Intellectus

REVISTA ACADÊMICA DIGITAL

Volume de Ciências da Saúde
N.º51 Abril/Junho 2019

ISSN 1679-8902



Áreas de publicação:

Ciências Exatas e Tecnológicas
Ciências Sociais Aplicadas
Educação, Cultura e Sociedade
Ciências da Saúde

unifaj
Centro Universitário de Jaguariúna
unimax
Centro Universitário Max Planck

Intellectus
REVISTA ACADÊMICA DIGITAL

Volume de Ciências da Saúde
N.º51 Abril/Junho 2019

ISSN 1679-8902

4 **EDITORIAL**
Prof. Dr. Taiguara Bertelli

ARTIGOS:

5 **O PAPEL DA FIGURA PATERNA NA MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO INTEGRATIVA**
MARQUES, Lucilia Felciano

15 **ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DE MORADORES DE UM CONJUNTO HABITACIONAL EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS-SP**
LIMA, Gabriele Silva

31 **A CULTURA COMO PROMOTORA DA CIDADE SAUDÁVEL**
SPERANDIO, Ana Maria Girotti

46 **A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ENTRE OS PACIENTES HOSPITALIZADOS NA REGIÃO DO VALE DO JEQUITINHONHA MG**
ROCHA, Raphael de Oliveira

59 **PROJETO BIBLIOTERAPIA, A LEITURA PARA USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III COMO FORMA DE REFLEXÃO DE VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
MENEGÓCIO, Alexandro Marcos

73 **AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E ALIMENTAR DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA/SP**
CAMARGO, Alexandre de Oliveira

90 **PADRÃO POSTURAL E PREVALÊNCIA DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM BAILARINOS PROFISSIONAIS E ESTUDANTES**
XAVIER, Ranieri Mozer

109 **PRINCIPAIS TÉCNICAS DE TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**
MATOS, Ingrid Caroline Mendes

122 **EXERCÍCIOS COM PESOS PARA A PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO NARRATIVA**
BELIZÁRIO, Rafael

135 **PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER COM COMPROMETIMENTO FÍSICO E/OU NEUROLÓGICO**
SOUZA, Amanda Cristina

148 **COMUNICAÇÃO DE PESQUISA:**
ESTUDO INTERDISCIPLINAR DA PERCEPÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO, BRASIL
DOS SANTOS, Nadejda Francisco Magno

Áreas de publicação:
Ciências Exatas e Tecnológicas
Ciências Sociais Aplicadas
Educação, Cultura e Sociedade
Ciências da Saúde

unifaj
Centro Universitário de Jaguariúna
unimax
Centro Universitário Max Planck

Intellectus Revista Acadêmica Digital. Revista científica das seguintes instituições: Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ e Centro Universitário Max Planck - UniMAX.

Eletrônica
Trimestral
Inclui Bibliografia

Editora Chefe:
Prof.ª Dr.ª Ana Maria Girotti Sperandio
Assessora Acadêmica do Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Centro Universitário Max Plack - UniMAX.

Equipe Técnica
Janini de Oliveira Dias da Silva
Kaíbe Monteiro de Souza
Maria Virginia Rosa

Equipe de Tecnologia da Informação Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Faculdade Max Planck. Equipe de Marketing Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Centro Universitário Max Plack - UniMAX.

EDITORIAL

O início do terceiro milênio se caracteriza por significantes, profundas e revolucionárias mudanças em diferentes seguimentos sociais. Passadas quase duas décadas deste século, o grande ponto de destaque no âmbito da saúde, juntamente com o impacto da evolução tecnológica é a democratização do envelhecimento populacional. Antes restrito a nações com indicadores desenvolvimento humano mais elevados, agora se consolida em quase que todas as partes do mundo. Em contexto nacional, esse fenômeno se expressa com magnitude semelhante, mas com velocidade muito maior.

Esta dinâmica mais acelerada do envelhecimento populacional brasileiro torna imperativo o debate quanto ao modelo de atenção à saúde empregado. Este exemplar da Revista Intellectus reflete bem quanto esse desafio, ou oportunidade, que a transição demográfica traz é debatido pelos diversos seguimentos profissionais da saúde, uma vez que possibilitam analisar o cuidado em diferentes ciclos da vida, do aleitamento à preservação da funcionalidade na velhice, ampliam o entendimento de saúde, mapeiam o peso da nova carga de doenças crônico-degenerativas e investigam e discutem a impacto de determinantes comportamentais em diferentes parâmetros de interesse da promoção de saúde.

