

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

SIMONE STEIN SIQUEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DOS USUÁRIOS EM UM CENTRO
ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO
SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO**

MACEIÓ
2019

SIMONE STEIN SIQUEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DOS USUÁRIOS EM UM CENTRO
ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO
SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Heloisa Helena Motta Bandini

MACEIÓ
2019

Catalogação na fonte
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

S618f Siqueira, Simone Stein

Fatores associados à adesão dos usuários em um centro especializado em reabilitação (CER) no uso de órteses de membro superior : na perspectiva do profissional, do discente e do usuário / Simone Stein Siqueira ; orientador, Heloisa Helena Motta Bandini, 2019.

120 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia, Maceió, 2019.

Inclui referências.

1. Reabilitação. 2. Tecnologia de reabilitação. 3. Aparelhos ortopédicos. 4. Mãos. 5. Pessoas com deficiência física. 6. Educação em saúde. I. Heloisa Helena Motta Bandini. II. Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas. Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia. III. Título.

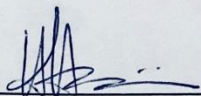
CDU 615.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Simone Stein Siqueira

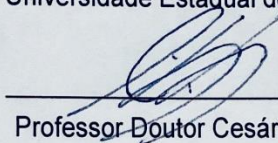
Fatores associados à adesão dos usuários em um Centro Especializado em Reabilitação (CER) no uso de órteses de membro superior: na perspectiva do profissional, do discente e do usuário.

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, para a obtenção do título de mestre.



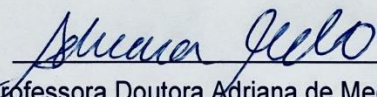
Professora Doutora Heloísa Helena Motta Bandini

Orientadora – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas



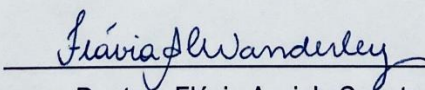
Professor Doutor Cesário da Silva Souza

Professor convidado – Centro Universitário Tiradentes de Alagoas - Membro efetivo



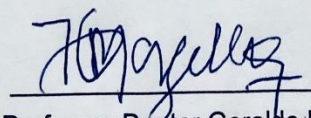
Professora Doutora Adriana de Medeiros Melo

Professora convidada – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas -
Membro efetivo



Professora Doutora Flávia Accioly Canuto Wanderley

Professora interna – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas –
Membro efetivo



Professor Doutor Geraldo Magella Teixeira

Professor interno – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Membro
suplente

Aprovada em: 23/08 / 2019

DEDICATÓRIA

À minha família, que apesar das minhas ausências, me deram o seu maior tesouro: o amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e a renovação de sua misericórdia a cada manhã. Por me fazer forte quando não tinha mais nenhuma força, por me abençoar mesmo sem merecer, por permitir alcançar mais uma etapa. Tenho certeza de Sua ação em cada minuto vivenciado, cada obstáculo transposto e a vitória obtida a cada momento. Sua companhia e cuidados diários foram, são e serão sempre presentes em minha vida. A Ele toda honra e gratidão.

À minha família, por me apoiar durante todo este percurso, que soube compreender as ausências, o choro, e ao mesmo tempo vibrar com cada conquista. Siqueira, Samanta e Sofia tornaram o caminhar mais suave através do abraço, do sorriso, das orações e da torcida constante.

Aos meus pais: Waldemar e Olinda que são os responsáveis pelo meu alicerce de vida. Plantaram a semente, cuidaram e hoje, ainda, colhem os frutos.

À minha orientadora professora Dr^a Heloísa Helena Motta Bandini pela constante disposição, sem jamais tirar férias dessa missão, sempre presente durante todo o processo, com precisão britânica em responder cada mensagem ou e-mail. Agradeço por conduzir de forma primorosa e ética, sempre acreditando no meu potencial. Sinto-me honrada em ser sua orientanda.

Aos professores da banca avaliadora pelas contribuições e disponibilidade de corrigir ensinando.

Aos professores do programa do mestrado, por serem verdadeiros doutores na arte de ensinar. Em especial, a professora Almira Alves Santos por acreditar e tornar realidade o mestrado na UNCISAL. É com orgulho que faço parte da primeira turma deste sonho tão esperado.

Aos colegas de turma por tornarem cada dia nosso convívio mais suave e gostoso. Por compartilharem o saber acadêmico e de vida. Sempre prontos a socorrer nas dúvidas, independente do horário. Somos uma turma diferenciada por causa do companheirismo, compartilhamento de sucessos e fracassos, respeito às limitações e valorização das potencialidades. Já sinto falta.

Aos pacientes, discentes e profissionais do CER que se dispuseram a ser sujeitos desta pesquisa.

Aos amigos que torceram, oraram, vivenciaram alguma parte desta jornada sempre com palavras de estímulo ou abraços de confiança.

“Se existe um segredo para o sucesso, ele está na habilidade de obter o ponto de vista de outras pessoas e ver as coisas pelo seu ângulo, tão bem quanto o seu próprio”.

(Henry Ford)

RESUMO

A legislação brasileira garante o acesso ao usuário do Sistema Único de Saúde com deficiência à reabilitação e concessão de tecnologia assistiva de forma a promover independência no seu desempenho das funções diárias e inclusão. Neste universo, a órtese de membro superior tem seu papel definido na reabilitação. O presente estudo teve como objetivo identificar fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço de um Centro Especializado em Reabilitação da cidade de Maceió/AL, verificando quais as dificuldades e desafios mais frequentes na adesão ao uso da órtese de membro superior tanto na visão do profissional, como do paciente/ cuidador e dos discentes. Para isto, utilizou-se da pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa contou com 50 participantes, distribuídos da seguinte forma: 11 profissionais (docentes e técnicos) 30 discentes dos cursos de terapia ocupacional e fisioterapia, 9 usuários de órtese de membro superior. Para cada grupo foi aplicado formulário estruturado com questões que versaram sobre orientações (dadas ou recebidas quanto à indicação, uso, manuseio e preservação da órtese); interferência no uso da órtese; desafios na prescrição e confecção. Obteve-se como resultados que a falta de compreensão do objetivo da órtese, pontos de pressão, dor, desconforto, limitação no desempenho das atividades de vida diária foram evidenciados como preponderantes no quesito adesão. Apesar dos serviços de reabilitação possuírem um aparato legislativo para garantir o acesso à tecnologia assistiva, o custo e a dificuldade em adquirir os materiais, pelo setor público, foram apontados como os desafios preponderantes. Na percepção dos discentes, aponta-se a necessidade de promover melhora na integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde. Constatou-se a necessidade de maior esclarecimento da ação da órtese junto à população usuária, bem como o reforço das orientações recebidas quanto ao uso e conservação da órtese, visando a estimular a participação ativa do usuário no processo de reabilitação. Resultante da percepção dos envolvidos no processo de prescrição, confecção, uso e ensino relacionados à órtese de membro superior, desenvolveram-se as produções audiovisuais: “Conhecendo a órtese de membro superior” e “Cuidados com a órtese”.

Palavras-chave: Tecnologia Assistiva. Órtese. Mão.

ABSTRACT

The Brazilian legislation grants the user access to the Unified Health System with a deficiency towards the rehabilitation and concession of assistive technology in a way to promote independence in its performance of daily functions and inclusion. In this universe, the upper member orthosis has its role defined in rehabilitation. The present study had as a goal to identify factors that interfere in the subscription of users to the use of an upper member orthosis, provided by a Specialized Rehabilitation Center in the city of Maceió/AL, verifying which difficulties and challenges more often appear in the accession to use of the upper member orthosis whether in the professional view or the patient's / caretaker and the students. Thus, descriptive research with qualitative and quantitative approach was used. The research counted with 50 participants, distributed in the following fashion: 11 professionals (teachers and technicians), 30 students from the occupational and physical therapy courses, 9 users of an upper member orthosis. For each group was applied a structured form with questions that versed about orientations (given or received concerning the use of the orthosis; challenges in prescription and manufacture. The results could observe that the lack of comprehension of the goal of the orthosis, pressure points, pain, discomfort, limitation in the performance of daily life activities were observed as preponderant in the accession factor. Despite the rehabilitation services possessing a legal apparatus to ensure the access to assistive technology, the cost and difficulty of gathering materials, through the public sector, were appointed as the main challenges. In the student perception, it was noted the necessity of promoting an improvement in the integration of teaching, research and health assistance. The need of clearer understanding of the orthosis action with the user population was noted, as well as the reinforcement of orientation received regarding the use and maintenance of the orthosis, aiming to stimulate the active participation of the user in the rehabilitation process. Resulting from the perception of those involved in the process of prescription, manufacture, use and teaching related to the upper member orthosis, the audiovisual productions were developed: "Knowing the upper member orthosis" and "Care of the orthosis".

Keywords: Assistive Technology. Orthosis. Hand.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Profissionais Participantes da Pesquisa	30
Tabela 2 - Caracterização dos Discentes Participantes da Pesquisa.....	31
Tabela 3 - Caracterização dos Usuários de Órtese Participantes da Pesquisa.....	31
Tabela 4 - Caracterização dos Usuários de Órtese Quanto ao Tempo de Uso e Agravo.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT – Comitê de Ajudas Técnicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNCISAL – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Legislação Brasileira e tecnologia assistiva	15
1.2 Deficiência, incapacidade, reabilitação, tecnologia assistiva.....	16
1.3 Centro Especializado em Reabilitação	18
1.4 Órtese.....	20
1.5 Cenário brasileiro: deficiência e analfabetismo	22
2 PROCEDIMENTOS METÓDICOS	25
2.1 Tipo de estudo.....	25
2.2 Local.....	25
2.3 Amostra	26
2.3.1 Critérios de Inclusão	26
2.3.2 Critérios de Exclusão	26
2.4 Aspectos Éticos.....	26
2.5 Procedimento	27
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4 CONCLUSÃO	49

PRODUTO EDUCACIONAL

5 INTRODUÇÃO	50
5.1 OBJETIVOS	51
6 REFERENCIAL TEÓRICO	51
7 PROCEDIMENTOS METÓDICOS	55

8 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A –T.C.L.E. USUÁRIO	71
APÊNDICE B -T.C.L.E. PROFISSIONAL	74
APÊNDICE C - T.C.L.E. DISCENTE	77
APÊNDICE D - T.C.L.E. CUIDADOR	80
APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	83
APÊNDICE F - FORMULÁRIO – USUÁRIO/CUIDADOR	84
APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAL	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO – DISCENTE	90
APÊNDICE I - ARTIGO ORIGINAL	91
ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP	106
ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO	111
ANEXO C – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL DE APLICABILIDADE DO PRODUTO EDUCACIONAL	120

1 INTRODUÇÃO

No Brasil os serviços de reabilitação além de oferecerem atendimento especializado às pessoas com deficiência, utilizam de dispositivos da tecnologia assistiva, como as órteses, a fim de favorecer a funcionalidade e autonomia aos indivíduos (ALVES, 2001). Sendo as órteses dispositivos aplicados à um segmento corporal para assistir (restaurar ou substituir) em uma função perdida (TROMBLY, 1995) são utilizadas como recurso terapêutico visando o melhor desempenho e independência do paciente (AGNELLI; TOYODA, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem princípios e diretrizes que norteiam à assistência aos usuários, o acesso e a eliminação de barreiras (BRASIL, 1990). Assim, um breve percurso na legislação brasileira é fundamental para compreensão da relação saúde, assistência, deficiência, tecnologia assistiva e atuação do Centro Especializado em Reabilitação (CER). Para fundamentar a discussão do presente estudo, o referencial teórico foi organizado nos tópicos abaixo:

- Legislação Brasileira e tecnologia assistiva;
- Deficiência, incapacidade, reabilitação, tecnologia assistiva;
- Centro Especializado em Reabilitação;
- Órtese;
- Cenário brasileiro: deficiência e analfabetismo.

A seguir, foram descritos os procedimentos metódicos, os resultados obtidos bem como a discussão e conclusão da pesquisa. Por fim, apresenta-se o produto educacional (referencial teórico, procedimentos metódicos e conclusão) resultante dos dados coletados.

No cenário brasileiro de assistência à saúde, torna-se necessário conhecer os fatores associados à adesão ao uso de órtese de membro superior, através do olhar do profissional, do discente e do usuário, por se tratar de um recurso da tecnologia assistiva fundamental na reabilitação.

1.1 Legislação Brasileira e tecnologia assistiva

A implantação do SUS em 1988 passou a garantir o acesso à assistência de saúde a todo cidadão, ocorrendo nos três níveis: prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1988).

O decreto 3.298/1999 dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências (BRASIL, 1999). No seu artigo 18, afirma-se que:

Incluem-se na assistência integral à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 1999).

No Art. 19, parágrafo único, é apresentada uma lista de quais são as ajudas técnicas previstas para concessão, sendo incluídas órteses que favoreçam a adequação funcional bem como equipamentos e elementos necessários à terapia e reabilitação da pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 1999).

Tanto a Constituição da República Federativa do Brasil (1988) como o Decreto 6949 (de 25 de agosto de 2009) afirmam e garantem o direito às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação.

Na Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 são estabelecidas normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, além de estabelecer outras providências como definição de acessibilidade, barreiras, os critérios de pessoa com deficiência e de ajuda técnica entre outras (BRASIL, 2000).

O Decreto nº 5.296/2004 estabelece que a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República é responsável pela instituição do Comitê de Ajudas Técnicas (CAT). O objetivo do CAT é promover o desenvolvimento e legitimidade da tecnologia assistiva no Brasil (BRASIL, 2009) de modo a proporcionar condições às pessoas com deficiência para que consigam autonomia e independência em todos os âmbitos de sua vida. O trabalho do CAT visa a estabelecer conceitos,

realizar pesquisa e aquisição de equipamentos de tecnologia assistiva¹, assegurando a inserção da pessoa com deficiência no meio social, profissional de forma independente, tanto quanto possível (BRASIL, 2004).

De acordo com o CAT no Brasil, tecnologia assistiva é uma disciplina de domínio de profissionais de várias áreas do conhecimento, que interagem para restaurar a função humana. Diz respeito à pesquisa, fabricação, uso de equipamentos, recursos ou estratégias utilizadas para potencializar as habilidades funcionais das pessoas com deficiência. A tecnologia assistiva visa promover a inclusão e integração das pessoas com deficiência e possibilita potencializar as habilidades funcionais, ou seja, permite melhoria da qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2009). Neste contexto as órteses são consideradas como tecnologia assistiva, pois objetivam a melhora funcional do paciente. Desta forma, a órtese de membro superior tem seu papel definido na reabilitação e pode ser utilizada como recurso terapêutico.

1.2 Deficiência, incapacidade, reabilitação, tecnologia assistiva

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi estabelecida pela World Health Organization (WHO), em 2001 com a finalidade de proporcionar linguagem padronizada e conceitos para descrição de saúde e estados relacionados à saúde tanto individual como de grupo populacional, organizando as informações sobre incapacidade e funcionalidade (WHO, 2001). Constitui-se em um instrumento de aceite internacional que avalia, identifica e classifica a funcionalidade e a incapacidade no desempenho do indivíduo (OMS, 2008).

A estrutura da CIF permite tanto descrever como mensurar a funcionalidade do indivíduo abordando aspectos pessoais, sociais e ambientais. Utiliza três categorias para os problemas de funcionalidade: alterações das estruturas e funções corporais;

¹ A legislação brasileira adota a expressão “Ajudas Técnicas”, enquanto o meio acadêmico a expressão “Tecnologia Assistiva”. No Brasil, as expressões “Tecnologia Assistiva”, “Ajudas Técnicas” e “Tecnologia de Apoio” têm sido utilizadas como sinônimos. No entanto, constata-se que a expressão “Tecnologia Assistiva” é a que melhor denomina a área de conhecimento (GALVÃO FILHO, 2009).

limitações; restrições à participação (OMS, 2012). São utilizados qualificadores para mensurar os resultados encontrados nas avaliações de funcionalidade utilizadas pelos profissionais da saúde (CIF, 2008).

No contexto de saúde, a WHO define que “Deficiências são problemas nas funções ou na estrutura do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” e “Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo” (CIF, 2008 p.21). Diante destas definições, a deficiência é vista como a alteração, restrição ou impedimento do funcionamento do indivíduo no desempenho de atividades, seja por questões de saúde ou fatores contextuais (pessoais ou ambientais) (LEONARDI, 2006). Assim, duas pessoas com a mesma deficiência podem ter níveis diferentes de funcionalidade, bem como, ter o mesmo nível de funcionalidade não implica necessariamente ter mesma condição de saúde (CIF, 2008).

No modelo proposto pela CIF há, portanto, uma abordagem biopsicossocial, ocorre relação multidirecional entre biológico, social e individual. A CIF é um instrumento que objetiva mensurar o estado funcional do indivíduo, as condições de vida e informações que possibilitam o desenvolvimento das políticas de inclusão social. Há uma mudança de paradigma em relação à funcionalidade e incapacidade, pois a funcionalidade está relacionada não somente às estruturas e funções do corpo, como também à atividade e participação social, enquanto que a incapacidade é a soma de disfunção, alteração no desempenho das atividades e na participação social tendo ainda os fatores ambientais como barreiras ou facilitadores (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A qualidade de vida poderá ser afetada pelas dificuldades provenientes da deficiência, necessitando de tecnologias para superar ou compensar seu desempenho nas atividades diárias (KBAR *et al.*, 2017). A qualidade de vida é definida pela WHO como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1995 p. 1405). Assim, a análise da qualidade de vida é a partir da percepção individual de cada ser humano.

O Ministério da Saúde através da resolução CNS nº 452, de 10 de maio de 2012 estabelece que a CIF seja utilizada no SUS como ferramenta de avaliação, planejamento e elaboração de programas educacionais; e geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana (BRASIL, 2012).

A Lei nº 13.146/2015, no artigo 16 garante nos programas e serviços de habilitação e de reabilitação para a pessoa com deficiência (BRASIL, 2015):

I – organização, serviços de reabilitação, materiais e equipamentos adequados e apoio técnico profissional, de acordo com as especificidades de cada pessoa com deficiência;

IV – capacitação continuada de todos os profissionais que participem dos programas e serviços.

1.3 Centro Especializado em Reabilitação

A criação do SUS promoveu mudanças na gestão a exemplo da descentralização e compartilhamento de ações e responsabilidades entre as instâncias governamentais, como melhoria ao acesso e tratamento. A Portaria GM/MS nº 793 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tendo no componente atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências o estabelecimento do CER (BRASIL, 2012).

O objetivo dos CERs é desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e o desempenho da pessoa com deficiência por meio do Projeto Terapêutico Singular, com propostas e condutas terapêuticas cuja construção envolve a equipe interdisciplinar, o usuário e sua família. As ações devem ser desenvolvidas a partir da necessidade de cada indivíduo, buscando a inclusão na família, comunidade e sociedade (BRASIL, 2012).

No CER é realizado atendimento ambulatorial especializado em reabilitação, que executa ações como diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde, o atendimento é realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção à saúde. Este espaço dispõe de uma equipe de saúde (enfermeiros, médicos,

fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas) que realiza ações que promovem assistência integral em reabilitação (BRASIL, 2012).

A organização dos CERs, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793, ocorre de acordo com o número de serviços de reabilitação habilitados em cada unidade, da seguinte forma:

- CER II - composto por dois serviços de reabilitação habilitados;
- CER III - composto por três serviços de reabilitação habilitados;
- CER IV - composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados.

A Portaria GM/MS nº 793 ainda prevê que o CER poderá embasar pesquisa, ser fonte de aprimoramento profissional e novas descobertas tecnológicas dentro da reabilitação (BRASIL, 2012). Verifica-se um número crescente de adesão à rede de cuidados à pessoa com deficiência: 187 serviços habilitados como CER, 238 serviços especializados habilitados em única modalidade de reabilitação, 33 oficinas ortopédicas, 490 centros de especialidades odontológicas (CEO) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A implantação do Centro Especializado de Reabilitação - CER, em Universidades tem constituído um cenário de prática e estágio supervisionado para diferentes cursos da saúde, estando desta forma, diretamente envolvido na formação de profissionais da saúde. A estrutura desses serviços favorece a troca de saberes, o planejamento e ações compartilhadas e promove um atendimento mais integrado aos usuários (BRASIL, 2012).

A Portaria MS/SAS 146, de 14 de outubro de 1993, estabelece diretrizes gerais para a concessão de órteses e próteses pela assistência ambulatorial e a Portaria 2848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007, contém os recursos de tecnologia assistiva dispensados pelo SUS, sendo contempladas as órteses de membro superior. O CER tem como uma das funções a dispensação de órteses.

Caro *et al.* (2013) e Cruz (2012) ressaltam que apesar das leis assegurarem o acesso à tecnologia assistiva, ainda há déficits no processo de concessão, desconhecimento por parte dos profissionais e usuários. É preciso revisar e atualizar as

tabelas de dispositivos dispensados a fim de contemplar as demandas de forma individualizada, a elaboração de instrumentos e pesquisas que avaliem a qualidade de vida dos usuários.

1.4 Órtese

Órtese é um termo de origem grega (*orthosis*) cujo significado é endireitar. Historicamente, os termos *splint*, *brace* e órtese são usados como sinônimos, podendo ser utilizados para estabilizar / dar suporte, alinhar, prevenir ou corrigir deformidades, melhorar a função e / ou restringir o movimento após lesão, doença ou intervenção cirúrgica (FESS, 2002). Uma órtese é definida como um dispositivo pré-fabricado ou feito sob medida, aplicando forças às estruturas biológicas de um segmento do corpo comprometido por lesão aguda, trauma cumulativo, doença, intervenção cirúrgica, anomalia congênita ou mudanças degenerativas (MCKEE; RIVARD, 2007; MOUSSA; GASPARINI, 2016).

A órtese tem como objetivo promover função, ou seja, melhorar o desempenho em atividades quer pela restrição ou facilitação do movimento no membro comprometido e, também, a participação em papéis desempenhados e considerados importantes para cada indivíduo, como: social, familiar, lazer, labor ou outro (FESS, 2002; PARREIRA *et al.*, 2013; SCHOFIELD; SCHWARTZ, 2018).

Como recurso terapêutico, as órteses proporcionam mudanças anatômicas e funcionais (AGNELLI; TOYODA, 2003; VAZ, 2004; SOUZA; CEZARANI; MATTIELLO-SVERZUT, 2015), pois são dispositivos temporários que assessoram a melhora funcional (FERRIGNO, 2007).

