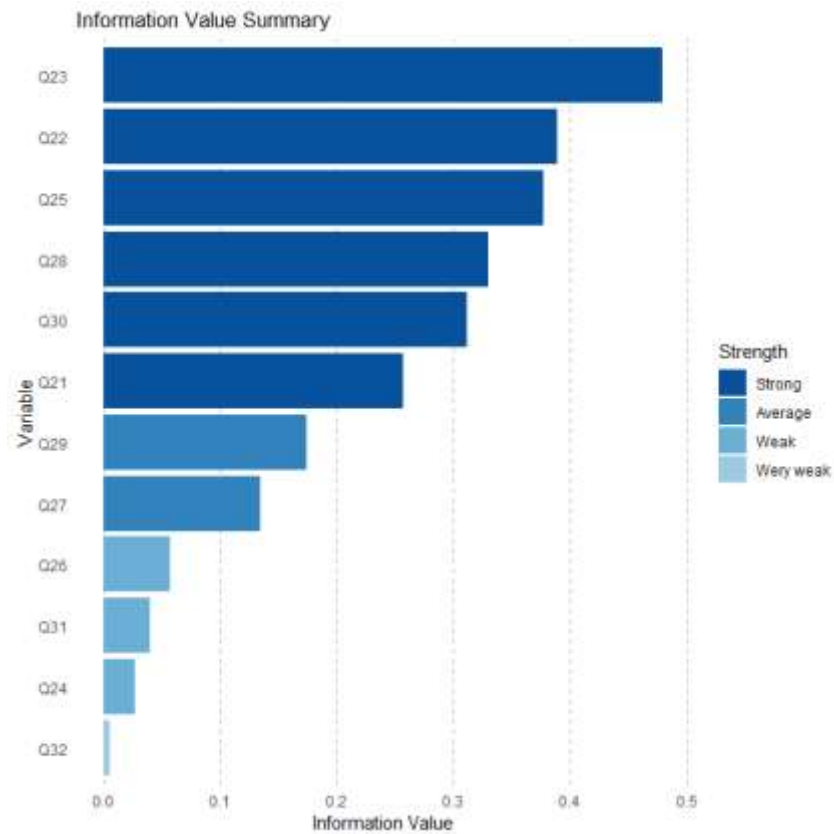


Figura 4. Medida influente dos escores da dimensão de percepção quanto à assistência em relação ao serviço dos profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.

Considere “Average”= predição média “Strong”= predição forte;

As variáveis que contribuíram para promover uma diferença no atendimento das crianças entre os profissionais das IES públicas e privadas segundo suas respostas foram Q33, Q39 e Q38 considerando a legenda estas questões apresentam influência forte. Nenhuma das outras questões obteve resultado relevante.

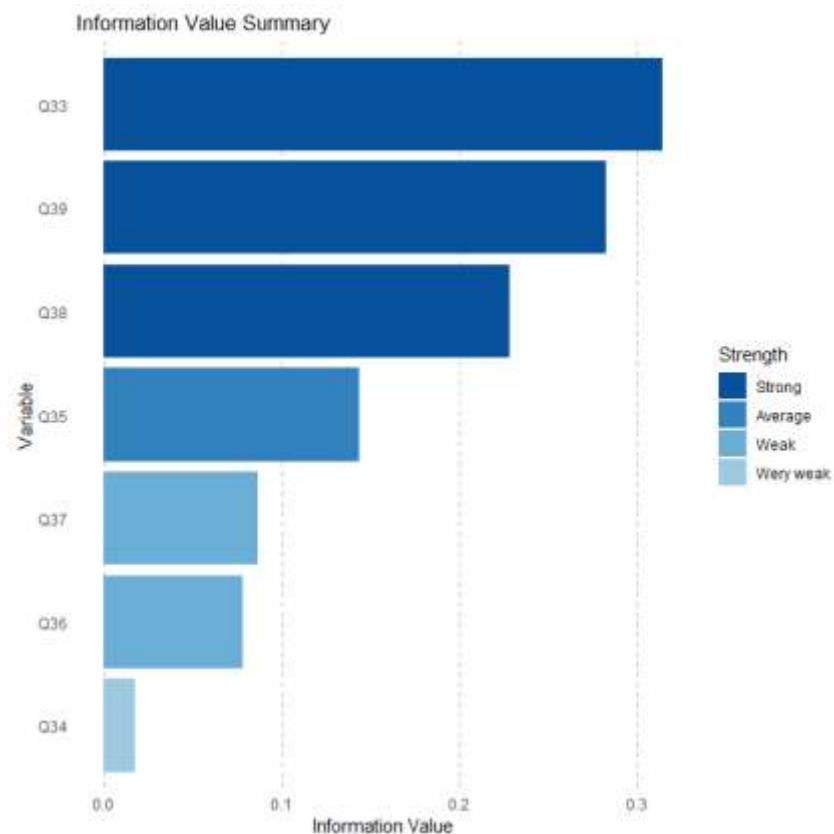


Figura 5. Medida influente dos escores da dimensão de percepção quanto à assistência em relação à família dos profissionais das IES públicas e privadas total no modelo WoE.

Considere “Average”= predição média “Strong”= predição forte;

A tabela 10 apresenta a relação do grau de concordância por dimensão para as variáveis influentes na formação dos fisioterapeutas, nas questões que apresentaram forte relevância no WoE, segundo esta análise apenas na Q14 na dimensão de percepção ao atendimento e nas questões relacionadas a percepção da assistência em relação à família é que o risco identificado de concordância foi maior para profissionais das IES privadas, todas as outras questões apresentam risco maior de concordância entre fisioterapeutas das IES públicas.

Tabela 10 – Grau de concordância por dimensão para as variáveis influentes na formação dos fisioterapeutas.

Dimensão	Variável influente	IES				Risco
		Pública		Privada		
		N	%	N	%	

Formação e capacitação	Q3	6	31,6	5	17,6	2,16
	Q7	9	45,0	7	22,6	2,80
Percepção do atendimento	Q8	17	85,0	20	64,5	3,12
	Q11	14	70,0	19	63,3	1,35
	Q14	11	55,0	27	87,1	0,18
	Q15	9	45,0	13	41,9	1,13
Percepção do serviço	Q22	6	30,0	4	12,9	2,89
	Q23	8	40,0	7	25,0	2,00
	Q25	6	30,0	5	16,7	2,14
	Q28	12	60,0	17	54,8	1,24
	Q30	13	65,0	17	56,7	1,42
Família	Q33	11	25,0	31	80,0	0,29
	Q38	15	78,9	26	83,9	0,72
	Q39	9	43,0	16	51,6	0,77

Fonte: Dados de pesquisa, 2019

5.3 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA

Pode-se observar na análise de correspondência para a primeira dimensão, formação/capacitação dos profissionais no quadrante superior da figura 6 que Q7N encontrasse conforme sugerido nas outras análises, posicionada mais próxima da IES privadas, já no quadrante inferior direito Q7S aproximasse mais das IES públicas.

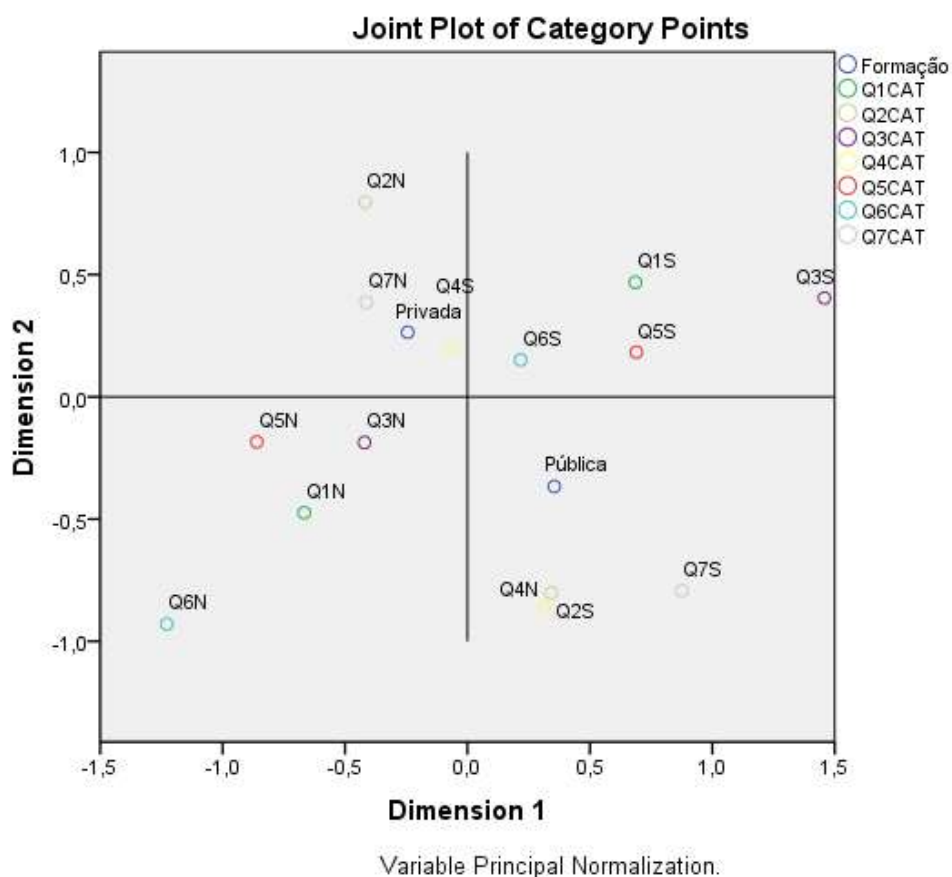


Figura 6. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a primeira dimensão, formação/capacitação dos profissionais.

Legenda:

Formação – Categoria Administrativa da Instituição de Graduação (Pública ou Privada)

Q1S – Concordância para Questão 1 no questionário

Q1N – Discordância para Questão 1 no questionário

Q2S – Concordância para Questão 2 no questionário

Q2N – Discordância para Questão 2 no questionário

Q3S – Concordância para Questão 3 no questionário

Q3N – Discordância para Questão 3 no questionário

Q4S – Concordância para Questão 4 no questionário

Q4N – Discordância para Questão 4 no questionário

Q5S – Concordância para Questão 5 no questionário

Q5N – Discordância para Questão 5 no questionário

Q6S – Concordância para Questão 6 no questionário

Q6N – Discordância para Questão 6 no questionário

Q7S – Concordância para Questão 7 no questionário

Q7N – Discordância para Questão 7 no questionário

A figura 7 dispõe da análise para a segunda dimensão, percepção quanto à assistência em relação ao atendimento dos profissionais para atendimento das crianças com a síndrome, podemos observar a partir dessa o posicionamento das IES públicas mais próxima a Q13N, Q14 N e Q15S e

no quadrante inferior direito as IES privadas mais próximas as questões opostas, Q13S, Q14S e Q15N.