Deixo aqui o meu convite entusiasmado à sua leitura, provocando-o a percorrer cada um dos manuscritos com o entendimento ampliado quanto ao conceito de saúde, possibilitando assim compreender o desenvolvimento humano numa perspectiva de curso de vida.

Boa leitura.

Prof. Dr. Taiguara Bertelli Costa

O PAPEL DA FIGURA PATERNA NA MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO INTEGRATIVA

The role of the Paterna Figure in the maintenance of Breastfeeding: Integrative Review

MARQUES, Lucilia Felciano
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

RIBEIRO, Renata Vitalino
Hospital Santa Martha

AMARAL, Juliana Beatriz Marques
Universidade Estácio de Sá

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo revisar as produções referentes ao aleitamento materno e os aspectos da figura paterna frente a essa realidade, sintetizando o impacto da figura paterna na manutenção do aleitamento materno. Revisão integrativa, onde foram eleitos descritores; testados combinações; realizada busca nas bases de dados e análise temática para examinar os achados. Do recorte de 113 artigos pesquisados, foram selecionados 85, dentre eles apenas 12, se enquadravam em todos os critérios, e foram analisados. A prática profissional e a literatura explorada deste estudo deixa evidente que a amamentação pode favorecer a formação de vínculos com todos os membros da família, além da participação do profissional de saúde, favorecendo o desenvolvimento de tal.

Palavras Chave: Aleitamento materno, Pai, Enfermagem.

ABSTRACT: This work had as objective review the productions related to breastfeeding and aspects of the father figure in front of this reality, summarizing the impact of the father figure in maintaining breastfeeding. An integrative review, which descriptors were elected; tested combinations; thematic search performed on the database and analysis to examine the findings. Of 113 surveyed clipping articles were selected 85, including only 12, not fit all the criteria and were analyzed. The professional practice and explored the literature of this study makes clear that breastfeeding may encourage the formation of linkages with all family members, as well as participation of health professionals, promoting the development of such.

Keys words: Breastfeeding, Father, Nursing.

INTRODUÇÃO

O aleitamento tem uma longa história, pois desde os primórdios já se falavam em aleitamento materno, porém não se tinham a demanda de informações que se tem hoje sobre o assunto, eles só sabiam que era um alimento que deviria de ser dado ao filho, a própria Bíblia Sagrada já o reconhecia e o recomendava como prática ideal de alimentação das crianças

nos primeiros meses de vida, Moisés e Maomé devem as suas vidas as amas de leite.

Na idade antiga “Hipócrates foi um dos primeiros a reconhecer e escrever sobre os benefícios da amamentação como dieta higiênica, pois já observara a maior mortalidade entre bebês que não eram amamentados” (VINAGRE, 2001).

Frente a isso, há uma preocupação por parte dos profissionais de saúde, o momento que o filho vem ao mundo é um momento de muitas mudanças para a vida dos pais, principalmente para os que são pais de primeira viagem, sendo assim, se faz necessário que cada um deles saiba qual é o seu papel naquele momento, e que “o pai” seja muito bem orientado sobre o que ele deve fazer para que ele não seja um mero espectador daquele momento, que é o que muitas vezes acontece, por conta da nossa sociedade que sempre relacionou este momento, aleitamento materno, somente ao binômio mãe-filho.

Mas nos últimos anos a participação dos pais nas atividades familiares e domésticas vem mudando e com isso a papel do pai na família também, pois os mesmos estão tendo que efetivamente serem pais, deixando de lado a figura de só serem o provedor financeiro da família.

Por conseguinte, a responsabilidade assumida com a palavra pai deve ser demonstrada principalmente nos primeiros dias de vida de seus filhos, porque a mãe está se sentindo ainda um tanto quanto fragilizada e muitas vezes precisa de um companheiro que a compreenda e a incentive neste momento tão importante como o do aleitamento materno.

Inserir o pai na manutenção do aleitamento materno e o fazendo compreender o quão importante é o aleitamento para a saúde de seu filho e da mãe da criança no período do puerpério.

