



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR
VIANNA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À
SAÚDE CARDIOVASCULAR**

BIANCA CRISTINA OLIVEIRA VIELMOND

**Avaliação da satisfação da criança portadora de
cardiopatias, sobre seu desempenho ocupacional.**

**BELÉM – PARÁ
2017**

BIANCA CRISTINA OLIVEIRA VIELMOND

Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.

Monografia apresentada como requisito de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Universidade do Estado do Pará. Orientadora: Prof. Msc. Karla Maria Siqueira Coelho Aita.

BELÉM – PARÁ
2017

BIANCA CRISTINA OLIVEIRA VIELMOND

Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.

Data da defesa: 10/01//2017.

Banca Examinadora:

_____ - Orientadora
T.O. Prof. Msc. Karla Maria Siqueira Coelho Aita,
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

_____ - Examinador
T.O. Prof. Msc. Victor Augusto Cavaleiro Correia,
Universidade Federal do Pará- UFPA)

_____ - Examinadora
PSICO. Msc. Tatiana Montalvão
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

_____ - Suplente
T.O. Msc. Dr^a Sônia Cláudia Pinto
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

Belém- Pa

2017

Dedico aos meus pequeninos, que com os seus tum tum....desordenados, trouxeram mais ritmo a minha profissão e mais amor à minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus por ter me proporcionado o dom da vida que é viver e a Nossa Senhora por ter passado sempre na minha frente e me guiado junto com meu protetor São Francisco de Assis. E que colocaram muitos anjos na minha vida que citarei.

A um exemplo de mulher, de garra e de amor infinito, minha mãe Francisca, que sempre esteve ao meu lado. “Amu tu, gosto tu, dooollu”.

A meu pai que mesmo longe, estava perto me apoiando.

Ao amor “das minhas vidas” Giovanni, que sempre foi um companheiro, amigo, professor, que nunca mediu esforços para me apoiar. Amarei você eternamente.

A minha segunda mãe e madrinha Lucimar, que sempre me acolheu e me ajudou, principalmente em um momento que muito precisei. Minha eterna gratidão.

A minha irmã Brenda que mesmo morando longe, sempre esteve presente me dando força, amor, amizade e esperança.

Aos meus dois anjinhos Ana Francisca e Kauã, que só o fato de existir na minha vida, sou imensamente feliz. E pelas forças que os dois me davam em suas falas: “Vou rezar pela senhora. ”

Aos meus familiares e amigos, que sempre quando me encontravam, ou ligavam me passavam forças, felicidades e amor, mesmo inconscientes.

Aos meus dois anjos Alessandra e Lúcia, que foram indispensáveis nessa minha luta.

Aos meus imensos, pequenos e pequeninhos pacientes, que me ensinavam, me alegravam, me entristeciam, me abraçavam, me beijavam, me levantavam a cada dia, e mais do que tudo me davam a felicidade de amar e ajudar alguém que minutos passados não existia na minha vida.

A meu exemplo de Terapeuta Ocupacional Rogeria, que sempre esteve no meu caminho profissional, mostrando e ensinando a desempenhar uma das minhas maiores e lindas ocupações que é ser Terapeuta Ocupacional.

A um conjunto de anjos que dividiram comigo essa jornada, os residentes, que dividiram alegria, tristeza, fome, cansaço, brincadeiras, estudos, cobranças e nada mais nada menos dividiram 12 horas diárias.

Aos funcionários da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e da Universidade do Estado do Pará, que me acolheram e me ajudaram nesta fase da minha vida.

A minha orientadora Karla que aceitou a me guiar não só nesse trabalho, mas sim em muitas missões que surgiram em minha vida, e que sei que esse aceite foi para além dessa fase que está sendo finalizada.

Ao meu mais novo anjo Wildete, que sempre me mostrava esperança. Uma frase que representa muito ela e que termino meus agradecimentos a todos dizendo. Sonhe! E é graças aos meus sonhos que finalizo esta pesquisa com muita felicidade e com eterna gratidão por todos vocês.

“...E ainda se vier noites traiçoeiras,
Se a cruz pesada for
Cristo estará contigo
E o mundo pode até fazer você chorar
Mas Deus te quer sorrindo...”

(Pe. Marcelo Rossi).

RESUMO

VIELMOND, B.C.O. **Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.** 2016. F. Monografia de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à saúde cardiovascular- Fundação Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Belém, 2017.

Doenças cardiovasculares (DCV) constituem-se em irregularidades do sistema vascular, podendo ser congênita ou adquirida, que decorrem de diversas implicações clínicas, tendo inúmeras consequências. Estas são repercussões que impactam na vida da criança, podendo ser de aspectos físicos, sociais ou psicológicos, porém comprometem o desempenho ocupacional da criança portadora de cardiopatia. O desempenho ocupacional consiste na habilidade de desempenhar suas ocupações, apresentando relação entre o ambiente, a ocupação e o indivíduo. Esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção que a criança portadora de cardiopatia possui sobre seu desempenho ocupacional. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, sendo do tipo observacional, não experimental, transversal, descritivo e analítico. A coleta foi realizada com 35 crianças portadores de cardiopatia, através de entrevistas divididas em duas etapas, sendo a primeira utilizou-se o formulário de informações pessoais e em seguida o protocolo da Medida Canadense de Desempenho ocupacional com as crianças do ambulatório da Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna. Os resultados mostraram que 68,5% das crianças entrevistadas apresentam alteração no desempenho ocupacional e a área mais comprometida foi a produtividade apresentando 90,48%, assim englobando as atividades brincar e escola com 54,76% e 28,57%, respectivamente. Essas atividades são consideradas as principais ocupações da criança sendo fundamental para seu desenvolvimento. Os resultados sugerem também que vários fatores estão associados diretamente com o desempenho ocupacional como em que fase da doença houve o diagnóstico, a classe funcional que a criança se encontra, sua condição cirúrgica, entre outros. Foram abordadas as singularidades do COPM, no que diz respeito as classes de ocupações e suas subdivisões. Conclui-se com o estudo a eficácia do protocolo abordado compreender a percepção da criança em relação ao seu desempenho ocupacional, bem como a necessidade da intervenção da Terapia Ocupacional utilizando abordagem centrada no cliente. Diante disso, há necessidade de novos estudos que abordem o desempenho ocupacional e as singularidades dos pacientes portadores de cardiopatia, buscando uma intervenção cada vez mais holística.

Palavras Chave: Cardiopatia; Terapia Ocupacional; Desempenho ocupacional

ABSTRACT

VIELMOND, B.C.O. **Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.** 2016. F. Monografia de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à saúde cardiovascular- Fundação Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, Belém, 2017.

Cardiovascular diseases (CVD) constitute irregularities of the vascular system, and may be congenital or acquired, which derive from several clinical implications, having numerous consequences. These are repercussions that impact on the life of the child, being physical, social or psychological aspects, but they compromise the occupational performance of the child with cardiopathy. Occupational performance consists of the ability to perform their occupations, presenting relationship between environment, occupation and the individual. This research aimed to understand the perception that the child with cardiopathy has on their occupational performance. It is a study with a quantitative and qualitative approach, being of the observational, non-experimental, transversal, descriptive and analytical type. The collection was carried out with 35 children with heart disease, through interviews divided into two stages, the first one being the personal information form and then the protocol of the Canadian Measure of Occupational Performance with the children of the outpatient clinic of the State Public Foundation Hospital of Clinicas Gaspar Vianna. The results showed that 68.5% of the children interviewed presented alterations in occupational performance, and the most affected area was productivity, with 90.48%, and playground and school activities with 54.76% and 28.57%, respectively. These activities are considered the main occupations of the child being fundamental for its development. The results also suggest that several factors are directly associated with occupational performance such as when the disease was diagnosed, the functional class the child is in, his or her surgical condition, and others. The singularities of the COPM were discussed, with regard to the classes of occupations and their subdivisions. It concludes with the study the effectiveness of the protocol addressed understand the child's perception regarding their occupational performance, as well as the need for Occupational Therapy intervention using customer-centric approach. In view of this, new studies are needed that address the occupational performance and the singularities of patients with heart disease, seeking an increasingly holistic intervention.

Keywords: Cardiopathy; Occupational therapy; Occupational performance

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição em idade, sexo, classe funcional, diagnóstico, perda de desempenho e condição cirúrgica dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016 -----33

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1- Distribuição em diagnóstico dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016-----35
- GRÁFICO 2- Distribuição em classe funcional dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016-----37
- GRÁFICO3- Distribuição em condição cirúrgica dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016-----38
- GRÁFICO 4- Distribuição em perda de desempenho dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016-----40
- GRÁFICO 5- Distribuição em áreas afetadas dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016-----41
- GRÁFICO 6- Distribuição de atividade ocupacionais dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016-----43
- GRÁFICO 8- Distribuição em média de desempenho dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016.....
- GRÁFICO 9- Distribuição em média da satisfação dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Julho de 2016.....

LISTA DE SIGLAS

AVDs	Atividade da Vida Diaria
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CC	Cardiopatía Congênita
CEC	Circulação Extra-corpórea
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIA	Comunicação Interatrial
CIV	Comunicação Interventricular
CMOP	Modelo Canadense de Performance Ocupacional
COPM	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional
DCV	Doença Cardiovascular
EI	Endocardite Infecçiosa
FPEHCGV	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
FR	Febre Reumática
HDA	História da Doença Atual
INOP	Inoperável
MCDO	Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional
NYHA	New York Heart Association
PCA	Persistência de Canal Arterial
POT	Pós Operatório Tardio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPA	Universidade Estadual do Para

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 CARDIOPATIA CONGÊNITA E ADQUIRIDA	18
2.2 ASPECTOS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL	22
2.3 SOBRE A MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)	24
3 METODOLOGIA	27
3.1 TIPO DE ESTUDO	27
3.2 PARA PESQUISA QUANTITATIVA	27
3.3 PARA PESQUISA QUALITATIVA	28
3.4 LOCAL	28
3.5 PERÍODO	28
3.6 COLABORADORES DA PESQUISA	28
3.7 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	29
3.7.1 Formulário de Informações Pessoais	29
3.7.2 Protocolo Medida Canadense de Desempenho Ocupacional	29
3.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	30
3.9 ANÁLISE DE DADOS	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
6 REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	55
ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa visou compreender a percepção que a criança portadora de cardiopatia possui sobre seu desempenho ocupacional.

Sabe-se que as doenças do sistema cardiovascular são definidas como um conjunto de irregularidades estruturais ou funcionais que acometem o próprio coração ou os vasos sanguíneos (AMORIM et al. 2010).

O coração segundo Nogueira; Pereira (2006), era considerado na Antiguidade Clássica como o órgão nobre, sendo essencial à vida. Já os antigos Semitas falavam que tal estrutura não era apenas o órgão indispensável para a vida do ser, mas também o centro, o núcleo de toda a vida (GALLIAN, 2010).

Ainda nessa perspectiva, para os Antigos Egípcios, tal órgão era denominado por dois sinais hieroglíficos distintos, um representava a sua dimensão orgânica e a outra representação seria sua dimensão moral e espiritual, acreditando que as mesmas se completavam (GALLIAN, 2010).

Desse modo, o significado do coração se organiza a partir de três características: o instinto, sentimento e inspiração (MORAES, 2016). Segundo Conte (2008), esse órgão apresenta um significado cultural, defendendo a ideia de ser o controlador da vida e das emoções.

As cardiopatias são classificadas em congênitas e adquiridas, ou seja, no primeiro caso a criança nasce com a patologia, já no segundo é adquirida conforme seu desenvolvimento (ROCHA; SILVA, 2015). A primeira é a mais frequente entre as malformações cardiológicas, tendo uma incidência aproximadamente de 8 em cada 1.000 nascidos vivos (DONA et al. 2015). Já a cardiopatia adquirida apresenta uma estimativa de 15,6 milhões de casos no mundo (MOTA, 2014).

As cardiopatias congênitas têm sua origem nas anormalidades cromossômicas, ou seja, devido uma implicação da embriogênese defeituosa durante o período gestacional. Já as adquiridas são desenvolvidas a partir da

febre reumática ou doença de Kawasaki (ROCHA; SILVA, 2015). Ambas apresentam como manifestações clínicas cianose, ganho de peso insuficiente, hipóxia, dispneia, cansaço, hipodesenvolvimento físico, arritmia, entre outros (RIBEIRO; MADEIRA, 2006). Estas manifestações podem ocasionar severas limitações, com restrições no desenvolvimento psicológico, cognitivo, físico e social (FERREIRA, 2013; BARROS, 2012) ocasionado também a necessidade de cuidados especiais tanto a criança quanto a família, direcionado a fatores relacionados a conflitos familiares, dificuldades de adaptação social e escolaridade dos pais (CALONE et al. 2009). Pois, de acordo com Damas; Ramos; Rezende (2009), o grau de escolaridade dos pais influencia no cuidado e no desenvolvimento global da criança cardiopata, com frequente ocorrência de negligência, inclusive em relação a higiene bucal e saúde geral.

Além desses problemas envolvidos, há outros déficits como nas suas áreas de ocupação, mais percebido nas atividades de vida diária e atividades produtivas ou de lazer, os quais comprometem a qualidade de vida dos pacientes acometidos (BERTOLETTI et al. 2014). Conforme Cavalcanti (2007), as anomalias cardiológicas podem ocasionar disfunções ocupacionais dificultando a prática das atividades da vida diária, estando estas relacionadas a diversos fatores como fadiga muscular e dispneia, os quais são indicados e listados pelos pacientes como limitações para obter um desempenho satisfatório. Dessa forma, uma compreensão da satisfação do desempenho ocupacional deste usuário é uma grande ferramenta para auxiliar e facilitar a execução e adaptação das limitações que o comprometem.