As órteses podem ser confeccionadas sob medida para cada indivíduo ou serem pré-fabricadas. Geralmente as órteses fabricadas sob medida são produzidas por um profissional capacitado para esta tarefa e são mais eficazes, pois se ajustam às necessidades pessoais de cada usuário. Enquanto as órteses pré-fabricadas, geralmente, não atendem às necessidades individuais, pois são padronizadas, cujos tamanhos e modelos são fixos. No entanto, são amplamente comercializadas pelo

baixo custo e fácil acesso para aquisição no comércio (PATERSON *et al.*, 2015).

Antes da confecção de uma órtese é necessária a avaliação do desempenho funcional e do contexto de vida do paciente (FERRIGNO, 2009). É preciso respeitar princípios biomecânicos e funcionais, no caso específico de membro superior, como: posição funcional da mão, anatomia (preservação aos arcos e pregas palmares), distribuição de pressão, equilíbrio de forças, rigidez e resistência do material, resposta dos tecidos ao estresse (FESS *et al.*, 2004; ASSUMPÇÃO, 2005; FERRIGNO, 2007). A prescrição deve mencionar clara e detalhadamente os limites anatômicos e objetivos terapêuticos, princípios mecânicos, modo de aplicação da força (estática ou dinâmica), refinamento da órtese para atender as especificidades do paciente (TROMBLY, 1995; LEDE, 2002; LUZO; MELLO; CAPANEMA, 2004). A classificação das órteses ocorre de acordo com os propósitos da órtese para se atender aos objetivos (LUZO, MELLO, CAPANEMA, 2004).

Na escolha do material para confecção de órtese do membro superior devem ser observadas as características do material para remodelagem, flexibilidade, condições de uso e aceitação do paciente (FOSS-CAMPBELL, 1998; FESS, 2002; FERRIGNO, 2009). Vários são os materiais possíveis de serem utilizados na confecção de órteses: gesso, gesso sintético, termoplástico de alta e baixa temperatura, materiais flexíveis como *neoprene*, couro e outros (ASSUMPÇÃO, 2005). No entanto, os termoplásticos de baixa temperatura são os materiais utilizados com maior frequência na confecção das órteses sob medida, pois ao serem aquecidos permitem modelagem sobre a pele do paciente. Cabe ao terapeuta escolher entre os tipos disponíveis no mercado o que melhor se adapta aos objetivos propostos pela órtese (BREGER-LEE; BUFORD, 1992).

A disponibilidade de material termo moldável e o alto custo no mercado brasileiro interferem diretamente no produto final (órtese) e sua durabilidade, podendo gerar maior ônus para o usuário, no caso de atendimento particular (RODRIGUES, 2007). No serviço público, o profissional deve escolher o que corresponda ao objetivo proposto e adequado às condições do paciente e possível dentro do serviço (FRANCISCO, 2004). No Brasil, 90,9% dos profissionais entrevistados que confeccionam órteses para o membro superior utilizam termoplásticos de baixa temperatura, apesar do custo elevado

(AGNELLI; TOYODA, 2003). Deve-se ressaltar as vantagens deste material: possibilidade de criatividade dos modelos de órtese, facilidade de confecção e durabilidade (LINDEMAYER, 2004).

Verifica-se que o maior conhecimento dos terapeutas em relação às propriedades dos materiais de confecção de órteses possibilitará escolhas mais criteriosas na fabricação sem necessidade de correções ou reforços; bem como, o esclarecimento junto ao usuário sobre a manutenção e o cuidado possibilitarão maior durabilidade (ASSUMPÇÃO, 2005).

É primordial enfatizar que a órtese desempenha papel integrador no programa de reabilitação, mas não substitui outras intervenções. Por se tratar de uma parte do processo de reabilitação o uso da órtese requer acompanhamento periódico para que haja constante reavaliação de seu uso, e quando necessário modificação do modelo e/ou uso ou até mesmo a suspensão (SAURON, 2003).

De acordo com Joseph *et al.* (2018), os benefícios do tratamento com órteses são diretamente proporcionais à adesão do paciente ao uso. Em lesões agudas de membros superiores, a não aderência ao uso da órtese pode comprometer a eficácia do tratamento, propiciar viés na eficácia da intervenção e aumentar o risco de incapacidade (O'BRIEN, 2010).

Entre os fatores que interferem na adesão ao uso de órtese encontram-se: condição socioeconômica, crença cultural, redução de motivação, aparência e conforto da órtese (JOSEPH *et al.*, 2018). Por isso, faz-se necessário conhecer a clientela envolvida nos aspectos da deficiência e condição sociodemográfica.

1.5 Cenário brasileiro: deficiência e analfabetismo

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o último censo realizado (2010) verificou a existência de tipos de deficiência permanente (visual, auditiva e motora) levando em consideração o seu grau de severidade, na percepção da população, e também a deficiência mental ou intelectual. As perguntas formuladas sofreram adequação à evolução do conceito de deficiência, de acordo com a CIF

divulgada pela OMS. Justifica-se a impossibilidade de realizar comparabilidade direta com os levantamentos realizados anteriormente devido às adequações realizadas para o último levantamento (Brasil, 2010).

Os resultados do censo demográfico 2010 mostraram que 23,9% (média nacional) da população brasileira, 45.606.048 milhões de pessoas declararam ter pelo menos um tipo das deficiências questionadas. Desta população, 84,36% encontravam-se em áreas urbanas. A deficiência mais frequente entre a população brasileira foi a visual (18,8%), fato que pode ser explicado pelo aumento do número de pessoas acima de 60 anos, ou seja, problemas decorrentes do processo natural de envelhecimento; pode-se esperar que se eleve mais em função do aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2010).

No Brasil, a deficiência motora ocupa o segundo lugar, representando 7%; a deficiência auditiva equivale a 5,1% e a deficiência mental ou intelectual 1,4%. A distribuição da população com pelo menos uma das deficiências investigadas por regiões brasileiras ocorre na seguinte proporção: sudeste, 22,03%; sul, 22,50%; centro-oeste, 22,51%, norte, 23,40% e a região nordeste encontra-se acima da média nacional, 26,6%. Na região nordeste a distribuição ocorre da seguinte forma: 21,2% deficiência visual, sendo que 4,1% possuem deficiência severa; 5,8% deficiência auditiva, sendo 1,2% deficiência severa; 7,8% deficiência motora, sendo 2,6% deficiência severa e 1,6% deficiência mental ou intelectual (BRASIL, 2010).

Como verificado, no Brasil há alto nível de prevalência de deficiência, que se distribui por todas as faixas etárias. A deficiência motora ocupa o segundo lugar na prevalência de deficiências na faixa etária de 15 – 64 anos, ou seja, corresponde à fase produtiva (BRASIL, 2010).

Em relação ao nível de instrução e rendimento, os dados divulgados pelo IBGE mostraram que são muito baixos na população que apresenta alguma deficiência. Cerca de 61,1% da população acima de 15 anos com alguma deficiência não possuía instrução ou tinha somente o ensino fundamental incompleto, 14,2% possuíam o fundamental completo, 17,7%, o médio completo e 6,7% possuíam superior completo; 53,8% das pessoas com alguma deficiência eram economicamente não ativas. Vale

ressaltar que a região nordeste apresentou as menores taxas de alfabetização tanto para a população geral como para a população com alguma deficiência (BRASIL, 2012).

O analfabetismo e a baixa escolaridade são fatores relevantes no Brasil e principalmente no estado de Alagoas. No ano de 2012, de acordo com o INEP, em relação ao analfabetismo, Alagoas ocupava o primeiro lugar entre a faixa etária de 15-19 anos e 25-29 anos; o segundo lugar acima de 50 anos. Maceió era o quinto município, no Brasil, com o maior número de pessoas não alfabetizadas. A taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais anos de idade em Maceió apresenta prevalência de 11,6% (BRASIL, 2010).

O IBGE com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua) apresentou no ano de 2017 a taxa de analfabetismo da população com 15 anos ou mais de idade no Brasil para a região nordeste de 14,5% e Alagoas de 18,2% (IBGE, 2018).

Diante deste cenário, surge o desafio ao profissional de saúde e educador a orientar a clientela nas ações de reabilitação que promovam sua inserção, integração e autonomia para obtenção da máxima funcionalidade física, mental e social, ou seja, ser autônomo e capaz. Faz-se necessário conhecer e entender as necessidades dos usuários das órteses a fim de promover a adequação, aplicabilidade e uso em seus contextos (SCHERER *et al.*, 2005; SCHERER; SAX, 2010). As informações dadas por estes profissionais necessitam ser enfatizadas com materiais educativos que possibilitem reforço e esclarecimentos de fácil compreensão e assimilação (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012), mesmo em condições de baixa escolaridade ou analfabetismo.

O profissional de saúde ao elaborar o material educativo deve selecionar, preparar a mensagem e escolher a forma de comunicação adequada. Também se faz necessário averiguar que esta mensagem seja efetiva e atenda às necessidades dos pacientes (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Echer (2005) relata que a construção de manuais de saúde, quando escritos em linguagem acessível, servem para fortalecer as orientações aos familiares e pacientes.

Torna-se primordial que desde academia seja incentivado o diálogo entre profissionais, discentes e pacientes, para que as ações possam ser bem-sucedidas. Lima *et al.* (2017) concluíram que para desenvolver um informativo sobre orientações e cuidados é necessário conhecer a clientela do serviço. A qualidade da comunicação entre profissionais e usuários do serviço pode interferir nos resultados. Por isso, desde a graduação é necessário que os discentes tenham fundamentação teórica e prática em relação à tecnologia assistiva para que a capacitação ocorra de forma suficiente e profunda (ALVES; EMMEL; MATSUKURA, 2012). A interação ensino, serviço e comunidade permite ao aluno o conhecimento dos desafios e dificuldades que terão na prática profissional, bem como conhecer a população que receberá assistência (SOUZA *et al.*, 2016).

Esta pesquisa teve como objetivo identificar fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço de um CER na cidade de Maceió/Alagoas, verificando quais as dificuldades e desafios mais frequentes na adesão ao uso da órtese de membro superior tanto na visão do profissional, como do paciente/ cuidador e dos estagiários, a fim de confeccionar material educativo para subsidiar a orientação verbal dos profissionais e estagiários aos pacientes/ cuidadores com linguagem clara, simples e adequada ao vocabulário local. Teve como hipótese que a falta de compreensão dos usuários/cuidadores das orientações é o principal fator que leva à baixa adesão ao uso de órtese de membro superior.

2 PROCEDIMENTOS METÓDICOS

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa e quantitativa.

2.2 Local

Centro Especializado de Reabilitação (CER) na cidade de Maceió – Alagoas.

2.3 Amostra

Amostra não-probabilística por conveniência, tendo um total de 50 participantes, distribuídos da seguinte forma: 11 profissionais (docentes e técnicos), 30 discentes de terapia ocupacional e fisioterapia, 9 usuários de órtese de membro superior ou cuidador (no caso de paciente menor de idade).

Nas categorias discente, profissional e usuário, todos os presentes, que atendiam aos critérios de inclusão, participaram no local da pesquisa.

2.3.1 Critérios de inclusão

De acordo com as categorias dos sujeitos do estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Profissional: todos os profissionais, docentes e técnicos, que atuavam no serviço CER, local da pesquisa, e trabalhavam com confecção e/ou prescrição de órteses para membro superior.
- Usuário: cuidadores ou pacientes que faziam uso de órtese de membro superior e estavam em atendimento no serviço, na fisioterapia e/ou terapia ocupacional, durante o período de julho a novembro de 2018.
- Discentes: alunos do último ano dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional em estágio supervisionado obrigatório na área de reabilitação física, no local da pesquisa durante o período de julho a novembro de 2018.

2.3.2 Critérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão os docentes, técnicos e discentes que estavam afastados de suas atividades por férias ou licença médica.

2.4 Aspectos Éticos

O trabalho foi submetido à Plataforma Brasil, analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, obtendo aprovação pelo parecer nº 2.617.955, em conformidade com a resolução nº 466/2012.

Os possíveis participantes da pesquisa foram convidados, sendo prestados aos mesmos todos os esclarecimentos necessários à compreensão global do estudo e seus papéis enquanto sujeitos de pesquisa, no intuito de se colher o consentimento para a participação no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndices A, B, C e D), que foi lido pela pesquisadora ou, de preferência, pelo sujeito da pesquisa ou seu cuidador ou responsável (no caso de sujeitos menores de idade), e todas as dúvidas foram retiradas pela pesquisadora, conforme a resolução 466/2012 do CNS.

2.5 Procedimento

O estudo foi disposto em quatro fases:

Fase 1- Elaboração do material de pesquisa

Após levantamento bibliográfico foram elaborados dois questionários: um para os profissionais (apêndice G), um para os discentes (apêndice H) e um formulário para paciente/cuidador (apêndice F) com linguagem adequada a cada grupo de sujeitos.

Inicialmente foi realizado teste piloto, para verificação da clareza e objetividade das questões elaboradas no instrumento de coleta de dados. Os indivíduos foram convidados a realizar esta atividade de forma aleatória. O número de sujeitos definido para esta etapa foram dois de cada categoria, devido ao reduzido número de sujeitos da pesquisa. Nos questionários (discente e profissional) não houve necessidade de alteração. No entanto, após a aplicação do formulário (usuário) foi necessário adequação na formulação das perguntas com escala, alterando apenas a posição dos elementos gramaticais, com propósito de favorecer a compreensão. O instrumento de coleta estruturado possuía questões objetivas e subjetivas. Após os ajustes, os instrumentos foram utilizados com os demais sujeitos da pesquisa de cada categoria.

O formulário do usuário abordou questões sociodemográficas; conhecimento sobre o problema que levou ao uso da órtese; orientações dadas quanto ao seu uso, limpeza e conservação; conforto e satisfação; funcionalidade e estética.

Para elaboração do formulário apresentado aos usuários foram utilizadas como base as questões do questionário utilizado por Guimarães *et al.* (2006) que verificou a adesão ao uso de palmilhas. Assim, foram modificadas algumas perguntas e incluídas outras realizando adequação ao objetivo proposto pela pesquisa junto à clientela, profissionais e discentes do CER no uso de órtese de membro superior.

O questionário do profissional contemplou: curso de graduação; tempo de formação; ação profissional (prescrição e/ou confecção de órtese); orientações dadas ao usuário; dificuldades de uso e adesão percebidas durante o tratamento; desafios e dificuldades na prescrição e confecção; percepção de como a atuação profissional pode intervir na adesão do usuário.

O questionário do discente abordou: presença de discussão de prescrição e confecção de órtese com o supervisor na rotina de estágio; realização de orientações aos usuários; dificuldades de uso e adesão percebidas durante o tratamento; desafios e dificuldades na prescrição e confecção; percepção de como a atuação profissional pode intervir na adesão do usuário.

Fase 2 – Coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com os profissionais, os pacientes/cuidadores e discentes do serviço, convidando-os a participar da pesquisa através da assinatura do TCLE.

A coleta de dados ocorreu de forma presencial, no momento conveniente para os usuários, de forma individual, em sala reservada e com privacidade aos participantes, no próprio CER.

Os sujeitos puderam escolher a forma conveniente para responderem os instrumentos de pesquisa: de forma escrita ou através da gravação de áudio. Os usuários preferiram gravar a entrevista, assinaram ao termo de autorização uso de imagem e depoimentos (Apêndice E). Para os discentes e profissionais, o questionário foi entregue no momento de intervalo entre os atendimentos realizados no CER e estes responderam por escrito, no local que desejassem e no horário conveniente, sendo

recolhido posteriormente pela pesquisadora, houve apenas um profissional que optou pela gravação. A coleta ocorreu no período de julho a novembro de 2018.

Com a finalidade de preservação do anonimato, os sujeitos foram identificados com letra e algarismo arábico sequencial para cada categoria: U para usuário e cuidador; P para profissionais: técnicos e docentes e D para discentes.

Fase 3 – Análise dos dados

As entrevistas, gravadas ou escritas, tiveram as questões subjetivas transcritas e as questões objetivas foram alocadas em planilhas no Excel, proporcionando uma visão geral de como os sujeitos da pesquisa percebiam o problema enfocado. Através da somatória de dados, estes foram analisados e discutidos de acordo com as categorizações por tema dos questionários.

Para a análise dos dados subjetivos, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo conforme Bardin (2011): pré-análise com a sistematização das ideias iniciais; exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação, organizadas em categorias possibilitando uma análise que respondesse aos objetivos propostos. Esse processo permitiu a formulação de três categorias temáticas, elaboradas *a priori*, tomando como base o instrumento da pesquisa. Foram elas: orientações (dadas ou recebidas quanto à indicação, uso, manuseio e preservação da órtese); interferência no uso da órtese; desafios (na prescrição e confecção).

Fase 4 - Elaboração do material

Como última etapa, foi confeccionado material educativo a partir da problemática encontrada e das referências bibliográficas. O material educativo foi apresentado aos profissionais do CER participantes da pesquisa para avaliação em relação à pertinência e relevância do conteúdo. Alteração do material foi realizada de acordo com as sugestões pertinentes para posterior disponibilização do mesmo à clientela do serviço participante da pesquisa. O produto educacional será disponibilizado no portal EduCapes para livre acesso.

O material educativo além de permitir a orientação dos usuários de órtese, visa oportunizar aos docentes do curso de terapia ocupacional e fisioterapia, que ministram o conteúdo de órtese, nos períodos subsequentes à pesquisa, a utilização do mesmo previamente em sala de aula, com objetivo de fomentar no discente a discussão e elaboração de outros recursos que visem a contribuir na comunicação entre profissional e usuário na importância da utilização de órtese como recurso terapêutico no tratamento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa encontram-se distribuídos em três grupos: usuários, profissionais e discentes. A caracterização de cada grupo será descrita separadamente.

Entre os profissionais, os 11 são do sexo feminino, com tempo de formação entre 10 e 38 anos. Todos os profissionais apresentam pós-graduação, e relataram realizar orientações quanto ao uso de órteses (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos Profissionais (n= 11) Participantes da Pesquisa. Novembro 2018.

VARIÁVEL	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO
Média de tempo de graduação	16,9 anos
Sexo Feminino	100%
Sexo Masculino	0%
Pós Graduação (Mestrado)	45 %
Pós Graduação (Especialização)	55%
Graduação (Terapia Ocupacional)	82%
Graduação (Fisioterapia)	18%
Orientação (oral)	64%
Orientação (oral e escrita)	36%
Ação profissional (docente)	64%
Ação profissional (técnico)	36%

Órtese (indicação)	64%
Órtese (indicação e confecção)	36%

Fonte: do Autor

Participaram 30 discentes, todos do último ano dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional, em estágio supervisionado obrigatório, no local e período de realização da pesquisa (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos Discentes (n= 30) Participantes da Pesquisa. Novembro 2018.

VARIÁVEL	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO
Sexo Feminino	93%
Sexo Masculino	7%
Graduação (Fisioterapia)	30%
Graduação (Terapia Ocupacional)	70%

Fonte: do Autor

No grupo de usuários foram 9 participantes, todos estavam em atendimento no local da pesquisa durante o período da coleta de dados (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos Usuários (n=9) de Órtese Participantes da Pesquisa. Novembro 2018.

VARIÁVEL	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO
Média de idade (em anos)	46,44
Sexo Feminino	67,0%
Sexo Masculino	33,0%
Escolaridade (Fundamental I Incompleto)	33,33%
Escolaridade (Fundamental I Completo)	22,22%
Escolaridade (Médio)	22,22%

Escolaridade (Superior)	22,22%
Tratamento (Fisioterapia e Terapia Ocupacional)	33,0%
Tratamento (Terapia Ocupacional)	67,0%

Fonte: Do autor

O tempo médio de uso da órtese são 16,9 meses, o que permite aos usuários boa capacidade para refletir e perceber alterações com o uso do equipamento. Os agravos foram ocasionados por lesão traumática (fratura, lesão de nervos e/ou tendões, plexo braquial) e não traumática (artrite reumatoide) (Tabela 4). Os tipos de órtese variaram de acordo com o agravo, sendo desde o posicionamento à órtese dinâmica. Ressalta-se que uma mesma órtese pode ser utilizada para um ou mais objetivos. No entanto, a avaliação dos objetivos das órteses em uso pelos participantes desta pesquisa não foi considerada.

Tabela 4 - Caracterização dos Usuários de Órtese Quanto ao Tempo de Uso e Agravo. Novembro 2018.

USUÁRIO	AGRAVO	TEMPO DE USO DA ÓRTESE (em meses)
U01	Fratura de úmero	7
U02	Artrite reumatoide	12
U03	Lesão nervo ulnar	2
U04	Lesão nervo radial e fratura do úmero	17
U05	Lesão nervos e tendões (complexa)	12
U06	Artrite reumatoide	36
U07	Lesão tendões flexores dos dedos e punho	36
U08	Artrite reumatoide	24
U09	Lesão plexo braquial	6

Fonte: Do Autor

A indicação da órtese foi realizada por terapeuta ocupacional (89%) e médico (11%), enquanto a confecção foi feita por terapeuta ocupacional (89%) e fisioterapeuta (11%). As órteses em uso foram confeccionadas artesanalmente no serviço em que estão em atendimento. Os dados obtidos divergem da pesquisa realizada por Agnelli e Toyoda (2003) em que a indicação/prescrição da órtese, na maioria das instituições, era realizada por médicos e o terapeuta ocupacional realizava apenas a confecção e acompanhamento dos casos. Pode-se inferir que a organização do CER, local desta pesquisa, com maior número de profissionais da área de reabilitação (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) com autonomia nas ações competentes à cada categoria, bem como o maior acesso dos pacientes aos serviços de reabilitação prestados proporcionou maior atuação destes profissionais na prescrição de órteses do membro superior. Também, merece destaque a formação (graduação e continuada) destes profissionais para o desempenho destas atividades.

A literatura aponta o terapeuta ocupacional com competência e habilidades em sua formação (GOLLEGÃ; LUZO; DE CARLO, 2001) para prescrever e confeccionar as tecnologias assistivas (HOHMANN; CASSAPIAN, 2011) através da avaliação criteriosa do sujeito (suas necessidades, expectativas, prioridades, seu contexto de vida). Este profissional apresenta sua prática baseada no desempenho ocupacional (SILVA; SFREDO, 2013) visando a correta adequação do recurso ao usuário (MELO; CAPANEMA; LUZO, 2004) a fim de proporcionar autonomia e independência no desempenho das atividades realizadas diariamente (WATANABE; TSUKIMOTO; TSUKIMOTO, 2003).