Os argumentos iniciais, expostos acima, nos permitem, então, sinalizar que a compreensão e o domínio a respeito do impacto da figura paterna na manutenção do aleitamento materno, tornam-se uma temática suficientemente interessante, sob o ponto de vista de um problema/fenômeno a ser investigado no âmbito da pesquisa em enfermagem, sobre a qual desenvolvemos.

Há uma necessidade de conhecer o universo dos estudos publicados acerca da tentativa de proporcionar aos recém-nascidos os benefícios que o

aleitamento materno pode proporcionar. Isso remete o raciocínio para a predominância do aleitamento materno exclusivo, além de uma duração maior do aleitamento materno visto que a figura paterna ser considerado um diferencial e extremamente incentivador desse processo, que exigirá força de vontade e dedicação constante.

Tomando como base a crescente tendência no entorno da temática proposta, é importante considerar a sua finalidade específica em colaborar para que o processo de assistência à saúde resulte em benefícios, tanto para os usuários, como para os profissionais. Logo, demarcamos como objeto de estudo "figura paterna e o aleitamento materno".

Com a finalidade de revisar as produções referentes ao aleitamento materno e os aspectos da figura paterna frente a essa realidade, partiu-se da questão: Como se apresenta, nas produções científicas, os aspectos referentes a intervenção da figura paterna no processo do aleitamento materno?

O objetivo do presente artigo é revisar as produções referentes ao aleitamento materno e os aspectos da figura paterna frente a essa realidade, tendo em vista contribuir através de subsídios para assistência de enfermagem a esse grupo.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa de literatura. Revisão integrativa é o tipo mais amplo de pesquisa de revisão, pois permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não-experimentais, combina dados de literatura empírica e teórica e incorpora uma grande gama de propósitos: definir conceitos, revisar teorias, revisar evidências e a analisar questões metodológicas de um tema específico, (WHITTEMORE, 2005).

A elaboração de uma revisão integrativa de literatura ocorre em seis fases distintas: Identificação do tema e questões da pesquisa, Amostragem ou busca na literatura, Categorização dos estudos, Avaliação dos estudos incluídos na revisão bibliográfica, Interpretação dos resultados e Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa, (BROOME, 2000; SILVEIRA, 2005).

Sendo assim, procedeu-se uma revisão integrativa de literatura em relação ao objeto "aleitamento materno e pai" a partir do conteúdo das

referências acessadas. Na escolha e combinação dos seguintes descritores: aleitamento materno AND pai, breastfeeding AND father e lactancia AND padre.

As publicações foram identificadas nas seguintes bases de dados: LILACS; BDENF; SciELO, e PUbMED. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos indexados em periódicos nacionais e internacionais publicados em inglês, espanhol e português, no período de 2003 a 2013 e que abordassem o aleitamento materno e de alguma forma traziam o papel do pai nessa prática.

Foram critérios de exclusão: artigos que não abordavam o tema da forma referida pelas pesquisadoras; textos não indexados nas bases de dados especificadas; artigos sem resumo disponível nas bases de dados em que estavam indexados, e impossibilidade de aquisição do artigo na integra de forma gratuita, tendo as pesquisadoras acesso ao portal da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A coleta de dados foi realizada com auxílio de uma tabela previamente definida e que incluía: autor, título, ano, questão de pesquisa, objetivo geral, objetivo específico, referencial teórico, abordagem metodológica, local, sujeitos, amostra, técnica de coleta de dados, período da coleta, método de análise, resultado, discussão, conclusão e trechos narrativos de destaque (conteúdos descritos que mais se aproximavam do objeto de estudo). A análise de conteúdo temática foi o método para examinar os dados, (MINAYO, 2007). Utilizou-se a abreviatura (A) para artigos.

Os estudos selecionados foram avaliados criticamente, buscando-se determinar a sua qualidade metodológica. Assim foram atribuídos níveis de evidência que seguiram a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados da busca foram obtidos 113 artigos. Em seguida, foi realizada leitura dos títulos e resumos pelas pesquisadoras, resultando em uma amostra de 85 artigos. Realizamos a seleção dos artigos na integra, primeiramente na base de dados onde foram devidamente selecionados e

posteriormente no portal CAPES contando com a ajuda de uma bibliotecária. Nesta fase resultamos em 12 artigos na integra, sendo 2 artigos descartados após sua correta leitura observamos não se tratar do tema do estudo.