Neste âmbito, nasce a necessidade de uma compreensão específica quanto a auto percepção da criança portadora de cardiopatia em relação ao seu desempenho ocupacional. Já que de acordo com Resende (2009), a abordagem centrada no cliente remete a uma melhoria de desempenho ocupacional e da qualidade de vida¹. Ainda nesta perspectiva dos olhares no cliente, na qualidade de vida e no desempenho ocupacional, ocasionará uma assistência mais ampla, focando não somente na recuperação física, mas sim na promoção da saúde

¹ Segundo Bertoletti et al. (2014), qualidade de vida consiste em a percepção do indivíduo sobre seu estilo de vida, relacionada aos seus aspectos físicos, sociais, emocionais e com seus objetivos, padrões e preocupações.

(BARROS, 2012). Conceituando o desempenho ocupacional, este consiste na habilidade de realizar rotinas e desempenhar papéis e tarefas do seu dia-a-dia, dentro das áreas de autocuidado, produtividade e lazer, ou seja, a interação da pessoa com o seu ambiente, sua ocupação e a sua produção (CALDAS; BRITO; MARCELINO, 2014).

Durante o meu envolvimento na residência multiprofissional em atenção à saúde cardiovascular da Universidade Estadual do Para (UEPA) como residente de Terapia Ocupacional, tive a oportunidade de observar que as possíveis consequências dessas entidades patológicas ocasionam limitações nas ocupações dos menores acometidos. Em decorrência desse cenário, comecei a me questionar sobre qual seria a percepção da criança portadora de cardiopatia sobre seu desempenho ocupacional? Estaria esta criança satisfeita sobre seu desempenho?

Tais observações proporcionaram o desejo de realizar esta análise através de um protocolo validado e sensível a tal problemática. Neste sentido, a “Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM” tem se mostrado um valioso instrumento de avaliação, pois consiste em uma entrevista semiestruturada, que tem como objetivo identificar problemas nas áreas de desempenho ocupacional (CHAVES et al. 2010). Segundo Magalhães; Magalhães; Cardoso (2009), o COPM tem como finalidade analisar e priorizar pontos do dia-a-dia que causam limitações ao indivíduo, gerando um impacto no seu desempenho ocupacional.

O referido protocolo tem imenso impacto na prática clínica, uma vez que sua utilização é de grande valia em crianças acometidas por limitações no desempenho, devido ser centrado no cliente e por focar a percepção do mesmo em relação ao seu desempenho ocupacional. Porém no Brasil ainda há poucos estudos que abordam COPM na prática clínica com crianças portadoras de Doença Cardiovascular (DCV), o que torna o presente estudo de grande valor para contribuir com outros estudos relacionados a esse tema, ampliando a compreensão sobre a terapêutica ocupacional com ênfase no cliente (CALDAS; FACUNDES; SILVA, 2011).

O objeto do estudo, nesta pesquisa teve como objetivo geral: Compreender a percepção que a criança portadora de cardiopatia possui sobre

seu desempenho ocupacional. Em razão deste objetivo foi feita a verificação da compreensão da satisfação sobre o desempenho ocupacional da criança portadora de cardiopatia que foi disposto em cinco capítulos. No primeiro iniciei com a introdução, realizando uma abordagem geral do conteúdo do trabalho, já no segundo capítulo abordei a fundamentação teórica dividindo o a partir dos temas cardiologia, desempenho ocupacional e medida canadense de desempenho ocupacional. Já no terceiro capítulo desenvolvi a metodologia e/os procedimentos utilizados, no quarto abordei a apresentação dos resultados e discussão. As considerações finais foram apresentadas no quinto e último capítulo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 CARDIOPATIA CONGÊNITA E ADQUIRIDA

As irregularidades no desenvolvimento do sistema vascular na infância decorrem de um vasto espectro de implicações clínicas que são consequências das patologias congênitas ou adquiridas (KOBINGER, 2003; ROSA et al. 2012). Estando a infância, a idade cronológica que se encontra compreendida entre 0 e 12 anos (BRASIL,1990)².

Dentre as principais etiologias do desenvolvimento infantil encontram-se as patologias do sistema cardiovascular. Estudos sugerem que o atraso do desenvolvimento repercute nas áreas intelectuais, sociais, culturais e ocupacionais do indivíduo (ROSSI, 2012). Dentre as patologias do sistema cardiovascular estão às malformações congênitas que acometem cerca de 10 em cada 1.000 recém-nascido vivos (BERTOLETTI et al. 2014).

A cardiopatia congênita (CC) apresenta distintas denominações como, malformações congênitas, anomalia congênita e defeitos congênitos (CALONE et al. 2009). É estimada a malformação mais prevalente, estando presente em aproximadamente 40% de todas as anomalias congênitas (ROSA et al. 2012).

Sua etiologia é pouco conhecida, porém dentre as causas destacam-se as anormalidades cromossômicas (TREVISAN et al. 2013). Patologias cardíacas podem evoluir de maneira assintomática ou sintomática (ARAUJO et al. 2014). Apresentam como sintomatologia: cianose, hipóxia, dificuldade de ganho de peso, lipotimia, atraso no desenvolvimento que poderão repercutir nas atividades da vida diária, dentre outros RIBEIRO; MADEIRA, (2006) ; ROSSI (2012).

Segundo Trevisan et al. (2013), o diagnóstico da CC é realizado através do quadro clínico e exames complementares como: ecocardiograma, radiografia do tórax, eletrocardiograma, cateterismo, citogenético, entre outros. De acordo

² BRASIL. LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Compreendida entre a faixa cronológica de até 12 anos

com Born (2009) há dois tipos de CC: a cardiopatia cianótica e acianótica. Que consiste respectivamente uma mistura do sangue venoso com o sangue atrial e trazendo uma consequência uma diminuição do fluxo sanguíneo para o pulmão, elas são caracterizadas pelas coloração azulada da pele e a última caracteriza por não apresenta mistura do sangue venoso com o atrial (MARI, 2015). Crianças com cardiopatia congênita normalmente apresentam uma alteração no desenvolvimento infantil, ocasionando vários comprometimentos, trazendo repercussões funcionais significantes (MIYAGUE et al, 2003; ROSA et al. 2012).

Colaborando com Born, Bertolleti et al. (2014) afirmam que as repercussões que se refletem nos aspectos físicos, psicológicos e sociais podem trazer grandes consequências e prejuízos ao desempenho ocupacional do paciente. E segundo o mesmo autor, o olhar para este aspecto é recente, porém também existem inúmeros benefícios para tal desempenho, a partir das intervenções precoces, que se utilizem de instrumentos válidos de percepção para a faixa etária infantil.

Quanto às doenças adquiridas na infância, são decorrentes das lesões ocasionadas por doenças como febre reumática ou doença de Kawasaki (ROCHA; SILVA, 2015). Neste sentido, deve-se ressaltar que a febre reumática (FR) é uma patologia que apresenta complicações tardias e não supurativas de uma resposta autoimune, sendo ocasionada pelo estreptococo beta- hemolítico do grupo A. Segundo os autores Maciel; Neto (2005), essa patologia possui uma maior prevalência no sexo feminino, acometendo mais frequentemente durante a infância e a adolescência.

Esta patologia está associada a condição sócio- econômica, ou seja, com renda familiar baixa e às más condições de vida. Porém, mesmo com a redução desta patologia em países desenvolvidos há forte prevalência no Brasil, caracterizada como a etiologia principal de cardiopatia adquirida durante a infância (BARBOSA; ANDRADE, 2009). Segundo Saraiva (2014), concorda com a referida associação, complementando que a infecção apresenta a tríade produtora da doença sendo: Estreptococia da orofaringe, condições de moradia e hereditariedade. Aborda ainda que muitos indivíduos que apresentam o diagnóstico DR, são procedentes de favelas ou meio rural, de comunidades pequenas. Isto acontece devido a falta de saneamento básico e de conhecimento sobre a referida patologia. E ocasiona a recorrência da mesma, pois domicílios

com higienizações não adequadas propiciam a permanência do estreptococo no meio ambiente.

O diagnóstico desta patologia é realizado através de uma combinação de exames clínicos e laboratoriais, constituindo-se em um desafio devido a diversidade de apresentações clínicas (TERRERI, 2006).

De acordo com Barbosa; Andrade (2009), dentre as manifestações clínicas e as consequências da FR, encontram-se: Artrite, que consiste em uma inflamação em uma ou mais articulações, sendo a complicação mais comum da referida patologia; Estreptococia: infecções causadas *por bactérias gram-positivas chamadas estreptococos*; Sopros sistólicos apicais: Um tipo de sopro cardíaco que ocorre durante a sístole; e Cardite: São inflamações que podem afetar o pericárdio, o miocárdio e endocárdio. Esta complicação está presente em 50 % dos pacientes com a patologia FR. Abordando esta última consequência, o fator preponderante para adquirir a bactéria está associado à falta de escovação dental, ou, por procedimentos dentários invasivos (PIMENTEL, 2012).

A terapêutica odontológica é de suma importância para as crianças com cardiopatia, pois elas apresentam uma maior probabilidade em adquirir a patologia endocardite infecciosa (EI), que consiste em invasão de microorganismo (bactéria ou fungo) no tecido endocárdico, que pode ser induzida pela deficiência na escovação dental (PIMENTEL, 2012). Segundo o mesmo autor, ao analisar o status da boca do ser humano, isto conjectura sua saúde geral, o qual a mesma refere-se como a porta de entrada para fontes de contaminação e disseminação de doenças. Portanto, necessita de uma atenção aos cuidados da higiene bucal com as crianças com cardiopatias, devido as mesmas já apresentarem uma anormalidade nos dentes, em razão da sua condição cardíaca ou à negligência com a saúde bucal. Há uma deficiência dos pais sobre o conhecimento da importância da higiene bucal, noventa por cento dos pais brasileiros não sabem o que é EI (DAMAS; RAMOS; REZENDE, 2009).

Segundo Barbosa; Andrade (2009), há também outras manifestações como: Insuficiência Cardíaca (condição que o coração não consegue mais bombear sangue suficiente para o resto do corpo), Coreia Sydenham (lesões inflamatórias no tecido conjuntivo), sendo esta uma das mais complicadas

consequências da FR; Nódulos Subcutâneos; Eritema Maginado; Poliartralgia; Febre.

A doença cardiovascular apresenta diversas repercussões trazendo impactos na vida da criança, alterando a sua rotina, o que ocasiona desgaste físico e psicológico, comprometendo o seu desempenho ocupacional (ROCHA; ZAGONEL,2009).

Qualquer ameaça que cause um distúrbio no aparelho cardiovascular pode acarretar fraqueza muscular, dispneia e dor precordial, haja vista que esse aparelho é o responsável pela distribuição do oxigênio e nutrientes a todos os órgãos do corpo.

Podendo ocasionar transtornos ocupacionais, já que podem gerar um déficit de energia para realização de atividades que demandam esforço físico, implicando em risco eminente de morte, além de prejuízos funcionais e desvantagens sociais, gerando um distanciamento daquilo que se define como saúde. (VASCONCELOS et al. 2009). Como visto, as doenças cardiovasculares (DCV) causam grande impacto nas incapacidades e restrições nas atividades diárias, podendo excluir a criança do seu meio social. (RODRIGUES, 2014).

Após a instalação das DCVs, torna-se imperativo a realização da reabilitação cardíaca, que consiste em garantir aos pacientes portadores de cardiopatias melhores condições de saúde física, mental e social, visando através de seu próprio esforço a reconquista de seu lugar de pessoa ativa e produtiva na comunidade. Neste sentido as crianças e adolescentes são extremamente beneficiados com a realização de atividades físicas, sociais e psicológicas durante o processo de reabilitação cardiovascular (PORTO; COSTA; VASCONCELLOS, 2014).

Tendo em vista a gama das limitações que os indivíduos com doenças cardiovasculares apresentam, os mesmos necessitam de atenção especial por parte dos Terapeutas Ocupacionais (OMS, 2005), os quais têm um papel fundamental na equipe de reabilitação dos pacientes com moléstias no sistema cardiovascular, avaliando e analisando as atividades da vida diária do mesmo, podendo auxiliá-los durante o processo de adaptação de suas atividades, dando-lhes autonomia mínima para exercerem suas funções da vida diária de forma independente, visando benefícios no campo biopsicossocial diante de sua nova condição (VASCONCELOS et al. 2009).

2.2 ASPECTOS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Ocupação é um modo ativo e significativo do paciente intervir no mundo, algo essencial ao homem, que favorece um crescimento individual e social, sendo um elemento transformador (LIMA; OKUME; PASTORE, 2013). Segundo a AATO (2015), ocupação significa o que as pessoas realizam no seu dia-a-dia que apresenta significado, que possui propósito. De acordo com Medeiros et al. (2014), a Ocupação representa uma atividade de significado singular, que se caracteriza como sistematização natural do comportamento humano e do cotidiano.

Conforme Rodrigues (2014), o desempenho ocupacional é, sobretudo o envolvimento em ocupações, compreendendo a participação das pessoas em seu lar, trabalho, escola, brincar, lazer e na vida social. As incapacidades influenciadas pelas Doenças Cardiovasculares (DCVs) trazem uma diversidade de déficits funcionais e nas estruturas corporais, o que acomete o desempenho ocupacional dos indivíduos (CALDAS; FACUNDES; SILVA, 2011)

O desempenho ocupacional é a inter-relação entre o tripé ambiente, ocupação e indivíduo, somando-se às suas vivências nos diversos campos, levando em consideração a satisfação em realizar ocupações e aptidões na execução de atividades específicas (RIBEIRO, 2006).