Categoria orientação

Profissionais e discentes relataram realizar as orientações sobre o uso, a conservação e a higiene da órtese.

Em relação às orientações sobre o uso de órteses junto aos discentes, 26 (87%) informaram realizar, sendo 77% na forma oral e 10% na forma oral e escrita, 13% declararam que esta atividade não faz parte da rotina de estágio, não sendo feita discussão com o supervisor de estágio.

Entre os profissionais, 7 (64%) informaram que realizam somente na forma oral e 4 (36%) na forma oral e escrita. Constata-se que as orientações dadas aos usuários pelos profissionais e discentes são predominantemente na forma oral, contribuindo assim para menor assimilação, não possuindo material de apoio para consulta posterior

Todos os profissionais informaram que realizam esclarecimentos da forma de ação e as interferências, positivas e negativas, do uso de órtese no processo de tratamento, inclusive sobre o material utilizado, preservação, higiene, como pode ser evidenciado nas falas.

*“Orientações quanto aos benefícios, cuidados com o material, tempo de uso.”
(P01)*

“Importância da órtese, função e o que favorecer, como colocar e retirar, período de uso, retorno para a terapia, higiene.”(P03)

“(...) eu esclareço sobre o tipo de órtese que está sendo feita, que material, que está sendo usado. (P10)

“Qual o objetivo da órtese para o caso específico do paciente, como ela irá atuar. Tempo de uso e quando não deve usar, possíveis dificuldades que possam surgir, como pontos de pressão devendo suspender o uso e informar imediatamente ao profissional para que ajustes sejam feitos. Também oriento que a dor é um sinal de alerta, por isso devem informar ao profissional caso ocorra. Também informo sobre a conservação da órtese, no caso de termoplástico, quanto à temperatura e limpeza.”(P11)

Hohmann e Cassapian (2011) observaram que entre os fatores destacados pelos terapeutas ocupacionais, que contribuem para o uso da tecnologia assistiva, estão: a facilidade de higiene, o conforto e a durabilidade. Nesta perspectiva, as orientações sobre a higiene podem interferir no uso da órtese e na durabilidade da mesma.

O esclarecimento junto ao paciente sobre a ação da órtese é realizado por 70% dos participantes da pesquisa no grupo dos discentes. As informações, em sua maioria, dão ênfase ao prejuízo causado pelo não uso, como evidenciado nas seguintes falas:

“Os esclarecimentos são feitos de forma oral. Explicando ao paciente tipo de órtese, a forma que deve ser usada e o que o mau uso da órtese pode acarretar na disfunção presente.” (D02)

“Orientações quanto ao uso adequado; tempo de uso; explico que o não uso pode interferir na disfunção, de maneira que será o uso mais prolongado, pois se não usa, não ‘melhora’.” (D08)

“...sendo pontuada as implicações do desuso da mesma.” (D21)

Ao questionar os pacientes sobre as orientações recebidas quanto ao manuseio, preservação e higiene da órtese, percebe-se que há dúvidas e pouca informação absorvida por eles: 78% relatam que recebeu orientação quanto ao tempo de uso diário, mas não sabem especificar; 89% informam que recebeu orientação sobre higiene, mas 25% destes descrevem o uso de produtos abrasivos para limpeza da órtese, o que é contraindicado para o material termoplástico de baixa temperatura. As condutas dos usuários não foram convergentes às orientações dadas pelos profissionais.

Ressalta-se que os usuários relatam ter recebido informações quanto ao tempo de uso da órtese, colocação, higiene, conservação de forma oral (89%) e apenas um (11%) na forma oral e escrita. Quando verificado o conhecimento sobre o assunto, constata-se que ainda existem confusão e dificuldade de execução nas orientações dadas. Faz-se necessário um dispositivo que reforce as orientações possibilitando maior compreensão e motivação do usuário ao perceber que suas necessidades são atendidas com a órtese.

“Logo no começo, aconteceu de eu esquecer dentro do carro, porque eu tiro pra dirigir, aí, saí. (...) E quando precisei lembrar, eita! O negócio está dentro do carro, a questão da temperatura dentro do carro.” (U1)

“Lavar de vez em quando né, se sujar. Não deixá-la exposta ao sol, não mexer em nada que seja quente ou possa amolecer a órtese. Que eu lembro é só isso.” (U3)

Constatou-se que as orientações quanto ao tempo de uso diário são muito amplas, necessitando de maior detalhamento e cuidado da parte do profissional, para que possam ser seguidas de forma detalhada e regular, conforme evidenciado nas seguintes falas.

“... quanto mais eu usasse, melhor pra mim.” (U1)

... o maior tempo possível. (U6)

Quanto à colocação e retirada, os usuários relatam realizar de forma fácil (55%) ou razoável dificuldade (45%), não necessitando de auxílio de terceiros. Também reconhecem que somente o profissional especializado pode realizar alterações e ajustes necessários.

Rodrigues, Cavalcanti e Galvão (2007) destacam que na escolha de materiais para confecção de produtos de tecnologia assistiva é preciso considerar algumas características como: ajustar-se ao usuário, ter custo acessível, conforto, simplicidade para colocação e retirada, facilidade na limpeza, a fim de promover a aderência ao uso.

Ainda na orientação quanto à indicação, os usuários relatam conhecer a ação da órtese no seu agravo e 89% classificam a gravidade como sendo de média à severa. Para os usuários U3 e U8, a órtese serve para evitar a progressão de deformidade, já para U4 proporciona posição funcional.

“Problema? Pra ajudar a estender os dedos, pra bloquear ... evitar que fique em garra”. (U3)

“...Sofri a lesão do nervo radial, perdendo o movimento de punho e extensão de dedos (...) ela faz a melhora na extensão dos dedos e na sustentação do punho.”. (U4)

“... começaram a ficar sem movimento e depois ficaram entortando, entortando os dedos. Pra dar suporte pra não piorar, pra manter ali, pra estacionar ali(...)”. (U8)

Pode-se evidenciar que nesses casos as órteses, enquanto recurso de tecnologia assistiva, tem especificidades de acordo com cada usuário: atua

promovendo posicionamento do membro superior, prevenindo deformidades, fornecendo suporte e alinhamento das articulações, viabilizando a estabilidade muscular, resgatando a função manual que estava comprometida ou perdida conforme sugere a literatura (AGNELLI; TOYODA, 2003; VEEHOF *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2010; SILVA; MASSA, 2015).

Revisando a literatura, Fess (2002) verificou que havia referências antigas (mais de 50 anos) demonstrando que alguns objetivos, no uso de órtese, perpetuam ao longo do tempo, como: aumentar a função e prevenir a deformidade. No entanto, outros objetivos foram mais evidentes conforme o contexto de saúde ou doença da época. As falas supracitadas dos pacientes demonstram claramente os objetivos que têm permanecido ao longo dos anos.

De acordo com McKee e Rivard (2004), uma órtese promove alteração nos tecidos moles, ossos, articulações, como também no desempenho ocupacional. Assim, a interação com o paciente durante todo o processo, fornecendo orientações claras e objetivas possibilitam melhor resultado.

Categoria adesão

De acordo com WHO (2003), a adesão é influenciada por cinco dimensões: socioeconômica, relacionada ao paciente, ao tratamento, sistema de saúde e à própria condição de saúde. Assim, cada um destes fatores necessita ser considerado para modificar a adesão à terapia. Não há estratégias de intervenção específica eficaz para todos os pacientes. No entanto, é de comum acordo que os pacientes devem ser participativos, pois a melhoria da adesão a um tratamento é um processo ativo e frequente. Conforme Joseph *et al.* (2018) e O'Brien (2010), o resultado do tratamento de lesões musculoesqueléticas agudas depende da adesão do paciente ao uso da órtese.

Na categoria adesão, as dificuldades mais frequentes apresentadas na perspectiva profissional, em primeiro lugar está a falta de compreensão do objetivo da órtese (64%), seguido por pontos de pressão e dificuldade de colocação e retirada

(36%), afecções na pele por higiene precária e por último, coceira (gráfico 1). Além destes fatores, menciona-se a aceitação social, como visualizado nos textos seguintes:

“Acredito ser falta de compreensão, pois os pontos relatados quando acontece (ponto de pressão, etc.) são corrigidos, adequados.” (P01)

“Falta de conscientização do paciente ou familiar da importância do uso da órtese.” (P03)

“Alguns pacientes não se sentem à vontade com o uso da órtese em meio externo, sentem vergonha porque não querem que outras pessoas fiquem olhando e perguntando.” (P06)

“Falta de compreensão da ação da órtese, vergonha diante da sociedade.” (P11)

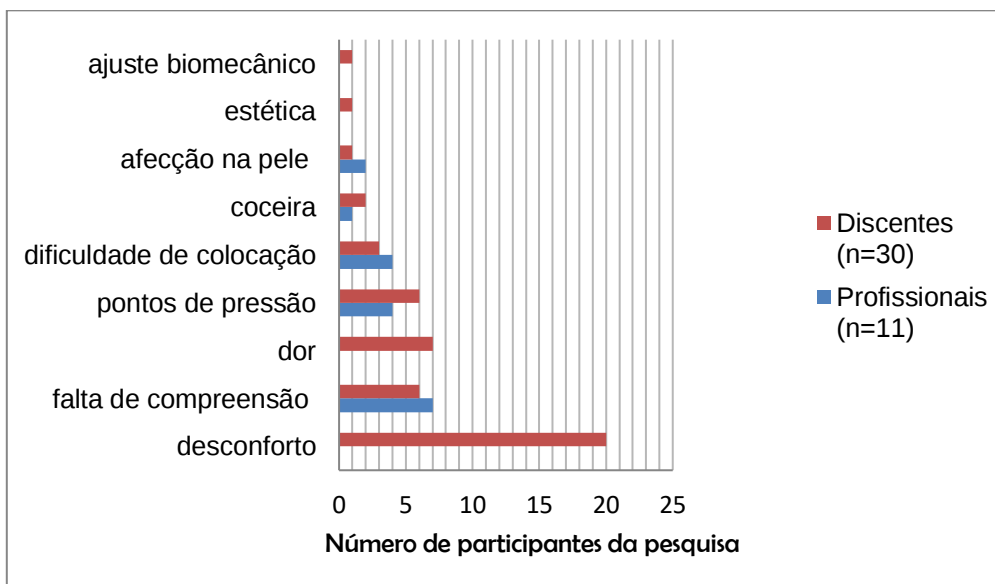


Gráfico 1- Dificuldades apresentadas no uso de órtese de membro superior na percepção dos profissionais e discentes.

Neste contexto, o profissional pode intervir na maior adesão do paciente ao uso da órtese através do esclarecimento da indicação e função, treino do uso correto, orientação quanto aos benefícios e consequências. Mas, a participação ativa do usuário no processo de confecção da tecnologia assistiva é imprescindível. Conhecer as

necessidades, preferências e predisposições individuais implicam não apenas em fatores físicos, mas em incluir estilo de vida, comportamentos, expectativas e habilidades, possibilitando assim maior êxito no uso (ALVES, 2017). A avaliação continuada permite o monitoramento de possíveis problemas, bem como resultados, que devem ser compartilhados com o paciente, no processo de reabilitação. Romeiro Filho (2010) destaca que um produto é o resultado de um esforço conjunto e a comunicação a mola propulsora para o sucesso.

De acordo com Lustosa, Alcaires e Costa (2011) existem alguns fatores que propiciam maior adesão ao tratamento, como: a forma como o paciente vê sua doença; a atitude do terapeuta desde o acolhimento, tempo dispensado no atendimento, linguagem, capacidade de ouvir e responder questionamentos até o encorajamento para seguir as recomendações; relação equipe de saúde–paciente. Neste estudo, estes fatores foram percebidos nas falas de alguns profissionais:

“Eu acho que a sistematização deste acompanhamento,... realmente de acompanhar todo o processo desde a indicação, se for possível, a confecção e fazer monitoramento desse uso fora do ambiente de terapia.” (P10)

“Melhorar as informações sobre a importância, ação da órtese, reforçando constantemente. Fazer acompanhamento sistemático, mensurar resultados e apresentá-los de forma compreensível para o paciente. Ser um “bom ouvinte”, ou seja, escutar o paciente em suas dúvidas e até mesmo em possíveis soluções em relação à órtese.” (P11)

“Fazendo a orientação sobre a necessidade e os benefícios da utilização da órtese, assim como realizar o treinamento de forma simples e de fácil compreensão para a utilização do mesmo; facilitar o acesso ao serviço de órtese.” (P04)

Nas falas de P10 e P11 ainda destaca-se o acompanhamento contínuo, regular e rigoroso como fator de influência na adesão, bem como a devida compreensão por parte do usuário. Corroborando com esta argumentação, MacKee e Rivard (2004) concluíram que o acompanhamento é fundamental para averiguação do uso da órtese,

fornecer informações para alterações no protocolo de tratamento e traçar condutas práticas.

O'Brien (2010) destaca que a adesão engloba alguns comportamentos como: iniciar e dar continuidade em um programa de tratamento, manter o acompanhamento, fazer o uso correto da órtese, realizar o programa domiciliar indicado pelo terapeuta, manter a atividade do membro proporcional às fases de recuperação. Os profissionais participantes da pesquisa também apontaram estes comportamentos.

Ainda nesta categoria adesão, na percepção discente, as dificuldades mais frequentes apresentadas pelos pacientes são, em ordem decrescente: desconforto, dor, falta de compreensão do objetivo da órtese e pontos de pressão, dificuldade de colocação e retirada, coceira e em último lugar, estética, afecção na pele e ajuste biomecânico (gráfico 1). Discentes e profissionais diferem entre si na percepção da hierarquia destas dificuldades, sendo o desconforto o fator mais citado pelos discentes e não citado pelos profissionais. O'Brien (2010), na revisão sistemática realizada, encontrou apenas um estudo em que desconforto foi considerado como fator relevante para o não uso da órtese, fato que corrobora com a percepção dos profissionais desta pesquisa.

Paterson *et al.* (2014) destacam como complicações na aderência do paciente ao uso da órtese: o desconforto causado por pontos de pressão, estética pobre, peso, limitação da função e comprometimento do desempenho na realização de atividades de vida diária, entre outros. Os resultados demonstram estes mesmos fatores causando interferência na adesão na percepção dos profissionais e discentes, exceto peso da órtese. O desconforto é fator preponderante para os discentes, entretanto usuários e profissionais não priorizaram. MacKee e Rivard (2004) enfatizam que bons resultados no uso de órtese ocorrem quando há conforto, leveza, estética e compreensão sobre o uso.

Na percepção dos usuários participantes desta pesquisa, somente o comprometimento, interferência na realização de atividades de vida diária é fator relevante para alguns, conforme evidenciado nas falas:

*“Interferência na realização de atividades do dia-a-dia por limitar movimentos.”
(U3)*

“Se eu estiver com ela não consigo fazer quase nada. Dificulta o movimento, por exemplo, pra lavar prato, não tem como lavar com ela, que vai molhar né, atrapalha. O que eu vou fazer, não pode ser com ela.”(U5)

“Por eu não ter quem faça as minhas coisas, eu sozinha tenho que fazer tudo: cozinhar, lavar, passar, então ela tira um pouco da forma que eu agiria sem ela, ela limita um pouco.” (U6)

“Fica ruim de eu pegar. Por exemplo, cortar, eu não corto nada, se eu pegar a tesoura, não dá pra cortar, tem que tirar.” (U8)

O conforto no desempenho de atividades funcionais é fator determinante pelo paciente na escolha de modelos de órteses que possuem a mesma função (NEMATİ et al., 2016). Assim, minimizar a interferência no estilo de vida e no desempenho das atividades de vida diária devem ser considerados como fatores importantes na aderência (O'BRIEN, 2010).

Entre os fatores que contribuem para o não uso da tecnologia assistiva destacam-se ainda: problemas relacionados à condição física do usuário; quadro algico presente; falta de adequação biomecânica. (COSTA et al., 2015).

Na percepção discente, os fatores que interferem na adesão ao uso da órtese são os mesmos relatados pelos profissionais, acrescidos da questão estética da órtese e no incômodo na relação entre o aspecto psicológico e social.

“Acredito que tenha a ver com o desconforto, grau de dor, questões relacionadas a insatisfatoriedade com a arquitetura do dispositivo. (D19)

*“Recusa devido a vergonha de sair de casa ou por não aceitar o desconforto.”
(D20)*

“Aspectos relacionados à estigmatização pelo uso no meio familiar e comunitário.” (D24)

Há concordância que o conhecimento do paciente sobre a ação da órtese, bem como sua manutenção e conservação interferem na utilização diária apropriada, na conservação, durabilidade e manutenção, promovendo maior adesão ao uso, para isto é necessário esclarecimento adequado à sua realidade.

“A orientação adequada sobre os objetivos da utilização da órtese, as adequações da mesma e os benefícios advindos pela utilização frequente dela se explicados de maneira simples e na linguagem que o paciente compreenda possivelmente contribuirá na motivação do paciente para adesão à órtese.”
(D15)

“A forma como é passado para o paciente, compreensível, clara, sem termos técnicos, com orientações precisas.” (D21)

“Se as orientações forem claras e objetivas, com certeza o paciente entenderá e se sentirá mais seguro para usá-la.” (D22)

“Através da explicação e demonstração com fotos, apresentando os benefícios.”
(D27)

A maioria dos usuários (89 %) alega pouco à razoável conhecimento sobre o motivo da indicação da órtese, fator que desfavorece a consciência da finalidade e da adesão ao uso. De acordo com Soares (2010), a adesão é fator essencial no processo de reabilitação. A tomada de decisão no processo terapêutico torna o indivíduo coparticipativo do plano de cuidados acordados com a equipe de saúde, tendo maior probabilidade de sucesso no tratamento. É imprescindível compreender sua demanda, valorizar seu conhecimento e considerar seu contexto. (CHAKRABARTI, 2014; DE LAS CUEVAS, 2011; GALVÃO FILHO, 2009).

Vale ressaltar que para traçar estratégias resolutivas e alcançar resultado satisfatório na aceitação e uso de um recurso de tecnologia assistiva é preciso dar ênfase ao usuário, que explicita suas necessidades físicas e psicossociais que necessitam ser atendidas (COOPER E EDGETT; 2014).

No processo de reabilitação com uso de órtese é imprescindível conhecer as necessidades e preferências do paciente, ter uma comunicação adequada de escuta e

transmissão de informações e, desenvolver a relação terapeuta-paciente. Para Mattozo (2016) a possibilidade de sucesso de um produto está diretamente relacionada à participação do usuário durante o processo de desenvolvimento. Por isso, a “escuta” do usuário promove maior compromisso e adesão.

Observa-se que o uso da órtese foi considerado satisfatório no julgamento dos usuários por promover melhora na posição funcional, evitar deformidade nas articulações, propiciar equilíbrio muscular, reduzir quadro álgico, alterar o desempenho funcional, reforçar a segurança. Estes fatores culminaram na melhora da qualidade de vida propiciando maior bem-estar e elevação da autoestima aos entrevistados, conforme os relatos abaixo.

“A órtese me ajudou bastante, eu tava com a mão de um jeito e hoje praticamente minha mão está quase perfeita.”(U1)

“Porque ela, eu percebo que... a pessoa que eu sou sem a órtese é uma, e com a órtese é outra. E essa, com a órtese me dá qualidade. Eu olho pra minha mão ao tirar e percebo a mudança, a transformação. Foi o que eu percebi no primeiro momento: a minha mão com uma deformação muito grande eu vi que com o uso da órtese, na medida que eu chegava a tirar eu percebia que a minha mão tava recuperando. Entende? Então assim ... são dois momentos distintos e que são importantes.” (U6)

“Porque ela melhora o nosso, nosso movimento. Ela evita que os dedos entortem mais e eu sinto confortável.” (U8)

Entre os achados de Joseph et al. (2018) quanto à satisfação dos usuários de órtese de membro superior, destacam-se três qualidades como prioridades: conforto (81%), eficácia (75%) e facilidade de uso (74%). Ressalta-se que os achados da pesquisa, aqui apresentada, obtiveram a eficácia em primeiro lugar, em seguida conforto e por último a facilidade de uso. Fess (2002) relata que a associação do uso adequado da órtese, terapia e cirurgia de qualidade promovem a satisfação e melhora do paciente. Esta sincronia no trabalho entre os profissionais e pacientes permite a projeção de novas órteses visando à melhora do paciente.

A eficácia da órtese, como recurso terapêutico, está relacionada à confecção, escolha do material, continuidade do tratamento de reabilitação, acompanhamento, orientação e verificação do uso, ajustes necessários na órtese (AGNELLI; TOYODA, 2003).

Objetivando a maximização na obtenção de satisfação e uso da tecnologia assistiva faz-se necessário entender os componentes primários que exercem influência, a saber: o meio ambiente e social no qual o usuário irá interagir; as necessidades (incluindo tipo de lesão e/ou condição clínica), preferências, motivação e expectativas do usuário e as atividades exercidas pelo mesmo; as funções e características da tecnologia que atendam a demanda do usuário em questão (SCHERER; SAX, 2010; ALVES, 2017; GRADIM E PAIVA, 2018).

Apesar das tecnologias assistivas proporcionarem funcionalidade há uma interface com o estigma. Fato este que pode contribuir para a não aceitação e uso (SANTOS *et al.*, 2017). Cabe destacar que os usuários entrevistados relatam que a funcionalidade superou qualquer preconceito existente, como evidenciado nas falas. O sujeito U6 relata que a órtese passou inclusive a ser incorporada ao seu visual.

“Você tem um desconforto acho que questão psicológico, né? Tem gente que ainda olha e vê como se fosse uma coisa estranha na pessoa. Eu já percebi isso em pessoas, quando eu vou(...) estou no supermercado, a pessoa vê, acho que é isto né? Assim, cria-se um certo desconforto (...) Hoje eu vou pra qualquer lugar com ela.”(U1)

“(...) até que eu não cumprimento ninguém sem elas, quando tô com elas, já aceno. Quando tô sem elas só posso fazer assim (inclina o rosto em sinal de cumprimento) porque a mãozinha tudo fica ... acho que fica melhor com elas.” (U8)

“(...) A gente estranha, é um impacto no primeiro momento. Aí depois você olha pra ela e começa a ter carinho. E eu tava refletindo agora, que pra mim o uso da órtese é usar um acessório como mulher, um acessório íntimo. Eu não posso sair sem aquela, o acessório íntimo. Então, a órtese, eu sinto dificuldade. Hoje, olhar para a minha mão e não perceber que estou com a órtese, é como se eu

tivesse sem algo que é indispensável. Entende? Ela hoje tornou-se minha amiga íntima. Então, não estar com ela, falta alguma coisa.” (U6)

Com base nas informações coletadas, há satisfação com o conforto e a aparência da órtese. McKee e Rivard (2004) relatam que a aparência física da órtese merece especial atenção, pois torna-se parte do microambiente do usuário integrando seu visual como um item de vestuário, sendo visto pelos outros; tendo aceitação ou rejeição.