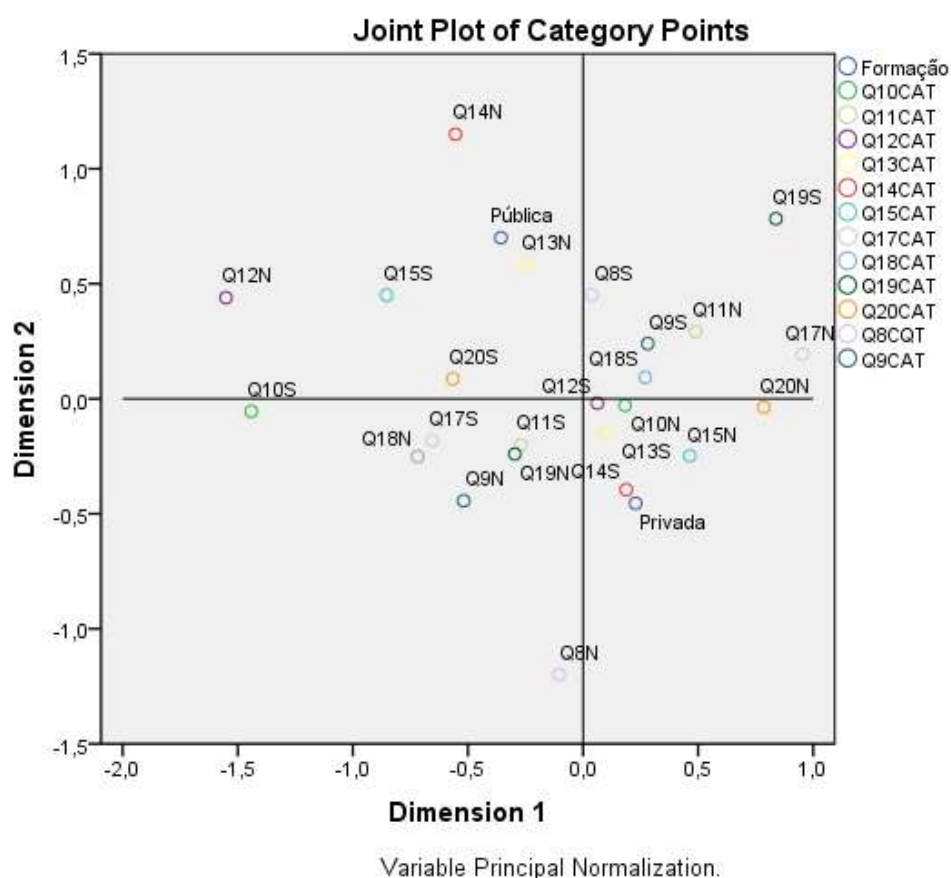


Figura 7. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a segunda dimensão, percepção quanto à assistência em relação ao atendimento.

Legenda:

Formação – Categoria Administrativa da Instituição de Graduação (Pública ou Privada)

Q8S – Concordância para Questão 8 no questionário
 Q8N – Discordância para Questão 8 no questionário
 Q9S – Concordância para Questão 9 no questionário
 Q9N – Discordância para Questão 9 no questionário
 Q10S – Concordância para Questão 10 no questionário
 Q10N – Discordância para Questão 10 no questionário
 Q11S – Concordância para Questão 11 no questionário
 Q11N – Discordância para Questão 11 no questionário
 Q12S – Concordância para Questão 12 no questionário
 Q12N – Discordância para Questão 12 no questionário
 Q13S – Concordância para Questão 13 no questionário
 Q13N – Discordância para Questão 13 no questionário

Q14S – Concordância para Questão 14 no questionário
 Q14N – Discordância para Questão 14 no questionário
 Q15S – Concordância para Questão 15 no questionário
 Q15N – Discordância para Questão 15 no questionário
 Q17S – Concordância para Questão 17 no questionário
 Q17N – Discordância para Questão 17 no questionário
 Q18S – Concordância para Questão 18 no questionário
 Q18N – Discordância para Questão 18 no questionário
 Q19S – Concordância para Questão 19 no questionário
 Q19N – Discordância para Questão 19 no questionário
 Q20S – Concordância para Questão 20 no questionário
 Q20N – Discordância para Questão 20 no questionário

No quadrante superior da figura 8, que mostra a análise para a terceira dimensão objeto de estudo a percepção quanto ao serviço, é observado a aproximação da IES pública com Q22S, Q25S e Q23S, no quadrante inferior é possível verificar a relação das IES privadas com as questões de discordância, Q22N, Q25N, Q21N e Q23N.

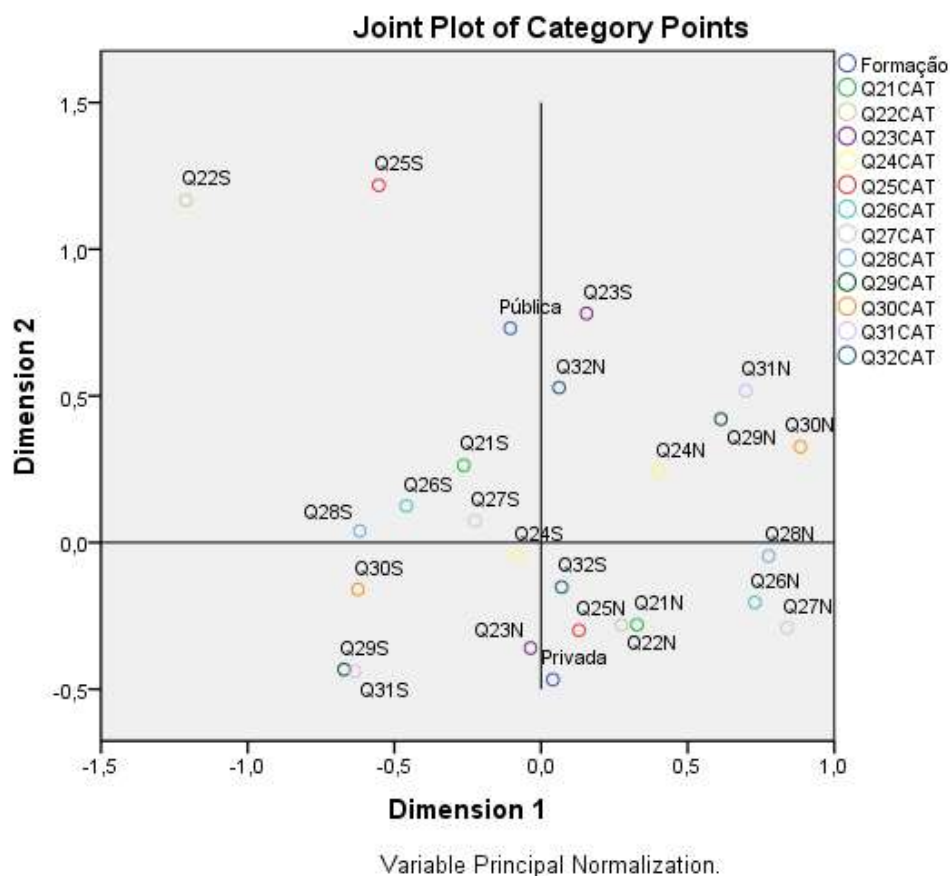


Figura 8. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a terceira dimensão, percepção quanto à assistência em relação ao serviço.

Legenda:

Formação – Categoria Administrativa da Instituição de Graduação (Pública ou Privada)

Q21S – Concordância para Questão 21 no questionário

Q22N – Discordância para Questão 21 no questionário

Q22S – Concordância para Questão 22 no questionário

Q22N – Discordância para Questão 22 no questionário

Q23S – Concordância para Questão 23 no questionário

Q27S – Concordância para Questão 27 no questionário

Q27N – Discordância para Questão 27 no questionário

Q28S – Concordância para Questão 28 no questionário

Q28N – Discordância para Questão 28 no questionário

Q29S – Concordância para Questão 29 no questionário

Q23N – Discordância para Questão 23 no questionário
 Q24S – Concordância para Questão 24 no questionário
 Q24N – Discordância para Questão 24 no questionário
 Q25S – Concordância para Questão 25 no questionário
 Q25N – Discordância para Questão 25 no questionário
 Q26S – Concordância para Questão 26 no questionário
 Q26N – Discordância para Questão 26 no questionário

Q29N – Discordância para Questão 29 no questionário
 Q30S – Concordância para Questão 30 no questionário
 Q30N – Discordância para Questão 30 no questionário
 Q31S – Concordância para Questão 31 no questionário
 Q31N – Discordância para Questão 31 no questionário
 Q32S – Concordância para Questão 32 no questionário
 Q32N – Discordância para Questão 32 no questionário

Na figura 9 é confirmado o que mostra a tabela do grau de concordância, quebrando o padrão das outras dimensões, as IES privadas estão mais próximas das respostas concordantes, como é visualizado no quadrante inferior, Q38S e Q35S, já a pública no quadrante superior, encontrasse próxima aos discordantes Q38N, Q35N.

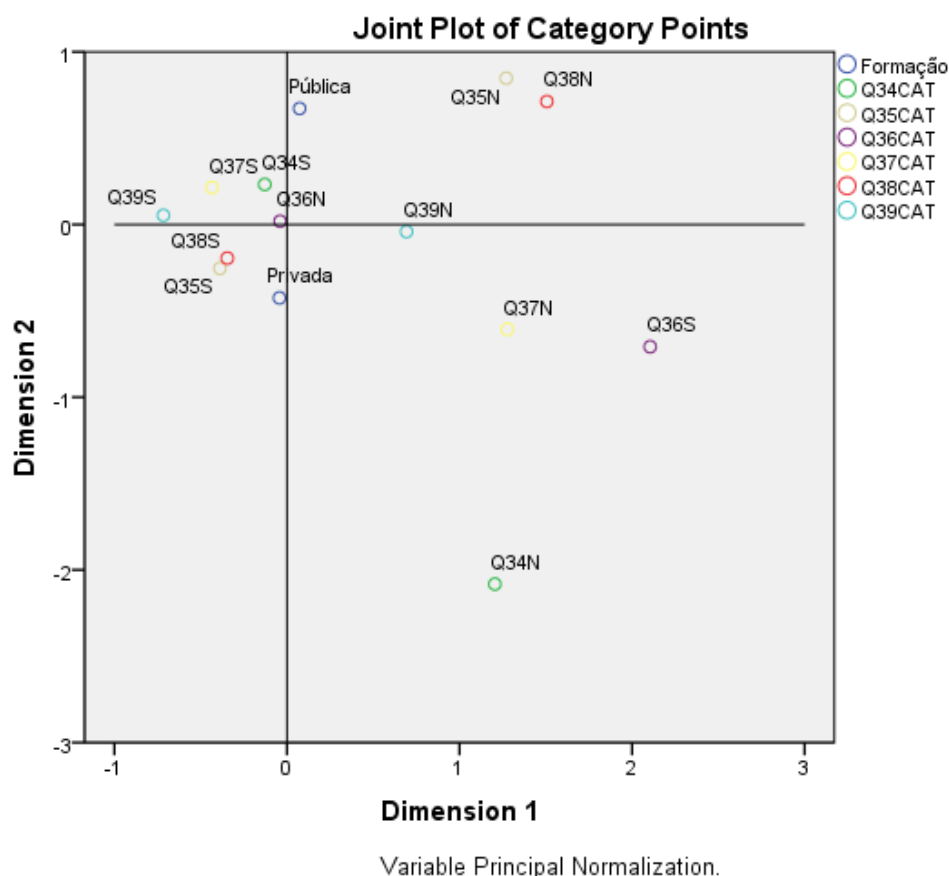


Figura 9. Categorias das IES públicas e privadas da análise de correspondência para a quarta dimensão, percepção quanto à assistência em relação à família.

Legenda:

Formação – Categoria Administrativa da Instituição de Graduação (Pública ou Privada)

Q34S – Concordância para Questão 34 no questionário
 Q34N – Discordância para Questão 34 no questionário
 Q35S – Concordância para Questão 35 no questionário
 Q35N – Discordância para Questão 35 no questionário
 Q36S – Concordância para Questão 36 no questionário
 Q36N – Discordância para Questão 36 no questionário

Q37S – Concordância para Questão 37 no questionário
 Q37N – Discordância para Questão 37 no questionário
 Q38S – Concordância para Questão 38 no questionário
 Q38N – Discordância para Questão 38 no questionário
 Q39S – Concordância para Questão 39 no questionário
 Q39N – Discordância para Questão 40 no questionário

Foi realizado também através da análise de correspondência, a relação de aproximação do tempo de conclusão da graduação com as dimensões do questionário, observando o grau de concordância em alto, médio e baixo.