Os Terapeutas Ocupacionais apresentam um próprio modelo de intervenção, o qual se baseia no cliente. O modelo de Performance Ocupacional, foi desenvolvido pela Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais (Canadian Association of Occupational Therapists- CAOT) e pelo Departamento Nacional de Saúde e Bem-estar e foi apresentado em 1982. Este modelo coloca o sujeito como o centro de diversas esferas interatuantes, dividindo-se em áreas, componentes e ambientes (SUMSION, 2003). De acordo com a mesma autora em 1997 o nome do modelo se modificou para Modelo Canadense de Performance Ocupacional (CMOP) ou Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO), apresentando diversos novos conceitos e considerado um modelo interativo entre pessoas, ambientes e ocupações e este modelo pode ser

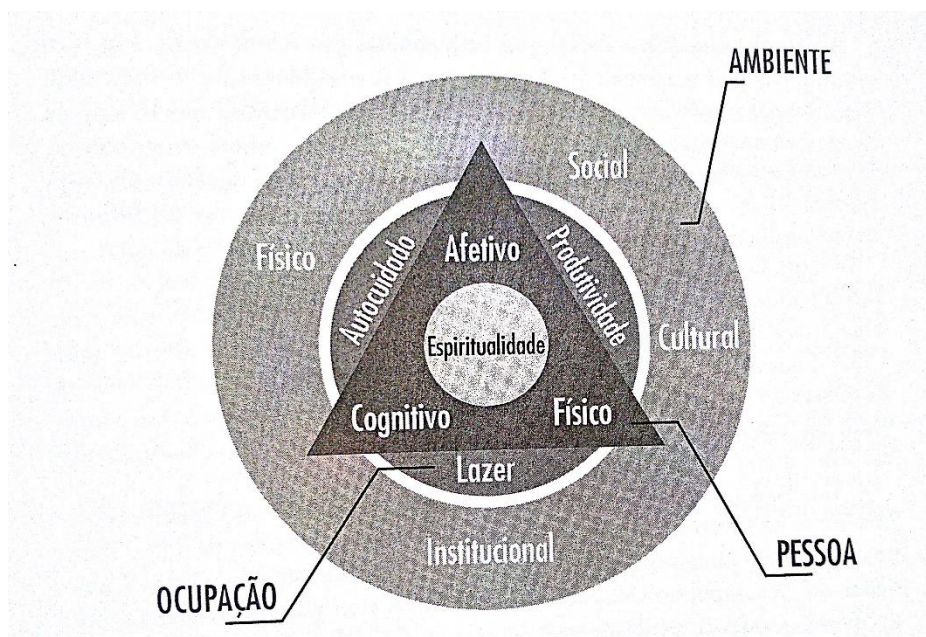
aplicado em uma ampla faixa etária e em diversos programas institucionais e comunitários.

O Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional define que o desempenho ocupacional

É o resultado de interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação. A pessoa é definida como possuindo os componentes físico, afetivo, e cognitivo, no centro dos quais está a essência do ser, que é o elemento espiritual. O ambiente é composto pelos elementos físico, social, cultural e institucional. As ocupações são classificadas nas seguintes categorias: autocuidado, produtividade e lazer (LAW et al. 2009, p.17).

A definição do desempenho ocupacional referida acima é ilustrada de acordo com a Figura 1.

Figura 1: Ilustração do Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional.



Fonte: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, Law et al. (2009).

Conforme o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO), as ocupações estão dispostas em áreas do autocuidado, lazer e produtividade. Sendo que essas áreas podem sofrer uma subdivisão: cuidado pessoal, mobilidade funcional e o funcionamento na comunidade; recreação ativa e

socialização; trabalho remunerado, cuidar de tarefas domésticas/ escola, respectivamente.

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, é uma medida baseada no modelo discutido, fundamentada na abordagem baseada no cliente (SUMSION, 2003).

2.3 SOBRE A MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM).

Tal avaliação, segundo Carleto; Alves; Gonhijo (2010), versa sobre o detalhamento do perfil ocupacional e a análise do desempenho ocupacional. O primeiro diz respeito a informações sobre o indivíduo e suas necessidades, relacionadas ao seu desempenho nas áreas de ocupação. Já o segundo enfoca na coleta e análise das informações, avaliando, observando e indagando sobre fatores que bloqueiam ou estimulam o desempenho ocupacional.

Hagedorn (1999), relata que o COPM foi desenvolvido no Canadá pela iniciativa ocorrida da Canadian Departmento National Health and Welfare que teve como objetivo promover orientações para os profissionais apresentarem uma intervenção de qualidade focada no cliente, sendo que este protocolo possui fundamentos no cliente enquanto centro da intervenção e visto de uma forma holística.

Na abordagem de Prática Centrada no Cliente o profissional agrupa dados que irão direcionar a terapêutica para o que é realmente importante e significativo para o indivíduo, tais como: suas necessidades, preferencias, objetivos e plano de intervenção (POLLOCK; MCCOLL; CARSWELL, 2003).

Nesse aspecto a terapia ocupacional utiliza a COPM como protocolo avaliativo com o objetivo de colocar em evidência o dia-a-dia e as dificuldades mais significativas, partindo de uma perspectiva própria do sujeito e suas limitações, além de proporcionar ao paciente seu envolvimento no processo de saúde, haja vista que o mesmo pode priorizar suas atividades cotidianas mais relevantes, bem como, avaliar sua satisfação em relação às atividades que lhe estão sendo aplicadas (RODRIGUES, 2014).

O referido protocolo foi projetado pela Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais, em colaboração com o Departamento Nacional de

Saúde e Bem-Estar do Canadá, para que os terapeutas ocupacionais avaliem as demandas e os resultados da intervenção de seus clientes nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer. Identifica alterações ao longo do tempo na percepção do cliente com relação ao seu desempenho e satisfação (MISUTA et al. 2011).

O COPM é uma medida individualizada, executada por uma entrevista semiestruturada (CALDAS; FACUNDES; SILVA, 2011), tendo como objetivo identificar e priorizar questões diárias que limitam o desempenho ocupacional do paciente; medir o desempenho e a satisfação pertinente às áreas- problema dentre outros (LAW et al. 2009).

Esta medida foi publicada em 1990 pela primeira vez e traduzida para mais de 24 idiomas, sendo empregada em mais de 35 países (ANDOLFATO; MARIOTTI, 2009). Reconhece limitações nas três áreas do desempenho ocupacional que são: autocuidado, produtividade e lazer. Além de identificar, este protocolo quantifica o desempenho, as prioridades e a satisfação das limitações (BALLARIN; SOUZA, 2010). Esta medida é utilizada por terapeutas ocupacionais em pacientes com diversas patologias e limitações, tendo o mesmo objetivo, identificar mudanças no desempenho ocupacional (ANDOLFATO; MARIOTTI, 2009).

Segundo relatos dos autores Misuta et al. (2011), o COPM tem sua utilidade na medida em que ajuda a identificar as necessidades e problemas do paciente, além de fornecer informações sobre o acompanhamento. Tal medida torna-se eficiente como ferramenta de verificação do nível de performance e satisfação do cliente, determinando suas prioridades, bem como avaliando seu desempenho ocupacional.

Na aplicação da medida, primeiramente o paciente irá identificar as atividades do seu dia-a-dia que apresentam dificuldade, logo em seguida pontuando as mesmas com o escore do grau de importância. Na sequência, definirá os cinco principais problemas de acordo com o grau de importância e conseqüente o cliente avaliará pontuando seu desempenho e satisfação (CALDAS; FACUNDES; SILVA, 2011).

Sua aplicação atribui um valor de importância às atividades citadas pelo indivíduo e apresenta escore de 1 a 10, de forma crescente. As cinco principais dificuldades e problemas do desempenho ocupacional listados pelo indivíduo

são pontuados baseados neste escore. E em seguida, é realizado a auto avaliação sobre o seu desempenho ocupacional e a satisfação ao executar tais atividades, e que avalia-se a partir de dois escores que apresenta-se como variação de 1 a 10 pontos (MISUTA et al. 2011).

Desta forma, evidencia-se a importância do olhar para esta criança, que possui alteração no seu desempenho ocupacional, que apresentam diversas modificações, insatisfações e adaptações no seu desempenho. E o protocolo abordado é sensível esses aspectos que a criança cardiopata se depara.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Envolvendo Seres Humanos da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), conforme a resolução nº 456/2012, sendo o parecer de aprovação número 006119/2016 (ANEXO A).

Após a referida aprovação do comitê citado acima, a pesquisa foi autorizada pela direção da instituição (ANEXO B), da chefia do setor mencionado (ANEXO C), Aceite do orientador (ANEXO D) a ser realizado estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo quanti-qualitativo, observacional, não experimental, transversal, descritivo e analítico.

3.2 PARA PESQUISA QUANTITATIVA

Tratou-se de um estudo quantitativo observacional, não experimental, transversal, descritivo. De acordo com Moresi (2003), a metodologia quantitativa é utilizada para determinar o perfil de um grupo de indivíduos, tendo características em comum.

A coleta de dados será detalhada em diante, porém foi realizada em etapas com a utilização do formulário de informações pessoais (APÊNDICE C), com objetivo de coletar os dados pessoais da criança do estudo. Em seguida foi aplicado o protocolo Medida Canadense de Desempenho Ocupacional com gravação audiodigital (ANEXO E). O referido estudo apresentou uma análise quantitativa e os resultados alcançados foram expostos por meio de gráficos e tabelas utilizando o programa Software Windows Excel versão 2013. Segundo os autores Prodanov; Freitas (2013). A análise quantitativa consiste em explicar as informações em números, para classificá-las, utilizando recursos e técnicas estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

3. 3 PARA PESQUISA QUALITATIVA

O referido estudo também apresentou uma análise qualitativa que segundo Prodanov; Freitas (2013), compreende que há uma relação entre o mundo e o sujeito, que não pode ser explanado em números. Sendo assim, nesta pesquisa foram analisadas as falas transcritas dos participantes, avaliadas a significação relatada pelos mesmos, buscando compreender o grau de satisfação da criança portadora de cardiopatia sobre seu desempenho ocupacional.

Nesse sentido, adotou-se diferentes metodologias, as quais envolveram aspectos naturalistas, trazendo uma visão mais próxima da realidade vivida no ambiente onde se desenvolveu a pesquisa, buscando compreender os significados trazidos pela percepção dos sujeitos envolvidos, levando em consideração as experiências vividas (TURATO, 2000).

3. 4 LOCAL

Desenvolveu-se no ambulatório da Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna- FPEHCGV. Sendo uma instituição de referência da Estadual em Cardiologia, Psiquiatria e Nefrologia, que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. 5 PERÍODO

A coleta do presente estudo realizou-se no período entre março a agosto de 2016.

3. 6 COLABORADORES DA PESQUISA

A amostra foi constituída de trinta e cinco (35) crianças, cujos critérios para sua inclusão foram de ambos os sexos, na faixa etária de 8 a 12 anos, sendo portadores de uma cardiopatia e que apresentassem preservação nas suas funções cognitivas, no qual tanto os responsáveis quanto os menores aceitassem participar do estudo, de forma iminentemente voluntária, assinando o termo de consentimento (APÊNDICE A) e termo de assentimento (APÊNDICE B) e pertencer a região metropolitana de Belém.

Foram excluídos os que não atenderam aos critérios descritos anteriormente e/ou pertenciam à população indígena.

3.7 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

3.7.1 Formulário de Informações Pessoais

O referido formulário consiste em um roteiro de perguntas com objetivo de coletar informações básicas sobre criança. As informações contidas são: identificação (nome, data de nascimento, grau de instrução, idade, sexo, diagnóstico, condição cirúrgica e tempo de Circulação Extra-corpórea - CEC), histórico ocupacional, história da doença atual (H.D.A) assim como a classificação funcional de acordo com New York Heart Association (NYH).

3.7.2 Protocolo Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)

Este protocolo propõe sua aplicação por etapas conforme o texto que se segue.

Etapa 1: A criança identificou e reconheceu as atividades, ou problemas, do seu dia-a-dia mais importantes e significativas, as quais realizava com dificuldade. Não era obrigatório que a mesma identificasse problemas em todas as áreas e nem que os problemas nas atividades fossem só os que estão explanados no protocolo (LAW et al, 2009). Para ajudar nesta identificação a pesquisadora auxiliou a criança a pensar e relatar as atividades realizadas ou as que ele gostaria de realizar no seu dia-a-dia.

Etapa 2: A criança pontuou a importância das atividades mencionadas, dentro de um escore de 1 a 10 onde 1 é “sem importância” a 10 “muito importante”, utilizando a escala abaixo, que tem o objetivo de facilitar a medição. Caso o participante não entendesse a linha de números para a pontuação, era explicado novamente, quantas vezes se fizessem necessárias. De acordo com as instruções do protocolo, inclusive lançando mão de qualquer termo para facilitar a compreensão do significado da importância.

O quanto é importante para você ser capaz de fazer esta atividade?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Sem nenhuma importância

Muito importante

Etapa 3: A pesquisadora mostrou ao participante os problemas mais importantes de número máximo de até cinco problemas que apresentavam a maior pontuação de importância e confirmou com a criança suas escolhas de tais atividades. Em seguida foi pontuado no quesito “desempenho” utilizando o escore que varia de 1 a 10, sendo que 1 “faço mal” e 10 “faço bem”.

Como você pontuaria a estas atividades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
 Faço mal Faço bem

Continuando na 3 etapa foi pontuado o quesito de “satisfação”, utilizando o escore que varia de 1 a 10, com cada problema identificado, onde 1 é insatisfeito e 10 muito satisfeito.

Você está satisfeito, feliz com a forma que tem realizado estas atividades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
 Insatisfeito Muito satisfeito

Etapa 4: Realizou-se a somatória das notas que o participante pontuou utilizando o cálculo abaixo, obtendo assim a nota do seu desempenho, conforme cálculo sugerido no manual do protocolo.