Desta maneira, foram analisados 10 artigos científicos indexados**,** em periódicos internacionais. Dos 10 artigos analisados, a maior produção se concentrou nos anos de 2012 e 2013.

Ao serem analisados os delineamentos de pesquisa foram encontrados 2 artigos (20%) de estudo de coorte, 1 ensino clínico controlado (10%), 1 revisão sistemática (10 %), 1 relato de caso (10%) e 5 estudos qualitativos (50%).

No que tange à força de evidência 1 artigo possui nível de evidência III (10%), 1 artigo possui nível de evidência V (10%), 2 artigos possuem nível de evidência IV (20%), 5 artigos possuem nível de evidência VI (50%) e 1 artigo foi classificado com o nível de evidência VII (10%).

Quadro 1. Artigos pesquisados nas bases de dados. Rio de Janeiro-RJ, 2003-2013.

Identificação do artigo	Referência completa
A1	Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 jun;27(2):193-202.
A2	Pontes, C. M.; Alexandrino, A. C.; Osório, M. M.; O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.9 no.4 Recife Out./Dez. 2009.
A3	Piazzalunga, C. dos R. C.; Lamounier, J. A.; O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2): 133-141.
A4	Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. Maycock B; Binns CW; Dhaliwal S; Tohotoa J; Hauck Y; Burns S; Howat P. J Hum Lact; 29(4): 484-90, 2013 Nov.
A5	Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. Mitchell-Box KM; Braun KL. J Hum Lact; 29(4): 473-9, 2013 Nov.
A6	Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention. Mitchell-Box K; Braun KL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; 41(6): E41-50, 2012 Nov-Dec.
A7	Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the Hospital Anxiety and Depression Scale. Tohotoa J; Maycock B; Hauck YL; Dhaliwal S; Howat P; Burns S; Binns CW. BMC Pregnancy Childbirth; 12: 75, 2012.
A8	A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno / The maternal perception on paternal support: influence on the duration of breastfeeding / La percepción de las madres sobre el apoyo paterno: influencia en la duración de la lactancia materna Silva, Priscila Palma da; Silveira, Regina Bosembecker; Mascarenhas, Maria Laura W; Silva, Mirian Barcellos; Kaufmann, Cristina Correa; Albernaz, Elaine Pinto. Rev Paul Pediatr; 30(3): 306-313, set. 2012. ilus, tab.
A9	The longitudinal role of breastfeeding in mothers' and fathers' relationship quality trajectories. Papp LM. Breastfeed Med; 7: 241-7, 2012 Aug.
A10	Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. de Montigny F; Lacharité C; Devault A. ANS Adv Nurs Sci; 35(3): E11-22, 2012 Jul-Sep.

Quadro 1: Desenvolvido pelos autores.

Foi realizado agrupamento temático geral dos artigos, e encontrados 12 temas. Entretanto, cinco temas foram categorizados e analisados, quais sejam: a) A licença paternidade; b) Mudanças na vida conjugal; c) Transformações na vida paterna; d) Envolvimento paterno na amamentação. A

escolha pelos quatro temas teve como critério os que discutiam diretamente o objeto de estudo.

A licença paternidade

O Governo Brasileiro dispõe da Licença Paternidade que corresponde a um período de afastamento do trabalho previsto em lei, para o homem cuja parceira teve seu filho, nos primeiros dias de vida, de acordo com o art. 7º, inciso XIX da CF/88 c/c art. 10, § 1º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da CF/88. O prazo da licença é de vinte dias, e possibilita que o trabalhador possa se ausentar do serviço, sem prejuízo do mesmo, a fim de auxiliar a mãe de seu filho no pós-parto (SILVA, 2016). Além disso, durante esse período de licença, o trabalhador também deverá registrar seu filho.

Esta licença vem do governo como uma forma de estreitar os laços do pai como o seu filho e com a mãe, pois não é só para a mãe que as coisas irão mudar dali para frente, o pai também precisa de um tempo para se acostumar todas as mudanças ocorridas, e nada melhor que uma lei para mostrar à população a importância paterna neste momento.

Nesse sentido, achados de 6 (60%) artigos dos selecionados nessa perspectiva, indicam que a importância da licença paternidade para o primeiro contato do pai com o bebe, visto que nesses primeiros dias que acontece a adaptação mãe e bebe para que ocorra o aleitamento materno.