A figura 10 mostra no quadrante superior que os profissionais que tinham um concluído a graduação há mais de 10 anos estão aproximados de AT B e SE B, no quadrante inferior onde encontram-se os restantes dos grupos, observa-se a proximidade dos profissionais com tempo de conclusão entre 4 e 6 anos com AT A e os outros grupos próximos um do outro e ao SE M.

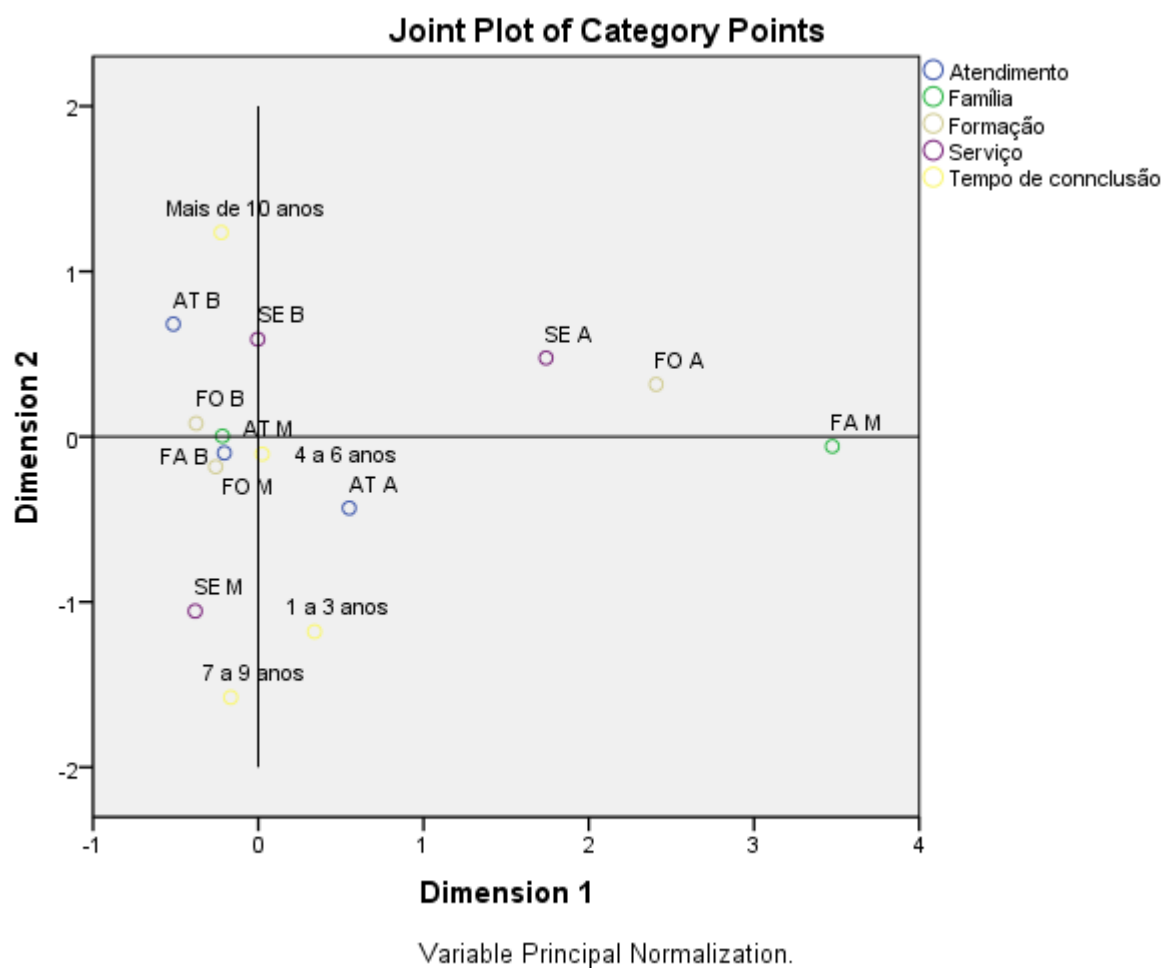


Figura 10. Categoria tempo de conclusão resultante da análise de correspondência para todas as dimensões.

Legenda:

1 a 3 anos – Tempo de conclusão entre 1 e 3 anos
 7 a 9 anos – Tempo de conclusão entre 7 e 9 anos
 FO A – Concordância para dimensão formação alta
 FO M – Concordância para dimensão formação média
 FO B – Concordância para dimensão formação baixa
 SE A – Concordância para dimensão serviço alta
 SE M – Concordância para dimensão serviço média
 SE B – Concordância para dimensão serviço baixa

4 a 6 anos – Tempo de conclusão entre 4 e 6 anos
 Mai de 10 anos – Formado há mais de 10 anos
 AT A – Concordância para dimensão atendimento alta
 AT M – Concordância para dimensão atendimento média
 AT B – Concordância para dimensão atendimento baixa
 FA A – Concordância para dimensão família alta
 FA M – Concordância para dimensão família média
 FA B – Concordância para dimensão família baixa

Na última análise feita entre a relação de aproximação do tempo de atendimento as crianças com SCZV com as dimensões instrumento, é observando no quadrante superior da figura 11 que os profissionais que atendem as crianças há mais de 3 anos e há menos de 1 ano estão próximo e mantém proximidade com AT B, SE B, FO B e FA B, ou seja, todos os graus de concordância baixo, enquanto no quadrante inferior os profissionais que atendem as crianças entre 1 e 3 anos, aproximam-se dos graus de concordância médio: FO M, SE M e AT M.

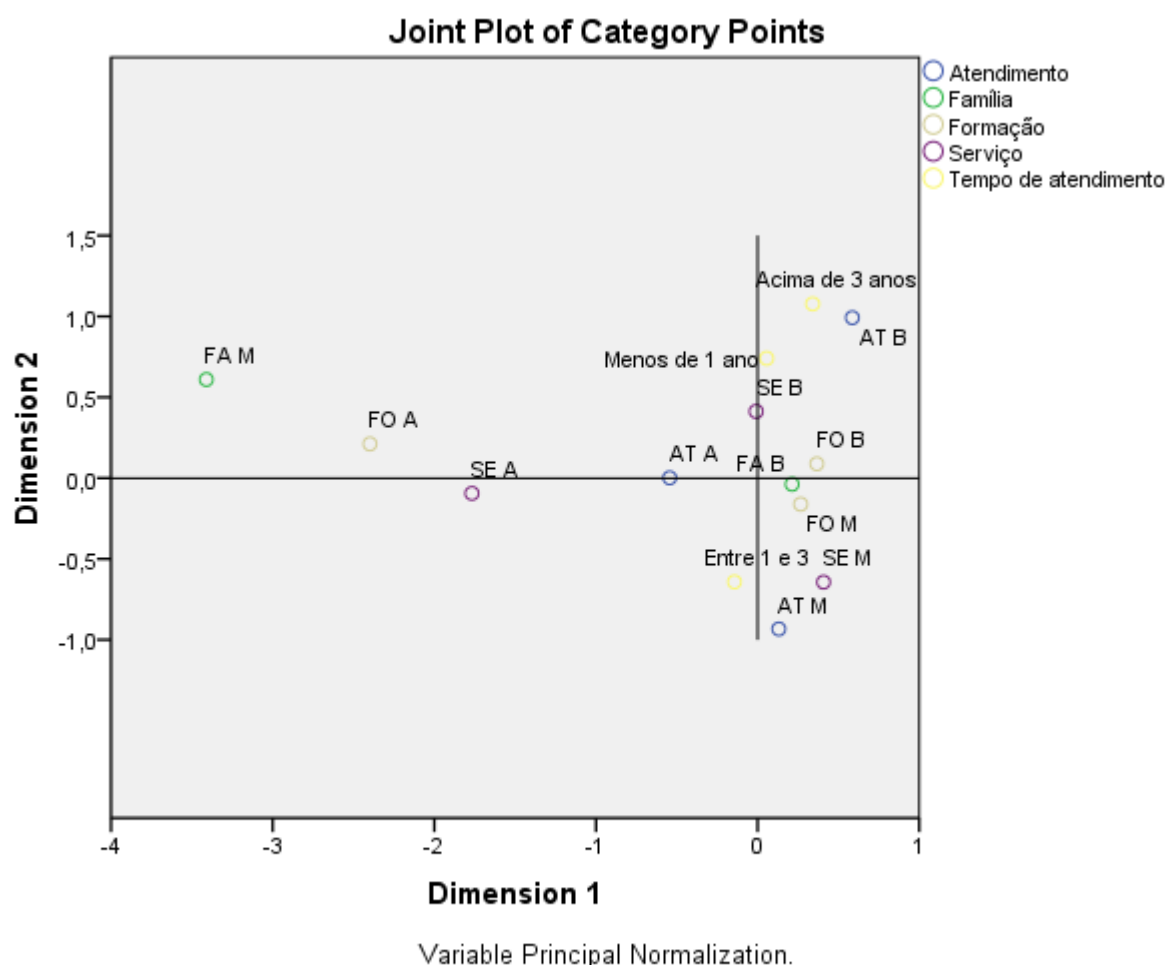


Figura 11. Categoria tempo de atendimento as crianças com SCZV resultante da análise de correspondência para todas as dimensões.

Legenda:

Menos de 1 ano – Tempo de conclusão entre 1 e 3 anos

Entre 1 e 3 anos – Tempo de conclusão entre 4 e 6 anos

Acima de 3 anos – Tempo de conclusão entre 7 e 9 anos

FO A – Concordância para dimensão formação alta

AT A – Concordância para dimensão atendimento alta

FO M – Concordância para dimensão formação média
 FO B – Concordância para dimensão formação baixa
 SE A – Concordância para dimensão serviço alta
 SE M – Concordância para dimensão serviço média
 SE B – Concordância para dimensão serviço baixa

AT M – Concordância para dimensão atendimento média
 AT B – Concordância para dimensão atendimento baixa
 FA A – Concordância para dimensão família alta
 FA M – Concordância para dimensão família média
 FA B – Concordância para dimensão família baixa

6 DISCUSSÃO

Nesta seção serão discutidos os achados relativos aos dados quantitativos entrelaçando-os, quando pertinente, aos achados referentes ao grupo focal.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISISONAL

A prevalência de profissionais jovens encontrada neste estudo também foi identificada no estudo de Badaró e Guilhem (2011), assim como a relação de profissionais por gênero que houve forte predominância do sexo feminino, eles descrevem em seu estudo o perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas, resultando em dados próximos aos resultados obtidos nesse estudo, a faixa etária dos fisioterapeutas variou de 22 a 58 anos, 40,7% tendo até 30 anos, o que aponta para uma predominância de profissionais jovens e em início de carreira, quanto ao sexo, 83% eram mulheres.

A participação da mulher no mercado de trabalho aumentou nas últimas décadas, fato constatado em nível mundial, sendo que na área da saúde ocorre uma das taxas mais altas na participação feminina no mundo do trabalho (MACHADO, 1997).

Esta porcentagem está de acordo com os outros estudos recentes que verificaram a predominância de mulheres Fisioterapeutas (SHIWA et al., 2016; VIANA et al., 2012; BADARÓ; GUILHEM, 2011; NOZAWA et al., 2008; TRELHA et al., 2003). Dados de cadastro do COFFITO de 2017 corroboram o fato uma vez identificado a predominância feminina nas profissões, fisioterapia e terapia ocupacional, assim como as áreas de atuação mais comuns.

Ao contrário de outras profissões de saúde, a fisioterapia já iniciou com predominância de cursos privados (CREFITO, 2003). Além disso segundo o censo da educação superior de 2018 do Ministério da Educação, 88,2% das instituições de educação superior no país são privadas. Em 2018, 3,4 milhões de alunos ingressaram em cursos de educação superior de graduação, desse total, 83,1% em instituições privadas, demonstrando o predomínio da inserção de graduandos no ensino privado

(BRASIL,2018). Segundo Lucena et al (2018), o Estado da Paraíba conta com 14 cursos de graduação em Fisioterapia, sendo duas públicas e 12 privadas. Todos esses fatores justificam a maioria dos profissionais do estudo serem de instituições privadas.