Pontuação total de desempenho =
$$\frac{\text{Soma dos graus de desempenho}}{\text{Nº de atividades (problemas)}}$$

Pontuação total de satisfação =
$$\frac{\text{Soma dos graus de satisfação}}{\text{Nº de atividades (problemas)}}$$

3.8 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A pesquisa teve início após sua autorização, pelo comitê de ética, na sequência foram selecionadas as crianças que frequentaram o ambulatório no período destinado a coleta, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Em seguida, as mesmas acompanhadas pelos seus responsáveis foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados seus objetivos, assinando assim o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), bem como o Termo de Assentimento (APÊNDICE B). Mediante

o aceite, foi aplicado o formulário de informações pessoais com os responsáveis (APÊNDICE C), e em seguida foi aplicado o protocolo COPM (ANEXO E) com gravação audiodigital.

3.9 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados do presente estudo foi desenvolvida de forma quantitativa e qualitativa para melhor alcance dos objetivos do mesmo. Os dados quantitativos foram analisados pelo programa software Excel e Word 2013. Os resultados demonstrados sob forma de tabela e gráficos. Estes dados foram submetidos a uma análise temática na qual as frequências definem os valores de referência.

Quanto aos dados qualitativos, estes foram coletados por meio de entrevistas com as crianças, sendo gravadas e transcritas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a satisfação das crianças com cardiopatia quanto ao seu desempenho ocupacional e teve uma amostra de n= 35 de crianças. Os resultados foram estruturados em tabelas, gráficos e falas das crianças e dos responsáveis. Estes últimos responderam ao formulário de informações pessoais que consistia em dados como nome, idade, história da doença atual, entre outros. Porém, alguns responsáveis não se detiveram apenas a essas informações básicas e aprofundaram mais quanto ao desempenho ocupacional da criança.

- CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS DA PESQUISA

Para melhor apresentação dos resultados da referida pesquisa, optou-se em considerar as variáveis idade, sexo, classe funcional, diagnóstico, perda de desempenho, condição cirúrgica, entre outras. Das 35 crianças da pesquisa 71% (25 crianças) são do sexo feminino e 29% (10 crianças) do sexo masculino, apresentando um média de faixa etária de 9,88 anos, a qual varia entre 8 e 12 anos.

A identificação das crianças foi realizada de acordo com a ordem das entrevistas, portanto optou-se em designar a palavra criança seguida de número, como por exemplo criança 1, criança 2, e assim por diante até criança 35, para melhor classifica-las.

A distribuição das crianças do referido estudo, quanto às variáveis está explanada na tabela 1.

TABELA 1: Distribuição em idade, sexo, classe funcional, diagnóstico, perda de desempenho e condição cirúrgica dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FPEHCGV no período de março a agosto de 2016.

Entrevistado	Idade	Sexo	Classe Funcional	Diagnóstico	Perda de Desempenho	Condição Cirúrgica
Criança 1	8	F	I	Fistula Coronariana	Sem	Pós
Criança 2	8	F	II	CIA	Com	Pré
Criança 3	11	M	II	Tetralogia de Fallot	Com	Pós
Criança 4	12	F	III	CIA	Com	Pós
Criança 5	8	M	II	CIA	Com	Pré
Criança 6	12	F	II	CIV	Com	Pós
Criança 7	11	F	II	CIA	Com	Pós
Criança 8	12	F	III	CIA	Com	Pré
Criança 9	9	F	III	CIV	Sem	Pré
Criança 10	10	F	I	CIA	Sem	Pós
Criança 11	12	F	I	CIV	Sem	Pós
Criança 12	12	F	I	Atresia Pulmonar	Com	Pós
Criança 13	9	F	I	Aneurisma no Septo Atrial	Sem	INOP
Criança 14	9	M	II	Tetralogia de Fallot	Com	Pós
Criança 15	11	M	II	Sem Diagnostico	Com	Pré
Criança 16	8	F	II	CIA	Com	Pré
Criança 17	10	F	II	Tetralogia de Fallot	Com	Pré
Criança 18	9	F	II	CIA	Com	Pós
Criança 19	10	F	II	CIA	Com	Pré
Criança 20	9	F	II	CIV	Com	Pré
Criança 21	8	M	I	CIV	Sem	INOP
Criança 22	9	F	I	CIA	Sem	Pós
Criança 23	8	F	III	PCA	Com	Pré
Criança 24	8	F	I	CIA	Sem	Pré

Criança 25	12	F	I	Miocardiopatia Hipertrofica	Sem	Pré
Criança 26	9	M	III	Coartação de Aorta	Com	Pós
Criança 27	12	F	II	Febre Reumatica	Com	Pós
Criança 28	10	F	II	CIA	Com	Pós
Criança 29	10	M	II	PCA	Com	Pós
Criança 30	8	M	I	Febre Reumatica	Sem	Pós
Criança 31	12	F	III	Tetralogia de Fallot	Com	Pré
Criança 32	8	M	II	CIV	Com	Pós
Criança 33	8	F	II	Tetralogia de Fallot	Com	Pós
Criança 34	12	F	II	CIV	Com	Pós
Criança 35	12	M	I	CIA	Sem	Pós

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Nesse estudo houve uma prevalência significativa do sexo feminino, porém na literatura acadêmica gênero não é ponto de prevalência significativa, haja vista que os diversos estudos apresentam prevalência por sexo diferenciada conforme a amostragem de cada um deles, principalmente por haver distintas patologias, diferenças entre populações pesquisadas e características demográficas próprias de cada local pesquisado.

- **DIAGNÓSTICO**

As principais cardiopatias encontradas foram: comunicação interatrial (CIA); comunicação interventricular (CIV) ; tetralogia de fallot; persistência de canal arterial (PCA); febre reumática; atresia pulmonar; miocardiopatia hipertrófica; coartação de aorta; fístula coronariana; aneurisma no septo atrial e sem diagnóstico. Destaca-se que as duas patologias que apresentaram maior demanda foram, CIA com 13 crianças, seguida de CIV com 7 crianças, como demonstrado no Gráfico 1, com suas respectivas frequências:

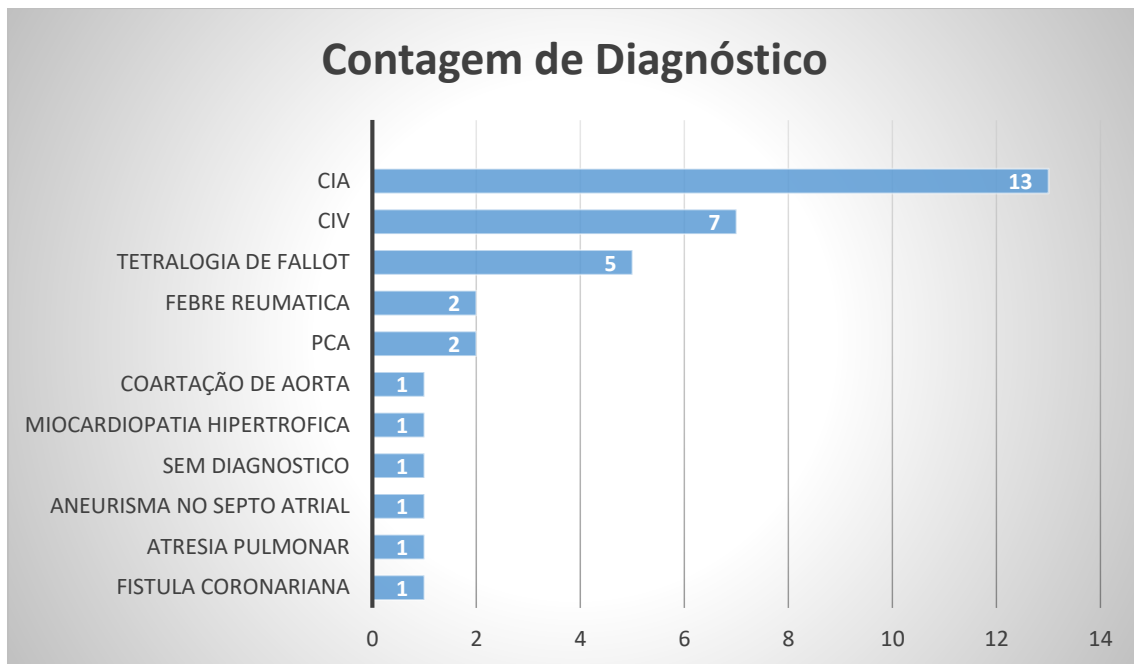


Gráfico 1: Distribuição de diagnósticos dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FPEHCGV no período de março a agosto de 2016.

No que se refere ao diagnóstico observou-se uma predominância nas patologias CIA, CIV e tetralogia de Fallot nesta sequência, concordando com os estudos de Aragão et al. (2013); Miyague et al. (2003), onde em suas pesquisas tais cardiopatias também foram as mais prevalentes. Porém, nos estudos dos autores há uma discordância quanto a sequência de prevalência visto que a CIV é mais frequente que a CIA, não sendo uma variável, portanto, fixa nos diversos estudos.

Não obstante os efeitos causados pela doença no desempenho ocupacional das crianças, também deve-se considerar o aspecto da estrutura do sistema de saúde brasileiro, onde há uma evidente e crônica demora na assistência à saúde, uma vez que existe uma significativa espera para a efetiva prestação do atendimento especializado, podendo levar até um ano, em determinados casos, o que gera uma demanda reprimida no sistema de saúde como um todo. Tal estrutura da rede da assistência à saúde, faz com que haja uma significativa demora devido ao fluxo de referências e contra referências que o paciente percorre até alcançar o nível de atenção, onde terá o efetivo diagnóstico e

tratamento para sua doença. Outro fator que contribui para o atraso no diagnóstico, diz respeito ao reconhecimento dos sinais e sintomas pela família da criança e na demora da procura por atendimento. Todas essas situações levam a uma demora no diagnóstico das patologias cardiovasculares, podendo agravar o quadro de saúde dessas crianças e levar a uma perda maior no desempenho ocupacional.

Quando se trata de diagnóstico precoce, deve-se ter uma política de atenção que se inicie desde a gravidez, pelo cuidado ao feto, passando pelo neonato até durante toda a infância. Garantir tal assistência é um desafio, pois os vários níveis de complexidade, com equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos, esbarra na escassez de recursos e falta de uma política nacional para este tipo específico de assistência, além do mais, não há uma articulação eficaz entre os vários níveis de atenção (JUNIOR; FRAGA;.FREITAS, 2012)

- CLASSE FUNCIONAL

De acordo com o Gráfico 2, as classes funcionais mais frequentes nas crianças pesquisadas foram as duas primeiras, classe I e II, conforme a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA), sendo 11 crianças na classe I (ausência de sintomas, dispneia, durante atividades cotidianas), 18 na classe II (sintomas desencadeados por atividades cotidianas) e com 6 crianças na classe III (sintomas desencadeados em atividades menos intensas ou pequenos esforços) e nenhuma na classe IV (sintomas em repouso).

Esses achados estiveram presentes também em algumas narrativas onde verificou-se que a dispneia, a taquicardia e o cansaço restringem as crianças no desempenho das suas ocupações de forma significativa, haja vista que as mesmas relatam tais sintomas como algo que as incomoda no cotidiano. As seguintes explicitam:

Criança 23: (...) quando brinco fico com falta de ar (...)

Criança 29 : (...) canso quando brinco de pira pega (...)

Criança 33: Brincar, não posso correr muito que meu coração bate, bate mais forte.

Criança 16 : (...) educação física, quando brinco também canso(...)

Criança 31: (...) Até se eu andar assim um pouco, a gente vai no supermercado que fica perto de casa, ai fico bem cansada quando chego lá (...)

Criança 9 : (...) Muito cansaço, puxo o ar. Toda hora fico puxando o ar (...)

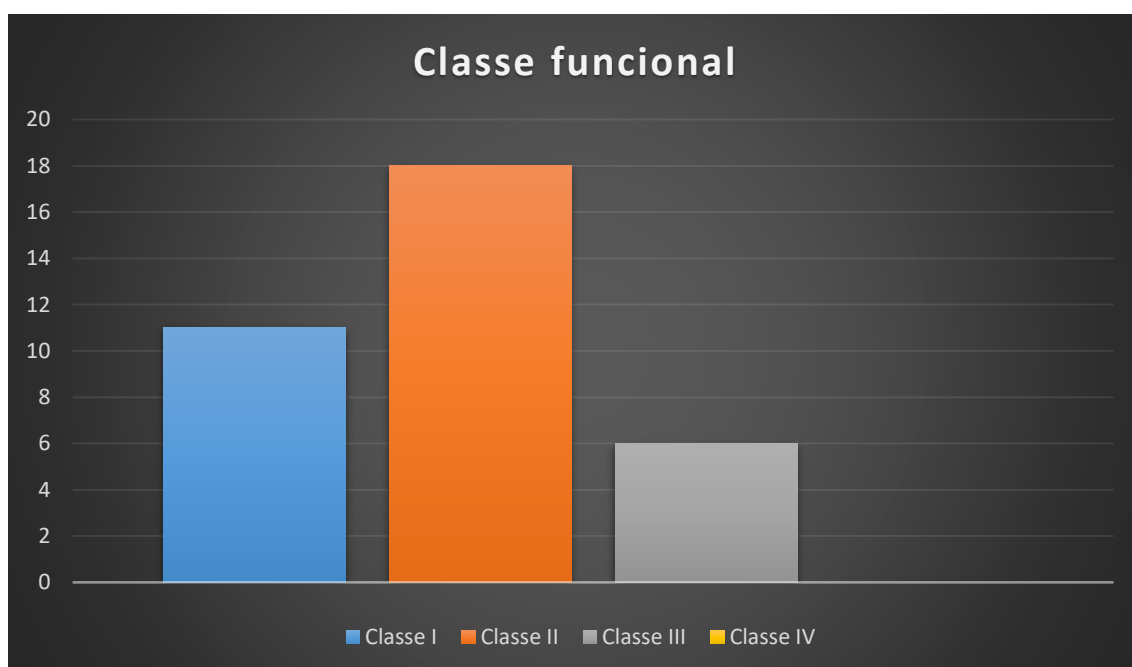


Gráfico 2: Distribuição em classe funcional dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna- FPEHCGV no período de março a agosto de 2016.