Mudanças na vida conjugal

Certos artigos da amostra investigaram as mudanças na vida conjugal. Os estudos confirmam o fato de que as potenciais dificuldades de relacionamento frente a um novo membro na relação que depende exclusivamente do casal.

Enfatizam as mudanças que a vida sexual do casal passa frente essa realidade, porque antes essa esposa era somente uma mulher agora, mãe. Neste primeiro momento, exala um cheiro diferente, o tal “cheiro de mãe” que está presente por conta da produção do leite. E com isso há relatos de que os parceiros sentem repulsa pelo seio e mamilo, deixando de caracterizar uma zona erógena e se tornando produtor de leite para seu filho, (SILVA, 2016).

Transformações na vida paterna

Quando se trata do primeiro filho principalmente, evidência mudanças na vida desses novos pais, que devem dividir a atenção deles com um recém-nascido, que irá requerer de muita atenção e cuidados. Nas primeiras semanas muitos homens se julgam excluídos, pois a tarefa que será mais desenvolvida é a amamentação, eles acabam por não contribuir, pois efetivamente não amamentam.

Por outro lado, estudos confirmam que o homem vem redimensionando sua participação durante a lactação do filho, superando as ações de pai provedor. Sua contribuição é consolidada através de atitudes e ações de ajuda em relação à criança e à companheira, (BRITO, 2006).

Envolvimento paterno na amamentação

Três artigos da amostra estudaram sobre o envolvimento paterno na amamentação. Partindo do pressuposto que quem amamenta é a mãe, o pai acaba se excluindo desse momento. Na revisão de alguns estudos observamos que acentuando ainda mais essa relação, o fator histórico dos costumes femininos de proteger o seu poder, estejam inibindo ao homem a participação nessa prática antiga.

A literatura relata que a inserção do pai na prática da amamentação depende da vontade da mãe. Sem dúvida, é preciso começar a fazer algo, buscando outros caminhos para o homem também ser protagonista do amamentar, visto ser uma atividade de monopólio materno, uma defesa cultural, (PONTES, 2009).

Durante uma pesquisa realizada em um Hospital Amigo da Criança, em Minas Gerais, foi constatado que na maioria das vezes os pais têm a compreensão de que o aleitamento é o alimento mais eficaz e sem custo financeiro. Nesta pesquisa foram feitas entrevistas com os pais, onde deveriam relatar como incentivaram as suas mulheres a amamentar, segue o trecho de um depoimento: "*Porque para a mulher não é fácil ela ficar amamentando a criança. Então eu... já participei de reuniões e tinha pessoas que falavam assim: - amamentar pra que? Vou amamentar seis meses e depois introduzir mamadeira. – Eu sempre bati que não. Até os dois anos ele vai mamar. Porque*

é importante para ele. [...] Posso ser coruja, mas eu gostaria. Falei com ela: - Eu gostaria que você desse (E5) (sic)", (PIAZZALUNGA, 2011).

Vislumbramos o interesse paterno em ser participante deste momento, porém os costumes da nossa sociedade ainda tão enraizada com o "machismo" os afastam dessa prática. Hoje, com a atualização do Programa da Saúde da Família, onde se faz o acompanhamento familiar, buscando a prevenção e tratamento de todos dentro do seio familiar, aproximando os profissionais da saúde de todos os componentes da família, instruindo os benefícios e esclarecendo os questionamentos pertinentes a amamentação da família como um todo.

A participação do pai durante o aleitamento materno pode encorajar a parceira a amamentar e evitar o desmame precoce, (PAULA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco desta pesquisa foram os pais (homens) como participantes do processo da amamentação. A prática profissional e a literatura explorada deste estudo deixa evidente que a amamentação pode favorecer a formação de vínculos com todos os membros da família, além da participação do profissional de saúde, favorecendo o desenvolvimento de tal.

Baseada na literatura ficou evidenciada que ainda são incipientes publicações e provavelmente ações que envolvam o pai no processo da amamentação.

Acreditamos que o conhecimento cientifico dos profissionais de saúde acerca do manejo da amamentação com a participação paterna se torna insuficiente, sendo necessário habilidades para intervir no momento oportuno e facilitar o processo sem imposição de valores e de conhecimentos.