Através do WoE e análise de correspondência foi observado o comportamento dos profissionais das IES públicas e privadas e foi percebido que pelo risco relativo que os profissionais da IES pública possuem mais chances de concordar com as questões das dimensões formação/capacitação e percepção quanto à assistência em relação ao atendimento e ao serviço, porém quando a percepção é em relação a família os profissionais das IES privadas obtiveram maior chance de concordância.

Um estudo avaliando o perfil do pesquisador fisioterapeuta, demonstra que os pesquisadores formados tiveram como principal destino de atuação as universidades privadas (50% dos pesquisadores) e públicas (37,2%). Poucos se fixaram em hospitais (1,5%) ou órgãos públicos (0,7%), e nenhum em instituto de pesquisa (COURY, VILELLA, 2009). Isso explica o fato de nenhum dos fisioterapeutas da pesquisa possuir título de mestrado, doutorado ou pós-doutorado, demonstrando que o alvo principal desses profissionais são as universidades, públicas ou privadas.

Pode-se inferir que o perfil dos profissionais que prestam assistência à saúde é pela busca de uma pós-graduação lato sensu, especialização, que é destinada a profissionais de nível superior que têm como objetivo a especialização profissional para o mercado de trabalho, seu objetivo é o domínio científico e técnico de uma determinada área do saber ou profissão, oferecendo uma oportunidade de educação continuada aos egressos da graduação (SCARPIN, DOMINGUES, SCARPIN, 2010).

Guedes, Alves e Wyszomirska (2013), em estudo com fisioterapeutas pediátricos, revelou que todos os profissionais são portadores de Pós-Graduação Lato Sensu, nível especialização, em diferentes áreas de conhecimento. Apenas dois se especializaram em áreas correlatas à Fisioterapia aplicada à criança (Neurofisiologia e Psicofisiologia da Estimulação Precoce). Assim como no presente estudo a maioria possui alguma especialização, porém só 15,7% fez uma pós-graduação na sua área de atuação atual (pediatria), o restante dos profissionais possui especializações em diversas outras áreas.

Entretanto, pode-se justificar este fato levando em consideração que, em geral, a fisioterapia pediátrica está associada a uma subespecialidade da fisioterapia neurofuncional ou pneumofuncional, e, portanto, os profissionais fisioterapeutas aplicam na pediatria modelos teóricos explicativos adequando-os de outras especialidades (SÁ, 2013).

Morais (2011) em seu estudo identificou que as técnicas utilizadas no tratamento pediátrico pelos profissionais do seu estudo eram conhecimentos obtidos durante a graduação, o que ofereceu a esses profissionais conhecimento na área sem a necessidade de realizar cursos inicialmente. Porém,

o conhecimento que esses adquirem na graduação está relacionado a uma formação generalista, havendo a necessidade de que quando houver a definição da área de atuação haja também a busca por um curso específico para o aprendizado de conteúdos teóricos e práticos mais aprofundados.

Sendo importante ressaltar que alguns os profissionais entrevistados que possuíam especializações em áreas não correlatas com a neuropediatria, podem indicar que nem sempre apresentam preparo para potencializar o desenvolvimento da criança (MORAIS, 2011).

O profissional da saúde, para cumprir essa tarefa, necessita conhecer e entender com particularidade a abordagem à criança. Devendo o fisioterapeuta estar habilitado para ser o consultor da família, muitas vezes prestar atendimento nas fases mais precoces de riscos, e ainda buscar ser o mediador em tudo que promova bem-estar à criança (GUEDES, ALVES, WYSZOMIRSKA, 2013).

O acesso e vínculo técnico-científico são muito importantes na continuidade da formação profissional. Este processo de formação, integrado a políticas públicas e de planejamento fazem parte de um elenco de peças imprescindíveis para o exercício prático e função social competente ao fisioterapeuta (ALTAMIRANDA, 2003). Todos os profissionais relataram buscar manter-se atualizado de alguma forma, a maioria buscando artigos, porém, quando o assunto é a produção percebe-se que um pequeno público afirma publicar 1 ou 2 artigos por ano, a maioria 74,5 não publica.

Outra questão relevante observada no estudo trata-se de que grande parte dos profissionais não acompanham a criança desde o início do tratamento, as possíveis causas observadas foram: serviços novos, recém-inaugurados, por isso a chegada de novos pacientes, e pelo mesmo motivo as crianças que agora são atendidas nos novos locais, deixam de frequentar o antigo local de atendimento. A ocorrência dessas mudanças dificulta a criação do vínculo terapeuta-paciente, tendo as crianças e pais que se adaptarem a um novo profissional, ambiente e equipe. Segundo Franco e Merhy (2008), é através do vínculo que se obtém um processo de atenção à saúde mais dialógico, interativo, com pactuação do projeto terapêutico, facilitando a relação entre as pessoas envolvidas no seguimento do cuidado.

Confirmando o fato dessa quebra de vínculo, podemos observar que apenas 21,6% dos fisioterapeutas atendem essas crianças há mais de 3 anos, ou seja, desde o início do tratamento, e é preciso consideramos que é nessa relação terapeuta-paciente-família que se dá a riqueza do atendimento. O enfrentamento de diversos acontecimentos antagônicos presentes no cotidiano das equipes explicita a importância da criação do vínculo no processo terapêutico (FEUERWERKER; MERHY, 2011). Um dos fatores primordiais para que a Fisioterapia atue diretamente no desenvolvimento da criança está na forma com que o paciente se relaciona com o terapeuta e vice-versa. A falta de interação entre o fisioterapeuta e a criança pode levar a falta de coparticipação

ou da aprovação desta na realização das intervenções fisioterapêuticas. (FUJISAWA; MANZINI, 2010).

Ainda de acordo com a análise de correspondência é possível confirmar a importância do vínculo entre o terapeuta e o paciente, pois foi observado que os profissionais que atendem as crianças há menos de 1 ano estão mais relacionados com as percepções de concordância baixas, nas dimensões formação/capacitação, percepção quanto ao atendimento e serviço. Em contrapartida, o mesmo resultado foi observado nos profissionais que atendem as crianças há mais de 3 anos, demonstrando que além do vínculo a motivação também é importante, pois são profissionais que atendem as crianças desde o início do tratamento e por não perceberem evolução dos pacientes, acabam perdendo o ânimo e o incentivo na continuidade.

Afinal, a formação de estruturas interpessoais maiores podem fomentar o desempenho da criança durante as sessões de Fisioterapia, pois é necessário que a criança não apenas observe as atividades propostas pelo Fisioterapeuta, mas que esse o reconheça como observador ou que realizem atividades em conjunto ambos atuando como participantes de uma atividade mesmo que não façam exatamente a mesma coisa (RIBEIRO; MORAES; BELTRAME, 2008). É possível constatar que o vínculo com a criança, especialmente aquela com alguma deficiência, é de extrema relevância e afeta profundamente o tratamento.

Para a discussão da percepção dos profissionais quanto as condições em que o tratamento é ofertado às crianças foi acrescentado a discussão do grupo focal, como forma de análise qualitativa, afim fomentar o debate.

6.2 PERCEPÇÃO QUANTO À FORMAÇÃO

O paciente pediátrico possui inúmeras particularidades, que o diferenciam significativamente do paciente adulto, pois passa por uma fase de descoberta do mundo e encontra-se bastante inseguro frente a essas novas descobertas, somado a esses fatores as crianças portadoras da SCZV ainda possuem maiores agravantes que aumentam a dificuldade do atendimento.

“ Eu acho que nunca vi numa criança com paralisia cerebral tantas patologias associadas, tantas outras comorbidades, e assim tão graves”
(Fisioterapeuta 3).

“É um paciente de múltiplas deficiências e isso torna a evolução dele também mais precária, mais difícil, torna a intervenção da gente também mais difícil, é o que nos faz também buscar capacitações extras” (Fisioterapeuta 4).

A ocorrência de diversos fatores desfavoráveis ao desenvolvimento como, convulsões, disfagia, distúrbios respiratórios, de sono e comportamento, atraso de DNPM (principalmente, linguagem e motor), com diminuição gradual da hiperexcitabilidade e irritabilidade presentes no início da vida, são vistos como adversidades do tratamento.

Um dos aspectos importantes e que visa suprir as dificuldades do tratamento é a capacitação profissional, item que obteve maior nível de concordância entre os fisioterapeutas, que afirma a relevância da participação em cursos e/ou eventos para atendimento desse público. A busca do profissional em participar de formações e capacitações representa a atribuição de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, experiência para que possam exercer determinada função, quanto mais o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes na realização de suas funções (MARTINS, 2006).

Um profissional capacitado precisa ter a habilidade de reconhecer as características particulares dos indivíduos que trata, conseguindo idealizar possibilidades que possam facilitar ou aprimorar o seu atendimento, fazendo com que a adesão do paciente ao mesmo seja a maior possível, alcançando, com isso, resultados mais eficazes (SALGUEIRO; RAMOS; FALK, 2007)

O exercício do profissional é como agente de transformação de conhecimentos, habilidades e atitudes, em competências entregues à organização, destacando o entendimento de agregar valor como algo que a pessoa entrega para a organização de maneira eficaz, melhorando processos ou introduzindo tecnologias e não somente como atingir metas organizacionais (FLEURY, 2001).

Por esse motivo, o que chama atenção é o fato da gestão dos serviços, segundo 78,4% dos entrevistados, não ofereceu ou promoveu capacitações e quando os profissionais sentiram necessidade de buscar esse processo de capacitação por conta própria, não obtiveram apoio dos gestores do seu local de serviço. Fato esse relatado pelos profissionais dos serviços em resposta ao questionário e também na fala dos fisioterapeutas no grupo focal.

“A instituição colocou a gente, como se dissesse assim: agora é com vocês... mas a gente estava despreparada completamente para isso, e vire-se mesmo. Vire-se, é porque cada um que estudasse da forma que quisesse...” (Fisioterapeuta 1).

“E começou a gente a tentar lutar para ser liberadas do nosso serviço para tentar se capacitar e tinha resistência ainda, até hoje ainda tem resistência”
(Fisioterapeuta 2).

As dificuldades manifestadas pelos fisioterapeutas para sua capacitação profissional são merecedoras de reflexão, a despeito da importância de novos mecanismos de capacitação. A OPAS tem colocado em pauta a discussão sobre a necessidade de melhorar a atenção prestada pelos profissionais de saúde por meio do investimento na sua capacitação (OPAS, 2002).

Em sua pesquisa, Sá (2017) aponta dados para a heterogeneidade na prestação do serviço fisioterapêutico pediátrico e da capacitação dos seus profissionais, reforçando a ideia da necessidade de um programa de capacitação/educação continuada para os fisioterapeutas pediátricos. Diretrizes mais concentradas com relação à prática clínica fisioterapêutica ou de estimulação precoce também são necessárias para homogeneidade dos tratamentos nas diferentes instituições.

“ Mesmo que não tivesse uma solução de imediato é uma coisa nova para todos, gestores, assistentes, para todo mundo, mães, pais, mas na verdade o cuidado de talvez promover encontro entre profissionais, para discutir, pessoas que tivessem mais experiência, que pudessem passar para quem tivesse começando, eu acho que o compartilhar de algumas informações do ponto de vista técnico e de assistência poderiam também facilitar”
(Fisioterapeuta 4).

Para o enfrentamento da novidade da SCZV era necessário haver um esforço da comunidade científica e dos profissionais dos serviços de saúde para que fossem traçados planos para avaliações e o acompanhamento que pudessem ser incorporados na linha de cuidados às crianças e famílias. Nesses casos, capacitações e treinamentos devem ser oferecidos, facilitados e estimulados entre os profissionais, a partir da definição de prioridades estabelecidas para um programa de seguimento (BRUNONI, 2016).