Em relação à interferência no uso, somente 55,5% dos usuários relatam ter dificuldades, sendo estas: alteração na realização das atividades de vida diária por limitação, restrição dos movimentos (75%) e pontos de pressão (25%). Cabe destacar que os usuários que relatam estas dificuldades fazem uso de órtese para corrigir e/ou evitar deformidades ao nível das articulações da mão e dedos, ou seja, fazem uso devido ao agravo ser crônico. Têm o tempo de uso restrito às atividades que desempenham durante o dia.

A órtese deve se encaixar no estilo de vida do cliente que faz uso por longo prazo; pois apesar de não apresentar dor, a mobilidade restrita de algumas articulações pode impor inconveniência levando ao não uso do dispositivo. Podem ser causas do não uso: desconforto, aparência inaceitável ou inconveniência. Alterações podem ser necessárias para aliviar os pontos de pressão e permitir mobilidade adequada. Destaca-se ainda, a não aceitação social, por parte do cliente ou de seu cuidador podendo ter variações de acordo com o grupo cultural no qual está inserido. A intervenção com órtese é benéfica ao tratamento quando realizado o contínuo acompanhamento. É fundamental o acompanhamento para garantir adequação, revisão e atualização dos protocolos de atendimento, direcionamento das ações práticas (MCKEE; RIVARD, 2004).

Desafios

Em relação aos desafios encontrados na prescrição de órteses, 64% dos profissionais consideram a restrição e falta de material como sendo fator preponderante, 18% dificuldade em atender a necessidade específica do paciente, 9%

em indicar profissional capacitado para confeccionar a órtese. Agnelli e Toyoda (2003) encontraram que os materiais disponíveis no Brasil não atendem à todas as patologias e o alto custo dos materiais termoplásticos de baixa temperatura dificulta o acesso da população, além de não atenderem totalmente a satisfação do paciente, devido à restrição de tipos e marcas de materiais disponíveis no mercado nacional. Outro fator levantado pelos mesmos autores é a dificuldade imposta pela burocracia no serviço público para aquisição do material.

Fess (2002) faz um histórico dos materiais utilizados na confecção de órtese ao longo dos anos, desde a confecção utilizando talas de madeira, junco, passando pelo alumínio, materiais que exigiam solvente, gesso, termoplástico de alta temperatura culminando no século 20 com o uso da combinação dos termoplásticos de baixa temperatura. Nesta pesquisa, verificou-se que os termoplásticos de baixa temperatura são os materiais escolhidos e utilizados pelos profissionais. Apesar do custo ainda ser elevado, os profissionais optam por este material pela sua aplicabilidade ao maior número de pacientes, independente do comprometimento inicial.

As dificuldades e desafios encontrados pelos profissionais na confecção de órteses encontram-se pautados, novamente, na restrição e falta de material (46%) e 36% não realiza a confecção no serviço. Outro fator destacado é o tempo disponível para esta ação, pois por ser tratar de local público e demanda alta, há interferência na ação profissional.

“Muitas vezes o tempo para confecção (demanda tempo). Como realizo, confecciono mais para o público infantil neurológico, a moldagem é um pouco demorada.” (P01)

“(...) Às vezes, eu percebo que a gente indica, faz o acompanhamento, mas que ... no dia-a-dia a gente percebe que não está tendo muito efeito. Então, a gente observa que talvez as orientações não estão sendo seguidas principalmente em relação ao tempo de uso desta órtese. Então, é uma adesão mesmo deste familiar em perceber a importância de fazer uso daquele recurso de forma adequada e também a adesão em trazer este recurso para o momento da terapia.” (P10)

Diante do alto custo do material e das dificuldades de aquisição pelo setor público, faz-se necessário a devida orientação dos pacientes no manuseio e uso correto das órteses. Segundo Agnelli e Toyoda (2003) uma das dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidos na prescrição e/ou confecção de órteses é relacionada à conscientização dos clientes sobre a importância da órtese como um recurso do tratamento de reabilitação.

Os desafios e dificuldades encontrados na prescrição e confecção de órteses pelos discentes são similares aos dos profissionais: falta de material. Os discentes ainda sugerem o baixo conhecimento nos anos anteriores da graduação como sendo um fator limitante a estas ações.

“A pouca carga horária quanto à confecção e prescrição de órtese dificulta para os estagiários quanto a esse aspecto, dependendo das preceptoras para essa prática.” (D01)

“Falta de conhecimento em relação a prescrição adequada para a disfunção e pouca experiência na confecção de órtese.” (D02)

“(...)pouca carga horária na faculdade (curso) o que dificulta na prescrição e confecção.” (D05)

As falas supracitadas evidenciam que na formação acadêmica, nos anos anteriores ao estágio, há necessidade da melhora da integração entre teoria e prática, a fim de proporcionar no decorrer da vida universitária a formação de profissionais reflexivos, críticos, ativos no processo de aprendizagem (FREIRE, 1987), que busquem soluções e estratégias para intervir na realidade. Merighi (2014) verifica que a fusão entre a prática e teoria proporciona ao acadêmico amadurecimento e segurança para exercer atividade com o paciente, bem como autonomia para o futuro profissional.

Alves (2012) aponta a existência de deficiência de conteúdos na área de tecnologia assistiva na formação de terapeutas ocupacionais, que participaram de sua pesquisa, sendo necessária a complementação com atividades especializadas fora da formação.

Fica evidente a necessidade do compartilhamento de experiências de ensino e conhecimento sobre a confecção de órtese, desde o projeto até a finalização, por parte dos educadores a fim de propiciar o desenvolvimento de habilidades práticas e de raciocínio clínico entre os graduandos com o propósito de que consigam atender melhor às necessidades dos futuros pacientes (SCHOFIELD; SCHWARTZ, 2018).

A correta prescrição e confecção, levando em conta as condições clínicas, significado da alteração da funcionalidade para o indivíduo, interesse, estilo e contexto de vida, ambiente e treinamento são fatores primordiais para se obter sucesso na adesão ao uso de órtese do membro superior e consequentemente aumento dos benefícios. Análise destes fatores também proporcionará adoção de ações que visam o controle de possíveis dificuldades que venham a surgir. Neste contexto, surgem os diferentes designers de órteses que são resultantes das escolhas realizadas no processo de construção, sendo consideradas as restrições impostas pela aplicação, ambientes e as necessidades individuais do paciente (BOS *et al.*, 2016).

Os benefícios que a órtese pode proporcionar estão diretamente relacionados ao posicionamento e uso correto. Oliveira *et al.* (2010) verificou que a correta colocação da órtese em crianças com paralisia cerebral (PC) era fator preponderante na evolução do tratamento. O usuário precisa se apoderar e incorporar em sua rotina diária as orientações fornecidas pelo profissional. O comportamento do paciente, em grande parte, determinará o sucesso ou fracasso do tratamento (LUSTOSA, ALCAÍRES E COSTA; 2011).

Os dados da pesquisa corroboram com os achados de McKee e Rivard (2004) que considera que a abordagem centrada no paciente lhe possibilita compreender a indicação da órtese, bem como uso, cuidado e necessidade de acompanhamento do terapeuta. Cabe destacar que a interação terapeuta-cliente durante todo o processo (avaliação, confecção e intervenção) possibilita a otimização dos resultados.

É imprescindível que o profissional compreenda a necessidade, a satisfação e as expectativas do cliente em relação à órtese para que possa adequá-la ao propósito terapêutico (ALMEIDA *et al.*, 2015). O terapeuta deve promover a articulação entre o

objetivo e a aceitação da órtese pelo cliente a fim de obter o uso como prescrito, bem como os ganhos pretendidos (SCHOFIELD; SCHWARTZ, 2018).

No processo de reabilitação a integração entre o uso da órtese, exercícios e atividades terapêuticas proporcionará o alcance dos objetivos almejados no tratamento de forma mais satisfatória (LUZO; MELLO; CAPANEMA, 2004).

4 CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa respondem aos seus objetivos, evidenciam a importância da orientação do usuário no uso e cuidado com a órtese de membro superior. Os fatores: falta de compreensão do objetivo da órtese, pontos de pressão, dor, desconforto foram evidenciados como preponderantes no quesito adesão, na percepção dos profissionais e discentes; enquanto limitação no desempenho das atividades de vida diária foi destacada na percepção dos usuários. Apesar dos serviços de reabilitação possuírem um aparato legislativo para garantir o acesso à tecnologia assistiva, o custo e a dificuldade em adquirir os materiais, pelo setor público, foram apontados como os desafios preponderantes para prescrição e confecção das órteses. Na percepção dos discentes, aponta-se a necessidade de promover melhora na integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

A limitação do estudo foi a dificuldade de encontrar pesquisas científicas relacionadas ao tema em foco. Entretanto, é preciso enfatizar que os resultados oferecem contribuições importantes para a compreensão dos fatores que afetam a adesão ao uso de órtese, bem como os desafios. Dito isto, sugere-se que mais estudos sejam feitos para substanciar essa temática.

As possibilidades evidenciadas no estudo foram a perspectiva de produção de diferentes materiais educativos para auxílio no uso de órteses e o estímulo ao diálogo entre profissionais e pacientes promovendo reflexão e participação ativa.

Há a necessidade de mais diálogos que permitam a reflexão sobre os fatores que interferem no uso de órtese no serviço do Centro Especializado em Reabilitação.

PRODUTO EDUCACIONAL

5 INTRODUÇÃO

Este material faz parte do produto educacional elaborado como parte de produção do trabalho final do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. O vídeo compõe o produto final da dissertação: “Fatores associados à adesão dos usuários em um CER no uso de órteses de membro superior: na perspectiva do profissional, do discente e do usuário”. A pesquisa teve como objetivo identificar fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço de um Centro Especializado em Reabilitação (CER), verificando quais as dificuldades e desafios mais frequentes ocorrem em relação ao uso da órtese de membro superior tanto na visão do profissional, como do paciente/ cuidador e dos estagiários. Os dados da pesquisa forneceram o conteúdo para elaboração do roteiro.

O CER é o local especializado em reabilitação e que possui equipes formadas por diversos profissionais (BRASIL, 2012), as quais realizam avaliação e, também, o planejamento do processo de reabilitação: o atendimento propriamente dito, esclarece dúvidas e fornece orientações que promovem a adesão do paciente ao tratamento e consequentemente mudanças em sua qualidade de vida através da promoção da autonomia e independência (LUZO; LOURENÇÃO; ELUI, 2004).

Para que os objetivos propostos sejam alcançados, pode-se utilizar recursos que favoreçam a transmissão e uniformização das informações e facilitem a compreensão, reforçando a comunicação dada nos atendimentos (MOREIRA, 2010; ECHER, 2005; FREITAS; CABRAL, 2008). No caso desta pesquisa, optou-se por recurso audiovisual: elaboração do vídeo para complementar, ilustrar, reforçar e uniformizar as orientações verbais dadas pelos profissionais, que atuam na reabilitação, aos usuários de órtese de membro superior.

Para a construção de um material midiático educativo é fundamental conhecer os sujeitos, ou seja, suas dúvidas, relatos, a fim de que o conteúdo seja significativo e produza reflexões e mudanças (BENTO; MODENA; CABRAL, 2018). Nesta perspectiva,

o material produzido foi resultante da percepção dos envolvidos no processo de prescrição, confecção, uso e ensino relacionados à órtese de membro superior em um CER na cidade de Maceió.

5.1 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Servir de suporte no esclarecimento e/ou reforço das orientações dadas pelo terapeuta ocupacional e/ou fisioterapeuta aos usuários de órtese.

Objetivos específicos:

- Informar sobre o uso, cuidados e conservação da órtese, favorecendo a adesão ao uso da órtese.
- Estimular o diálogo entre profissional e usuário para esclarecimento de dúvidas e dificuldades.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

Os avanços tecnológicos têm sido incorporados à sociedade de acordo com as necessidades, valores e interesses das pessoas, sendo aplicados em seus vários setores, destacando-se a tecnologia da informação e comunicação na educação (CASTELLS; CARDOSO, 2005). Ao utilizar ferramentas da tecnologia na educação em saúde deve-se lembrar que a aprendizagem será significativa à medida que permite ao indivíduo utilizar o conhecimento prévio armazenado para compreender e dar sentido à nova informação (ASUBEL, 2003; MOREIRA, 2010).

Falkembach (2005) enfatiza que na produção de um material educativo, é preciso ter clareza dos objetivos, conhecer o público-alvo, ter domínio do conteúdo, saber como será apresentado, quando e onde. Kaplún (2003) define que o material educativo não é responsável apenas pela informação em um determinado contexto, mas por ser um facilitador da experiência de aprendizado, de mudança. O autor propõe três eixos a serem contemplados no planejamento e estruturação do material educativo:

o eixo conceitual (conteúdos, tema), o pedagógico (situa o destinatário e onde este se encontra em relação ao eixo conceitual, ou seja, promove articulação entre os outros eixos), comunicacional (formato, diagramação e linguagem empregada). Ainda, para que ocorra alteração do conhecimento, é necessário que o material educativo seja adaptado ao nível de alfabetização e estilo de aprendizagem preferido pelos participantes (GIUSE *et al.*, 2012). A partir da compreensão dos estilos de aprendizagem é possível elaborar, promover contextos que favoreçam não somente a aprendizagem, mas também a sua qualidade (JESUS *et al.*, 2018; ALLIPRANDINI; PULLIN; RUFINI, 2012).

Assim, ao produzir um material educativo, que tem a função de auxiliar no processo de ensino/aprendizagem (SANTOS *et al.*, 2019), há uma busca de influenciar a realidade do receptor do material. O sucesso desta intervenção na realidade depende não somente da mensagem expressa, da organização do material, mas incorporar contextualização e empoderamento dos sentidos propostos no material (ARAÚJO, 2006). A mesma autora, ainda orienta que a abordagem textual necessita ser concreta e as ilustrações devem ser feitas a partir de elementos conhecidos pelos sujeitos ao qual o material educativo se destina, a fim de promover a interlocução. Pois, cada detalhe possui informações que interferirá sobre os sentidos, promovendo credibilidade e legitimidade do conteúdo. Além das ilustrações, é fundamental que o texto não seja longo, devem ser evitados gráficos e tabelas, pois são difíceis para a compreensão.

Alguns procedimentos devem ser seguidos na construção de um material educativo em saúde: primeiro buscar conhecimento científico do conteúdo a ser abordado; em sequência, transformar em uma linguagem acessível a todos independente do nível de instrução; selecionar as informações relevantes e torná-las atrativas; atender à demanda do público a que se destina. Como última etapa ocorre a qualificação do material, ou seja, após a distribuição com profissionais de saúde e pacientes, há a avaliação se este realmente atende ao que se propõe (ECHER, 2005). Leite (2018) estabelece eixos para avaliação de produtos educacionais no âmbito de mestrados profissionais na área de ensino, sendo estes: estética e organização do

material educativo, capítulos, tipo de escrita apresentada, conteúdos, proposta didática e criticidade; ocorrendo dependência entre forma e conteúdo.

Vários são os recursos educacionais que podem ser produzidos e disponibilizados para o ensino e aprendizagem (SANTOS *et al.*, 2019), incluindo o vídeo. A produção de vídeo tem a vantagem de possibilitar informar uma ampla população sobre determinado assunto de forma interativa e consistente, além de ser econômico (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009). Estes últimos autores ainda salientam que o recurso audiovisual causa maior efeito que a escrita. Este fato pode ser explicado pela teoria da codificação dual de Allan Paivio em que dois subsistemas cognitivos estão presentes: não verbal (imagens) e o outro verbal (sons) (CLARK; PAIVIO, 1991). Assim, o vídeo ao abranger estes dois canais é uma alternativa eficaz para conceder informações sobre uma determinada ideia. Corroborando com esta temática, Chi, Pickrell, Riedy (2014) e Razera *et al.* (2016) verificaram que os participantes da pesquisa submetidos ao ensino com a inserção de vídeo, obtiveram melhores resultados de aprendizagem cognitivos e afetivos que os demais do grupo controle que não utilizaram.

De acordo com Moran (1995) e Logsdon *et al.* (2015) no vídeo há abrangência de todos os sentidos, pois parte do concreto, do que é visível, e a linguagem audiovisual potencializa diversas atitudes perceptivas, requisitando a imaginação e afetividade. A junção de movimento, som, escrita e imagens capacitam o vídeo como um recurso alternativo e apropriado no processo de ensino-aprendizagem (GREGÓRIO, 2016).

O vídeo educativo é uma ferramenta de ensino e comunicação que auxilia a compreensão e reflexão crítica, possibilita aos sujeitos participação ativa no processo, pois é dada ênfase em sua aprendizagem (RAZERA *et al.*, 2014).

Nesta perspectiva de aprendizagem, O'Connor & Seymour (1995) relatam que o ser humano utiliza os sentidos: visão, paladar, audição, tato e olfato para apreender, arquivar e codificar a informação proveniente do meio externo. Vale ressaltar que os sistemas representativos mais utilizados são o visual, o auditivo e o cinestésico. No entanto, a cada circunstância será utilizado um sistema preferencialmente ao outro. Ao se produzir um material educativo deve-se considerar os diferentes sistemas

representacionais e também o sistema orientador (responsável por trazer as informações para os pensamentos conscientes), para que a aprendizagem possa ocorrer no público alvo.

O mesmo autor destaca a importância de estabelecer âncora (definido como um estímulo ou uma estratégia) para dar acesso ao estado emocional e modificar comportamentos. A âncora pode ser produzida pela repetição ou associação; o seu uso visa promover, estimular uma nova resposta. Martins e Oliveira (2016) demonstraram que há melhora da aprendizagem através do uso de imagens coloridas que ativam o sistema visual permitindo assimilação do conteúdo, servindo de âncoras.

Tendo ainda o aprendizado em foco, é imprescindível conhecer a teoria da análise transacional criada por Eric Berne, no final da década de 1950, que é uma teoria da personalidade. Esta utiliza os conceitos do estado de ego: Pai, Adulto e Criança para compreensão do comportamento humano na relação interpessoal. O estado de ego Pai é constituído de valores, tradições, moral, ética, julgamentos, preconceitos. Assim sua função está relacionada à proteção, críticas. O estado de ego Adulto analisa e classifica as informações de forma assertiva, permitindo a tomada de decisões baseada na lógica. O estado de ego Criança está relacionado à espontaneidade, criatividade e entusiasmo (BERNER, 1985).

Desta forma, o ser humano organiza o que vê, ouve, sente e filtra as experiências e informações através dos sentidos. De maneira semelhante, o indivíduo forma e manifesta o estado de ego em suas relações interpessoais, através dos registros vivenciais (BERGER, 1999).

Diante destes conhecimentos, a produção do recurso educacional deverá considerar os aspectos: técnico, cognitivo e sistêmico para que produza mudança de comportamento (SANTOS *et al.*, 2019). O sucesso de um recurso está diretamente ligado à possibilidade de contemplar o maior número de indivíduos através do uso de diferentes formas de aprendizagem, maior quantidade de sentidos englobados e estado de ego.

7 PROCEDIMENTOS METÓDICOS

A opção pelo vídeo ocorreu pela facilidade de acesso do público em qualquer local e pelos diversos níveis socioeconômicos, bem como pela amplitude de alcance e divulgação desse recurso.

Na elaboração do vídeo utilizou-se linguagem clara e de fácil compreensão a fim de atingir o maior número de usuários de órtese com níveis variados de conhecimento, idade e condição social. O conteúdo foi apresentado através de narrativas associado às imagens que abordaram desde o conceito, uso, cuidados e conservação da órtese, até a importância do diálogo entre terapeuta e usuário. O uso de linguagem abordando: imagens, sons e sensações, permite invocar cada sistema representacional. Oliveira e Conduru (2004) relatam que o uso de imagens científicas tem como objetivo principal servir de acréscimo à linguagem escrita, buscando sempre a objetividade, diferenciando-se assim da arte.

Desenvolveram-se as produções audiovisuais: “O que é órtese”, com duração de 2 minutos e 45 segundos; “Cuidados com a órtese”, com duração de 3 minutos e 20 segundos”. As imagens foram produzidas por um discente do curso de fisioterapia, utilizando recursos dos programas *Adobe Photoshop* e *CorelDRAW* 2019. Para a edição de vídeo foram utilizados os programas: *Adobe AfterEffect* e *Adobe Premiere*. Os desenhos e os vídeos foram produzidos de acordo com roteiro elaborado pela pesquisadora.

Vários sentidos foram explorados: visão através das imagens; audição pelo som da música e narração; cinestésico pelos movimentos estimulados e ao abordar ponto de pressão, coceira e temperatura elevada (calor); olfativo pela evocação do odor desagradável no asseio incorreto, bem como no uso de produtos abrasivos.

Como âncora, foi utilizado o desenho da órtese, permitindo a identificação com o produto, independente da idade, condição sociocultural, gênero.

Em relação aos estados de ego, verifica-se que há contemplação do estado criança pelas imagens de desenhos utilizados, tornando mais dinâmicas e atrativas as informações.

O estado de ego pai é evidenciado através das informações imperativas sobre as ações a serem ou não realizadas durante o uso da órtese.

O estado de ego adulto é estimulado solicitando ao usuário de órtese que avalie, monitore seu membro, constantemente, em busca de qualquer sinal de alteração, informando ao usuário e fomentando no mesmo a necessidade de conversar e esclarecer as possíveis dúvidas com os profissionais responsáveis pelo atendimento.

Com o propósito de verificar a qualidade, pertinência e clareza do tema abordado, os vídeos foram apresentados a cinco profissionais e três pacientes do local da pesquisa. Foram considerados satisfatórios e sugerido, pelos profissionais, que os vídeos fossem apresentados na televisão da sala de espera do CER.

Os vídeos serão disponibilizados aos profissionais de um CER de Maceió que posteriormente, encaminharão, via aplicativos de mensagens, aos usuários de órtese, favorecendo a assimilação das informações prestadas pelos profissionais e servindo como material de apoio para consulta domiciliar. Os vídeos estarão disponíveis no portal EduCapes para livre acesso. Também serão disponibilizados aos docentes que ministram o módulo de tecnologia assistiva nos cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia em uma universidade pública de Alagoas para fomentar nos alunos da graduação a produção de outros recursos educacionais nesta temática.