O pai pode ser participante no processo de amamentação desde que os profissionais de saúde acreditem nisso. Passando assim a incluir a figura paterna, desde o pré-natal, onde ocorre o fortalecimento do vínculo do marido com a esposa, o que desfavorece a competição por espaços. O vínculo enseja segurança, confiança no outro e respeito, o que certamente contribui para consolidação do interesse em comum frente a amamentação.

Acreditamos que nossa pesquisa pode contribuir para desencadear motivações de interesse de profissionais de saúde para promoção da

participação paterna na amamentação em níveis primário, secundário e terciário. Temos que reunir esforços de grupos de interesses na investigação e ampliar estudos e pesquisas abordando o aleitamento materno frente à contribuição paterna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO R.S.; OLIVEIRA E.M.F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev Gaúcha Enferm.** 27(2): 193-202, 2006.

BROOME M.E. Integrative Literature Reviews for the Development of Concepts. In: RODGERS B.L.; KNAFL K.A. Concept development Innursisng: foundations, techniques and applications. Philadelphia WB. **Saunders Company**, 2000. 231-250p.

MELNYK B.M.; FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK B.M.; FINEOUT-OVERHOLT E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. **Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins**, 2005. 3-24p

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento. **São Paulo** (SP): HUCITEC; 2007.

PAULA A.O.; SARTORI A.L.; MARTINS C.A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletr. Enf.** 12(3): 464-70, 2010.

PIAZZALUNGA C. DOS R.C.; LAMOUNIER J.A. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa**. Rev. méd. Minas Gerais**, 21(2): 346-61, 2011.

PONTES C.M.; ALEXANDRINO A.C.; OSÓRIO M.M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Rev. Bras. Saude Mater**. Infant. 25(2): 195-202, 2009.

SILVA R.V. Maternidade e Mercado de Trabalho – avanços possíveis. Brasília: **Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado** (Boletim Legislativo nº 42, de 2016). Disponível em: www.senado.leg.br/estudos.

SILVEIRA R.C.C.P. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências [dissertação de mestrado]. **São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo; 2005.

VINAGRE R.D.; DINIZ E.M.A.; VAZ F.A.C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria** (São Paulo). 23(4): 340-5, 2001.

WHITTEMORE R,; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. Journal of **Advanced Nursing.** 52: 546-53, 2005.

SOBRE OS AUTORES

Estudo realizado sem apoio financeiro.
Artigo elaborado a partir da monografia<< A figura paterna na manutenção do aleitamento materno – *Uma Revisão Integrativa*>> apresentada ao Programa

de Pós-Graduação em Enfermagem Neonatal e Pediátrica pela Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 2012

Lucilia Feliciano Marques
Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO (2011), Especialização em Enfermagem Neonatal pela Universidade Severino Sombra – USS (2013), Mestrado em Enfermagem pela UNIRIO (2014), Doutorado em Ciências pela UNIRIO (2017).
Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Burguer hospital, Frankfurt – Alemanha.
marques_lucilia@yahoo.com.br

Renata Vitalino Ribeiro
Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Iguaçu (2010), Especialização em Enfermagem Neonatal pela Universidade Severino Sombra – USS (2013), Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.
renatavitalinor@gmail.com

Juliana Beatriz Marques Amaral
Possui graduação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Neonatal e Pediátrica pela Universidade Estácio de Sá (2012).
Enfermeira da Casa de Saúde e Maternidade Santa Martha, Rio de Janeiro.
ju_biamarques@hotmail.com

ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DE MORADORES DE UM CONJUNTO HABITACIONAL EM SÂO JOSÉ DOS CAMPOS - SP

Spirituality and quality of life: perception of social housing dwellers in São José dos Campos - SP

LIMA, Gabriele Silva
VIANNA, Paula

GUADAGNIN, Eduardo
Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)

RESUMO: O estudo da espiritualidade como um componente essencial para a saúde tem se aprofundado e sua contribuição e influência sobre a qualidade de vida (QV) e a saúde de pessoas que residem nas periferias urbanas é reconhecida. O presente trabalho busca analisar a percepção de moradores realocados para um conjunto habitacional na periferia urbano/rural da cidade de São José dos Campos, sobre sua QV e a influência da espiritualidade, religião e crenças pessoais para essa percepção. A pesquisa é quantitativa e apresentou como técnica a aplicação do questionário de qualidade de vida WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Foi realizada no Conjunto Habitacional Caminhos da Montanha em São José dos Campos, SP. O domínio E/R/CP foi o melhor autoavaliado pelos moradores, o que reforça a importância desse fator como elemento contribuinte para a manutenção da saúde e bem-estar de pessoas em situação de vulnerabilidade socioespacial.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, questionário WHOQOL-100, espiritualidade, habitação.