O incentivo e a assistência para a continuação do tratamento em casa pelos familiares obtiveram a pontuação máxima de concordância quando levamos em consideração o domínio de percepção quanto à assistência em relação ao atendimento, podemos então ressaltar que a interação com os pais é de fundamental importância. Santos, Silva e Sousa (2011), perceberam em seu estudo sobre atendimento humanizado pediátrico, o destaque que deve-se dar a relação com os cuidadores, explicando aos pais a realidade da saúde da criança, o processo patológico, a necessidade do

tratamento e o que será realizado; ensinar algumas técnicas aos pais, permitindo e estimulando que os mesmos os desenvolvam durante a sessão e em domicílio; permitir e estimular a presença dos pais durante a terapia, deixando-os o mais à vontade possível; passar segurança e tranquilidade a eles.

“Eu tenho uma, na verdade tinha uma mãe, hoje ela (a criança) não está mais sendo atendida, mas ela se destacava, ela sempre fazia tudo direitinho e eu via a diferença na evolução da filha dela em relação aos outros” (Fisioterapeuta 2).

Além da continuidade do tratamento fora do ambiente de serviço é indispensável, também, que a assistência prestada as crianças portadoras da síndrome seja feita através de uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar. Para isso é necessário a formação de uma consciência profissional multidisciplinar, multifocal, em que o paciente seja tratado como um ser humano variado, distinto e pessoal, e não apenas como um conjunto de alterações orgânicas que precisam ser melhoradas (BEE, 2003).

Sendo possível observar neste estudo que na grande maioria dos serviços a assistência envolve toda a equipe, fato que enriquece o tratamento oferecido. Porém foi observado na fala dos profissionais que participaram do grupo focal que os momentos de interdisciplinaridade aconteciam de maneira informal, a gestão dos serviços não se preocupava em instituir momentos como esses.

“Não é uma coisa institucionalizada, pelo menos dentro do meu setor” (Fisioterapeuta 4).

“Se a gente não for atrás, os outros profissionais também não vêm e muitas vezes não gostam, acham que a gente tá se metendo, e se viesse da gestão, seria um momento nosso, e cada um ia entender que tá compartilhando um pouquinho do seu atendimento” (Fisioterapeuta 5).

Ao nível das organizações de saúde, o sucesso de uma gestão reside, no aproveitamento racional e eficiente dos seus recursos humanos, financeiros e organizacionais, gerir com eficiência e eficácia é refletido na capacidade para concretizar objetivos e alcançar resultados. Todavia, foi observado nos resultados que este sistema está falho e devido a essa falta de apoio dos gestores, foram gerados sentimentos negativos nos profissionais.

“Eu me senti ignorada! Às vezes eu pedia, vamos fazer uma reunião, porque eu queria me reunir com todo mundo que estava atendendo e simplesmente ninguém se reunia, eles (gestores) não escutavam quando a gente dizia” (Fisioterapeuta 1).

Diante dos fatos, pode-se entender que, para a garantia de uma assistência fisioterapêutica integral, é necessário refletir, sobre aspectos da organização do processo de trabalho, organização da rede de serviços e da gestão e planejamento destes, entendendo que o seu mau funcionamento, pode limitar a efetividade e evolução do tratamento prestado as crianças.

6.3 PERCEPÇÃO QUANTO À ASSISTÊNCIA

O item pior avaliado neste domínio, refere-se a falta de apoio psicológico para os profissionais no seu local de serviço. Além de consequências psicológicas, os sentimentos podem, também, estimular o desenvolvimento de transtornos físicos, eles alteram as respostas imunológicas e tem grandes influências sobre o sistema nervoso autônomo. Os sentimentos perturbadores, em especial, podem ser nocivos para o organismo e devem ser considerados umas ameaças à saúde (GOLEMAN,1966).

“Uma barreira eu acho que é a questão emocional também, porque muitas vezes quando a gente sai de um atendimento, saímos sobrecarregados emocionalmente, porque eles vêm com o dia-a-dia deles e despejam tudo ali na gente” (Fisioterapeuta 5).

“Pegar um paciente muito grave, isso às vezes é muito frustrante pra o profissional, pelo menos pra mim foi e eu só consegui melhorar e enxergar melhor esse paciente e o meu papel frente a família, depois que comecei a terapia...” (Fisioterapeuta 3).

“Eu tento me superar, mas às vezes termina o dia e parece que todas as minhas energias foram embora... mas também separar um pouco, pronto, minha atividade profissional se encerra aqui, eu preciso fechar pra poder voltar para minha casa” (Fisioterapeuta 4).

Nesse contexto, é possível observar que existem diversos fatores emocionais que podem interferir na saúde dos profissionais, devendo ser considerado a importância da satisfação no trabalho para a autoestima de uma pessoa, um indivíduo com estresse ocupacional poderá levar problemas para o seu ambiente familiar e vice-versa. Assim, o apoio emocional ao profissional que passa por essas experiências se faz necessário e útil não só para prevenir o adoecimento, como também, para ajudar a pessoa no enfrentamento das diversas situações.

A interação entre aspectos relativos as crianças, como suas características físicas e estruturais, ao ambiente em que está inserido e à tarefa a ser aprendida são determinantes na aquisição e refinamento das diferentes habilidades motoras (GETCHELL; HAYWOOD, 2004). Os profissionais respondentes relataram que a estrutura física exerce influência sobre a assistência prestada, levando em consideração que o ambiente pode agir como facilitador do atendimento, possibilitando a exploração e interação com o meio, fatores indispensáveis para a evolução do tratamento.

Assim, um local de atendimento deve ser bem aparelhado e com boa estrutura, com recursos básicos admitindo a realização de práticas de saúde eficientes que atendam as variadas demandas de saúde no aspecto da prevenção, cura e reabilitação dos pacientes. Deve ser levado em consideração, também, que o tratamento em muitos casos, é encarado como estressante para a criança, pois ela é afastada do seu lar e colocada num ambiente estranho, onde se vê obrigada a conviver com pessoas desconhecidas e a seguir padrões de comportamento, em função disso o ambiente deve ser o mais lúdico possível.

Barros (2003) observou em seu estudo sobre a influência do ambiente na aquisição de habilidades motoras em crianças pré-escolares, que o desenvolvimento de crianças saudáveis sofreu influências negativas dos fatores de risco ambientais, tais como a utilização de brinquedos inadequados para a faixa etária e a falta de orientação pedagógica em creches públicas.

Apesar da maioria concordar que o ambiente influencia na qualidade do atendimento, apenas 41,2 relatou que foram realizadas melhorias na estrutura física do local para atendimento das crianças com SCZV. Contudo, diante do contexto, isso não pode ser interpretado como algo desfavorável, pois alguns dos centros foram construídos especificamente para atendimento de pessoas com deficiência, não precisando de novas adaptações e quando as crianças foram ser atendidas neles já foram inseridas em um contexto completamente adaptado, por esse motivo não foram feitas mudanças.

O atendimento fisioterapêutico conta com diversos materiais e equipamentos que podem ser utilizados de forma lúdica, como bola, rolo, espelho, plano inclinado, andador, prancha de equilíbrio, esteira, dentre outros. Na pediatria, somam-se ainda brinquedos, brincadeiras e jogos como recursos terapêuticos capazes de tornar a fisioterapia mais atrativa e eficaz para a criança. (CARICCHIO, 2017). Neste cenário, esteve presente as maiores queixas dos fisioterapeutas, onde 80,4% afirmaram

que o material do seu local de serviço não é suficiente para prestar atendimento adequado, esse fato pode ser considerado como aspecto negativo no processo de prevenção de agravos da patologia destas crianças.

“Essa questão dos materiais, faltam muitos, falta muita coisa, teve uma melhora né, dá pra você fazer alguma coisa correndo atrás, porque são tantos profissionais, aí tem os materiais bons, mas são poucos, você tem que disputar” (Fisioterapeuta 1).

Além da insatisfação com a quantidade de materiais disponíveis, a grande maioria também pontuou que a quantidade de atendimentos realizados na criança semanalmente, não seria a ideal. Com o objetivo de facilitar o aprendizado motor a reabilitação deve ser intensa e ininterrupta e, se necessária diária. A repetição é recomendável para que haja fixação de processos de aprendizagem, que se dão pela prática estruturada e reprodução da atividade em um contexto de vida diária (LIMA, 2004). Uma conduta individualizada e com o maior número de sessões fisioterapêuticas possíveis seriam alguns dos princípios de uma intervenção precoce apropriada.

De fato, essas crianças requerem de uma atenção especial devido a todos os comprometimentos, mas a família também precisa de orientações e deve ser inserida no plano terapêutico, já que, muitas vezes, ela demonstra confusão por falta de informação relacionada com a condição do seu filho e desorientação sobre a forma como pode e deve agir para melhor ajudar (SARI, MARCON, 2008), além disso estão expostas a diversos fatores emocionais, que acabam afetando sua saúde mental. Levando este contexto familiar em consideração, 82,4% dos profissionais relataram que é oferecido apoio psicológico nos serviços para as mães.

“A gente precisa muito desse apoio psicológico para essas mães, e muitas não têm acesso e eu tenho uma que rejeita totalmente, apesar da gente ter psicólogo no serviço, mas às vezes elas não podem ir porque tem outras coisas pra fazer” (Fisioterapeuta 1).

O nascimento de um filho com deficiência contrapõe toda a espera dos pais, e a família é surpreendida por uma situação diferente e repentina. Portanto, é necessário que ocorra uma reorganização do contexto familiar por meio da aceitação desse filho para que se possa enfrentar as barreiras e circunstâncias que a deficiência gera, muitas vezes faz-se necessário o auxílio de profissionais capacitados, que ajudem e guiem os cuidadores para que a criança possa viver em um

ambiente familiar saudável, levando em consideração sua contribuição para o crescimento e o desenvolvimento de uma criança, seja ela deficiente ou não (DANTAS, 2009).

Existe unanimidade quando o assunto é a importância da participação da família no tratamento, todos os profissionais retratam o fato com veracidade, quando o cuidador participa ativamente da reabilitação as crianças estarão sempre recebendo os estímulos necessários para o seu desenvolvimento, não apenas no momento da sessão. A atuação e colaboração familiar é extremamente importante para qualquer profissional que atenda crianças com algum tipo de alteração no desenvolvimento motor, tendo em vista que 82% dos profissionais relataram que as crianças admitem melhor as condutas terapêuticas, quando são estimuladas em casa.

“Então, aquelas crianças que a mãe tem uma açãozinha de pelo menos tentar certas posturas e orientações, as crianças são mais leves emocionalmente quando elas são estimuladas de certa forma pela família” (Fisioterapeuta 6).

Santos (2018) observou em seu estudo sobre a participação da família no trabalho de reabilitação da criança com microcefalia, que 75% das mães concordam com a continuidade desse tratamento realizado pelo fisioterapeuta em casa. Para Levitt (2001) deve-se destacar para a família o quão importante é sua participação no tratamento e avaliação da evolução, sensibilizando-os para que proporcionem a ampliação do tratamento fisioterapêutico, para que seja executado também em casa, ressaltando os seus benefícios.

Deve-se observar sobretudo as condições sociais e econômicas de cada família, pois 90,2% dos profissionais relataram que o nível socioeconômico influencia na contribuição que os pais oferecem ou não ao seu filho na reabilitação.

“A questão socioeconômica faz diferença, eu tenho uma criança muito grave, mas a mãe tem uma condição social melhor, ela tem acesso a vários serviços, tem carro, mora aqui e faz né... tem aquela agenda para a criança, aí você vê uma evolução diferente, daquela criança que vem lá de ---, que só tem fisioterapia uma vez na semana e olhe, olhe. Então, a evolução é diferente. ” (Fisioterapeuta 1).