Quanto a Classe Funcional da NYHA, pode-se observar a maior ocorrência na Classe II que se caracteriza por apresentar sintomas desencadeados durante atividades rotineiras. Tais ocorrências levam ao acometimento da maioria das crianças desse estudo, pois apresentam limitações nas suas atividades, o que compromete o desempenho ocupacional das mesmas. O quadro de dispneia foi o mais prevalente nos relatos, tendo as crianças expressado que a “falta de ar”

lhes trazia dificuldades de desenvolver suas atividades, acometendo com maior ênfase o brincar, ou seja, a principal atividade associada a essa faixa etária.

Os achados desta pesquisa corroboram com o estudo realizado por Ferreira (2013), o qual aborda a relação direta entre a qualidade de vida e capacidade funcional. Demonstrando a interdependência dessas duas variáveis tão importantes nessa fase da vida das crianças, levando a crer que a deficiência de uma afeta a plenitude da outra.

- **CONDIÇÃO CIRÚRGICA**

Optou-se por demonstrar a condição cirúrgica das crianças classificando-as conforme o momento do processo terapêutico cirúrgico em: inoperável (INOP), não realizará cirurgia; pré operatório (pré), com previsão cirúrgica e pós operatório (pós), que já realizaram cirurgia(s) em outras ocasiões anteriores.

Encontrou-se os seguintes resultados: 2 crianças na classificação INOP, 20 crianças no pós e 13 crianças no pré, conforme o Gráfico 3, sendo que dentre as 20 crianças que se encontram com histórico de cirurgias anteriores, ou seja, na classificação pós, 10 crianças ainda irão realizar novas cirurgias cardíacas.

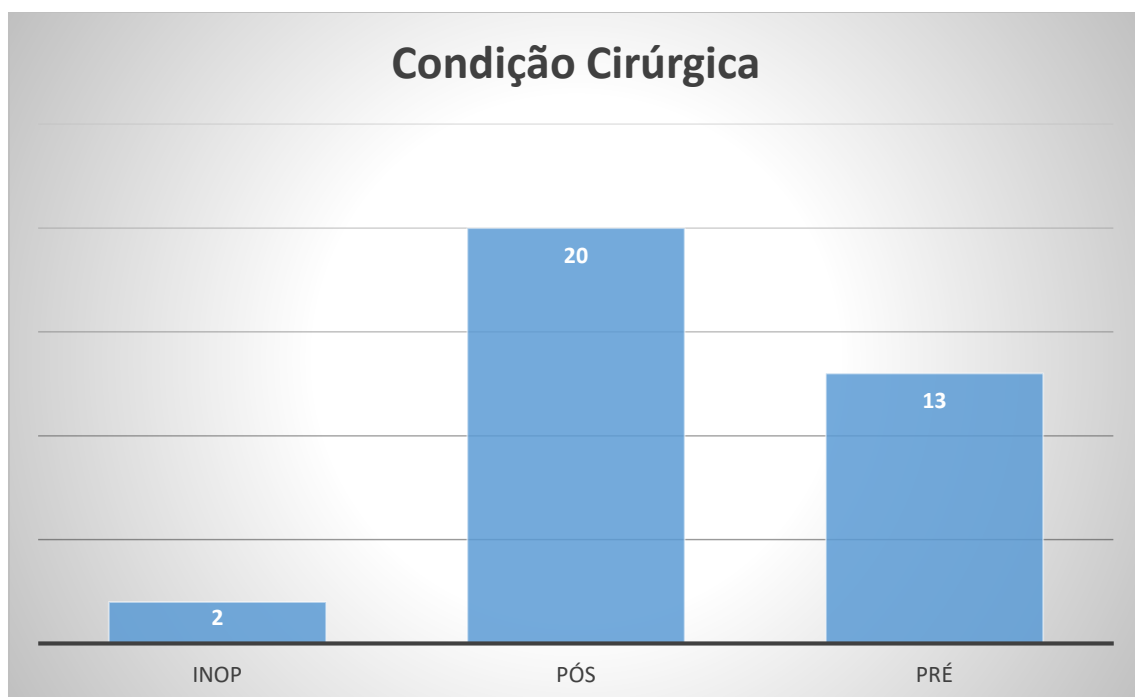


Gráfico 3: Distribuição em condição cirúrgica dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FPEHCGV no período de março a agosto de 2016.

No que diz respeito à condição cirúrgica, observou-se que algumas crianças que se encontravam tanto na condição pré, como na condição pós apresentavam o mesmo perfil de queixas, não havendo diferença de sinais e sintomas por condição cirúrgica. As queixas mais prevalentes foram: dispneia, cianose, cansaço, dor precordial, entre outras. Nesse sentido, não houve mudanças significativas mesmo após intervenções cirúrgicas, permanecendo os limitadores de desempenho ocupacional, mesmo após o ato cirúrgico. Contudo, deve-se ponderar se o fator insegurança em realizar suas atividades cotidianas não afetaram o desempenho por exigirem desenvoltura dos seus componentes sensórios motores e ainda não haverem concluído o tratamento, pois é natural que a criança em convalescença perca um pouco da confiança em executar tarefas que exijam algum esforço ou movimento mais complexo, por ainda está sob o efeito psicológico do pós-operatório. Corroborando com essa tese, segue abaixo o depoimento da mãe de uma das crianças entrevistadas, cuja fala revela a perda do desempenho, mesmo após a intervenção cirúrgica.

Responsável da criança 31: (...) ela não é uma criança 100% saudável...antes da cirurgia ela era travessa, brincava, corria, pulava, andava de bicicleta, mesmo com todo cansaço ela levava a mochila, ajudava guarda e ,lavar a louça, hoje em dia ela é totalmente diferente(...)

- PERDA DE DESEMPENHO

Quanto a avaliação da auto percepção de desempenho das crianças pesquisadas, observou-se que houve um expressivo índice de perda de desempenho já que 68,5 % apresentaram perda, como é mostrado no gráfico 4.

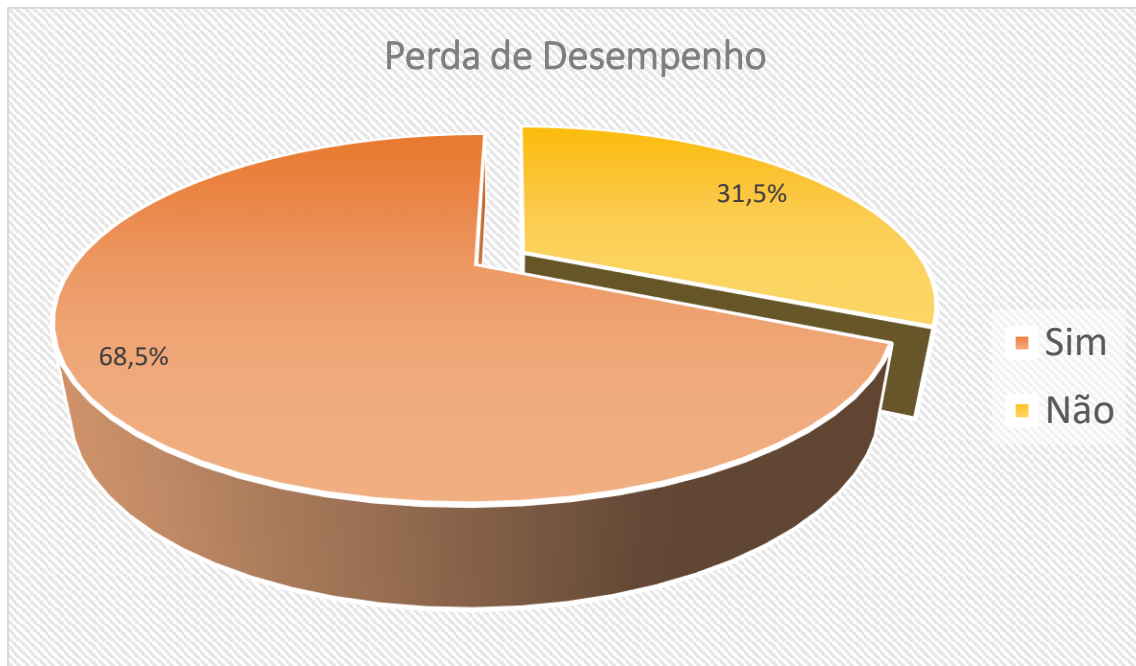


Gráfico 4: Distribuição em perda de desempenho dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de Março a Agosto de 2016.

Em relação a perda de desempenho ocupacional avaliado através do protocolo Medida Canadense destaca-se um percentual relevante de crianças com déficit de desempenho ocupacional. Confirmando o que foi aludido no início desse trabalho, onde foi dito que as DCVs apresentam várias repercussões, impactando o desempenho ocupacional. O estudo realizado por Rocha; Zagonel (2009), aborda que a cardiopatia gera mudanças na rotina da criança, ocasionando alterações na capacidade de realização das atividades cotidianas, comprometendo seu desempenho e sua independência. Tal limitação de desempenho foi claramente evidenciada na entrevista durante a realização da presente pesquisa, onde se verificou que as próprias crianças e seus responsáveis relataram as alterações do desempenho durante a realizações das atividades diárias.

Outro aspecto bastante relevante para justificar o percentual de crianças com perda de desempenho ocupacional, diz respeito ao atraso no desenvolvimento que 25 crianças do total das 35 apresentaram um atraso no desenvolvimento. O atraso no desenvolvimento infantil é a consequência de diversos fatores

envolvidos, já no caso das crianças portadoras de cardiopatia percebe-se que o déficit no crescimento e no desenvolvimento muitas vezes são presentes na vida dessas crianças e dos seus familiares (MARI, 2015). Vale ressaltar que segundo Fernandes; Santana; Pestana (2016), crianças cujo o desenvolvimento foi prejudicado, conseqüentemente têm o seu desempenho acometido.

- AS ÁREAS AFETADAS

As áreas afetadas mais prevalentes, avaliadas pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, podem ser ilustradas pelo gráfico 5, onde a que apresentou maior frequência, com 38 citações (90,48%) foi a produtividade, sendo que as áreas de autocuidado e lazer ambas tiveram 2 relatos, cada uma num percentual de 4,76 %.

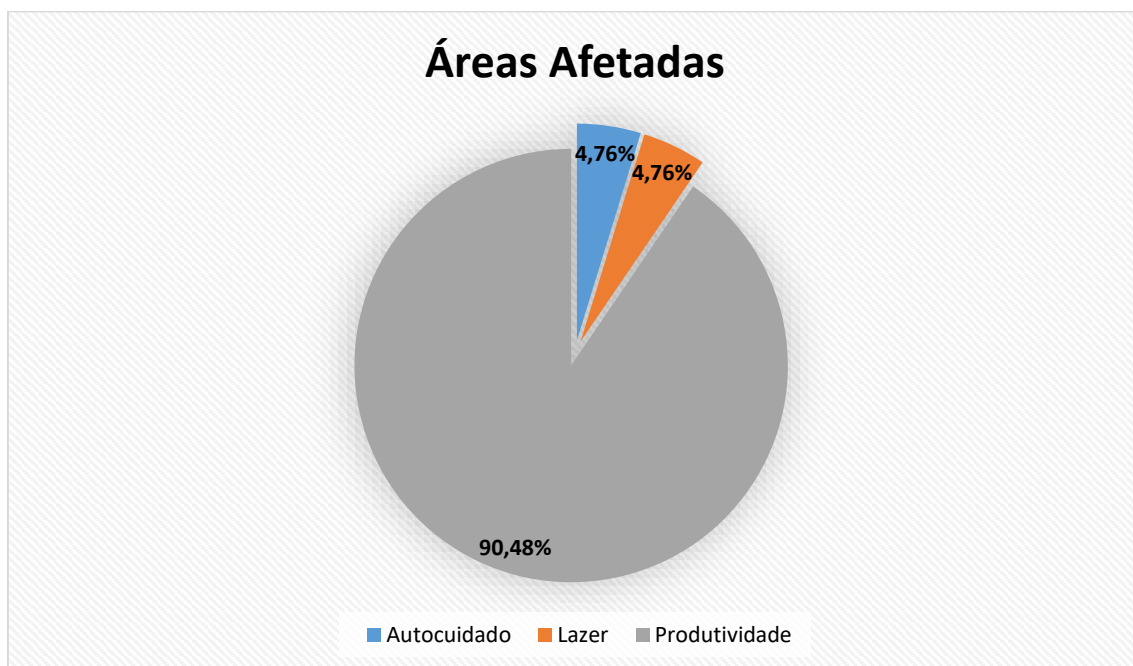


Gráfico 5: Distribuição em áreas afetadas dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FPEHCGV no período de março a agosto de 2016.

Em relação à área mais afetada, que foi a produtividade, com maior referência ao brincar e às atividades escolares, condições essas pertinentes à faixa etária pesquisada, haja vista que durante esta fase do desenvolvimento é

algo intrínseco na vida de toda a criança. O brincar e a atividade escolar são importantes para o incremento da moral, da cognição e do desempenho físico, quando são capazes de atuar de forma harmônica. Havendo comprometimento desses papéis ocupacionais, como constatado no presente estudo, fica prejudicado o desempenho em sua plenitude dessas importantes variáveis da fase infantil, o que pode gerar déficits de desenvolvimento tanto na fase atual, quanto na fase adulta.