ABSTRACT: The study of spirituality as an essential health component has deepened and its contribution and influence on the quality of life (QoL) and health of people living in the outskirts of town is acknowledged. This paper analyzes the perception of dwellers reallocated to a housing complex in the urban/rural periphery of the city of São José dos Campos, concerning their QoL and the influence of spirituality, religion and personal beliefs (S/R/PB) on this perception. The quantitative research was grounded on the application of the WHOQOL-100 quality of life questionnaire, developed by the World Health Organization. It was carried out in the *Caminhos da Montanha* Housing Complex in São José dos Campos, SP, Brazil. The S/R/PB domain scored the highest amongst the six domains that comprise the questionnaire, reinforcing the importance of this factor as a contributing element for the maintenance of the health and well-being of people in condition of socio-spatial vulnerability.

Key-words: Quality of life, WHOQOL-100, spirituality, housing.

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) é um conceito amplo, composto por aspectos objetivos e subjetivos, positivos e negativos, (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995) define o termo QV como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Este conceito foi construído na década de 1990, no campo da promoção da saúde, a partir de um projeto multicêntrico. O projeto também originou um instrumento para mensurar a qualidade de vida, o *World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL–100)* (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

Segundo Fleck *et al.* (2003), o WOQHOL-100 é instrumento que adota um conceito multidimensional de QV e foi criado para avaliar esta dimensão dentro de uma perspectiva transcultural. Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (1995), o WHOQOL-100 é um instrumento de medida genérica da qualidade de vida, cuja estrutura se assenta nos seguintes seis domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente e Espiritualidade.

De acordo com Rocha, Fleck e Pio (2011), a OMS incluiu o domínio Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (E/R/CP) no instrumento por reconhecer a importância dessa dimensão para a saúde individual e coletiva. Pinto e Pais-Ribeiro (2008) acrescentam que o Ministério da Saúde incorporou esta dimensão (E/R/CP) ao plano das orientações estratégicas, integrando-a ao conceito de saúde e tomando-a como essencial à prática holística de cuidados. Níveis mais elevados de envolvimento com o domínio E/R/CP associam-se positivamente a indicadores de bem-estar psicológico e negativamente à depressão, comportamento suicida, abuso de drogas e álcool, (FLECK; ROCHA, 2011).

Pinto e Pais-Ribeiro (2008) reforçam que religiosidade e espiritualidade são conceitos diferentes, sendo a primeira uma referência ao grau de participação ou adesão a práticas religiosas, enquanto a última, mais ampla, procura atribuir significado e sentido à existência, podendo coexistir ou não com a prática de um credo religioso.

Fornazari e Ferreira (2010) afirmam que existem estratégias positivas e negativas relacionadas à saúde no campo da E/R/CP. As positivas se relacionam ao fato de as crenças espirituais estruturarem um quadro do tipo ativo-cognitivo, que permite às pessoas enfrentarem as crises existenciais ameaçadoras, favorecendo o suporte social e emocional, (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2008). As estratégias negativas, por sua vez, resultam em piora na qualidade de vida e em determinados aspectos da saúde, como saúde mental (depressão) e saúde física, decorrentes, por exemplo, de uma atitude de não adesão ao tratamento pela crença em cura divina, (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Alguns estudos têm apontado a importância da espiritualidade e religiosidade para o estabelecimento de redes sociais, em especial nas áreas de periferias urbanas e de alta vulnerabilidade social, como afirma Feltran (2010). Pessoas que passam por mudanças socioespaciais, principalmente deslocamento para bairros periféricos com precária infraestrutura urbana, enfrentam o sentimento de não-pertença, acrescido de outros sentimentos como insegurança e indiferença. Esses sentimentos contribuem para a sensação da impossibilidade de alcançar aquilo que é desejável e acentuam as barreiras impostas à vida nessas situações de vulnerabilidade, (OESSELMANN, 2010).