Como destacado também por Sari e Marcon (2008) em seu estudon sobre a participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral, as condições socioeconômicas da família e a interação entre mãe e crianças são fatores que podem influenciar o desenvolvimento

motor. Diante do exposto, as estratégias para orientações e a criação de ambientes favoráveis para o desenvolvimento da criança devem adaptar-se às necessidades e possibilidades específicas da família, considerando seus aspectos sociais, culturais e econômicos (SACCANI, 2007).

Estudos de estimulação que incluíram envolvimento dos pais indicaram um resultado mais positivo no desenvolvimento da criança, enquanto estudos de intervenção precoce que não envolvem pais foram menos eficazes (SILVA,;KLEINHANS, 2006). De acordo com Finnie (2000), sabe-se que apenas as sessões de fisioterapia realizadas em ambulatório são insuficientes para os estímulos de desenvolvimento necessários a essa criança.

Alguns autores destacam que a estimulação precoce focada na interação pais-criança, possuem efeitos mais favoráveis, garantindo a continuidade do tratamento em casa (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2004). A estimulação precoce é muito mais satisfatória se a família possuir um componente ativo na prática do tratamento, por estes motivos torna-se indispensável o a execução do seu papel no processo de reabilitação das crianças com SCZV.

No entanto, usualmente são as mães que se engajam nos cuidados diários dos seus filhos e que participam ativamente do tratamento, levando os filhos para os centros e dando continuidade ao tratamento em casa, gerando sobrecarga, prejuízos físicos, psicológicos e modificações em seus papéis ocupacionais, sendo crucial o suporte paterno no compartilhamento das atividades que envolvem o cuidado da criança. Apesar de se perceber um aumento na participação dos pais nos cuidados dos filhos, ainda permanece a ideia de que o “cuidar do filho” é compromisso da mãe (MARTINS; COUTO, 2014).

“Pai não leva para terapia! Se a mãe estiver doente o pai não traz de jeito nenhum, eu só vejo pai lá, às vezes no dia da avaliação, às vezes, fora isso, pais desaparecem” (Fisioterapeuta 1).

“Essa questão dos pais, acho que a família meio que quebrou na hora que souberam o diagnóstico sabe... muitos pais abandonaram as mães” (Fisioterapeuta 2).

Atividades como conversar e colocar no colo são desempenhadas pelos pais principalmente no turno da noite e/ou quando possuem disponibilidade de tempo, devido ao trabalho, permanecendo com a criança para que a mãe possa finalizar as tarefas domésticas. O pai não pode ser visto apenas como um coadjuvante no cuidado e apoio à mãe, logo, deve ser considerado como um partícipe,

porque influencia e é influenciado em sua interação direta com a criança (CREPALDI et al., 2006; OLIVEIRA; SILVA, 2011).

Entretanto o mesmo relato também foi observado neste estudo, uma vez que, apenas um dos profissionais respondeu que na sua percepção os pais são tão participativos quanto as mães. Todos os outros relataram que a mãe quem sempre está presente na reabilitação do filho, ressalta-se que o envolvimento e a participação masculina, enquanto pai, no cuidado dos filhos, é de suma importância para o desenvolvimento das relações familiares e das condições de desenvolvimento infantil.

7 CONCLUSÃO

Assim, ao resgatar o perfil dos sujeitos deste trabalho e as necessidades de desenvolvimento profissional, as solicitações foram relativas ao incentivo da busca de qualificação para o processo de trabalho da sua área de assistência, incentivo à produção técnico-científica por parte dos gestores.

Embora os resultados tenham demonstrado uma população jovem, em sua maioria com pouco tempo de graduados, a maioria tem curso de especialização. Destaca-se, contudo, a necessidade de mais qualificação na área objeto de trabalho destes fisioterapeutas, ou seja, na neuropediatria.

A vulnerabilidade das crianças também pode ser apontada a partir de fatores confirmados pelos resultados deste estudo: apenas 11,8% dos profissionais acompanham essas crianças desde o início do tratamento. Dado negativo levando em consideração o vínculo terapeuta-paciente.

Porém se observamos uma das possíveis causas, pode-se enxergar como fator positivo, pois com a habilitação dos novos centros, no interior do estado, as crianças deixaram os antigos profissionais e passaram a ser atendidas por profissionais no seu novo local de serviço, na cidade ou próximo a sua cidade, aproximando as pessoas dos serviços, diminuindo a peregrinação das mães em busca de atendimento.

A capacitação profissional para atendimento das crianças com a síndrome é considerada de grande importância, porém não apoiada pelos gestores dos serviços. Sendo percebido a necessidade de investimentos em processos formativos, tanto no âmbito da educação continuada por meio de cursos técnicos específicos voltados ao tratamento, quanto pelas ações de educação permanente.

Por outro lado, os profissionais buscaram formas de sentirem-se capacitados por iniciativa própria, preocupados em ofertar o melhor atendimento para o público este fato ficou ainda mais evidente na fala dos profissionais do grupo focal, onde foi percebido o envolvimento e a dedicação

dos fisioterapeutas no tratamento das crianças com microcefalia, mesmo diante da gravidade do quadro das crianças que dificulta a execução do tratamento, estes profissionais vêm buscando superar barreiras e encontrar caminhos de cuidar dos problemas que elas apresentam dentro da complexidade do quadro.

Foi visto também como potencialidade a interprofissionalidade do atendimento ofertando as crianças com a SCZV, um cuidado de maneira integral e contextualizada, conforme as premissas e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Porém ainda há necessidade ainda, de espaços de cuidado para os profissionais a fim de que eles possam lidar com a sobrecarga emocional, oriunda das demandas trazidas pela família e do próprio envolvimento emocional com essas crianças e suas famílias.

Destaca-se, também, que a família tem um papel fundamental na evolução do tratamento, pois é a principal fonte de estímulos que a criança tem contato, e também com os profissionais de saúde, pois a equipe se dirige a ela para tratar questões sobre o manejo do cuidado e a troca de informações sobre a saúde da criança.

Portanto, os resultados deste estudo devem estimular uma política de incentivo por qualificação profissional para prestar atendimento ao público pediátrico, por meios de processos de educação permanente e continuada.

REFERÊNCIAS

- AAGAARD-HANSEN, Jens; NOMBELA, Nohelly; ALVAR, Jorge. Population movement: a key factor in the epidemiology of neglected tropical diseases. *Tropical Medicine & International Health*, v. 15, n. 11, p. 1281-1288, 2010.
- ALTAMIRANDA, Edgar Edinson Fernandez. Perfil do fisioterapeuta no estado de Santa Catarina. 2003. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.
- ARAGAO, Maria de Fatima Vasco et al. Clinical features and neuroimaging (CT and MRI) findings in presumed Zika virus related congenital infection and microcephaly: retrospective case series study. **Bmj**, v. 353, p. i1901, 2016.
- ARANHA, Renata Nunes et al. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 100-108, 2004.
- ARAÚJO, Thalia Velho Barreto et al. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study. **The lancet infectious diseases**, v. 16, n. 12, p. 1356-1363, 2016.
- ASHWAL, Stephen et al. Practice parameter: evaluation of the child with microcephaly (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. **Neurology**, v. 73, n. 11, p. 887-897, 2009.
- BANKS, Lena Morgon; KUPER, Hannah; POLACK, Sarah. Poverty and disability in low-and middle-income countries: A systematic review. **PloS one**, v. 12, n. 12, p. e0189996, 2017.
- BATISTA, Nildo Alves. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad Fnepas**, v. 2, n. 1, p. 25-8, 2012.
- BADARÓ, Ana Fátima Viero; GUILHEM, Dirce. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. 2011.
- BARROS, Karla Mônica FT et al. Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 61, n. 2A, p. 170-175, 2003.
- BEE, H. **A Criança em Desenvolvimento**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BRAGA, Rafael Kanitz et al. Influência de um programa de intervenção motora no desempenho das habilidades locomotoras de crianças com idade entre 6 e 7 anos. 2009.
- BRANDÃO, Juércio Samarão. Bases de tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral (ou distromia cerebral ontogenética). In: **Bases de tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral (ou distromia cerebral ontogenética)**. 1992.

BRASIL, M. S. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2007.

BRASIL, 2015a. **Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil, 2015**. Boletim Epidemiológico.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC), Brasília: Ministério da Saúde, 2015; pp. 55.

BRASILc. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL 2016a; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2015. **Bol Epidemiol**, v. 47, n. 38, p. 1-10.

BRASIL 2016b. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias. **Informe epidemiológico nº 45**: semana epidemiológica (SE) 38/2016: monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil**: a resposta do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 52 de 2017.

BRASIL, M. E. C. Ministério da educação. Censo da Educação Superior 2018.indd - Inep, 2018.

BONHAM-CARTER, G. F. Weights of evidence modelling: A new approach to mapping mineral potential.: In Statistical Applications in the Earth Sciences. **Geological Survey of Canada Paper**, v. 89, p. 171-183, 1990.

BRUNONI, Decio et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3297-3302, 2016.

CAMPOS, Denise et al. Agreement between scales for screening and diagnosis of motor development at 6 months. **Jornal de pediatria**, v. 82, n. 6, p. 470-474, 2006.

CAMPOS, Gubio S.; BANDEIRA, Antonio C.; SARDI, Silvia I. Surto do vírus da zika, Bahia, Brasil. **Emerg Infec Dis**, v. 21, n. 10, p. 1885-86, 2015.

CARICCHIO, Milena Braga Maia. Tratar brincando: o lúdico como recurso da fisioterapia pediátrica no Brasil. **Rev. Eletrôn. Atual. Saú., Salvador**, p. 1-12, 2017.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. 2005.

COFFITO. Sistema COFFITO/CREFITOs. **Diagnóstico: Microcefalia. E agora?.** 2016, 12 p.

CREFITO-5. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 5ª Região. Estatística. Faculdades. 2003

CLAUSEN, Sten Erik. **Applied correspondence analysis: An introduction.** Sage, 1998.

COTRIM-GUIMARÃES, Iza Manuella Aires et al. **Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições.** 2009. Tese de Doutorado.

COURY, Helenice JC Gil; VILELLA, I. Perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 13, n. 4, p. 356-363, 2009.

DANTAS, Meryeli Santos de Araújo et al. Participação da família no cuidado a criança com paralisia cerebral. 2009.

DICK, G. W. A.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika virus (I). Isolations and serological specificity. **Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene**, v. 46, n. 5, p. 509-520, 1952.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial-: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** Artmed Editora, 2014.

EICKMANN, Sophie Helena et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00047716, 2016.

ENFISSI, Antoine et al. Zika virus genome from the Americas. *The Lancet*, v. 387, n. 10015, p. 227-228, 2016.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Rapid risk assessment: Zika virus infection outbreak, French Polynesia: 14 February 2014. 2014.

FAUCI, A. S.; MORENS, D. M. Zika virus in the Americas: yet another arbovirus threat. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 7, p. 601-604, 2016.

FEITOSA, Ian Mikardo Lima; SCHULER-FACCINI, Lavinia; SANSEVERINO, Maria Teresa Vieira. Aspectos importantes da Síndrome da Zika Congênita para o pediatra e o neonatologista. **Boletim Científico de Pediatria-Vol**, v. 5, n. 3, 2016.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 965-971, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**, p. 62, 2011.

FINNIE, N.R. A importância da comunicação entre os pais e profissionais. In: Finnie NR (Org.). **O manuseio em Casa da Criança com Paralisia Cerebral. 3.ed. São Paulo: Manole**, 2000. p.3-7.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **Revista de administração contemporânea**, v. 5, n. SPE, p. 183-196, 2001.

FORMIGA, C. K. M. R.; PEDRAZZANI, E. S.; TUDELLA, Eloísa. Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. **Rev Bras Fisioter**, v. 8, n. 3, p. 239-45, 2004.