- ATIVIDADES OCUPACIONAIS

O gráfico 6 demonstra de forma mais refinada as áreas explanadas no Gráfico 5, sendo que as atividades ocupacionais mais citadas pelas crianças foram: brincar com 23 citações (54,76%) e escola com 12 citações (28,57%). Em seguida a atividade arrumar casa apresentou 3 alusões (7,14%) e por último tendo o mesmo número de referências constaram as atividades de comer e socialização com 2 citações (4,76%) cada uma.

Vale ressaltar que no desenvolvimento do protocolo junto às crianças pesquisadas muitas sinalizaram mais de um item como resposta, o que resulta nos percentuais acima mencionados.

Nota-se que as mesmas atividades foram citadas várias vezes por diferentes crianças, porém as especificidades destas atividades diferenciam-se para cada uma delas de acordo com vários fatores como: interesses, realidades sociais, quadro clínico, idade, entre outros. Como exposto nos comentários abaixo:

Criança 9: (...)gosto de brincar de pira pega, só que a gente corre muito (...) muito cansaço, puxo o ar. Toda hora fico puxando o ar (...)

Criança 8:(...) O desenho. Isso, as vezes é muito cansando, só que eu gosto muito, acho que gosto muito, muito de desenhar(...)

Criança 8: (...) Muito importante. Por que a gente aprende muita coisa para si. E isso ai tem que entender, que, e, aprende muita coisa para vida (...)

Criança 31: (...) Em carregar mochila eu não carrego, quem carrega é minha irmã porque pesa muito e se eu carregar sinto muita dor nas costas (...) quero carregar, mas a minha irmã não deixa. E vejo todo mundo carregando me da vontade de carregar também, ai ela não deixa de jeito nenhum(...)

Criança 33: (...) Fisica . Não gosto de jogar bola. Ai quando tem física fico na sala (...)Minha perna fica caindo, como se ela tivesse cansada (...)

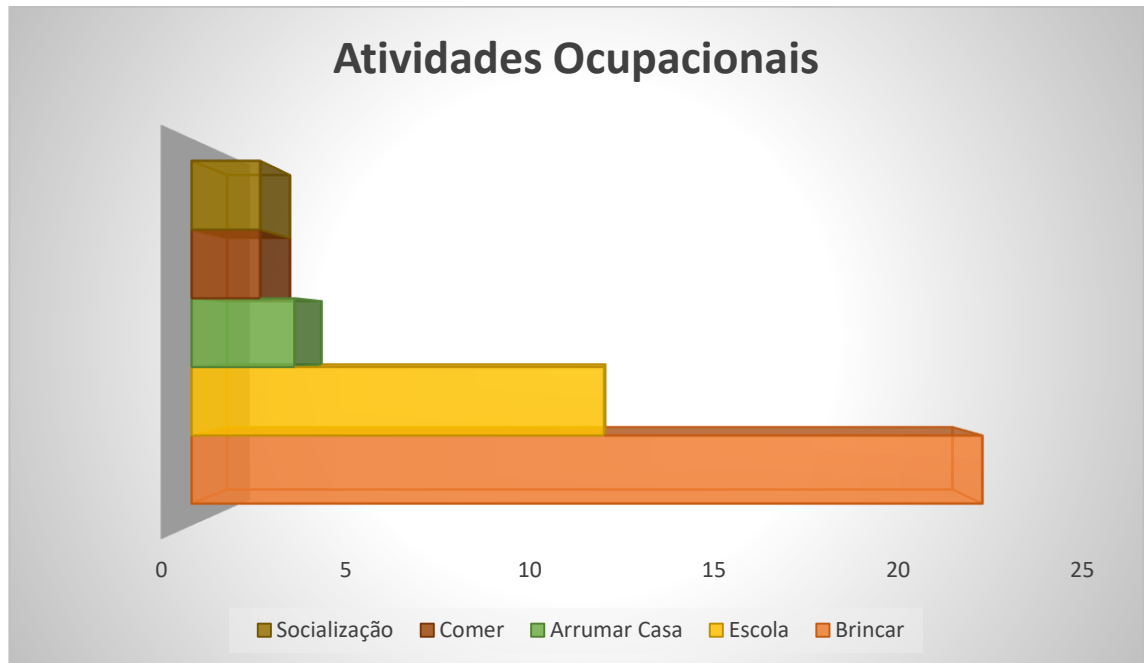


Gráfico 6: Distribuição de atividade ocupacionais dos pacientes entrevistados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna-FPEHCGV no período de março à agosto de 2016.

No que diz respeito às atividades ocupacionais mais afetadas, este estudo apresentou uma constância relevante para duas atividades, que são a escola e o brincar. Essa prevalência corresponde as principais atividades desenvolvidas pelas crianças que se encontram nessa faixa etária, como mencionam os autores Souza; Marino (2013) que abordam o brincar como o principal papel ocupacional da criança e Borsa (2007) ressalta a escola como ambiente fundamental para o desenvolvimento infantil, visto que neste meio as crianças estabelecem relações diversas ampliam suas formações culturais, constroem, também, sua identidade, sua condição de ser e pertencer ao mundo.

Carleto; Alves; Gonhijo (2010), ressaltam, ainda, que o brincar é fundamental para o desenvolvimento infantil. Pereira; Paula; Pereira (2013), nos dizem que o brincar oportuniza satisfação, entretenimento, diversão e aprendizagens sendo essencial para o desenvolvimento de seus componentes

de desempenho (cognitivos, sensório-motores e psicossociais). Observa-se nos achados desta pesquisa que os aspectos inerentes ao brincar muitas vezes não permeiam a realidade destas crianças, provocando, talvez, limitações em seus processos de desenvolvimento humano e vivências ocupacionais. Como nos diz Pereira; Paula; Pereira (2013):

O brincar se caracteriza como um comportamento que possui um fim em si mesmo, que surge livre, sem noção de obrigatoriedade e exerce-se pelo simples prazer que a criança encontra ao colocá-lo em prática. A importância do brincar estaria mais no seu próprio processo (meio) do que em seus benefícios futuros (fins). É por meio do brincar que a criança expõe seus sentimentos, desenvolve a criatividade, o ato de liderar, e a aprendizagem, sendo essencial na sua vida e no decorrer dela para uma maior valorização de sua formação. Desta forma, o brincar sendo uma oportunidade de experimentação é também um recurso para aprendizado, o que coopera para a competência na vida adulta.

Neste estudo constatou-se na fala das crianças que elas se restringem em realizar suas brincadeiras em virtude de suas condições clínicas, e assim possivelmente optem por fazerem adaptações em seu processo de brincar. O estudo de Bertolitti et al. (2014), sinaliza esta realidade quando relata que a criança apresenta habilidades em se adaptar as suas experiências, de como lidar com a doença e que terão impactos na sua qualidade de vida, abordando o conceito de resiliência que a criança apresenta, mesmo inconsciente, em adaptação de forma positiva os contextos de adversidade.

Outro fator que implica neste resultado de alteração no desempenho ocupacional satisfatório das crianças, refere-se aos cuidados, muitas vezes exacerbados, dos pais/ responsáveis para com os pequenos, configurando-se por determinado receio de expô-los às circunstâncias que venham agravar o quadro de saúde ora apresentado. Esta realidade foi visualizada na fala da genitora da criança 31: *(...) a gente em casa poupa muito ela...coisas que ela quer brincar...quando chego em casa pego ela na rua...fico com medo de acontecer alguma coisa(...)*. Esse cenário também foi percebido por Dorea (2010), quando identificou que os responsáveis apresentam receio que as crianças sintam dor, que piorem em seus prognósticos.

No tangente às atividades escolares, pontua-se que essas ocorrem no ambiente em que as crianças vivenciam a ampliação das socializações experimentadas anteriormente à fase escolar, como diz Borsa (2007):

A socialização é um processo interativo, necessário para o desenvolvimento, através do qual a criança satisfaz suas necessidades e assimila a cultura ao mesmo tempo que, reciprocamente, a sociedade se perpetua e desenvolve. Este processo inicia-se com o nascimento e, embora sujeito a mudanças, permanece ao longo de todo ciclo vital. No decorrer das últimas décadas, vem se observando uma mudança significativa no processo de socialização infantil, levando-se em conta fatores como o avanço da tecnologia nos meios de comunicação, o crescimento acentuado de informações disponíveis, as novas configurações familiares, etc.

Contudo, as restrições vivenciadas pelas crianças entrevistadas em relação ao ambiente escolar nos faz pensar serem decorrentes não somente pelo quadro clínico, mas também, pelos cuidados exacerbados dos pais ou responsáveis, conforme narração acima da criança 31.

Assim, confirma-se o que já foi apresentado pelos diversos autores abordados neste estudo de que há prevalência das atividades ocupacionais brincar e escola como cenário de maior impacto de mudanças no cotidiano das crianças cardiopatas. Vale ressaltar que essas crianças têm essas vivências ocupacionais previstas por lei (Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005 e Resolução nº41 de outubro de 1995) quando internadas, contudo, não são todas as instituições que garantem estes direitos a partir de brinquedotecas e classes escolares nos ambientes hospitalares. Na FPHCGV, porém esses espaços e ações acontecem com regularidade desde o ano de 2006. Possui equipe multiprofissional, dentre as quais terapia ocupacional, psicologia e pedagogia, profissões habilitadas para estimular o desenvolvimento infantil.

Outro aspecto relevante é a classificação das ocupações que de acordo com o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional apresenta três classes de ocupação - produtividade, lazer e autocuidado. A classe produtividade possui subdivisões entre as quais a escola e o brincar, o qual consiste em atividade inerente da pré- infância e infância (JEAN; THERRIAULT, 2007).

Segundo estes autores, a definição de produtividade esta correlacionada a resultados produzidos pelo trabalho realizado por uma unidade de tempo. Neste sentido, a concepção de produtividade é consonante ao desempenho com

cunho de mensuração, de valor econômico a qual é prevalente no sistema neoliberalista. Como nos diz os autores supracitados:

(...) a produtividade está relacionada ao aspecto competitivo de nosso sistema econômico. Desde a década de 1990, está relacionada ao neoliberalismo e normalmente leva as organizações a intensificarem o trabalho. É frequentemente associado a recursos racionalizantes. Na realidade, parece que sob a hegemonia da vontade de aperfeiçoar a produtividade, o ambiente de trabalho parece agora apresentar dois pólos opostos: muito trabalho ou nenhum trabalho.

Em contraponto para Paula (2013), o brincar é diversão, recreação, mas com significados por vezes complexos, visto que envolve diversas habilidades do desenvolvimento infantil e funciona como meio de interação da criança com seu mundo. Os achados dessa pesquisa corroboram com os autores supracitados, como diz *a criança 31 (...) quando brinco, me divirto (...)*. O que ressalta o brincar como valor de diversão, de lazer.

Neste sentido a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional é validada e sensível a diversas culturas e faixas etárias, porém ao se falar e analisar conceitos das classes de ocupação com referências teóricas brasileiros, a exemplo de Paula (2013), o brincar possui uma conotação diferenciada no contexto infantil. Igualmente Takatori (2012) reafirma, a partir de sua experiência clínica, que é através do brincar que a criança se coloca no mundo, sendo uma área de exploração de atividades. Aponta o brincar como fazer criativo, experiência lúdica, distante da produtividade, desempenho, competência e resultado. Segundo a autora, brincar tem por característica a ênfase no processo da diversão, a criança realiza seu brincar por motivação intrínseca, por prazer.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O coração é um órgão de suma importância por ser vital ao ser humano, pois além de bombear o sangue para todo corpo, controla o ritmo corporal e as emoções. AITA (2012), refere dois aspectos sobre este órgão como a importância nas funções vitais, e também, sede de sentimentos. Essa simbologia com os aspectos emocionais do homem se evidencia quando o coração é acometido por alguma disfunção, deixando-o mais vulnerável tanto fisicamente, quanto emocionalmente.

No contexto infantil as doenças cardiovasculares impactam na rotina das crianças, gerando alterações físicas, psicossociais e emocionais, fatores que alteram o seu desempenho ocupacional.

A auto avaliação do desempenho ocupacional das crianças pesquisadas nos possibilitou observar sua percepção de como suas atividades cotidianas sofrem influencias decorrentes das patologias instaladas, sendo que as atividades ocupacionais mais afetadas foram o brincar e a escola. Assim, puderam refletir sobre vários aspectos que influenciam suas habilidades de desempenho como: a necessidade de preservação de energia, organização do processo de brincar, considerando o contexto do desempenho, o tempo de desenvolvimento, os recursos para a realização da tarefa, entre outros. O que se mostrou importante norteador para planejamento terapêutico considerando os aspectos habilitativos e reabilitativos para o portador de doença crônica cardiológica. Além disso, a aplicação do protocolo oportunizou a essas crianças avaliarem e validarem o significado e o valor de cada atividade do dia-a-dia para si mesma.

Por outro lado, a aplicação do protocolo ofereceu condições aos pais/responsáveis (re)conhecerem a significância dos aspectos de desempenho ocupacional para o desenvolvimento infantil, ajudando-os a repensarem acerca de determinadas condutas com teor de superproteção. O estudo revela a extrema importância da Terapêutica Ocupacional, já que o COPM é específico

desta profissão, tendo esse profissional habilidade e sensibilidade para aplicação deste protocolo.

Os resultados deste estudo sinalizaram a atividade escolar como fator prejudicado pela ocorrência da patologia, o que nos faz refletir sobre a necessidade de intervenção profissional no contexto escolar por meio de orientações técnicas prescrição de tecnologias assistivas entre outros para que auxiliar no processo de (re)inserção destas crianças neste ambiente.