8 CONCLUSÃO

O recurso educativo deve ser sempre planejado e produzido a partir da realidade do público alvo, considerando o contexto e o objetivo a que se propõe. Na produção de material, três questões necessitam ser respondidas: O que? Para quem? Como? A primeira pergunta refere-se ao conteúdo a ser abordado, a segunda refere-se ao público a que é destinado e a terceira atribui-se a melhor estratégia a ser adotada. O material educativo deve permitir que o sujeito seja agente de mudança no seu cotidiano, neste caso o vídeo, propiciando reflexão e crítica ao uso de órtese no processo de reabilitação.

De acordo com Bastos, Rezende Filho e Pastor Júnior (2015) mesmo um vídeo sendo produzido sobre uma determinada temática para um público alvo pode trazer ambiguidade nos espectadores, ou seja, o objetivo proposto pela produção pode proporcionar aderência ou resistência.

O material produzido apenas aponta um caminho que propõe aos profissionais da reabilitação (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) a desenvolverem e estimularem as potencialidades de participação do usuário de órtese, na condição de sujeito dinâmico, na melhor forma de enfrentar a problemática na qual se encontra. Mais estudos e materiais necessitam ser produzidos sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

AGNELLI, Luciana B; TOYODA, Cristina Y. Estudo de materiais para a confecção de órtese e sua utilização prática por terapeutas ocupacionais no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UfSCAR**, São Carlos, v. 11, n. 2, p.83-94, 2003. Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/194>
Acesso em 20. Jan. 2019.

ALLIPRANDINI, Paula Mariza Zedu; PULLIN, Elsa Maria Mendes Pessoa; RUFINI, Sueli Édi. Estilos de aprendizagem de alunos formandos de um curso de Pedagogia e suas implicações educacionais. **Cadernos de Educação**: FaE/PPGE/UFPEL, Pelotas, v. 41, p.155-174, jan./fev./abr., 2012. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/2097/1935> Acesso em 20. Jan. 2019.

ALMEIDA, Pedro Henrique Tavares Queiroz de et al. Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber? **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 55, n. 3, p.272-280, maio 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n3/0482-5004-rbr-55-03-0272.pdf> Acesso em 20. Jan. 2019.

ALVES, Ana Cristina Jesus; EMMEL, Maria Luisa Guillaumom; MATSUKURA, Thelma Simões. Formação e prática do terapeuta ocupacional que utiliza tecnologia assistiva como recurso terapêutico. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.24-33, jan./abr. 2012. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46909> Acesso em 20. Jan. 2019.

ALVES, A. C. J. **Avaliação de tecnologia assistiva predisposição ao uso: ATD PA**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2017.

ALVES, V. L. R. O significado do discurso de risco na área de reabilitação. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 67-70, 2001. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/actafisiatica/article/view/102346/0> Acesso em 20. Jan. 2019.

ARAÚJO, I. **Educação, comunicação e tecnologia educacional**: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 232p.

AUSUBEL, D. P. Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva. Lisboa, Plátano. Edições Técnicas. Tradução ao português de Lígia Teopisto, do original **The acquisition and retention of knowledge**: a cognitive view, 2003.

ASSUMPÇÃO, T. S. Órteses – Princípios Básicos. In: FREITAS, P.P. **Reabilitação da Mão**. São Paulo: Editora Atheneu. Cap. 34, p. 539-554, 2005

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. reimp. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BASTOS, W.G.; REZENDE FILHO, L.A.C.; PASTOR JÚNIOR, A.A. Produção de vídeo educativo por licenciandos: um estudo sobre recepção fílmica e modos de leitura.

Revista Ensaio, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 39-58, jan-abr, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epec/v17n1/1983-2117-epec-17-01-00039.pdf> Acesso em 20. Jan. 2019.

BENTO, S.F.V.; MODENA, C.M.; CABRAL, S.S. Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 335-45, jul-set, 2018. Disponível em:

<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reiis/article/view/1357> Acesso em 20. Jan. 2019

BERGER, L. **Estudo do emprego de técnicas da análise transacional e da programação neurolinguística na melhoria da comunicação pessoal e organizacional**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/80569> Acesso em 20. Jan. 2019

BERNE, E. **Análise Transacional em psicoterapia**. São Paulo: SUMMUS, 1985

BOS, R. A. et al. A structured overview of trends and technologies used in dynamic hand orthoses. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**, Michigan, v. 13, n. 1, p. 1–25, 2016. Disponível em:

<https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-016-0168-z> Acesso em 20. Jun. 2018

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em 20. Jun. 2018

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-lei-8080-de-19-de-setembro-de-1990/4769> Acesso em 20 Jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 146, de 14 de outubro de 1993.

Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 set. 1993.

BRASIL. **Decreto Nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

Acesso em 20 Jan. 2018

BRASIL. **Decreto-lei Nº 10.098**, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm Acesso em 20 Jan. 2018

BRASIL. **Decreto Nº 5.296**, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2848 de 6 de novembro de 2007. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 2007.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. **Tecnologia Assistiva**. Brasília: CORDE, 2009. 138p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Coordenação Geral do Sistema de Informações Sobre a pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010**: pessoas com deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

BRASIL. **Estatuto da pessoa com deficiência**. Brasília: Senado Federal, 2015

BREGER-LEE, D. E.; BUFORD, W. L. Properties of Thermoplastic Splinting Materials. **Journal of Hand Therapy**, London, v. 5, n. 4, p. 202–211, 1992. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0894113012802742> Acesso em 20 Jan. 2018

CARO, C. C. *et. al.* A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 521-529, 2014. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/796> Acesso em 10 Mar. 2018

CASTELLS, Manuel; CARDOSO, Gustavo (Orgs.). **A Sociedade em Rede**: do conhecimento à ação política; Conferência. Belém: Imprensa Nacional, 2005.

CHAKRABARTI, S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. **World J Psychiatr.** Estados Unidos, v.4, n.2, p. 30-36,

Jun, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4087153/>
Acesso em 15 Mar. 2018

CHI, D.L.; PICKRELL, J.E.; RIEDY, C.A. Student Learning Outcomes Associated with Video vs. Paper Cases in a Public Health Dentistry Course. **Journal of Dental Education**, Estados Unidos, v.78, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24385521> Acesso em 10 Jul. 2018

CLARK, J.M.; PAIVIO, A. Dual coding theory and education. **Educational Psychology Review**, Michigan, v.3, n.3, p. 149–210, 1991. doi:10.1007/bf01320076. Disponível em: <https://www.csuchico.edu/~nschwartz/Clark%20&%20Paivio.pdf> Acesso em 20 Jan. 2019.

COOPER, R. G.; EDGETT, S. J. Maximizing productivity in product innovation. **Research-Technology Management**, London, v. 51, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08956308.2008.11657495> Acesso em 16 Set. 2018

COSTA, C. R. *et al.* Dispositivo de Tecnologia Assistiva: fatores relacionados ao abandono. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 611-624, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1016> Acesso em 20 Jan. 2018

CRUZ, D. M. C. **Papéis Ocupacionais e pessoas com deficiências físicas:** independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo. 2012. 229 f. Tese (Doutorado em Educação Especial)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

DE LAS CUEVAS, C. Towards a clarification of terminology in medicine taking behavior: compliance, adherence and concordance are related although different terms with different uses. **Current Clinical Pharmacology**, Beijim, v. 6, n. 2, p. 74-77, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592067> Acesso em 20 Jan. 2019

DRUMMOND, A. F.; RODRIGUES, A. M. V. N. Os desafios da implantação de uma proposta de flexibilização curricular nos cursos de terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.15, n. 3, p. 106-11, set. /dez. 2004. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13947> Acesso em 20 Out. 2017

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-7, set-out, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf> Acesso em 20 Jan. 2019

FALKEMBACH, G.A.M. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. **Revista RENOLE:Novas Tecnologias na educação**. Rio Grande do Sul, v.3, n.1, maio

2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/13742/7970> Acesso em 20 Jan. 2019

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, n.2, 187-93, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000200011&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 20 Jan. 2019

FESS, E. E. A History of Splinting: To Understand the Present, View the Past. **Journal of Hand Therapy**, Estados Unidos, v. 15, n. 2, p. 97-132, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12086034> Acesso em 30 Jul. 2018

FESS, E. E., *et al.* **Hand and upper extremity splinting: principles and methods**. 3 ed. St.Louis: Mosby, 2004.

FERRIGNO, I. S. **Terapia da Mão**: fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Editora Santos, 2007.

FERRIGNO, I. S. V. **Eletromiografia do membro superior no uso do computador**: estudo comparativo entre duas órteses de punho. 2009. 98 f. Tese (Doutorado Programa de Pós Graduação em Cirurgia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2009.

FLEMING, S. E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... Camera... Action! A Guide for Creating a DVD/Video. **Nurse Educator**, Estados Unidos, v. 3, n.3, p. 118–121, 2009. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19412052 Acesso em 20 Jan. 2019

FOSS-CAMPBELL, B. Principles of Splinting the Hand. **Plastic Surgical Nursing**, Estados Unidos, v. 18, n. 3, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10205526> Acesso em 20 Jun. 2018

FRANCISCO, N. P. F. **Avaliação das características de três materiais de baixo custo utilizados na confecção de órtese para estabilização de punho**. 2004. 63 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Paraíba, Univap, São José dos Campos, 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2008. 84-89 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100013&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 20 Jan. 2019

GALVÃO FILHO, T. A. A Tecnologia Assistiva: de que se trata? *In*: MACHADO, G. J. C.; SOBRAL, M. N. (Org.). **Conexões**: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade. Porto Alegre: Redes Editora, 2009. p. 207-235

GIUSE, N. B., *et al.* Using Health Literacy and Learning Style Preferences to Optimize

the Delivery of Health Information. **Journal of health communication**, Estados Unidos, v.17(sup3), 122–140, 2012. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23030566> Acesso em 20 Jan. 2019

GOLLEGÃ, A. C. C.; LUZO, M. P.; DE CARLO, M. R. P. Terapia ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: DE CARLO, M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 137-151.

GRADIM, L. C. C.; PAIVA, G. Modelos de órteses para membros superiores: uma revisão da literatura. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 479-488, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n2/2526-8910-cadbto-26-02-00479.pdf> Acesso em 20 Jan. 2019.

GREGÓRIO, J. S. **Formação de professores em Educação Ambiental: o ensinar e aprender com audiovisuais**. 2016. 149 f. Dissertação (mestrado em Educação para Ciências e Matemática), 2016. Disponível em:

[https://www.ifg.edu.br/attachments/article/1279/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Jordanna%20Sebastiana%20Greg%C3%B3rio-2016%20\(.pdf%203.020%20kb\).pdf](https://www.ifg.edu.br/attachments/article/1279/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Jordanna%20Sebastiana%20Greg%C3%B3rio-2016%20(.pdf%203.020%20kb).pdf). Acesso em 20 Jan. 2019

GUIMARÃES, C. Q.; et al. Fatores associados ao uso de palmilhas biomecânicas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 271-277, jul./set. 2006.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000300004 Acesso em 10 Jan. 2018

HOHMANN, P.; CASSAPIAN, M. R. Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 10-18, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14115> Acesso em 20 Jun. 2018

IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>. Acesso em 21 nov 2018

JESUS, G.C. Validação do questionário de índice de estilos de aprendizagem de felder (ils) em uma instituição de ensino superior. **RENCiMA**, São Paulo, v. 9, n.4, p. 235-249, 2018. Disponível em:

<http://revistapos.cruzeirodosul.edu.br/index.php/rencima/article/view/1840> Acesso em 21 Nov. 2018

JOSEPH, M.; et al. A survey of client experiences with orthotics using the QUEST 2.0. **Journal of Hand Therapy**, Estados Unidos, v. 31, n.4, p. 538-543, Oct - Dec, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30318241> Acesso em 21 Fev. 2019

Kaplún, G. Materiais educativos: experiência de aprendizado. **Revista Comunicação & Educação**, São Paulo, 271, 46-60, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/37491> Acesso em 21 Nov. 2018

KBAR, G.; *et al.* Assistive technologies for hearing, and speaking impaired people: a survey. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, Estados Unidos, v. 12, n. 1, p. 3–20, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26882961> Acesso em 21 Nov. 2018

LEDE, P. VAN. Minimalistic Splint Design. **Journal of Hand Therapy**, Estados Unidos, v. 15, n. 2, p. 192–201, Apr- Jun, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12086030> Acesso em 21 Nov. 2018.

LEITE, P.S.C. Produtos Educacionais em Mestrados Profissionais na Área de Ensino: uma proposta de avaliação coletiva de materiais educativos. **Atas CIAIQ2018 Investigação Qualitativa em Educação**, São Paulo, v. 1, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1656> Acesso em 21 Abr. 2019

LEONARDI, M.; *et al.* The definition of disability: what is in a name? **The Lancet**, Milan, v. 368, n. 9543, p. 1219–1221, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17027711> Acesso em 21 Nov. 2018.

LIMA, N. B; *et al.* Construção de um material educativo para prevenção do câncer de colo do útero. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 8, n. 2, p. 146-160, dez. 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/25114/20977> Acesso em 21 Nov. 2018

LINDEMAYER, C. K. **Estudo e avaliação de termoplásticos utilizados na confecção de órteses**. 2004. 68 f. Dissertação (Mestrado em Bioengenharia, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento) Univap, São José dos Campos, 2004.

LOGSDON, M.C; *et al.* Feasibility of Two Educational Methods for Teaching New Mothers: A Pilot Study. **Interact J Med Res**, Estados Unidos, v. 4, n.4, Oct, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26449647> Acesso em 21 Nov. 2018

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004 Acesso em 21 Set. 2018

LUZO, M. C. M.; LOURENÇÃO, M. I. P.; ELUI, V. M. C. Atuação terapêutico ocupacional junto a pacientes com comprometimentos traumato-ortopédicos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. (Org.) **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. 1ª ed, São Paulo: Ed. Roca, p. 129-150, 2004.

LUZO, M. C. M.; MELLO, M. A. F.; CAPANEMA, V. M. Recursos Tecnológicos em Terapia Ocupacional – Órteses e Tecnologia Assistiva. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. (Org.) **Terapia Ocupacional – Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. 1ª ed, São Paulo: Ed. Roca. Cap. 5, p. 99-126, 2004.

MAIA, J. A. O Currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac, 2004.

MARTINS, E.; OLIVEIRA, L.S. **Comunicar os saberes com as ferramentas da programação neurolinguística**. Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor PDE. Vol.1, Paraná, 2016. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_artigo_mat_utfpr_emanuellemartins.pdf Acesso em 21 Nov. 2018

MATTOZO, T. R. **Tecnologia assistiva**: identificação dos requisitos do produto de órteses para membros inferiores: uma visão a partir das percepções dos usuários. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Design) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão. 138 p. Florianópolis, 2016.

MCKEE, P; RIVARD, A. Orthoses as enablers of occupation: client-centered splinting for better outcomes. **Canadian Journal of Occupational Therapy**. Toronto, v. 71, n.5, p. 306 - 314, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15633881> Acesso em 21 Nov. 2018

MELLO, C. C. B.; ALVES, R. O.; LEMOS, S. M. A. Metodologias de Ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 2015-2018, nov-dez, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462014000602015&script=sci_abstract Acesso em 21 Nov. 2018

MELLO, M. A. F.; CAPANEMA, V. M.; LUZO, M. P. Recursos tecnológicos em terapia ocupacional – órtese e tecnologia assistiva. In: DE CARLO, M. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia ocupacional - reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 99-125

MERIGHI, M. A. B; et al. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 505-511, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0505.pdf> Acesso em 21 Mai. 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal do Governo Brasileiro**. Centros especializados em reabilitação (CER), Jul. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/808-pessoa-com-deficiencia/41078-centros-especializados-em-reabilitacao-cer> Acesso em 09 Set. 2019

MORAN, J.M. O Vídeo na Sala de aula. **Comunicação & Educação**. São Paulo, ECA-Ed. Moderna, [2]: 27 a 35, jan./abr. de 1995. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/36131> Acesso em 21 Mar. 2019

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, 184-188, mar/abr; 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000200015&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 11 Jun. 2019

MOREIRA, M. A. Aprendizagem Significativa Crítica. Ata I Encontro Nacional de Aprendizagem Significativa, Campo Grande, abr. 2005. Disponível em: <https://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf> Acesso em 11 Jun. 2019

MOUSSA, A. B.; GASPARINI, G. C. A contribuição da terapia ocupacional no pré e pós-cirúrgico de transferência tendinosa da mão em garra em paciente hanseniano. **Multitemas**, Campo Grande, n. 23, p. 155-160, 2016. Disponível em: <http://www.multitemas.ucdb.br/article/view/888> Acesso em 11 Out. 2018

NEMAT, Z; et al. The effect of new dynamic splint in pinch strength in De Quervain syndrome: a comparative study. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, Estados Unidos, v.12, n.5, p. 457–461, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26886047> Acesso em 21 Nov. 2018

O'BRIEN, L. Adherence to therapeutic splint wear in adults with acute upper limb injuries: a systematic review. **Hand Therapy**, Estados Unidos, v.15, n.1, p. 3–12, 2010 doi:10.1258/ht.2009.009025. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/ht.2009.009025?journalCode=hthb> Acesso em 21 Nov. 2018

O'BRIEN, V. H.; MCGAHA, J. L. Current practice patterns in conservative thumb CMC joint care: Survey results. **Journal of Hand Therapy**, Estados Unidos, v. 27, n.1, p. 14–22, Jan-Mar, 2014. doi:10.1016/j.jht.2013.09.001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238930> Acesso em 21 Nov. 2018

O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J. **Introdução à Programação Neurolinguística Como Entender e Influenciar as Pessoas**. 2ª ed., São Paulo: Summus Editorial, 1993.

OLIVEIRA, R. E. C; et al. Terapia Ocupacional. In: JARDIM, J. R.; NASCIMENTO, O. A. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: reabilitação**. São Paulo: Manole, 2010. p. 241-298.

OLIVEIRA, A.C.T; et al. Análise da visão e forma de colocação de órtese tornozelo-pé pelos pais ou cuidadores de pacientes com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Clínicas Médicas de São Paulo**, São Paulo, v.8, n. 6, p. 490-4, nov-dez, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1597.pdf> Acesso em 21 Nov. 2018

OLIVEIRA, R. L. de; CONDURU, R. Nas frestas entre a ciência e a arte: uma série de ilustrações de barbeiros do Instituto Oswaldo Cruz. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 2, p. 335-84, maio-ago, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200007&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 12 Mar. 2019

OPITZ, S. P; *et al.* O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 29, n. 2, 314-9, jun. 2008. Disponível em: <seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5598> Acesso em 10 Abr. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDEPCD, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=96C61C24F792CA25ECBE390549743765?sequence=4 Acesso em 21 Nov. 2017

PARREIRA, M. M; *et al.* Papéis ocupacionais de indivíduos em condições reumatológicas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 127-33, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/51725> Acesso em 21 Nov. 2018

PATERSON, A. M. J; *et al.* Computer-Aided Design to Support Fabrication of Wrist Splints Using 3D Printing: A feasibility study. **Hand Therapy**, Estados Unidos, v. 19, n. 4, p. 102–113, 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1758998314544802> Acesso em 20 Nov. 2017

PATERSON, A. M. J; *et al.* Comparing Additive Manufacturing Technologies for Customised Wrist Splints. **Rapid Prototyping Journal**, London, v. 21, n. 3, p. 230–243, 2015. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/RPJ-10-2013-0099/full/html> Acesso em 20 Nov. 2017

RAZERA, A.P.R; *et al.* Vídeo educativo: estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2016, v. 29, n.4, p.430-438. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400430&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 21 Mai. 2019

REBERTE, L.M.; HOGA, A.K.; GOMES, A.L.Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Revista Latino-Americana*

de Enfermagem, São Paulo, jan.-fev. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100014&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 21 Set. 2017

RODRIGUES, A. M. V. N. **Desenvolvimento de Compósito Sanduíche para confecção de órteses e o efeito de órtese de compósito para função manual e na ativação dos músculos do antebraço**. Tese (Doutorado) – Programa de Doutorado da Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

RODRIGUES, A. V. N.; CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Órtese e Prótese. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 46, p.435-450, 2007.

ROMEIRO FILHO, E. (Org.). **Projeto de Produto**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 408p.

SANTOS, A. A; et al. Saúde bucal na infância e a contribuição dos recursos educacionais. In: OLIVEIRA, W.A; et al. (Org) **Perspectivas em Saúde Coletiva: modelos e práticas interdisciplinares**. Curitiba:CRV, v.1, p. 275-286, 2019

SANTOS R. F.; et al. Tecnologia assistiva e suas relações com a qualidade de vida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n.1, p. 54-62, jan./abr., 2017. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/107567> Acesso em 21 Ago. 2018

SAURON, F. N. Órteses para membro superiores. In: TEIXEIRA, E; et al. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, cap 16, 2003.

SCHERER, M. J; et al. Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors. **Disability and Rehabilitation**, Estados Unidos, v. 27, n. 21, p. 1321–1331, 2005. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16298935> Acesso em 12 Fev. 2019

SCHERER, M. J.; SAX, C. Measures of assistive technology predisposition and use. **Rehabilitation and Health Assessment: Applying ICF Guidelines**. New York: NY Springer, p. 229–254, 2010.

SCHOFIELD, K. A.; SCHWARTZ, D. A.. Teaching orthotic design and fabrication content in occupational therapy curricula: Faculty perspectives. **Journal Of Hand Therapy**, [s.l.], Estados Unidos, p.1-7, set. 2018. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2018.08.003>. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0894113018300760> Acesso em 03 Fev. 2019

SILVA, R. C. R.; SFREDO, Y. Terapia Ocupacional e o uso de tecnologia assistiva como recurso terapêutico na artrogrípse. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 479-491, 2013. Disponível em:
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/908>

Acesso em 21 Ago. 2018

SILVA, T. S. S.; MASSA, L.D.B. A utilização de órteses de membro superior em pacientes com artrite reumatoide: uma revisão de literatura no campo da terapia ocupacional. **Cadenos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 647-659, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1073> Acesso em 21 Ago. 2018.