FOSSA, Alice Nader; SALIB, Marta Luiza Leszczynski. A LEGITIMIDADE DO ABORTO EM CASOS DE MICROCEFALIA—uma análise à luz da bioética. **CEP**, v. 76, p. 132, 2018.

FRANCO, Norma Moreira Salgado. Descomplicando as práticas de laboratório de neuroanatomia. 2005. 46 p.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1511-1520, 2008.

FRANÇA, Giovanny VA et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. **The lancet**, v. 388, n. 10047, p. 891-897, 2016.

FUJISAWA, D. S.; MANZINI, E. J. O jogo e a brincadeira no atendimento de crianças: brincar ou um recurso na fisioterapia. **Jogos e Recurso para Comunicação e Ensino na Educação Especial. Marília: Abpee**, 2010.

Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz detecta presença de vírus zika com potencial de infecção em saliva e urina [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2016

GALVÃO, Wougran Soares; MENESES, Paulo Roberto. Identificação de variáveis geoambientais preditivas ao processo de locação de estações fluviométricas com o apoio do Modelo de Pesos de Evidência. **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SENSORIAMENTO REMOTO-SBSR**, v. 12, p. 2169-2176, 2005.

GETCHELL, Nancy; HAYWOOD, Kathleen M. Desenvolvimento motor ao longo da vida. **Porto Alegre: Artmed**, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GOLEMAN, Daniel. *Mente e medicina*. **Goleman D. Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente**. Rio de Janeiro: Objetiva, p. 179-200, 1996.

GONÇALVES, Rogério Fabiano et al. Avaliação dos cursos de Fisioterapia nos anos de 2004 a 2013. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 392-398, 2017.

GREENACRE, Michael J. Practical correspondence analysis. **Looking at multivariate data**, p. 81-107, 1993.

GUEDES, Maria José de Paula; ALVES, Nildo Batista; WYSZOMIRSKA, Rozangela Maria de Almeida Fernandes. Ensino e práticas da fisioterapia aplicada à criança na formação do fisioterapeuta. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 291-305, 2013.

- HALPERN, Ricardo et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Revista chilena de pediatria**, v. 73, n. 5, p. 529-539, 2002.
- HAY, William et al. **Current pediatria: diagnóstico e tratamento**. McGraw Hill Brasil, 2015.
- HEANG, Vireak et al. Zika virus infection, Cambodia, 2010. **Emerging infectious diseases**, v. 18, n. 2, p. 349, 2012.
- HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha; DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila Posenato. **Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia**. 2016.
- HSIEH, Ma Lei; DAWSON, Patricia H. A university's information literacy assessment program using Google Docs. **Brick and Click Libraries**, 2010.
- ILLINGWORTH, Ronald Stanley. **The development of the infant and the young child: normal and abnormal**. [S.l.]: Elsevier Health Sciences, 2013.
- JÚNIOR, Wilson Corrêa da Fonseca; WILSON, C. Análise de conteúdo. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, v. 380, 2005.
- KRUEGER, Richard A. **Focus groups: A practical guide for applied research**. Sage publications, 2014.
- KOLB, Bryan; GIBB, Robbin. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 265, 2011.
- LEMOES, Karinne Custódio Silva; MIRANDA, Gilberto José. Alto e Baixo Desempenho no ENADE: que variáveis explicam?. **REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL-Universidade Federal do Rio Grande do Norte-ISSN 2176-9036**, v. 7, n. 2, p. 101-118, 2015.
- LEVITT, Sophie. **O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor**. Manole, 2001.
- LIMA, C. L. A. Neurologia-Ortopedia-Reabilitação. In: Fonseca LF. Paralisia Cerebral. 2004.
- LOPES, Nayara; NOZAWA, Carlos; LINHARES, Rosa Elisa Carvalho. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 5, n. 3, p. 55-64, 2014.
- MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1997.
- MARINHO, Fatima et al. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 701-712, 2016.
- MARTINS, Christiane et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **enseñanza**, v. 8, p. 14, 2006.
- MARTINS, Manuela; COUTO, Ana Paula. Everyday experiences of parents with disabled children. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 1, 2014.

MARTINES, Roosecelis Brasil. Notes from the field: evidence of Zika virus infection in brain and placental tissues from two congenitally infected newborns and two fetal losses—Brazil, 2015. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 65, 2016.

MARTINES, Roosecelis Brasil et al. Pathology of congenital Zika syndrome in Brazil: a case series. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 898-904, 2016.

MEYERHOF, P. G.; PRADO, T. F. A. Intervenção. Precoce em Paralisia cerebral. **SOUZA, Â. MC; FERRARETTO, I. ABPC (Associação Brasileira de Paralisia Cerebral). Paralisia Cerebral: aspectos práticos. São Paulo: Memnon**, p. 251-269, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**, v. 9, 1993.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação, Porto Alegre**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAIS, Kesia Damascena Winter de et al. Perfil do atendimento fisioterapêutico às crianças com síndrome de Down até os três anos de idade em instituições especializadas. 2011.

MUSSO, Didier et al. Detecção do vírus Zika na saliva. **Journal of Clinical Virology**, v. 68, p. 53-55, 2015.

NETO, Ferreira; LEITE, João; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1119-1142, 2010.

NORBERT, Adriana Andreia De Fatima et al. A importância da estimulação precoce na microcefalia. **Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio grande do Sul**, 2016.

NUNES, Magda Lahorgue et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016.

NUNES, João; PIMENTA, Denise. A Epidemia de Zika e os limites da saúde global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 21-46, 2016.

OLIVEIRA MELO, Adriana Suely et al. Congenital Zika virus infection: beyond neonatal microcephaly. **JAMA neurology**, v. 73, n. 12, p. 1407-1416, 2016.

OLIVEIRA MELO, Adriana Suely et al. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg?. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 47, n. 1, p. 6-7, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Vigilância da infecção pelo vírus Zika, microcefalia e síndrome de Guillain-Barré. **Orientações Provisórias**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; HO/ZIKV/SUR/16.2, 2016.

Pan American Health Organization (PAHO). Lineamientos preliminares de vigilancia de microcefalia en recién nacidos en entornos con riesgo de circulación de virus Zika; Jan 22, 2016. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2016.

PASSEMARD, Sandrine; KAINDL, Angela M.; VERLOES, Alain. Microcephaly. In: **Handbook of Clinical neurology**. Elsevier, 2013. p. 129-141.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi et al. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

PETERSEN, Emily E. Interim guidelines for pregnant women during a Zika virus outbreak—United States, 2016. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 65, 2016.

PETERSEN, Lyle R. et al. Vírus zika. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 16, p. 1552-1563, 2016.

RASMUSSEN, Sonja A. et al. Zika virus and birth defects—reviewing the evidence for causality. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 20, p. 1981-1987, 2016.

RIBEIRO, Joyce; MORAES, Marcus Vinícius Marques; BELTRAME, Thais Silveira. Tipo de atividade e relação interpessoal estabelecida entre fisioterapeuta e criança com paralisia cerebral no contexto de intervenção fisioterapêutica. **Revista Dynamis**, v. 14, n. 1, p. 89-95, 2008.

REED, Umbertina Conti et al. O desenvolvimento normal do sistema nervoso central. In: **A neurologia que todo médico deve saber** [3. ed.]. Atheneu, 2015.

REIS, Raquel Pitchon et al. Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. Supl 6, p. S88-S91, 2015.

ROSENBAUM, Peter et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. **Dev Med Child Neurol Suppl**, v. 109, n. suppl 109, p. 8-14, 2007.

SÁ, Leila Maria Singh de Macedo et al. **Intervenção precoce e microcefalia: estratégias de intervenção eficazes**. 2013. Tese de Doutorado.

SÁ, Miriam Ribeiro Calheiros et al. A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FISIOTERAPIA NEUROPEDIÁTRICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ASPECTOS DA PRÁTICA CLÍNICA E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL. **CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA**, v. 4, n. 8, 2017.

SACCANI, Raquel et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. **Scientia Medica**, v. 17, n. 3, p. 130-137, 2007.

SACCANI, Raquel; VALENTINI, Nadia C. Análise do desenvolvimento motor de crianças de zero a 18 meses de idade: representatividade dos itens da Alberta Infant Motor Scale por faixa etária e postura. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 3, p. 711-722, 2010.

SALVADOR, Felipe Scassi; FUJITA, Dennis Minoru. Entry routes for Zika virus in Brazil after 2014 world cup: New possibilities. **Travel medicine and infectious disease**, v. 14, n. 1, p. 49-51, 2016.

SANTOS, Elinaldo da Conceição; SILVA RAMOS, Aline; SOUSA, Elziliam Aranha. Atendimento pediátrico humanizado, reação da criança e satisfação dos pais no serviço público e privado de fisioterapia respiratória. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 1, n. 2, p. 69-84, 2011.

SANTOS, LEIDIANE SILVA et al. A participação da família no trabalho de reabilitação da criança com microcefalia. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 2, p. 189, 2018.

SARI, Franciele Leiliane; MARCON, Sonia Silva. Participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 3, p. 229-239, 2008.

SCARPIN, Marcia Regina Santiago; DOMINGUES, Maria José Carvalho de Souza; SCARPIN, Jorge Eduardo. Fatores de atração como diferencial competitivo nos cursos de pós-graduação lato sensu. **XIII SEMEAD Seminários em Administração**, 2010.

SCHULER-FACCINI, L. et al. Possível associação entre a infecção pelo vírus zika e a microcefalia: Brasil, 2015. **MMWR**, v. 65, n. 3, p. 59-62, 2016.

SIDDIQI, Naeem. **Credit risk scorecards: developing and implementing intelligent credit scoring**. John Wiley & Sons, 2012.

SILVA, Gizelda Monteiro; SEIFFERT, Otilia Maria LB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

SILVA, Maria de Fátima Minetto Caldeira; KLEINHANS, Andréia Cristina dos Santos. Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. **Rev. bras. educ. espec**, v. 12, n. 1, p. 123-138, 2006.

SIROIS, Patricia A. et al. Developmental outcomes in young children born to mothers with West Nile illness during pregnancy. **Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology**, v. 100, n. 10, p. 792-796, 2014.

SOARES-FILHO, Britaldo S.; RODRIGUES, Hermann O.; COSTA, W. Modeling environmental dynamics with Dinamica EGO. **Centro de Sensoriamento Remoto**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 115, 2009.

SOUZA, Danielly Alves et al. A importância da Terapia Ocupacional na estimulação precoce em crianças com Síndrome de Down. **Vita et Sanitas**, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2018.

STAPLES, J. Erin. Diretrizes provisórias para avaliação e teste de bebês com possível infecção congênita pelo zika vírus - Estados Unidos, 2016. **MMWR. Relatório semanal de morbidade e mortalidade**, v. 65, 2016.

TECKLIN, Jan Stephen. **Fisioterapia pediátrica**. Artmed, 2002.

VALLE, Rogério. **O conhecimento em ação: novas competências para o trabalho no contexto da reestruturação produtiva**. Relume Dumará, 2003.

VARGAS FERREIRA, Fabiana et al. Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 1, 2010.

VARGAS, Juan E. et al. Congenital microcephaly: phenotypic features in a consecutive sample of newborn infants. *The Journal of pediatrics*, v. 139, n. 2, p. 210-214, 2001.

VICTORA, Cesar Gomes et al. Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers?. **The Lancet**, v. 387, n. 10019, p. 621-624, 2016.

WANG, Jin-Na; LING, Feng. Zika virus infection and microcephaly: evidence for a causal link. **International journal of environmental research and public health**, v. 13, n. 10, p. 1031, 2016.

ZANLUCA, Camila et al. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 110, n. 4, p. 569-572, 2015.