O estudo aponta a necessidade dos profissionais e das instituições fazerem uma intervenção ampliada com enfoque na abordagem centrada no cliente, com uma visão holística diante das necessidades que permeiam o contexto infantil.

O presente trabalho traz uma abordagem inovadora, uma vez que demonstra uma necessidade de intervenções com um olhar mais holístico para as diversas facetas que envolvem os variados contextos em que as crianças cardiopatas estão inseridas, correlacionando suas percepções de perdas de desempenho com as suas condições impostas pelo acometimento das cardiopatias.

Infere-se desta pesquisa a necessidade de estudos futuros que abordem a percepção da criança com doenças cardiovasculares, sobre seu desempenho ocupacional, devido à relevância para uma intervenção de forma integral, visando minimizar o impacto das cardiopatias sobre suas ocupações.

6 REFERÊNCIAS

AITA, Karla Maria Siqueira Coelho. **Cenas sobre a Morte, reveladas pela criança cardiopata, por abrir o coração.** Dissertação (mestrado em psicologia) da Universidade Federal do Para, 2012.

ALMEIDA, Daniela Tonizza; TREVISAN, Érika Renata. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde Mental no Brasil. **Rev. Interface: comunicação saúde educação.** v. 15, n. 36, p 299-307, jan/ mar. 2011.

AMORIM, Lucia F.P. Apresentação das cardiopatias congênitas diagnosticadas ao nascimento: análise de 29.770 recém-nascidos. **J. Pediatr.** Porto Alegre, v.84, n.1 Jan./ Fev. 2010.

ANDOLFATO, Crislaine; MARIOTTI, Milton Carlos. Avaliação do paciente em hemodiálise por meio da medida canadense de desempenho ocupacional. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo, v. 20, n. 1, p.1-7, jan./ abr. 2009.

ARAGÃO, José Aderval; MENDONÇA, Marina Provinciali; SILVA, Monique Santos; MOREIRA, Arthur Navajas; SANTÁNNA, Mariana Elizabeth Cavalcanti De; REIS, Franciso Prado. O Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Cardiopatias Congênitas Submetidos à Cirurgia no Hospital do Coração. **Rev Bras Cienc Saude.** v.17, n.3,p. 263-268, 2013.

ARAUJO, Juliana Sousa Soares de; REGIS, Cláudio Teixeira; GOMES, Renata Grigorio Silva; SILVA, Christiana Souto; ABATH, Cristina Maria Batista; MOURATO, Felipe Alves; MATTOS, Sandra da Silva. Cardiopatia Congênita no Nordeste Brasileiro: 10 anos consecutivos registrados no estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Bras. Cardiol.** v.27, n.1, p.13-19.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; SOUZA, Mayara Carneiro. Oficina de trabalho de vitral artesanal e Medida canadense de Desempenho Ocupacional: um estudo de caso. In: XV ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC. **Anais...** São Paulo: Campinas, 2010.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; SOUZA, Mayara Carneiro. **Oficina de trabalho vitral artesanal e medida canadense de desempenho ocupacional: um estudo de caso.** Anais do XV do Encontros de Iniciação Científica. Puc Campinas. 2010.

BARBOSA, Paulo José Bras, ANDRADE, Jadelson Pinheiro. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Rev. Bras Cardiol.** Salvador, v. 93, n. 3. p.1-18. 2009.

BARROS, Lizandra Alvares Félix. **Qualidade de Vida em criança portadoras de Cardiopatia Congenita.** 2012. 91 f. (Mestrado em Psicologia)- Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

BENETTON, M. J ; LANCMAN, S. Estudo de confiabilidade e validação da “Entrevista da história do desempenho ocupacional”. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo; v. 9, n. 3, p. 94-104. 1998.

BERTOLETTI, Juliana; MARX, Giovana Caroline Marx; JÚNIOR, Sérgio Pedro Hattge; PELLANDA, Lucia Campos. Qualidade de Vida e Cardiopatia Congênita na Infância e Adolescência. **Rev. Bras Cardiol.** Rio Grande do Sul, v. 102,n 2, p. 192-19, 2014.

BORN, Daniel. Cardiopatia congênita. **Rev. Bras. Cardiol.** São Paulo v.93 n.6, 2009.

BORSA, Juliane Callegaro. **O papel da Escola no Processo de Socialização Infantil.** O portal dos psicólogos. 2007.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

CALDAS, Ada Salvett Cavalcanti; FACUNDES, Vera Lúcida Dutra; SILVA, Hilton Justino. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: Uma revisão sistemática: **Rev, Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v.22, n.3, p. 238- 244, set/ dez. 2011.

CALONE, Alice; MADI, Jo´se Mauro; ARAÚJO, Breno Fauth; ZATTI, Helen; MADI, Sônia Regina Cabral; LORENCETTI, Jucemara; MARCON, Nathalia Oliva. Malformações congênitas: aspectos maternos e perinatais. **Rev. da AMRIGS.** Porto Alegre, v.53, n.3, p. 226-230, jul.-set. 2009.

CARLETO, Daniel Gustavo de Souza; ALVES, Meliana Castro; GONHIJO, Daniela Tavares. Promoção de Saúde, Desempenho Ocupacional e Vulnerabilidade Social: Subsídios para a intervenção da Terapia Ocupacional com adolescentes acolhidos institucionalmente. **Rev.Ter.Ocup.Univ.** São Paulo, v.21, n.1, p.89-97, jan/abr.2010.

CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CHAVES, Gisele de Fátima dos Santos; OLIVEIRA Alexandra Martini; FORLENZA, Orestes Vicente; NUNES, Paula Villela. Escalas de Avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. **Rev, Ter. Ocup.** Univ. São Paulo v.21, n3, p 240-246. 2010.

CONTE, Tânia Conceição. **Qualidade de vida no pré operatório de cirurgia Cardíaca.** 2008. 103 f (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2008.

CRUZ, Ana Karine Tabosa; VASCONCELOS, Thiago Brasileiro de Vasconcelos; NOGUEIRA, Andréa da Nóbrega Cirino; BASTOS, Vasco Pinheiro Diógenes; FARIAS, Maria do Socorro Quintino Farias. Avaliação do Desempenho Motor de Crianças Cardiopatas em um Hospital Público no Município de Fortaleza-CE. **Rev.Fisioter. S. Fun.** Fortaleza, v.2, n.1, p.14-20, jan/jun, 2013.

DAMAS, Bruna Gabriela Bibancos; RAMOS, Carolina Aparecida; REZENDE, Magda Andrade. Necessidade de informação a pais de crianças portadoras de cardiopatia congênita. **Rev. bras. Crescimento desenvolv. humar**, São Paulo, v.19, n.1, abr. 2009.

DONA Thayse Cristina Kadri; LAWIN Bruna; MATURANA, Cláudia Simone; FELCAR, Josiane Marques. Características e prevalência de cardiopatias congênitas em crianças com Síndrome de Down Submetidas à cirurgia cardíaca em um Hospital na Região Norte do Paraná. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**. v.7,n.1,p.11-6, 2015.

DÓREA, Andrea de Amorim. **Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatia congênitas**. (Mestrado em Psicologia Clínica) 130f. Universidade de São Paulo, 2010.

Fernandes, Patrícia Isabel Candeias; SANTANA, Maria Raquel Rodrigues; PESTANA, Susana Cristina Costa. Estudo comparativo do desempenho ocupacional entre crianças com atraso de desenvolvimentos entre 3 e 5 anos de idade. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 447-456, 2016.

FERREIRA, Patrícia Raquel Antunes. **Doença Crônica na Criança: Impôrtancia do Núcleo Familiar**. Monografia (especialização em psicologia) Universidade Católica Portuguesa, 2013.

GALHEIGO, Sandra Maria. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. O destronamento do coração: breve história do coração humano até o advento da modernidade. **Rev. Memorandum**. V. 18. abril. 2010.

GUNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V.22, n. 2 p.201-210 Mai-Ago 2006.

HAGEDORN, Rosemary. **Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Dynamis Editora, 1999. 200 p.

JEAN, Micheline Saint; THERRIAULT, Pierre Yves. Trabalho, estudo e produtividade: da confusão à definição. **Rev.Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.18, n. 1, p. 11-16, jan./abr., 2007.

JUNIOR, Valdester Cavalcante Pinto; FRAGA, Maria Nazaré de Oliveira; FREITAS, Silvia Maria de. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. v 27, n 3, p. 463-468, 2012.

KOBINGER, Maria Elisabeth B.A. Avaliação do sopro cardíaco na infância. **J. Pediatr**. Porto Alegre May v.79, n.1 Jun. 2003.

LAW, M; Baptiste, S; CARSWELL, A; MCCOLL, M A; POLATAJKO, H; POLLOCK, N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Ed. UFMG. Belo Horizonte. 63 p. 2009.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de; OKUMA, Danielle Guimarães; PASTORE, Mrina Di Napoli. Atividade, ação fazer e ocupação: a discussão dos termos na terapia ocupacional Brasileira. **Cad. Ter. Ocup.** São Carlos, v.21, n.2,p. 243-254, 2013.

MACIEL, Benedito Carlos; NETO, Jose Antônio Marin. **Manual de Condutas Clínicas Cardiológicas.** São Paulo. ed. Segmento farma, 2005. 192p.

MAGALHÃES, L. C.; MAGALHÃES, L. V.; CARDOSO, A. A. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).**Belo Horizonte: Ed. Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. p. 63.

MARI, Mariana Alievi. **Avaliação do Desenvolvimento infantil e a influência dos fatores biopsicossociais em crianças com cardiopatia congênita.** 101f. (Especialização em Psicologia). Universidades Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

MEDEIROS Taise Morgane de Lima; MATOS Raisia Mayara Alves; CORREIA Nancy de Barros; LIMA Ana Carollyne Dantas de Lima; ALBUQUERQUE Raquel Costa. Desempenho ocupacional de adolescentes escolares com excesso de peso. **Rev Ter Ocup. Univ São Paulo.** v. 25, n. 3, p. 279-288, set/dez. 2014.

MISUTA, Ana Júlia; RODRIGUES, Ana Amélia Cardoso; SANTANNA, Maria Madalena Moraes. **Utilização da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM): Uma Revisão de Literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. São Paulo: Lins, 2011.

MIYAGUE, Nelson; Cardoso, Silvia Meyer; MEYER, Fabricio; ULTRAMARI, Frederico Thomaz; ARAÚJO, Fábio Henrique; ROZKOWISK, Igor; TOSCHI, Alisson Parrilha. Estudo Epidemiológico de Cardiopatias Congênitas na Infância e Adolescência. Análise em 4.538 casos. **Arq. Bras. Cardiol.** Curitiba, v.80, n.3,p.269-73, 2003.

MORAES, Fábio Cristiano de. **As razões do coração- Um estudo sobre a centralidade do coração em Pascal.** 408f (Doutorado em Filosofia)-Universalidade de São Paulo, 2016.

MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa.** Monografia (especialização em gestão do conhecimento e tecnologia da informação) 2003.

NASO, Fábio Cangeri Di; PEREIRA, Juliana Saraiva; BEATRICCI, Simene Zani Beatricci; BIANCHI, Renata Giovana; DIAS, Alexandre Simão; MONTEIRO, Mariane Borba. A classe da NYHA tem relação com a condição funcional e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa,** São Paulo, v.18, n.2, p. 157-63, abr/jun. 2011.

NOGUEIRA, David; PEREIRA, Luis. Perspectivas da Morte de acordo com a Religiosidade: Estudo comparativo. **Portal do psicólogo.** Dezembro. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2005-para que todas as mães e crianças contem.2005.**

PAULA, Marcia Rezende Leandro De. **A importância do brincar na educação infantil**. 28f (Especialização em Alfabetização e Educação Infantil)- Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena, 2013.

PEDRETTI, Lorraine Williams; EARLY, Mary Beth. **Terapia Ocupacional: Capacidades praticas para as disfunções**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2005.

PEREIRA, Andrea Ruzzi; PAULA, Mariana Ferreira Aleixo. O Brincar da Criança com dificuldade de aprendizagem no contexto escolar. **Rev. Baiana de Terapia Ocupacional**, Bahia, v.2, n.1, p3-16, maio. 2013.

PIMENTEL, Elizângela Lins Cavalcanti. **Avaliação da Eficácia de um Protocolo de Higiene Bucal na Promoção de Infecção Respiratória no pós-operatório de crianças submetidos à cirurgia cardíaca**. 114f. (Doutorado em Cardiologia), 2012.

POLLOCK, N.; McCOLL, M. A.; CARSWELL, A. **Medida de Performance Ocupacional Canadense. Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação**. São Paulo: Roca, 2003. p. 183-204.

PORTO, Mariana; COSTA, Priscila Ourique; VASCONCELLOS, Jéssica. Reabilitação cardiorrespiratória em crianças: uma revisão da literatura. **Rev. ASSOBRAFIR Ciência**. Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 47-57, ago.2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª ed. Rio Grande do Sul. ed. Feevale, 2013. 277p.

RIBEIRO, Carine; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. O significado de ser mãe de um filho portador de cardiopatia: um estudo fenomenológico. **Rev. esc. enerm**. São Paulo v.40 n1. Mar. 2006

ROCHA, Daniele Laís Brandalize; ZAGONEL, Ivete Pamira Sanson. **Modelo de cuidado transicional à mãe da criança com cardiopatia congênita**. Curitiba, v. 22, n. 3, p. 243-249, mar. 2009.