SOUZA, M. A.; CEZARANI, A.; MATTIELLO-SVERZUT, A. C.. Effect of using orthoses on prolonging ambulation in patients with Duchenne Muscular Dystrophy: review of literature. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], São Paulo, v. 22, n. 3, p.155-159, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20150030>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/114536> Acesso em 11 Mai. 2018

SOUZA, M.C.A. et al. Inovação metodológica na integração ensino-serviço na educação médica. **Medicina** (online), Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 284-291, 2016 DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i3p284-29>. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n3/TEM-Integracao-ensino-servi%E7o-na-educacao-medica.pdf> Acesso em 25 Mai. 2018

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science Medicine**, 1995, v. 41, n. 10, p. 1403-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308> Acesso em 09 Set. 2019

TROMBLY, C. A. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 5 ed., São Paulo, Santos Livraria Editora, 1995, 1157p.

VAZ, D.V. **Alterações musculares em crianças com paralisia cerebral e sua relação com a função manual**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004

VEEHOF, M; et al. Possession of Assistive devices is related to improved psychological well-being in patients with rheumatic conditions. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 33, n. 16, p. 79-83, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16881123> Acesso em 21 Nov. 2018

WATANABE, M. K. F.; TSUKIMOTO, D. R.; TSUKIMOTO, G. R. Terapia Ocupacional e o uso o computador como recurso terapêutico. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, v.10, p.17-20, 2003. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=296 Acesso em 21 Out. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health**. Geneva: World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action**. Geneva: World Health Organization, 2003

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Usuário

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“FATORES ASSOCIADOS À ADESAO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”**, que será realizada no CER III – UNCISAL. Recebi da Sra. Simone Stein Siqueira, Terapeuta Ocupacional e docente do curso de Terapia Ocupacional, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:
2. Este estudo se destina a verificar fatores que interferem na aceitação e uso do aparelho usado no braço, no serviço do Centro Especializado em Reabilitação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (CER- III UNCISAL); considerando que a importância deste estudo é verificar quais os desafios e dificuldades mais frequentes no uso do aparelho na visão do profissional, do paciente/cuidador e do aluno, para posterior confecção de material educativo para ajudar no que for dito pelos profissionais e estagiários aos pacientes/ cuidadores de forma clara, simples e de acordo com a forma que se fala; tendo início planejado para começar em maio de 2018, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em julho de 2019.
3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: respondendo ao formulário com perguntas de escolha de resposta e outras com suas próprias palavras sobre o uso do aparelho no braço ou mão. Consideramos nesse estudo o risco de quebra de silêncio das informações com exposição da imagem e intimidade de seus participantes, e quanto a isso os pesquisadores garantem tomar todas as medidas necessárias para sua manutenção. Os dados coletados serão armazenados e mantidos em segredo, de forma que só os pesquisadores tenham acesso a esse material. Ao final da pesquisa serão destruídos todo e qualquer material que possa identificar você, será usada apenas a letra U e número. Outro risco que porventura poderá ocorrer diz

respeito ao sentimento de vergonha diante de algumas perguntas, porém, o risco será diminuído com a opção “não desejo responder”.

4. A pesquisa favorecerá a geração de conhecimento e confecção de material educativo quanto às orientações necessárias para uso e cuidado do aparelho. Este material será dado aos profissionais e pacientes (usuário e cuidador) que participarão da pesquisa, bem como os futuros pacientes que serão atendidos no CER, para esclarecer e reforçar as informações dadas pelos profissionais no atendimento desta clientela, para que o tratamento de reabilitação possa ser melhorado através da maior adesão ao uso do aparelho. Outro benefício será a disponibilidade do material educativo para uso com os pacientes e discussão junto aos supervisores de estágio, contribuindo assim, na formação do conhecimento do aluno. Assim, como devolutiva dos benefícios, os resultados serão divulgados através da publicação em revista científica, confecção de material educativo repassados para os participantes e para o local da pesquisa.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o sua autorização, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O
MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU
OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência: Residência:

RuaBloco:

Nº:.....,complemento:.....Bairro:.....

Cidade:..... CEP :..... Telefone:

Ponto de referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Simone Stein Siqueira. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315- 8280. Coordenação do curso de Terapia Ocupacional.

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315-6727 - CNPJ 12.517.793/0001-08

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 às 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador principal

(rubricar as demais folhas)

**Assinatura ou impressão digital
do(a) voluntário(a) ou responsável
legal**

(rubricar as demais folhas)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Profissionais (docentes e técnicos)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”**, que será realizada no CER III – UNCISAL. Recebi da Sra. Simone Stein Siqueira, Terapeuta Ocupacional e docente do curso de Terapia Ocupacional, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:
2. Este estudo se destina a verificar fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço do Centro Especializado em Reabilitação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (CER- III UNCISAL); considerando que a importância deste estudo é verificar quais os desafios e dificuldades mais frequentes encontradas para a adesão ao uso de órteses de membro superior na visão do profissional, do paciente/cuidador e discente, para posterior confecção de material educativo para subsidiar a orientação verbal dos profissionais e estagiários aos pacientes/ cuidadores com linguagem clara, simples e adequada ao vocabulário regional; tendo início planejado para começar em maio de 2018, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em julho de 2019.
3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: respondendo ao questionário com perguntas objetivas e abertas sobre o uso de órtese de membro superior. Consideramos nesse estudo o risco de quebra de sigilo das informações com exposição da imagem e intimidade de seus participantes, e quanto a isso os pesquisadores garantem tomar todas as medidas necessárias para sua manutenção. Os dados coletados serão armazenados e mantidos em sigilo, de forma que só os pesquisadores tenham acesso a esse material. Ao final da pesquisa serão destruídos todo e qualquer material que possa identificar o sujeito, o mesmo sendo citado apenas pela P e número. Outro risco que porventura poderá ocorrer diz respeito ao sentimento de constrangimento diante de algumas perguntas, porém, o risco será minimizado com a opção “não desejo responder”.

4. A pesquisa favorecerá a geração de conhecimento e confecção de material educativo quanto às orientações necessárias para uso e cuidado da órtese de membro superior. Este material será disponibilizado aos profissionais e pacientes (usuário e cuidador) que participarão da pesquisa, bem como os futuros pacientes que serão atendidos no CER, visando esclarecer e reforçar as informações dadas pelos profissionais no atendimento desta clientela, para que o tratamento de reabilitação possa ser otimizado através da maior adesão ao uso de órtese. O resultado da pesquisa proporcionará aos profissionais subsídios para orientar sua prática com esta clientela, bem como terá à disposição do serviço o material educativo.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O
MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU
OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência: Residência:

RuaBloco:

Nº:.....,complemento:.....Bairro:.....

Cidade:..... CEP:..... Telefone:

Ponto de referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Simone Stein Siqueira. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315- 8280. Coordenação do curso de Terapia Ocupacional.

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315-6727 - CNPJ 12.517.793/0001-08

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____

**Assinatura do pesquisador
principal**

(rubricar as demais folhas)

**Assinatura ou impressão digital
do(a) voluntário(a) ou responsável
legal**

(rubricar as demais folhas)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Discentes

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”**, que será realizada no CER III – UNCISAL. Recebi da Sra. Simone Stein Siqueira, Terapeuta Ocupacional e docente do curso de Terapia Ocupacional, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:
2. Este estudo se destina a verificar fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço do Centro Especializado em Reabilitação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (CER- III UNCISAL); considerando que a importância deste estudo é verificar quais os desafios e dificuldades mais frequentes encontradas para a adesão ao uso de órteses de membro superior na visão do profissional, do paciente/cuidador e discente, para posterior confecção de material educativo para subsidiar a orientação verbal dos profissionais e estagiários aos pacientes/ cuidadores com linguagem clara, simples e adequada ao vocabulário regional; tendo início planejado para começar em maio de 2018, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em julho de 2019.
3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: respondendo ao questionário com perguntas objetivas e abertas sobre o uso de órtese de membro superior. Consideramos nesse estudo o risco de quebra de sigilo das informações com exposição da imagem e intimidade de seus participantes, e quanto a isso os pesquisadores garantem tomar todas as medidas necessárias para sua manutenção. Os dados coletados serão armazenados e mantidos em sigilo, de forma que só os pesquisadores tenham acesso a esse material. Ao final da pesquisa serão destruídos todo e qualquer material que possa identificar o sujeito, o mesmo sendo citado apenas pela D e número. Outro risco que porventura poderá ocorrer diz respeito ao sentimento

de constrangimento diante de algumas perguntas, porém, o risco será minimizado com a opção “não desejo responder”.

4. A pesquisa favorecerá a geração de conhecimento e confecção de material educativo quanto às orientações necessárias para uso e cuidado da órtese de membro superior. Este material será disponibilizado aos profissionais e pacientes (usuário e cuidador) que participarão da pesquisa, bem como os futuros pacientes que serão atendidos no CER, visando esclarecer e reforçar as informações dadas pelos profissionais no atendimento desta clientela, para que o tratamento de reabilitação possa ser otimizado através da maior adesão ao uso de órtese. Outro benefício será a disponibilidade do material educativo para uso com os pacientes e discussão junto aos supervisores de estágio, contribuindo assim, na formação do conhecimento do discente. Também, os discentes do curso de terapia ocupacional receberão o material para discussão em sala de aula, no módulo de tecnologia assistiva II, visando ressaltar a importância da linguagem acessível à clientela atendida, bem como as orientações necessárias para a adesão ao uso de órteses e fomentar novos recursos nesta área. Assim, como devolutiva dos benefícios, os resultados serão divulgados através da publicação em revista científica, confecção de material educativo repassados para os participantes e para o local da pesquisa.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O
MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU
OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência:

RuaBloco:
Nº:.....,complemento:.....Bairro:.....
Cidade:..... CEP.:..... Telefone:
Ponto de referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Simone Stein Siqueira. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra -
Maceió/AL. CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315- 8280. Coordenação do curso de Terapia
Ocupacional.

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Campus
Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL.
CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315-6727 - CNPJ 12.517.793/0001-08

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de
Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr. Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP 57010-382.
Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico:
comitedeeticaucisal@gmail.com Website: <https://cep.uncisal.edu.br>/Horário de
funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____

**Assinatura do pesquisador
principal**

(rubricar as demais folhas)

**Assinatura ou impressão digital do (a)
voluntário(a) ou responsável legal**

(rubricar as demais folhas)

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**Cuidador**

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”**, que será realizada no CER III – UNCISAL. Recebi da Sra. Simone Stein Siqueira, Terapeuta Ocupacional e docente do curso de Terapia Ocupacional, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:
2. Este estudo se destina a verificar fatores que interferem na aceitação e uso do aparelho usado no braço, no serviço do Centro Especializado em Reabilitação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (CER- III UNCISAL); considerando que a importância deste estudo é verificar quais os desafios e dificuldades mais frequentes no uso do aparelho na visão do profissional, do paciente/cuidador e do aluno, para posterior confecção de material educativo para ajudar no que for dito pelos profissionais e estagiários aos pacientes/ cuidadores de forma clara, simples e de acordo com a forma que se fala; tendo início planejado para começar em maio de 2018, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em julho de 2019.
3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: respondendo ao formulário com perguntas de escolha de resposta e outras com suas próprias palavras sobre o uso do aparelho no braço ou mão da pessoa que o (a) senhor (a) cuida todo dia. Consideramos nesse estudo o risco de quebra de silêncio das informações com exposição da imagem e intimidade de seus participantes, e quanto a isso os pesquisadores garantem tomar todas as medidas necessárias para sua manutenção. Os dados coletados serão armazenados e mantidos em segredo, de forma que só os pesquisadores tenham acesso a esse material. Ao final da pesquisa serão destruídos todo e qualquer material que possa identificar você, será usada apenas a letra U e número. Outro risco que porventura poderá ocorrer diz respeito ao sentimento de

vergonha diante de algumas perguntas, porém, o risco será diminuído com a opção “não desejo responder”.

4. A pesquisa favorecerá a geração de conhecimento e confecção de material educativo quanto às orientações necessárias para uso e cuidado do aparelho. Este material será dado aos profissionais e pacientes (usuário e cuidador) que participarão da pesquisa, bem como os futuros pacientes que serão atendidos no CER, para esclarecer e reforçar as informações dadas pelos profissionais no atendimento desta clientela, para que o tratamento de reabilitação possa ser melhorado através da maior adesão ao uso do aparelho. Outro benefício será a disponibilidade do material educativo para uso com os pacientes e discussão junto aos supervisores de estágio, contribuindo assim, na formação do conhecimento do aluno. Assim, como devolutiva dos benefícios, os resultados serão divulgados através da publicação em revista científica, confecção de material educativo repassados para os participantes e para o local da pesquisa.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o sua autorização, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O
MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU
OBRIGADO.

Endereço do (a) participante voluntário(a):

Residência:

RuaBloco:
 Nº:.....,complemento:.....Bairro:.....
 Cidade:..... CEP :..... Telefone:
 Ponto de referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Simone Stein Siqueira. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Campus Governador Lamenha Filho - Rua Dr. Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315- 8280. Coordenação do curso de Terapia Ocupacional.

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Campus Governador Lamenha Filho - Rua Dr. Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300. Fone: (82) 3315-6727 - CNPJ 12.517.793/0001-08

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr. Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.:57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador principal

(rubricar as demais folhas)

Assinatura ou impressão digital do (a) voluntário (a) ou responsável legal

(rubricar as demais folhas)

APÊNDICE E- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____,
CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, autorizo a pesquisadora SIMONE STEIN SIQUEIRA responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “FATORES ASSOCIADOS À ADESAO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004). Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

APÊNDICE F - FORMULÁRIO – USUÁRIO/CUIDADOR

Número: _____ Idade _____ () Usuário () Cuidador
Grau de escolaridade: _____ Patologia: _____
Tratamentos realizados no CER –UNCISAL: _____
Profissional que indicou a órtese: () Fisioterapeuta () Médico () Terapeuta Ocupacional
Profissional que confeccionou a órtese: () Fisioterapeuta () Médico() Terapeuta Ocupacional
Há quanto tempo usa a órtese? _____

() Não desejo responder

2. Como você considera o seu grau de conhecimento sobre esse problema?

() Grande conhecimento

() Razoável conhecimento

() Pouco conhecimento

() Não desejo responder

3. Em uma escala que varia de 0 a 10 (sendo 0 o grau mais leve possível e 10 aquele com maior gravidade), com relação à gravidade do seu problema, você acredita que ele seja:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

() Não desejo responder

4. Foi dada orientação em relação ao tempo de uso diário da órtese?

() Sim () Não () Não desejo responder

Se sim, quais foram as orientações dadas?

5. De que forma a orientação sobre uso da órtese foi dada?

- ☐ Apenas falada
- ☐ Apenas escrita
- ☐ Escrita e falada
- ☐ Não desejo responder

6. Em uma escala que varia de 0 a 10 (sendo 0 se não houve melhora e 10 melhora total), como você considera que a órtese melhorou seu problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Não desejo responder

7. Você sabe como a órtese atua para melhorar o seu problema?

- ☐ Não sei
- ☐ Sei um pouco
- ☐ Sei bastante
- ☐ Não desejo responder

8. Em uma escala que varia de 0 a 10 (sendo 0 o mais desconfortável e 10 o mais confortável possível), como você considera a sua órtese em relação ao conforto?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Não desejo responder

9. Em relação à colocação e retirada, você realiza com:

- ☐ muita dificuldade
- ☐ razoável dificuldade
- ☐ facilidade
- ☐ Não desejo responder

10. Você recebeu orientação de como limpar a sua órtese?

☐ sim ☐ não ☐ Não desejo responder

Se sim, como deve ser feita a limpeza?

- ☐ somente água
- ☐ água e sabão neutro
- ☐ água e alvejante
- ☐ álcool
- ☐ sabonete
- ☐ outros _____

() Não desejo responder

11- Você recebeu orientação de como conservar a órtese e realizar a manutenção?

() sim () não () Não desejo responder

Se sim, como secar a órtese?

() pano seco

() secador de cabelo

() deixar no sol

() outra forma: _____

() Não desejo responder

Em relação à manutenção?

() poderá realizar ajustes por conta própria.

() poderá pedir auxílio para troca de partes, desde que autorizadas pelo profissional.

() somente o profissional especializado poderá realizar alterações e ajustes.

() Não desejo responder

Quais outras informações recebeu quanto a conservação e manutenção da órtese?

() Não desejo responder

12. Você consegue realizar suas atividades de forma melhor com a órtese?

() sim () não () Não desejo responder

Se não, por que? O que dificulta?

() Não desejo responder

Se sim, o que melhorou?

() Não desejo responder

13. Você está satisfeito com a aparência da órtese?

() sim () não () Não desejo responder

Se não, o que poderia ser melhorado?

() Não desejo responder

14. Você tem dificuldades no uso da órtese?

() sim () não () Não desejo responder

Se sim, quais dificuldades mais frequentes você tem apresentado?

- () coceira
- () dor
- () desconforto
- () pontos de pressão (tem sempre locais avermelhados em que a órtese machuca)
- () interferência na realização de atividades do dia-a-dia por limitar movimentos
- () machucados na pele
- () estética
- () outras _____
- () Não desejo responder

15. Você acha que vale a pena usar sua órtese?

() sim () não () Não desejo responder

Explique sua resposta.

() Não desejo responder

16. O tratamento é feito com o mesmo profissional que confeccionou sua órtese?

() sim () não () Não desejo responder

APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAL

Número: _____ Graduação: () fisioterapia () terapia ocupacional

Tempo de graduação: _____ Titulação: _____

Observação: todas as questões são relacionadas à órtese de membro superior.

1- Em relação às órteses, você:

- () apenas indica
- () apenas confecciona
- () indica e confecciona
- () Não desejo responder

2- Realiza orientações sobre o uso de órteses?

- () sim () não () Não desejo responder

Se sim, como as orientações são realizadas?

- () oral
- () escritas
- () oral e escritas
- () Não desejo responder

3- São feitos esclarecimentos da forma de ação e interferências do uso da órtese no processo de tratamento?

- () sim () não () Não desejo responder

Se sim, quais são as orientações realizadas?

- () Não desejo responder

5. Na sua atividade profissional no CER – UNCISAL, quais as dificuldades mais frequentes apresentadas pelos pacientes no uso de órtese?

- ☐ coceira
- ☐ dor
- ☐ desconforto
- ☐ pontos de pressão
- ☐ dificuldade de colocação e retirada
- ☐ falta de compreensão do objetivo da órtese
- ☐ afecções na pele por higiene precária
- ☐ estética
- ☐ outras_____
- ☐ Não desejo responder

6- Na sua atividade profissional no CER – UNCISAL, quais as dificuldades e desafios encontrados na prescrição de órtese?

☐ Não desejo responder

Quais as dificuldades e desafios encontrados na confecção de órteses?

☐ Não desejo responder

7- Em sua opinião, quais os fatores interferem na adesão do paciente no uso de órtese?

☐ Não desejo responder

8- Como o profissional pode intervir na maior adesão do paciente no uso da órtese?

☐ Não desejo responder

APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO – DISCENTE

Número: _____ Curso: () fisioterapia () terapia ocupacional

Observação: todas as questões são relacionadas à órtese de membro superior.

1- Em relação às órteses, você discute com o supervisor:

- () somente indicação
- () indicação e confecção
- () somente confecção
- () não faz parte de sua rotina de estágio
- () Não desejo responder

2- Realiza orientações sobre o uso de órteses?

- () sim () não () Não desejo responder

Se sim, como as orientações são realizadas?

- () oral
- () escritas
- () oral e escritas
- () Não desejo responder

3- No estágio, você realiza esclarecimentos da forma de atuação e interferências do uso da órtese sobre a patologia/ disfunção?

- () sim () não () Não desejo responder

Se sim, como são feitas e quais são?

- () Não desejo responder

5. Na sua atividade de estágio supervisionado no CER – UNCISAL, quais as dificuldades mais frequentes apresentadas pelos pacientes no uso de órtese?

- () coceira
- () dor
- () desconforto

- () pontos de pressão
- () dificuldade de colocação e retirada
- () falta de compreensão do objetivo da órtese
- () afecções na pele por higiene precária
- () estética
- () outras_____
- () Não desejo responder

6- No estágio supervisionado, na sua visão, quais são os desafios e dificuldades encontrados na prescrição e confecção de órteses?

- () Não desejo responder

7- Em sua opinião, quais os fatores interferem na adesão do paciente no uso de órtese?

- () Não desejo responder

8- Na sua percepção, como as orientações dadas pelo profissional podem intervir na maior adesão do paciente no uso da órtese?

- () Não desejo responder

APÊNDICE I - ARTIGO ORIGINAL

FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR SOB DIFERENTES PERSPECTIVAS

FACTORS ASSOCIATED WITH ACCESSION TO THE USE OF UPPER MEMBER ORTHOSIS UNDER DIFFERENT PERSPECTIVES

Resumo

Objetivo: identificar fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço de um Centro Especializado em Reabilitação da cidade de Maceió/AL, verificando quais as dificuldades e desafios mais frequentes na adesão ao uso da órtese de membro superior tanto na visão do profissional, como do paciente/ cuidador e dos discentes. **Método:** pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa contou com 50 participantes, distribuídos da seguinte forma: 11 profissionais (docentes e técnicos) 30 discentes dos cursos de terapia ocupacional e fisioterapia, 9 usuários de órtese de membro superior. Para cada grupo foi aplicado formulário estruturado com questões que versaram sobre orientações (dadas ou recebidas quanto à indicação, uso, manuseio e preservação da órtese); interferência no uso da órtese; desafios na prescrição e confecção. **Resultados:** falta de compreensão do objetivo da órtese, pontos de pressão, dor, desconforto, limitação no desempenho das atividades de vida diária foram evidenciados como preponderantes no quesito adesão. Apesar dos serviços de reabilitação possuírem um aparato legislativo para garantir o acesso à tecnologia assistiva, o custo e a dificuldade em adquirir os materiais, pelo setor público, foram apontados como os desafios preponderantes. Na percepção dos discentes, aponta-se a necessidade de promover melhora na integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde. **Conclusão:** constatou-se a necessidade de maior esclarecimento da ação da órtese junto à população usuária, bem como o reforço das orientações recebidas quanto ao uso e conservação da órtese, visando a estimular a participação ativa do usuário no processo de reabilitação.

Palavras chave: Tecnologia assistiva; órtese; mão.

Abstract

Objective: to identify factors that interfere in the subscription of users to the use of an upper member orthosis, provided by a Specialized Rehabilitation Center in the city of Maceió/AL, verifying which difficulties and challenges more often appear in the accession to use of the upper member orthosis whether in the professional view or the patient's / caretaker and the students (physiotherapy and occupational therapy course)..