APÊNDICE A – Roteiro para grupo focal

GRUPO FOCAL COM FISIOTERAPEUTAS QUE ATENDEM CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

1. DATA: 22/07/2019
2. LOCAL: LEPASC, UFPB - João Pessoa
3. FACILITADORAS: Larissa, Kátia e Natasha
4. OBJETIVO

Avaliar a percepção de fisioterapeutas de serviços de reabilitação quanto ao tratamento das crianças com microcefalia

5. ROTEIRO

QUESTÕES RELACIONADAS À PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS QUANTO À ASSISTÊNCIA

1. Gostaria que vocês falassem sobre o trabalho como fisioterapeuta com as crianças com microcefalia (evolução das crianças; dificuldades para execução do tratamento).
2. Como vocês analisam a qualidade técnico científica do seu trabalho (em que medida as tecnologias que estão sendo usadas são aquelas consideradas como mais indicadas e eficazes pela comunidade científica; VIEIRA-DA-SILVA, In HARTZ)?
3. Em relação ao serviço onde o atendimento é realizado, como vocês avaliam? (estrutura, organização, funcionamento, adequação às necessidades das crianças)
4. Quais fatores vocês consideram que facilitam e dificultam o trabalho com essas crianças?
5. Explique como é a participação das famílias no tratamento (realização das orientações; busca por diferentes serviços e modalidades terapêuticas)

QUESTÕES RELACIONADAS À CAPACITAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS

1. Como vocês se sentiram ao iniciar o tratamento fisioterapêutico das crianças com microcefalia? (receptividade, preparação para realizar o trabalho; estratégias adotadas para melhorar seu trabalho)
2. Quais processos formativos vocês vivenciaram e como eles foram acessados?
3. O que você acha que poderia fazer para melhorar seu desempenho no trabalho com essas crianças?

APÊNDICE B – Questionário para entrevista dos fisioterapeutas

QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NO ATENDIMENTO AS CRIANÇAS COM SÍNDROME DO ZIKA VÍRUS CONGÊNITA

O presente questionário foi elaborado como proposta de pesquisa para conclusão do Mestrado, realizado na Universidade Federal da Paraíba. Tem como objetivo avaliar a percepção de fisioterapeutas dos serviços de reabilitação quanto às condições em que o tratamento fisioterapêutico é realizado nas crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) na Paraíba.

O questionário é anônimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicito que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

Obrigada pela sua colaboração.

1. Idade:

2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3. Estado Civil: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União Estável (4) Viúvo(a) (5) Divorciado(a)

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

4. Categoria Administrativa da Instituição da Graduação.
(1) Pública (2) Privada

5. Duração da graduação.
(1) 4 anos (2) 5 anos (3) Mais de 5 anos

6. Tempo de conclusão da graduação.
(1) 1 – 3 anos (2) 4 – 6 anos (3) 7 – 9 anos (4) mais de 10 anos

7. Cursos de Pós Graduação.

() Especialização	Área:	Ano de conclusão:
() Mestrado	Área:	Ano de conclusão:
() Doutorado	Área:	Ano de conclusão:
() Pós Doutorado	Área:	Ano de conclusão:
() Nenhum		

8. Fontes consultadas para atualização.

- (1) Artigos
 (2) Livros
 (3) Outros

9. Escreve e publica artigos com que frequência.

- (1) 1 ou 2 artigos por ano
 (2) 3 ou mais artigos por ano
 (3) não publico

10. Há quanto tempo você atende crianças com a Síndrome congênita do Zika Vírus?

- (1) menos de ano (2) entre 1 e 3 anos (3) acima de 3 anos

11. Você acompanha as mesmas crianças desde o início do tratamento?

- (1) não (2) poucos (3) a maioria (4) sim

12. Quantas crianças com a SCZV você já atendeu?

- (1) entre 1 e 3 crianças (2) entre 4 e 5 crianças (3) 6 ou mais crianças

SEÇÃO I: SOBRE A FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO

	Discordo Totalme nte	Discord o	Não discord o nem concord o	Concord o	Concord o Totalme nte	Não se aplic a
1. Você participou de alguma capacitação para atendimento das crianças com SCZV.						
2. Em algum momento você se sentiu despreparado(a) para atendê-las.						
3. No serviço onde você atua foram ofertados cursos de capacitação visando preparar os profissionais para ofertar um cuidado mais qualificado às crianças com SCZV .						
4. Você buscou por iniciativa própria, cursos/eventos para qualificação do cuidado prestado à essas crianças.						
5. A gestão do serviço onde você atua/atuava, apoiou as iniciativas de busca de capacitação dos profissionais.						
6. Você considera que estes cursos/eventos contribuíram no seu atendimento às crianças com SCZV .						

7. Foi fácil para você buscar alternativas de se sentir capacitado.						
SEÇÃO II: PERCEPÇÃO QUANTO À ASSISTÊNCIA						
EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não se aplica
8. As múltiplas deficiências das crianças com SCZV dificultam o atendimento.						
9. Existe diferença no nível de dificuldade do atendimento prestado a estas crianças quando comparado com outras crianças com distúrbios neurológicos, a exemplo da Paralisia Cerebral.						
10. O lento processo na evolução do quadro dessas crianças tem sido motivo para desmotivação do seu trabalho.						
11. A quantidade de profissionais no serviço é suficiente para dar conta da demanda de trabalho.						
12. A assistência prestada a estas crianças tem sido através de uma equipe interdisciplinar.						
13. Além da equipe interdisciplinar, há também nesta assistência um trabalho em rede, ou seja, intersetorial.						
14. Você tem tido fácil acesso aos outros profissionais envolvidos nesta rede de atenção.						
15. A falta de apoio dos gestores aos profissionais geram sentimentos negativos.						
16. É importante a orientação da continuidade do tratamento em casa.						
17. As mães muitas vezes trazem outras demandas familiares para o atendimento, sobrecarregando emocionalmente o profissional.						

18. Você se sente preparado fisicamente para executar os atendimentos.						
19. É ofertado apoio psicológico para os profissionais no seu local de trabalho.						
20. No decorrer do tratamento das crianças com SCZV você precisou mediar situações que não são da sua responsabilidade profissional.						
PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO AO SERVIÇO	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não se aplica
21. Foram realizadas melhorias na estrutura física do local especificamente para o atendimento das crianças com SCZV.						
22. A quantidade de material existente no ambiente de trabalho para o tratamento é suficiente para atendê-las.						
23. Foram efetuadas mudanças no funcionamento do serviço para o atendimento das crianças com SCZV.						
24. É oferecido um local de apoio (descanso, alimentação...) para as mães das crianças.						
25. A quantidade de atendimentos de fisioterapia que tem sido ofertada em uma semana é satisfatória para o tratamento.						
26. A duração das sessões é considerada ideal para as intervenções.						
27. No geral, a estrutura física do serviço tem influência na qualidade do atendimento.						
28. As crianças tem acesso a dispositivos auxiliares (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção).						
29. Você considera que a orientação da gestão é de priorizar a qualidade e não a quantidade de atendimentos.						

30. Você sente que é ouvido pelos gestores quando expõe alguma demanda em relação ao tratamento dos usuários do serviço.						
31. Existe no serviço, momentos para construção de projeto terapêutico pela equipe.						
32. As mães recebem apoio psicológico no serviço.						
PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À FAMÍLIA	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não se aplica
33. A participação da família é importante para evolução do tratamento.						
34. O nível socioeconômico das famílias influencia o tratamento.						
35. Existe resistência da família em relação a aceitação do quadro clínico da criança.						
36. Os pais são tão participativos quanto as mães.						
37. A sobrecarga familiar da mãe atua como limitador da evolução.						
38. A criança aceita melhor a fisioterapia quando estimulada em casa.						
39. O reconhecimento pela família das limitações em termos de evolução da criança tem sido motivo de abandono do tratamento.						

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **a Microcefalia associada ao Vírus Zika, trata-se de um estudo para avaliar a repercussão e as condições de acesso ao tratamento para as crianças que apresentam essa afecção** e está sendo desenvolvida pelo(s) pesquisador(es): **mestranda Larissa Duarte de Britto Lira, doutorandos Danyelle Nóbrega de Farias, Emanuelle Silva de Mélo e Newton da Silva Pereira Junior**, vinculados ao Curso de **Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde** da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da **Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro**, com coparticipação dos **Profs. Drs. Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Robson da Fonseca Neves, João Agnaldo do Nascimento, Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho, Liliane dos Santos Machado, Juliana Soares de Araújo, Juliana Nunes Abath Cananéa, Eliane Nóbrega Vasconcelos e Gilma Serra Galdino**.

O objetivo geral do estudo consiste em Analisar o acesso ao tratamento de fisioterapia, bem como a evolução funcional de recém-nascidos com microcefalia associada ao vírus Zika no estado da Paraíba e a repercussão deste acometimento para as famílias e a rede de serviços. E os objetivos específicos são: realizar revisão sistemática da literatura sobre o acesso de crianças com comprometimento neurológico à fisioterapia; Verificar a incidência e prevalência de microcefalia associada ao vírus Zika no estado da Paraíba a partir de agosto de 2015; Analisar o acesso das crianças com microcefalia associada ao vírus Zika à fisioterapia da rede SUS ao longo dos três primeiros anos de vida; Caracterizar os serviços de fisioterapia destinados às crianças com microcefalia associada ao vírus Zika (quantidade de serviços disponíveis, ofertas de vagas, frequência da reabilitação, equipe envolvida, garantia de acessibilidade); Acompanhar as crianças diagnosticadas com microcefalia associada ao vírus Zika sob o ponto de vista do tratamento e evolução clínica e funcional; Elaborar e validar um instrumento para avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de fisioterapia neuropediátrica; Projetar e testar aplicativo que forneça orientações de cuidado frente a afecções neuropediátricas, voltado para mães/cuidadores; Projetar e testar aplicativo para auxiliar profissionais, gestores e serviços envolvidos na reabilitação das Crianças no processo de Educação Permanente; Conhecer o significado para mães/cuidadores do nascimento de um filho com microcefalia e suas implicações no seu cotidiano; Analisar a sobrecarga e a qualidade de vida em cuidadores de crianças com microcefalia associada ao vírus Zika; Avaliar a percepção de mães/cuidadores frente ao processo de reabilitação fisioterapêutica; Avaliar a percepção de Fisioterapeutas frente ao processo de reabilitação dessas crianças.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o fortalecimento das discussões aos níveis local, regional e nacional a respeito da microcefalia associada ao vírus Zika, para que se possa haver uma reorganização e firmar um cuidado especial para com esse público. Além disso, esta pesquisa poderá apontar os locais na Paraíba em que haja a necessidade de um melhor aporte nos serviços de reabilitação para as crianças com microcefalia, de modo a subsidiar o planejamento de políticas públicas e ampliar a visibilidade frente ao problema.

Os benefícios serão avaliar as ações que vêm sendo realizadas, os serviços que estão sendo ofertados, bem como as dificuldades que vêm sendo enfrentadas pelas famílias e/ou cuidadores, e pela gestão, no sentido de atender as necessidades impostas pelo acometimento da microcefalia. Não haverá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Solicitamos a sua colaboração para uma **entrevista, na qual serão coletados alguns dados por meio de questionários sociodemográficos e específicos a cada tipo de avaliação**, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que o risco que esta pesquisa poderá oferecer é apenas o de estresse psicológico frente ao tempo gasto em entrevista, entretanto, não há de comprometer a sua saúde.

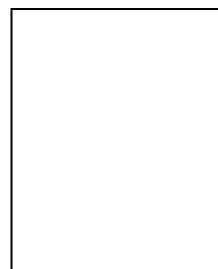
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha



Espaço para impressão
dactiloscópica

Contato do Pesquisador (a) Responsável: caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro. Telefone: (083) 88932909/E-mail: katiagsribeiro@yahoo.com.br.

Endereço (Departamento de Fisioterapia UFPB): Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, CEP 58051-900, João Pessoa – PB Ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB. ☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.

Atenciosamente.

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.