ROCHA, Katia Lino Batista Mourilhe; SILVA, Rodrigo Moulin. Febre reumática - ainda um desafio. **Rev. Revisões em Pediatria**. Rio de Janeiro. 2015

ROGRIGUES, Raiza Moraes. **Avaliação do desempenho ocupacional em pacientes com insuficiência cardíaca**. Monografia (Especialidade em Cardiovascular), 2014.

ROSA, Rosana Cardoso Manique; ROSA, Rafael Fabiano Machado; FLORES, José Antônio Monte; GOLENDZINER, Eliete; OLIVEIRA, Andréia Vieira; GARCIA, Marileila Varella; PASKULIN, Giorgio Adriano; ZEN, Paulo Ricardo Gazoola. Malformações detectadas pelo ultrassom abdominal em crianças com cardiopatia congênita. **Rev. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.99, n.6,2012.

ROSSI, Francieli Santos. Considerações sobre a Psicomotricidade na Educação Infantil. **Revista Vozes dos Vales**. Minas Gerais, v. 5, n.1. 2012.

SARAIVA, Lurildo R. Aspectos atuais da doença reumática. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.** Pernambuco, v.12,n .1, p.76-83.2014.

SEVAGA, Nayara Bernardes; CAVALCANTI Alessandra. Análise do desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com anemia falcioforme. **Rev.Ter.Ocup.Univ.** São Paulo, v.22, n.3, p.279-288, sed/dez 2011.

SOUZA, Ariana Carramasch; MARINO, Milena de Souza Fazio. Atuação do Terapeuta Ocupacional com criança com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor . **Caderno Ter. Ocup. UFCAR**, São Carlos, v.21, n.1, p.149-153, junho. 2013.

SOUZA, Solange Rezende Rabelo. **O significado do Brincar para a Criança Cardiopata no Contexto Hospitalar**. Monografia (especialização em cardiovascular), 2013

SUMSION, Thelma. **Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: Guia para Implementação**. São Paulo, ed.Roca, 2003.

TAKATORI, Marisa. O Brincar na Terapia Ocupacional. São Paulo: Zagodoni Editora.176p. 2012.

TERRERI, et al, Características clínicas e demográficas de 193 pacientes com febre reumática. **Rev. Bras. Reumatol.** São Paulo v.46 n.6 Nov./Dez. 2006.

TREVISIAN, Patrícia; ZEN, Tatiana, Dienl; ROSA, Rafael Fabiano Machado; SILVA, Juliane Nascimento; KOSHIYAMA, Dayane Bohn; PASKULIN,Giorgio Adriano; ZEN, Paulo Ricardo Gazzola. . Anormalidades cromossômicas entre pacientes com cardiopatia congênita. **Rev. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.101, n.6 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa- Definição e Principais Características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Portugal, v.2, n.1, jan/jun,p.93-108, 2000.

VASCONCELOS, Ana Paula Silva; SAID, Heloisa Camargo; OLIVEIRA, Léslie Ritz; MARQUES, Paula sandes Leite. **TERAPIA OCUPACIONAL NA REABILITAÇÃO CARDÍACA**: Intervenção na Insuficiência Cardíaca Congestiva - classe de funcionalidade III e IV. 2009.

WEBER, Cristina Klein; MORAES, Maria Antonieta Pereira; WITKOWSKI, Maria Carolina; MANIACA, João Luiz Langer Manica; BORES, Mônica Scott; MACHADO, Paulo Renato Mércio; FILHO, Raul. Submetidos a Procedimentos Percutâneos em um centro terciário: Análise de 1002 casos. **Rev. Bras. Cardiol Invasiva**, v.20, n.4, p. 408-12. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa citada acima como parte da monografia de pós-graduação em Atenção à Saúde Cardiovascular pela UEPA. Sendo a sua autorização necessária para a participação da criança.

Esta pesquisa será realizada pela Terapeuta Ocupacional Bianca Cristina Oliveira Vielmond, orientada pela Terapeuta Ocupacional Karla Maria Siqueira Coelho Aita. Você poderá ter acesso a estas profissionais em qualquer momento deste estudo para esclarecimento de qualquer dúvida, nossos dados para contato se encontram ao final deste documento.

O objetivo deste trabalho é compreender a percepção que a criança portadora de cardiopatia possui sobre seu desempenho ocupacional.

Caso você participe, será realizada uma entrevista primeiramente com você, respondendo a ficha de dados pessoais, com objetivo de coletar as informações pessoais da criança, e em seguida será aplicado o protocolo com a criança, para compreender a percepção sobre seu desempenho ocupacional. Estas entrevistas serão previamente agendadas de acordo com sua disponibilidade e a da criança, e irão acontecer dentro deste hospital, no ambulatório. As entrevistas serão gravadas em áudio para a realização de uma transcrição e serão deletadas logo após serem transcritas.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento e no da criança. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seu nome e da criança não aparecerão em qualquer momento da pesquisa. Somente serão divulgados os dados relevantes aos objetivos da pesquisa citados neste documento.

Não será realizado nenhum que trará riscos à saúde de vocês. No caso deste assunto trazer algum desconforto emocional, as entrevistas poderão ser adiadas ou encerradas, e será ofertado o atendimento psicológico imediato, bem como, encaminhado que forem necessários. Vocês podem desistir a qualquer momento de participar deste estudo.

Esta pesquisa irá contribuir cientificamente com a Terapia Ocupacional, e poderá trazer benefícios aos participantes, compreender a percepção da satisfação sobre o desempenho ocupacional da criança.

Os dados obtidos neste estudo serão utilizados na elaboração da Monografia de Especialização em Atenção à Saúde Cardiovascular e submetidos à banca de examinadores para aprovação final. Os resultados finais serão submetidos em Congressos de Terapia Ocupacional, Revistas Científicas, entre outros.

Para notificação de qualquer situação de anormalidades que não puder ser resolvida pela pesquisadora Bianca Vielmond, telefone (91)982242030 os participantes poderão entrar em contato com Saul Rassy Carneiro, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das clínicas pelo telefone 4005-2676, endereço Tv. Alferes Costa s/n, 1º andar.

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento.

Eu, _____, declaro que li e ouvi o esclarecimento sobre o projeto e compreendi para que serve o estudo, e qual procedimento a criança pela qual estou responsável será submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper sua participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará seu tratamento. Sei que meu nome e da criança não serão divulgados, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Diante desse entendimento eu concordo em participar do estudo e autorizo a criança: _____ idade: _____ impúbere, nascido (a): __/__/__, a participar do estudo, na qualidade de voluntária.

Assinatura do voluntário e responsável legal Documento de identidade

Nome:

Assinatura da pesquisador(a) responsável Orientadora da Pesquisa

Caso o sujeito da pesquisa seja analfabeto

Este formulário foi lido para _____
em __/__/__ pelo _____ enquanto eu estava presente.

Testemunha

Belém: __/__/__.

Belém, _____, de _____ de _____ .

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO

Título da Pesquisa: Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa citada acima. Seu responsável (mãe/pai/cuidador) sabe desta pesquisa e já permitiu que você participe. Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, ainda que seus pais concordaram, você pode em não aceitar a participar desta pesquisa. Esta pesquisa será realizada por mim, Bianca Cristina Oliveira Vielmond (terapeuta ocupacional), juntamente com Karla Maria Siqueira Coelho Aita (Terapeuta Ocupacional).

Esta tem como objetivo conversar com você sobre o que você faz no seu dia, como e se gosta do jeito que faz. Caso você decida aceitar, irei fazer uma entrevista perguntando sobre o que lhe falei acima. Irei gravar a sua entrevista apenas para escreve-la depois, e irei apagá-las, mas ninguém poderá escutar nossa conversa.

Só as suas respostas sobre suas atividades que você realiza no seu dia estarão no meu trabalho, não colocarei seu nome. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa e nem darei a estranhos as informações que você me der. Irei publicar os resultados da pesquisa, porém sem identificar você e as crianças que irão participar.

Você pode parar a entrevista a hora que você quiser e também decidir não participar mais.

Esta pesquisa poderá trazer coisas boas, como favorecer que você fale o que acha sobre o seu desempenho ocupacional, ou seja, da forma que você faz suas atividades do seu dia-a-dia.

Quando terminarmos a pesquisa nós mostraremos para as pessoas interessadas neste tema. Seu nome não será citado em nenhum momento neste trabalho.

Termo de Assentimento

Entendi o que vai acontecer durante o trabalho, sei que posso dizer “sim” ou “não” para participar, e que posso parar e desistir da entrevista. A pesquisadora tirou minhas dúvidas com meu responsável, e que eles deixaram participar desta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e ele foi lido para mim. E caso eu não saiba escrever meu nome, meu responsável irá assinar para mim.

Eu, _____, Idade: _____,
aceito participar desta pesquisa.

Belém, ____ de _____ de _____.

Assinatura da criança.

Assinatura do responsável.

Pesquisadora responsável

Bianca Cristina Oliveira Vielmond

Terapeuta Ocupacional-

Telefone: (91) 982242030

Orientadora

Karla Maria Siqueira Coelho Aita

Terapeuta Ocupacional-

Telefone: (91) 982266565

APÊNDICE C**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS****1- Identificação****Nome:****Data de Nascimento:****Grau de instrução:****Idade:****Sexo:****Diagnostico:****2- Histórico Ocupacional**

3- H.D.A

4- Classes Funcionais Cardiológicas

Classificação funcional (NYHA)	
Classe I	Ausência de sintomas durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais.
Classe II	Sintomas desencadeados por atividades cotidianas.
Classe III	Sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou em pequenos esforços.
Classe IV	Sintomas em repouso.

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DE
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.

Pesquisador: BIANCA CRISTINA OLIVEIRA VIELMOND

Versão: 1

CAAE: 52907816.6.0000.0016

Instituição Proponente: Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 008119/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n
Bairro: Bairro Pedreira **CEP:** 66.067-660
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3276-1770 **Fax:** (91)3276-1770 **E-mail:** cepfhcgv@yahoo.com.br

ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
SERVIÇO DE GRADUAÇÃO – PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA**
Trav. Alferes Costas s/n° - Bairro: Pedreira – Belém/Pará – CEP: 66.087.660
CNPJ: 22.980.973/0001-77 – Fone: (091) 3276-0601 – FAX: (091) 3276-1160
E-mail gasparvianna@uol.com.br.



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em nome da **FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA**, termos conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: **“AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA PORTADORA DE CARDIOPATIA SOBRE SEU DESEMPENHO OCUPACIONAL.”** que terá como orientadora **KARLA AITA** e orientanda **BIANCA OLIVEIRA VIELMOND** tendo as mesmas recebido aceite para o seu desenvolvimento na **CLINICA PEDIATRICA** durante o período pré-estabelecido pelo cronograma e **APÓS APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.**

Belém (Pa), 12 de Dezembro de 2015.


Dra. Cléa Nazare Carneiro Bichara
Gerente de Ensino e Pesquisa da FHCGV

ANEXO C

TEMO DE AUTORIZAÇÃO DO SETOR



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESPECIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
SERVIÇO DE GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA



C.I Nº 08/16 CEP/FHCGV

Belém, 17 de março de 2016.

PARA: SAM

ASSUNTO: Autorização de Pesquisa.

Senhor(a) Chefe,

Estamos encaminhando a Pesquisadora BIANCA CRISTINA OLIVEIRA VIELMOND orientada pela Prof. Msc. Karla Maria Siqueira Coelho Aita, a qual está autorizada a realizar pesquisa intitulada "Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional.", no período de 17 de março de 2016 a 31 de maio de 2016, conforme aprovação pelo CEP/FHCGV e chefia destes setores.

Atenciosamente,


Cilanna Nascimento Moraes
Secretária do CEP/FHCGV
Cilanna N. Moraes
Aux. Administrativo/CEP/FHCGV

ANEXO D

ACEITE DO ORIENTADOR



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

DECLARAÇÃO

Eu, Karla Maria Siqueira Coelho Aita, aceito orientar o trabalho intitulado "Avaliação da satisfação da criança portadora de cardiopatia, sobre seu desempenho ocupacional" de autoria da residente Bianca Cristina Oliveira Vielmond, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ter conhecimento do conteúdo do projeto ora entregue para o qual dou meu aceite pela rubrica das páginas.

Belém - Pará, 23 de Outubro de 2015.

Bianca Cristina Oliveira Vielmond
Assinatura e Carimbo

Karla Maria Siqueira Coelho Aita
Rubrica

ANEXO E

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McCall, Helene Polatajko, Nancy Pollack²

Nome do cliente: _____	Idade: _____	Sexo: _____
Entrevistado: _____ (se não for o cliente)	Registro nº: _____	
Terapeuta: _____		Data da avaliação: _____
Clinica/Hospital: _____	Programa: _____	Data prevista para reavaliação: _____
		Data da reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente que estacionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autoajuda e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando as cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

A. Autoajuda	Importância
Cuidados pessoais _____ (ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
Mobilidade funcional: _____ (ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
Independência fora de casa: _____ (ex.: transportes, compras, finanças)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
B. Produtividade	Importância
Trabalho (remunerado/não-remunerado) _____ (ex.: procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
Tarefas domésticas _____ (ex.: limpeza, lavagem de roupas, preparação de refeições)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
Brincar/Escola _____ (ex.: habilidade para brincar, fazer o dever de casa)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
C. Lazer	Importância
Recreação tranquila _____ (ex.: hobbies, leitura, artesanato)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
Recreação ativa _____ (ex.: esportes, passeios, viagens)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
Socialização _____ (ex.: visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>

¹Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Magalhães, Ulken V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

²Publicado pelo CAOT/Publiartaria ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McCall, H. Polatajko, N. Pollack, 2000

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando as cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
Pontuação Total = $\frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{N}^\circ \text{ de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

¹Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

²Publicado pelo CBO1 Publicações ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Conwell, M. A. McColl, H. Polansky, N. Pollock, 2000.