Method: The research counted with 50 participants: 11 professionals (physical therapists and occupational therapists), 30 students from the occupational and physical therapy courses, 9 users of an upper member orthosis. For each group was applied a structured form with questions that versed about orientations (given or received concerning the use of the orthosis, handling and preservation); accession (interference with orthosis use); challenges in prescription and manufacture. **Results:** The results were evaluated for orientation, accession and challenges. The lack of comprehension of the goal of the orthosis, pressure points, pain, discomfort, limitation in the performance of daily life activities were observed as preponderant in the accession factor. For orientation, there is a predominance of oral form with low assimilation of information by users.., the cost and difficulty of gathering materials, through the public sector, were appointed as the main challenges. In the student perception, it was noted the necessity of promoting an improvement in the integration of teaching, research and health assistance. **Conclusion:** The need of clearer understanding of the orthosis action with the user population was noted, as well as the reinforcement of orientation received regarding the use and maintenance of the orthosis, aiming to stimulate the active participation of the user in the rehabilitation process.

Keywords: Assistive Technology; orthosis; hand.

INTRODUÇÃO

A partir da implantação do SUS em 1988 o acesso à assistência de saúde a todo cidadão passou a ocorrer nos três níveis: prevenção, tratamento e reabilitação¹. Desde então, leis têm sido estabelecidas para garantir à acessibilidade aos serviços, bem como a disponibilidade de recursos de Tecnologia Assistiva de modo a proporcionar condições às pessoas com deficiência para que consigam autonomia e independência em todos os âmbitos de sua vida^{2,3}.

No Brasil, os serviços de reabilitação além de oferecerem atendimento especializado às pessoas com deficiência, utilizam de dispositivos da tecnologia assistiva, como as órteses, a fim de favorecer a funcionalidade e autonomia aos indivíduos, sendo aplicadas à um segmento corporal para assistir (restaurar ou substituir) em uma função perdida, proporcionando mudanças anatômicas e funcionais^{4,5}. A órtese apresenta como objetivo promover função, ou seja, melhorar o desempenho em atividades quer pela restrição ou facilitação do movimento no membro comprometido e, também, a participação em papéis desempenhados e considerados importantes para cada indivíduo, como: social, familiar, lazer, labor ou outro^{6,7}.

É primordial enfatizar que a confecção da órtese deve ser fundamentada na avaliação de desempenho funcional e o contexto de vida do paciente⁸, no respeito aos princípios biomecânicos e funcionais. No caso específico de membro superior, como: posição funcional da mão, anatomia (preservação aos arcos e pregas palmares), distribuição de pressão, equilíbrio de forças, rigidez e resistência do material, resposta dos tecidos ao estresse⁹, na escolha do material para remodelagem, flexibilidade, condições de uso e aceitação do paciente^{6,8}.

Os benefícios do tratamento com órteses são diretamente proporcionais à adesão do paciente ao uso¹⁰. Em lesões agudas de membros superiores, a não aderência ao uso da órtese pode comprometer a eficácia do tratamento, propiciar viés na eficácia da intervenção e aumentar o risco de incapacidade¹¹.

Entre os fatores que interferem na adesão ao uso de órtese encontram-se: condição socioeconômica, crença cultural, redução de motivação, aparência e conforto

da órtese¹⁰. Por isso, faz-se necessário conhecer a clientela envolvida: deficiência e sua condição sócio-demográfica.

No Brasil, de acordo com o censo de 2010, a região nordeste apresentou os municípios com os maiores índices de deficiência. Os dados ainda mostram associação entre o nível de instrução e rendimento muito baixos na população que apresenta alguma deficiência. Em relação ao analfabetismo, Alagoas ocupava o primeiro lugar entre a faixa etária de 15-19 anos e 25-29 anos; o segundo lugar acima de 50 anos. Maceió era o quinto município, no Brasil, com o maior número de pessoas não alfabetizadas¹².

Diante deste cenário, faz-se necessário conhecer e entender as necessidades dos usuários das órteses a fim de promover a adequação, aplicabilidade e uso em seus contextos¹³, bem como fornecer material educativo com mensagem efetiva que favoreça a compreensão e assimilação, mesmo em condições de baixa escolaridade ou analfabetismo¹⁴.

A presente pesquisa teve como objetivo identificar fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço de um Centro Especializado em Reabilitação na cidade de Maceió/Alagoas, verificando quais as dificuldades e desafios mais frequentes na adesão ao uso da órtese de membro superior tanto na visão do profissional, como do paciente/ cuidador e dos discentes (estagiários), a fim de confeccionar material educativo para subsidiar a orientação verbal dada durante os atendimentos aos pacientes/ cuidadores com linguagem clara, simples e adequada ao vocabulário local.

Métodos

Pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa e quantitativa desenvolvida no Centro Especializado de Reabilitação (CER) na cidade de Maceió – Alagoas, tendo um total de 50 participantes, distribuídos da seguinte forma: 11 profissionais (docentes e técnicos), 30 discentes de terapia ocupacional e fisioterapia (cursando o último ano), 9 usuários de órtese de membro superior ou cuidador (no caso de paciente menor de idade).

O trabalho foi submetido à Plataforma Brasil, analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, obtendo aprovação pelo parecer nº 2.617.955, em conformidade com a resolução nº 510/2016.

O estudo foi disposto em quatro fases:

Fase 1- Elaboração do material de pesquisa

Elaboração dos questionários para os profissionais, os discentes e formulário para paciente/cuidador com linguagem adequada a cada grupo de sujeitos, com questões objetivas e subjetivas.

Para elaboração do formulário apresentado aos usuários foram utilizadas como base as questões do questionário utilizado por Guimarães *et al.* (2006) que verificou a adesão ao uso de palmilhas¹⁵. Assim, foi realizada adequação de acordo com o objetivo proposto pela pesquisa junto à clientela, profissionais e discentes do CER no uso de órtese de membro superior.

Fase 2 – Coleta de dados

Os usuários preferiram gravar a entrevista e os discentes e profissionais responderam por escrito. A coleta ocorreu no período de julho à novembro de 2018.

Fase 3 – Análise dos dados

Através da somatória de dados, estes foram analisados e discutidos de acordo com as categorizações por tema dos questionários.

Para a análise dos dados subjetivos, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo conforme Bardin (2011): pré-análise com a sistematização das ideias iniciais; exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação, organizadas em categorias possibilitando uma análise que respondesse aos objetivos propostos¹⁶. Esse processo permitiu a formulação de três categorias temáticas, elaboradas a priori, tomando como base o instrumento da pesquisa: orientações (dadas ou recebidas quanto à indicação, uso, manuseio e preservação da órtese); adesão (interferência no uso da órtese); desafios (na prescrição e confecção).

Fase 4 - Elaboração do material

Confecção de material educativo a partir da problemática encontrada e das referências bibliográficas. O material educativo foi apresentado aos profissionais do CER participantes da pesquisa para avaliação em relação à pertinência e relevância do conteúdo, para posterior disponibilização do mesmo à clientela do serviço participante da pesquisa.

Resultados e Discussão

Os sujeitos da pesquisa encontram-se distribuídos em três grupos: usuários, profissionais e discentes. Entre os profissionais, o tempo de formação variou entre 10 e 38 anos. Todos os profissionais possuíam pós-graduação, e relataram realizar orientações quanto ao uso de órteses.

Participaram 30 discentes, todos do último ano dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional, em estágio supervisionado obrigatório na área de reabilitação física, no local e período de realização da pesquisa.

O tempo médio de uso da órtese, pelos usuários, são 16,9 meses, o que permite aos usuários boa capacidade para refletir e perceber alterações com o uso do equipamento.

A indicação da órtese foi realizada por terapeuta ocupacional (89%) e médico (11%), enquanto a confecção foi feita por terapeuta ocupacional (89%) e fisioterapeuta (11%). As órteses em uso foram confeccionadas artesanalmente no serviço em que estão em atendimento. Os dados obtidos divergem da pesquisa realizada por Agnelli e Toyoda (2003) em que a indicação/prescrição da órtese, na maioria das instituições, era realizada por médicos e o terapeuta ocupacional realizava apenas a confecção e acompanhamento dos casos⁴. Pode-se inferir que a organização do CER, local desta pesquisa, com maior número de profissionais da área de reabilitação (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) com autonomia nas ações competentes à cada categoria, bem como o maior acesso dos pacientes aos serviços de reabilitação prestados proporcionou maior atuação destes profissionais na prescrição de órteses do membro

superior. Também, merece destaque a formação (graduação e continuada) destes profissionais para o desempenho destas atividades.

Em relação às orientações sobre o uso, a conservação e higiene da órtese, 87% dos discentes informaram realizar, sendo 77% na forma oral e 10% na forma oral e escrita; entre os profissionais 64% informaram que realizam somente na forma oral e 36% na forma oral e escrita. Constata-se que as orientações dadas aos usuários pelos profissionais e discentes são predominantemente na forma oral, contribuindo para a menor assimilação, não possuindo material de apoio para consulta posterior.

Ao questionar os pacientes sobre as orientações recebidas quanto ao manuseio, preservação e higiene da órtese, percebe-se que há dúvidas e pouca informação absorvida por eles: 78% relatam que recebeu orientação quanto ao tempo de uso diário, mas não sabem especificar; 89% informam que recebeu orientação sobre higiene, mas 25% destes descrevem o uso de produtos abrasivos para limpeza da órtese, o que é contra-indicado para o material termoplástico de baixa temperatura. As falas dos usuários demonstraram que as condutas não foram convergentes às orientações dadas pelos profissionais.

Quanto à colocação e retirada, os usuários relatam realizar de forma fácil (55%) ou razoável dificuldade (45%), não necessitando de auxílio de terceiros, o que favorece a adesão.

Enquanto recurso de tecnologia assistiva, a órtese é reconhecida por cada usuário, de acordo com as especificidades, como: promovendo posicionamento do membro superior, prevenindo deformidades, fornecendo suporte e alinhamento das articulações, viabilizando a estabilidade muscular, resgatando a função manual que estava comprometida ou perdida conforme sugere a literatura^{4,17}, alterando inclusive o desempenho ocupacional¹⁸.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adesão é influenciada por cinco dimensões: socioeconômica, relacionada ao paciente, ao tratamento, sistema de saúde e à própria condição de saúde¹⁹. Cada um desses fatores deve ser considerado quando se almeja promover adesão à uma determinada intervenção. A participação ativa e frequente do paciente promove melhoria à adesão.

Os fatores que interferem na adesão ao uso da órtese, na perspectiva profissional, destacam-se: a falta de compreensão do objetivo da órtese pelo paciente, desconforto, aceitação social. Assim, é fundamental conhecer as necessidades, preferências e predisposições individuais, incluir estilo de vida, comportamentos, expectativas e habilidades, realizar avaliação permanente, compartilhar os resultados com o paciente para que seja obtido êxito no uso de tecnologia assistiva²⁰.

Os sujeitos da pesquisa reconheceram fatores similares aos que Lustosa, Alcaires e Costa (2011) e O'Brien (2010) apontaram para propiciar maior adesão ao tratamento, como: a forma como o paciente vê sua doença, a atitude do terapeuta desde o acolhimento, realizar o programa domiciliar, manter o acompanhamento, tempo dispensado no atendimento, linguagem, capacidade de ouvir e responder questionamentos até o encorajamento para seguir as recomendações ^{21,11,18}.

Discentes e profissionais diferem entre si na percepção da hierarquia das dificuldades indicadas na adesão, sendo o desconforto o fator mais citado pelos discentes e não citado pelos profissionais. O'Brien (2010), na revisão sistemática realizada, encontrou apenas um estudo em que desconforto foi considerado como fator relevante para o não uso da órtese¹¹, fato que corrobora com a percepção dos profissionais desta pesquisa. Os discentes ainda apontam a relação entre a estética da órtese com o aspecto psicológico e social como fator de interferência na adesão ao uso.

Na percepção dos usuários somente o comprometimento na realização de atividades de vida diária é fator relevante para alguns. Por isso, deve-se considerar o desempenho nas atividades de vida diária ao escolher o modelo de órtese a fim de que não haja restrição da funcionalidade ^{22,11,23}.

No processo de reabilitação com uso de órtese é imprescindível conhecer as necessidades (física e psicossociais), preferências do paciente, ter uma comunicação adequada de escuta e transmissão de informações, desenvolver a relação terapeuta-paciente, tornar o indivíduo co-participativo^{24,25}.

Há concordância que o conhecimento do paciente sobre a ação da órtese, bem como sua manutenção e conservação interferem na utilização diária apropriada, na

conservação, durabilidade e manutenção, promovendo maior adesão ao uso, para isto é necessário esclarecimento adequado à sua realidade e compreensão.

O uso da órtese foi considerado satisfatório no julgamento dos usuários por promover melhora na posição funcional, evitar deformidade nas articulações, propiciar equilíbrio muscular, reduzir quadro álgico, alterar o desempenho funcional, reforçar a segurança. Estes fatores culminaram na melhora da qualidade de vida propiciando maior bem-estar e elevação da auto-estima aos entrevistados.

Faz-se necessário entender os componentes primários que exercem influência na satisfação e uso da tecnologia assistiva, a saber: o meio ambiente e social no qual o usuário irá interagir; as necessidades (incluindo tipo de lesão e/ou condição clínica), preferências, motivação e expectativas do usuário e as atividades exercidas pelo mesmo; as funções e características da tecnologia que atendam a demanda do usuário em questão^{18,26}.

Apesar das tecnologias assistivas proporcionarem funcionalidade há uma interface com o estigma. Fato este que pode contribuir para a não aceitação e uso²⁷. Cabe destacar que os usuários entrevistados relatam que a funcionalidade superou qualquer preconceito existente, percebendo inclusive a órtese como parte de seu visual.

Em relação à interferência no uso, somente 55,5% dos usuários relatam ter dificuldades, sendo estas: alteração na realização das atividades de vida diária por limitação, restrição dos movimentos (75%) e pontos de pressão (25%). Cabe destacar que os usuários que relatam estas dificuldades fazem uso de órtese para corrigir e/ou evitar deformidades ao nível das articulações da mão e dedos, devido ao agravo ser crônico. Deve-se considerar que a restrição da mobilidade e dificuldade de uso podem levar ao desuso do dispositivo^{18,10}.

Em relação aos desafios encontrados na prescrição de órteses, 64% dos profissionais consideram a restrição e falta de material como sendo fator preponderante, 18% dificuldade em atender a necessidade específica do paciente, 9% em indicar profissional capacitado para confeccionar a órtese. Agnelli e Toyoda (2003) indicaram dificuldades semelhantes, acrescidas pela burocracia do setor público na aquisição do material⁴.

As dificuldades e desafios encontrados pelos profissionais na confecção de órteses encontram-se pautados, novamente, na restrição e falta de material (46%) e 36% não realiza a confecção no serviço. Outro fator destacado é o tempo disponível para esta ação, pois por ser tratar de local público e demanda alta, há interferência na ação profissional.

Os desafios e dificuldades encontrados na prescrição e confecção de órteses pelos discentes são similares aos dos profissionais, sendo ainda sugerido o baixo conhecimento nos anos anteriores da graduação como sendo um fator limitante a estas ações. Evidencia-se que na formação acadêmica, nos anos anteriores ao estágio, há necessidade da melhora da integração entre teoria e prática²⁸ a fim de proporcionar no decorrer da vida universitária a formação de profissionais reflexivos, críticos, ativos no processo de aprendizagem²⁹, que busquem soluções e estratégias para intervir na realidade propiciando autonomia para o futuro profissional⁷.

Os dados da pesquisa corroboram com os achados de McKee e Rivard (2004) que considera que a abordagem centrada no paciente lhe possibilita compreender a indicação da órtese, bem como uso, cuidado e necessidade de acompanhamento do terapeuta¹⁸. Cabe destacar que a interação terapeuta-cliente durante todo o processo (avaliação, confecção e intervenção) possibilita a otimização dos resultados.

É imprescindível que o profissional compreenda a satisfação e as expectativas do cliente em relação à órtese para que possa adequá-la ao propósito terapêutico. O terapeuta deve promover a articulação entre o objetivo e a aceitação da órtese pelo cliente a fim de obter o uso como orientado, bem como os ganhos pretendidos⁷.

Conclusão

Os dados desta pesquisa evidenciam a importância da orientação ao usuário no uso e cuidado com a órtese de membro superior. Os fatores: falta de compreensão do objetivo da órtese, pontos de pressão, dor, desconforto, limitação no desempenho das atividades de vida diária foram evidenciados como preponderantes no quesito adesão. Apesar dos serviços de reabilitação possuírem um aparato legislativo para garantir o acesso à tecnologia assistiva, o custo e a dificuldade em adquirir os materiais, pelo

setor público, foram apontados como os desafios preponderantes. Na percepção dos discentes, aponta-se a necessidade de promover melhora na integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

A limitação do estudo foi a dificuldade de encontrar pesquisas científicas relacionadas ao tema em foco. Entretanto, é preciso enfatizar que os resultados oferecem contribuições importantes para a compreensão dos fatores que afetam a adesão ao uso de órtese, bem como os desafios. Dito isto, sugere-se que mais estudos sejam feitos para substanciar essa temática.

As possibilidades evidenciadas no estudo foram a perspectiva de produção de diferentes materiais educativos para auxílio no uso de órteses e o estímulo ao diálogo entre profissionais, discentes e pacientes promovendo reflexão e participação ativa.

Há a necessidade de mais diálogos que permitam a reflexão sobre os fatores que interferem no uso de órtese no serviço do Centro Especializado em Reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição Federal. 1988
2. Brasil. Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004
3. Brasil. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia Assistiva . – Brasília: CORDE, 2009. 138 p.
4. Agnelli LB, Toyoda CY. Estudo de materiais para a confecção de órtese e sua utilização prática por terapeutas ocupacionais no Brasil. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2003; 11(2): 83-94.
5. Souza M, Cezarani A, Mattiello-sverzut AC. Effect of using orthoses on prolonging ambulation in patients with Duchenne Muscular Dystrophy: review of literature. Acta Fisiátrica. 2015; 22(3): 155-159.
6. Fess, EE. A History of Splinting: To Understand the Present, View the Past. Journal of Hand Therapy. 2002; 15(2): 97-132.
7. Schofield KA, Schwartz DA. Teaching orthotic design and fabrication content in occupational therapy curricula: Faculty perspectives. Journal of The Hand Therapy, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2018.08.003>.
8. Ferrigno ISV. Eletromiografia do membro superior no uso do computador: estudo comparativo entre duas órteses de punho. [Tese]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2009.
9. Lede PV. Minimalistic Splint Design. Journal of Hand Therapy. 2002; 15(2): 192–201.
10. Joseph M, Constant R, Rickloff M, Mezzio A, Valdes K. A survey of client experiences with orthotics using the QUEST 2.0. Journal of Hand Therapy. 2018; 31(4): 538-543.
11. O'Brien L. Adherence to therapeutic splint wear in adults with acute upper limb injuries: a systematic review. J HandTher. 2010; 15(1): 3–12.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características gerais da população,

religião e pessoas com deficiência[Internet]. Brasília: Brasil; [Acesso em 5 dez 2017]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm.

13. Scherer MJ, Sax C, Vanbiervliet A, Cushman LA, Scherer JV. Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors. *Disability and Rehabilitation*. 2005; 27(21): 1321–1331.

14. Reberte LM, Hoga AK, Gomes, ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(1): 101-108.

15. Guimarães CQ, Teixeira-Salmela LF, Rocha IC, Bicalho LI, Sabino GS. Fatores associados ao uso de palmilhas biomecânicas. *Rev. bras. Fisioterapia*. 2006; 10(3): 271-277.

16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

17. Silva TSS, Massa LDB. A utilização de órteses de membro superior em pacientes com artrite reumatoide: uma revisão de literatura no campo da terapia ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2015; 23(3): 647-659.

18. McKee P, Rivard A. Orthoses as enablers of occupation: client-centered splinting for better outcomes. *Can J Occup Ther*. 2004; 71(5): 306-314.

19. Organização Mundial de Saúde. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003. [Acesso em 20 jan 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.

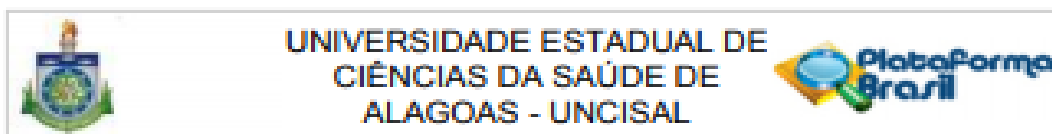
20. Alves, A. C. J. *Avaliação de tecnologia assistiva predisposição ao uso: ATD PA Br: versão brasileira* / Ana Cristina de Jesus Alves. Brasília : Editora Universidade de Brasília; 2017.

21. Lustosa MA, Alcaires J, Costa JC. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Rev. SBPH*. 2011; 14(2): 27-49.

22. Nemati Z, Javanshir MA, Saeedi H, Farmani F, AghajaniFesharaki S. The effect of new dynamic splint in pinch strength in De Quervain syndrome: a comparative study. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2016; 12(5): 457–461.

23. Costa CR, Ferreira FMRM, Bortolus MV, Carvalho MGR. Dispositivo de Tecnologia Assistiva: fatores relacionados ao abandono. *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar*. 2015; 23(3): 611-624.
24. Cooper RG, Edgett SJ. Maximizing productivity in product innovation. *Research-Technology Management*. 2008; 51(2): 47-58.
25. Mattozo TR. Tecnologia assistiva: identificação dos requisitos do produto de órteses para membros inferiores: uma visão a partir das percepções dos usuários. [Dissertação] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
26. Gradim LCC, Paiva G. Modelos de órteses para membros superiores: uma revisão da literatura. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2018; 26(2): 479-488.
27. Santos RF, Sampaio P, Sampaio R, Gutierrez G, Almeida M. Tecnologia assistiva e suas relações com a qualidade de vida de pessoas com deficiência. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017; 28(1): 54-62.
28. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Ito TN. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(4): 505-511.
29. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À ADESAO DOS USUÁRIOS DO CER III-UNCISAL NO USO DE ÓRTESES DE MEMBRO SUPERIOR: NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL, DO DISCENTE E DO USUÁRIO

Pesquisador: SIMONE STEIN SIQUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85104118.0.0000.5011

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

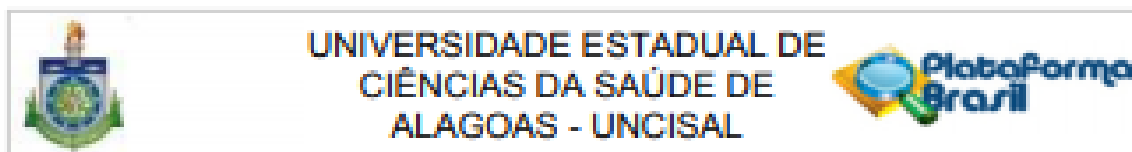
Número do Parecer: 2.617.955

Apresentação do Projeto:

O desenvolvimento da tecnologia na saúde auxilia tanto na investigação, cura e na reabilitação (ALVES, 2012). O profissional da reabilitação pode fazer uso de órtese como recurso terapêutico, sendo este considerado como tecnologia assistiva, pois objetiva a melhora funcional. De acordo com o Comitê de Ajudas Técnicas (CAT) no Brasil, tecnologia assistiva é uma disciplina de domínio de profissionais de várias áreas do conhecimento, que interagem para restaurar a função humana. Diz respeito à pesquisa, fabricação, uso de equipamentos, recursos ou estratégias utilizadas para potencializar as habilidades funcionais das pessoas com deficiência. A órtese é um recurso essencial na reabilitação de mão, permitindo alcançar o potencial de restauração ou manutenção da função, evitando ou corrigindo deformidades, servindo de suporte (ASSUMPTÃO, 2005), variando de acordo com a especificidade de cada indivíduo. Os objetivos do tratamento determinarão as orientações quanto ao tempo e forma de uso (FERRIGNO, 2007). O profissional deve escolher o que corresponda ao objetivo proposto e adequado às condições do paciente e possível dentro do

serviço (FRANCISCO, 2004). Diante do alto custo do material e das dificuldades de aquisição pelo setor público, faz-se necessário a devida orientação dos pacientes no manuseio e uso correto das órteses e a conscientização dos clientes sobre a importância da órtese como um recurso do tratamento de reabilitação. O analfabetismo e a baixa escolaridade são fatores relevantes no Brasil

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO **CEP:** 57.010-300
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 **Fax:** (82)3315-6787 **E-mail:** comitedeeticauncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.617.665

e principalmente no estado de Alagoas. Diante desta realidade, surge o desafio, ao nível regional, de promover a compreensão das informações disponibilizadas pelos profissionais de saúde. Desta forma se faz necessário conhecer e descrever quais as dificuldades e desafios encontrados pelos profissionais (docentes e técnicos) e discentes que indicam e/ou confeccionam órteses para membro superior e dos pacientes no serviço do Centro Especializado em Reabilitação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (CER- III UNCISAL) na adesão destes dispositivos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e descrever os fatores que interferem na adesão dos usuários ao uso de órtese de membro superior no serviço do Centro Especializado em Reabilitação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (CER- III UNCISAL).

Objetivo Secundário:

Identificar quais as dificuldades e desafios mais frequentes na adesão ao uso da órtese de membro superior tanto na visão do profissional, como do paciente/ cuidador e dos estagiários. Confeccionar material educativo para subsidiar a orientação verbal dos profissionais e estagiários aos pacientes/ cuidadores com linguagem clara, simples e adequada ao vocabulário regional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos realizados nesta pesquisa não são invasivos, portanto não trarão danos físicos, psíquicos, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais aos participantes.

Consideramos nesse estudo o risco de quebra de sigilo das informações com exposição da imagem e intimidade de seus participantes, e quanto a isso os pesquisadores garantem tomar todas as medidas necessárias para sua manutenção. O pesquisador se compromete a realizar as entrevistas em espaço que preserve a privacidade; os dados serão guardados sem identificação referente aos sujeitos da pesquisa e todo o material será descartado após ser digitalizado para análise dos dados. Cada questionário e formulário serão identificados pelas letras P (profissionais), D (discentes), U (usuário) e C (cuidador), com números, para preservação da identidade do sujeito.

Outro risco que porventura poderá ocorrer diz respeito ao sentimento de constrangimento diante de algumas perguntas, porém, esse risco será minimizado com a opção "não desejo responder". Além disso, para a redução dos riscos, o contato preliminar e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados seguirão os critérios de natureza ética preconizados pela resolução n.º 466/12 do

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

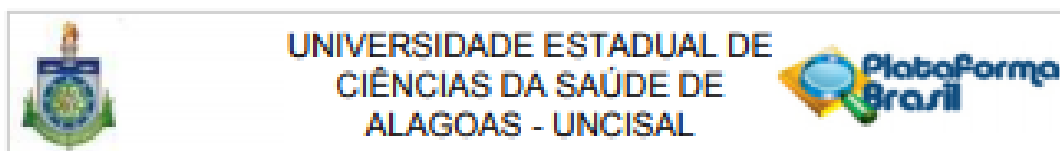
UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.617.665

Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Benefícios:

A pesquisa favorecerá a geração de conhecimento e confecção de material educativo quanto às orientações necessárias para uso e cuidado da órtese de membro superior. Este material será disponibilizado aos profissionais e pacientes (usuário e cuidador) que participarão da pesquisa, bem como os futuros pacientes que serão atendidos no CER, visando esclarecer e reforçar as informações dadas pelos profissionais no atendimento desta clientela, para que o tratamento de reabilitação possa ser otimizado através da maior adesão ao uso de órtese.

O resultado da pesquisa proporcionará aos profissionais subsídios para orientar sua prática com esta clientela. Os usuários e cuidadores receberão o produto educacional para esclarecimento de possíveis dúvidas quanto à órtese e orientações que visem a

colaborar na adesão ao uso. O benefício para os discentes que participarão da pesquisa se fará pela disponibilidade do material educativo para uso com os pacientes e discussão junto aos supervisores de estágio, contribuindo assim, na formação do conhecimento. Também, os discentes do curso de terapia ocupacional receberão o material para discussão em sala de aula, no módulo de tecnologia assistiva II, visando ressaltar a importância da linguagem acessível à clientela atendida, bem como as orientações necessárias para a adesão ao uso de órteses e fomentar novos recursos nesta área.

Assim, como devolutiva dos benefícios, os resultados serão divulgados através da publicação em revista científica, confecção de material educativo repassados para os participantes e para o local da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

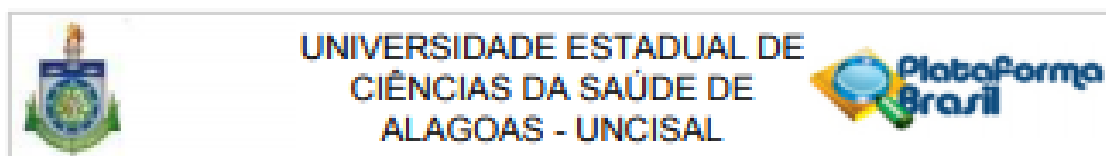
UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.617.665

consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_818366.pdf	12/04/2018 21:22:35		Aceito
Outros	Instrumentos_corrigidos.pdf	12/04/2018 21:16:48	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	12/04/2018 21:15:41	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_Autorizacao_uso_imagem_depoimento.pdf	12/04/2018 21:12:00	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Outros	Projeto_corrigido.doc	12/04/2018 21:10:10	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuário.pdf	12/04/2018 21:08:40	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	12/04/2018 21:08:23	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Discentes.pdf	12/04/2018 21:07:59	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cuidador.pdf	12/04/2018 21:07:38	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/03/2018 05:37:51	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Outros	Autorizacao_coordenacao_mestrado.JPG	13/03/2018 05:37:08	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_infraestrutura.pdf	13/03/2018 05:26:27	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_pesquisadores.pdf	09/03/2018 13:53:19	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_isencao_conflicto.pdf	09/03/2018 13:47:33	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	09/03/2018	SIMONE STEIN	Aceito

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

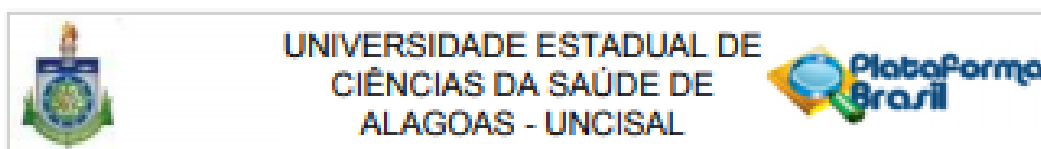
UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.6/17.665

Outros	Autorizacao.pdf	13:23:58	SIQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	09/03/2018 13:18:33	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	08/03/2018 11:48:50	SIMONE STEIN SIQUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 24 de Abril de 2018

Assinado por:
MARIA DO CARMO BORGES TEIXEIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6767

Fax: (82)3315-6767

E-mail: comitedeticauncisal@gmail.com

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO

Diretrizes para Autores

CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA

DIRETRIZES PARA AUTORES

Artigos originais: Materiais inéditos, oriundos de resultado de pesquisa científica inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas do escopo da revista. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 15 páginas e deve apresentar as seguintes seções: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusões; e Referências. O artigo pode conter até cinco ilustrações (gráficos, tabelas, figuras e anexos). São aceitos Estudos Observacionais, Estudos Experimentais e Estudos Qualitativos.

Crítérios de autoria: Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos manuscritos de maneira que possam assumir, publicamente, a responsabilidade pelo seu conteúdo. A autoria deve ser baseada na participação i) da concepção e do desenho ou da análise e interpretação dos dados; ii) da redação do artigo ou da revisão crítica do conteúdo; e iii) da aprovação final da versão a ser publicada. A participação apenas na obtenção de fundos e coleta de dados não caracterizam a autoria

Responsabilidade dos autores: O conteúdo e opiniões expressas nas publicações desta revista são de responsabilidade exclusiva dos autores. A submissão do manuscrito aos Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia implica que o trabalho não tenha sido publicado na íntegra em outro periódico ou veículo de comunicação, impresso ou eletrônico, e que não esteja sob consideração para publicação em outra revista.

Fontes de financiamento: Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Essas informações devem constar na folha de rosto do artigo.

Aspectos éticos relacionados a pesquisa envolvendo seres humanos: a observância dos preceitos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos é de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na *Declaração de Helsinque* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e

2008 - disponível em <http://www.wma.net>). Para as pesquisas com seres humanos realizadas no Brasil, os autores devem observar integralmente, as normas constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e nº 510, de 7 de abril de 2016 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>), e em resoluções complementares, para situações especiais. Os estudos realizados em outros países devem estar de acordo com Committee on Publication Ethics (COPE). Os procedimentos éticos adotados no estudo devem ser apresentados no último parágrafo da seção de métodos, contendo o número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares do participante deve ser evitado. O participante não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso mediante assinatura do Termo de Autorização de Utilização de Imagem. O parecer de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como o Termo de Autorização de Utilização de Imagem, quando for o caso, deverão ser enviados, em formato PDF, no momento da submissão pelo recurso envio de documentos suplementares. A menção de instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. Caso haja reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros deve ser apresentada a autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais.

Preparo dos manuscritos para submissão: a elaboração dos os manuscritos deve ser orientada pelo documento Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE. A versão original – em inglês – encontra-se disponível no endereço <http://www.icmje.org>, e a versão traduzida para o português pode ser acessada pelo endereço <https://goo.gl/HFaUz7>.

Forma e apresentação do manuscrito: O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas 1,5, fonte Arial e tamanho 12. Não são aceitas notas de rodapé. Em todos as seções, o texto deve ser estruturado a partir de títulos e subtítulos das seções, à esquerda, sem numeração. Os títulos deverão ser digitados em negrito e os subtítulos em itálico.

Cada manuscrito deverá conter, obrigatoriamente:

- Folha de rosto

A folha de rosto deve ser separada do corpo do texto e inserida no campo “docs. Suplementares” para garantir a avaliação cega entre os pares. A folha de rosto deve conter:

- a) Modalidade do manuscrito
- b) Título do trabalho, em português e inglês;
- c) Título abreviado, com até 40 caracteres;
- d) Nome completo dos autores e informações sobre o vínculo institucional (curso, unidade setorial, instituição);
- e) Nome do autor correspondente, com endereço completo, e-mail e telefone.
- f) Informações sobre fonte de financiamento (incluindo número de processo, quando pertinente) e de bolsas concedidas;
- g) Informação sobre o trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, trabalho de conclusão de residência, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo, título do trabalho, ano de defesa e instituição, se pertinente.

- Corpo do texto

Título e identificação: O título deve ser preciso e conciso, em negrito e centralizado, fonte Arial, tamanho 12, maiúscula, logo abaixo deve constar a versão em inglês, não devendo ultrapassar o número máximo de 18 palavras.

Resumo O resumo deverá ser redigido em parágrafo único, com no máximo 300 palavras, não devendo conter citações de autores, datas ou referências. Os resumos de artigos originais deverão apresentar as seções: objetivo, métodos, resultados e conclusões. No relato de experiência o resumo deverá conter contextualização, descrição da experiência, impactos e considerações finais. Nas demais modalidades deverá conter introdução, desenvolvimento e considerações finais.

Palavras-chave: deverão ser selecionadas de três a cinco palavras-chave, para fins de indexação do trabalho, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Deverão ser apresentadas com a primeira letra em maiúsculo e separadas por ponto e vírgula entre elas. Os DeCS podem ser consultados no seguinte endereço: <http://decs.bvs.br>).

Abstract: O resumo em inglês deverá ser apresentado logo após o resumo em português, seguindo as mesmas normas apontadas anteriormente. A versão em inglês do resumo deve ser fiel a versão em português.

Keywords: Deverá ser apresentada a versão em inglês das mesmas palavras-chaves pesquisadas nos DeCS.

Texto completo: O texto de manuscrito nas modalidades de artigo original e artigo de revisão deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Referências. Para os artigos de relatos de experiência, as seções apresentadas devem ser: Contextualização, Descrição da experiência, Resultados e Impactos, Considerações Finais e Referências. As ilustrações (tabelas, figuras, quadros e anexos) deverão ser referidas no texto e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável) pelo recurso “docs. Suplementares”.

Definição e conteúdo das seções:

Introdução (Artigos Originais): Deve ser objetiva e conter breve revisão da literatura relatando o contexto e a situação atual dos conhecimentos sobre o tema e apresentação do problema, a lacuna do conhecimento, destacando sua relevância e a justificativa para a realização do estudo. Devem ser pertinentes e alinhadas ao(s) objetivo(s) do manuscrito, os quais devem estar explicitado(s) ao final desta seção.

Método (Artigos Originais): O método deve ser descrito de forma clara devendo conter: delineamento do estudo, processo de seleção e alocação dos participantes, procedimentos e instrumentos de coleta, análise dos dados e os critérios de mensuração do desfecho de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo. Nos estudos envolvendo seres humanos, o último parágrafo deve apresentar o número de parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem com as informações relativas a utilização de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e/ou termo de assentimento (TA).

Resultados (Artigos originais): apresentar os resultados em sequencia lógica, de forma sintética e concisa. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Apresentar tabelas ou figuras de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística, se houver, evitando repetir no texto os dados ilustrados.

*Discussão (Artigos Originais):*a discussão deve conter a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e a comparação dos achados com a literatura, comentando e explicando as diferenças encontradas. Deve incluir a avaliação dos autores sobre as limitações do estudo e sobre os seus principais desdobramentos com indicação para novas pesquisas. Deve explicitar a contribuição do estudo para a área de conhecimento abordada. Os trabalhos de natureza qualitativa podem juntar as partes resultados e

discussão ou mesmo ter nomeações diferentes das partes, sem fugir da estrutura lógica de artigos científicos.

Conclusões (Artigos Originais): apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos da pesquisa, bem como, indicar caminhos para continuidade do estudo.

Referências: Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar nesta seção e vice-versa, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Evitar número excessivo de referências e as de difícil acesso, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes, sugere-se dar preferência para referências dos últimos 5 anos. Com exceção dos artigos de revisão, o número máximo de referências deve ser 30, sendo os autores responsáveis pela exatidão dos dados constantes nas mesmas. As referências devem ser numeradas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem parênteses ou datas, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 5, 13-17). Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais. Os títulos dos periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals do Index Medicus*. Os títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

A seguir seguem os modelos de referências definidas pelos editores:

Artigo padrão (até seis autores)

Bertoncello D, Pivetta HMF. Diretrizes curriculares nacionais para a graduação em fisioterapia: reflexões necessárias. Cad Edu Saude e Fis 2015; 2(4): 71-84.

Artigo padrão (mais de seis autores)

Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. Epidemiol Serv Saude 2015; 24(2): 197-206.

Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *CadSaude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

Livro – Individuo como autor

Powers SK, Howley ET. Fisiologia do exercício. Barueri, SP: Manole; 2017.

Livro – Organizador ou compilador como autor

Castro JL, Dias MA, Oliveira RFS, organizadores. A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores. Natal, RN: Uma, 2017.

Livro – Instituição como autora

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. [Caderno de Atenção Básica, n. 27]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Capítulo de livro

Schiavone AP. Diálogo entre a gestão do trabalho e a educação nos serviços de saúde. In: Castro JL, Dias MA, Oliveira RFS, organizadores. A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores. Natal, RN: Uma, 2017. P. 13-16.

Dissertação

Araújo FRO. Discursos e práticas na formação de profissionais fisioterapeutas: a realidade dos cursos de fisioterapia na região nordeste do Brasil [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

Tese

Brito GEG. O processo de trabalho na estratégia saúde da família: um estudo de caso [tese]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE; 2016.

Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Documentos eletrônicos – Artigo

Cattani RB, Girardo-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. RevEletronicaEnferm [Internet] 2004 [acessado 2013 dez 12]; 6(2): 254-271. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/sumario.html.

Documento eletrônico – Instituição com autora

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O Critério de Classificação Econômica Brasil 2014. [Internet]. [Acessado 2014 Jul 20]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

Documento eletrônico – Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 963, de 27 de maio de 2013. Redefini a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acessado 2016 mar 14]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as referências deverão ser convertidas para o texto.

Tabelas, figuras, gráficos e anexos: as tabelas, figuras, gráficos e anexos são limitadas a cinco (5) no total, que não serão computados no número de páginas permitidas no manuscrito, que deverão ser inseridas no final do manuscrito (quando possível) ou enviadas em arquivo separado, em formato editável, pelo recurso “docs. Suplementares”. No texto deve estar demarcada a localização das tabelas, figuras, gráficos e anexos para a sua inserção na versão final. Em caso de tabelas, figuras, gráficos e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor. Tabelas: devem ser apresentadas em arquivo de texto e incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido de uma página) ou pequenas, com dados que possam ser descritos no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos. Todas as tabelas deverão conter título autoexplicativo com local de realização do estudo e ano. As siglas e símbolos utilizados deverão estar descritos no rodapé da tabela. Figuras e gráficos: devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Deve ser evitado a inserção de figuras e gráficos grandes (máximo permitido de uma página). Todas as figuras e gráficos deverão conter título autoexplicativo com local de realização do estudo e ano. Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em alta resolução ou em sua versão original. Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação (imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, outros tipos de gráficos devem ser produzidos em

programa de imagem - *photoshop* ou *coreldraw*). Serão aceitos anexos aos trabalhos quando contiverem informação original importante ou algum destaque que complemente, ilustre e auxilie a compreensão do trabalho.

Envio de manuscrito: o envio de manuscritos é realizado exclusivamente pelo sistema eletrônico de submissão, disponível no endereço www.abenfisio.com.br.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

Folha de rosto deverá ser inserida no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”, conforme as normas da revista;

Corpo do texto atendendo as normas da revista para cada categoria: artigo original, relato de experiência, revisão de literatura, espaço aberto, ensaio teórico, cartas, resumos de dissertações e teses.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, quando indicado, deverá ser inserido no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;

Ilustrações (imagens, tabelas, gráficos e figuras), deverão ser inseridas no final do manuscritos, conforme as normas da revista, com sua devida localização marcada no corpo do texto, quando possível, ou enviadas em arquivo separado, em formato editável, no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;

Termo de autorização de utilização de imagem, quando pertinente, deverá ser enviado em formato PDF no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;

Processo de julgamento: O conteúdo e opiniões expressas são de responsabilidade exclusiva dos autores. Os manuscritos submetidos serão acolhidos pelo Conselho Editorial para análise técnica para verificação de sua adequação às normas e à política editorial da revista. Os manuscritos aptos a ingressarem ao processo de revisão externa por pares serão enviados para apreciação por dois pareceristas com reconhecida expertise na área da temática do manuscrito (revisores *ad hoc*), garantindo-se o anonimato de ambas as partes. Esta etapa consiste na avaliação do mérito científico e do conteúdo dos manuscritos, no qual os revisores farão críticas construtivas para o aprimoramento do material. Caso os revisores solicitem ajustes, os autores devem cumprir os mesmos no prazo estipulado para que o manuscrito não seja considerado como nova submissão.

Após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa pelos pares, o núcleo editorial avaliará novamente o manuscrito, verificando o atendimento às sugestões dos revisores *ad hoc*.

Os manuscritos aprovados serão submetidos a edições de texto, podendo ser solicitados novos ajustes. Os manuscritos aprovados serão publicados em ordem cronológica.

Condições para submissão: Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

URLs para as referências foram informadas quando possível.

O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte Arial de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no final do documento na forma de anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.

Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Autorizo a publicação e transferência dos direitos autorais para os Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia.

ANEXO C – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL DE APLICABILIDADE DO PRODUTO

ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Centro Especializado em Reabilitação – CER III Uncisal
R. Cônego Fernando Lyra, 232-338- Trapiche da Barra, Maceió - AL, 57017-420
Fone: (82) 3315-8260 - CNPJ 12.517.793.0008-76

Declaração de aplicabilidade de recursos educacionais

Os vídeos, intitulados: “O que é órtese” e “Como cuidar da órtese”, compõem o produto final da dissertação de mestrado “Fatores associados à adesão dos usuários em um Centro Especializado em Reabilitação no uso de órteses de membro superior: na perspectiva do discente, do docente e do usuário”.

Tais produtos educacionais produzidos pela mestranda Simone Stein Siqueira sob orientação da professora doutora Heloísa Helena Motta Bandini estão sendo utilizados pelos profissionais (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) deste Centro Especializado em Reabilitação (CER) junto aos usuários de órteses através de aplicativos de mensagem, favorecendo assim a assimilação das informações prestadas pelos profissionais e servindo como material de apoio para consulta domiciliar. Também serão disponibilizados na tela de mídia (TV) da sala de espera dos atendimentos a fim de servir de orientação a população que comparece a este CER. Os vídeos têm demonstrado uma ótima aplicabilidade no esclarecimento e reforço das orientações dadas pelos profissionais à clientela supracitada, propiciando reflexão e crítica ao uso diário da órtese, além de promover maior interação entre usuário/profissional.

Flávia Calheiros da Silva matrícula 3159-3.

Profª Mª. Flávia Calheiros da Silva
Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
CER III- Uncisal