Segundo Ferreira (2012), as periferias pobres brasileiras denunciam o complexo e problemático padrão de urbanização do país. Nelas, a precária qualidade de vida vem sendo mantida, ou agravada, desde o início da implementação de políticas habitacionais, na década de 1970, período em que as habitações sociais foram destinadas a indivíduos de classe média e não aos de classe baixa, que eram os mais necessitados.

Ferreira (2012) ainda afirma que, embora atualmente as políticas públicas habitacionais atendam pessoas de classe baixa, a produção é insatisfatória, principalmente do ponto de vista arquitetônico. As casas e apartamentos, no geral, não atendem as necessidades básicas, físicas e sociais, da população.

O município de São José dos Campos-SP, sede da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, apresenta política habitacional progressivamente implementada desde o fim da década de

setenta, período que coincide com o crescimento econômico, demográfico e urbano, apoiados na industrialização. A política habitacional concentrou as habitações sociais nas periferias sul e leste, padrão que se manteve com o Programa Minha Casa Minha Vida, lançado em 2009. Na região norte do município, no ano de 2010, uma parceria entre o município e o governo estadual, por meio da Companhia para o Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU), entregou à população proveniente de áreas de risco ambiental o Residencial Caminhos da Montanha.

Situado numa zona de transição urbano-rural, o residencial encontra-se afastado das imediações do bairro. É vizinho a uma área de proteção ambiental e a falta de um plano de manejo, que deveria ter sido desenvolvido pela prefeitura, impede a emissão de documento de posse. Não há associação de bairro ou outra forma de organização comunitária de demandas coletivas. Pedidos individuais, informais, se acumulam, levados periodicamente à prefeitura como solicitações de troca de moradia.

Sabe-se que o não atendimento das necessidades básicas, associado aos sentimentos mencionados de não pertencimento, insegurança, indiferença podem influenciar negativamente a qualidade de vida e a saúde das pessoas.

O presente trabalho objetiva analisar a percepção de moradores realocados para um conjunto habitacional na periferia urbano/rural da cidade de São José dos Campos, sobre sua QV e a influência da E/R/CP sobre quesito.

METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo quantitativo, de caráter exploratório e descritivo. Foram entrevistados 101 moradores do conjunto habitacional Residencial Caminhos da Montanha, no bairro Boa Vista, localizado na Zona Norte do Município de São José dos Campos, em São Paulo, no ano de 2017. Os instrumentos aplicados foram o questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-100 e um questionário socioeconômico. O local conta com 256 habitações e aproximadamente 800 pessoas moram neste conjunto.

As residências são divididas em trinta e dois blocos, cada um com quatro apartamentos, dois no térreo e dois no primeiro andar. As moradias, de 50m², possuem sala, dois dormitórios, banheiro, cozinha e área de serviço.

A pesquisa é um recorte da pesquisa "Influência da Mudança Habitacional Motivada por Situação de Risco Sobre a Qualidade de Vida dos Moradores: Estudo de uma Área de Proteção Ambiental Urbana em São José dos Campos, SP" aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) em 27/04/2017, número 2.449.546.

A amostra foi estratificada por local de moradia no residencial e buscou-se entrevistar moradores do sexo masculino e feminino, adultos e jovens. Todos os moradores participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa de campo foi realizada em Agosto e Setembro de 2017. Oito pesquisadores realizaram as entrevistas em diferentes períodos do dia e da semana.

O questionário WHOQOL-100 é um questionário de autoresposta, formado por 100 perguntas cujas respostas seguem uma escala tipo Likert, graduada em cinco níveis e três modalidades, intensidade (nada / completamente), frequência (nunca / sempre), ou avaliação (muito insatisfeito / muito satisfeito; muito ruim / muito bom). O questionário avalia a saúde e a QV de uma maneira multidimensional, abrangendo seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Os domínios se apresentam divididos em 24 facetas. Cada faceta é formada por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida, (FLECK, 2000, p. 35).

O domínio que avalia aspectos relativos à E/R/CP apresenta apenas uma faceta, composta por 4 questões (Quadro 1), que devem ser respondidas em relação ao período das últimas 2 (duas) semanas antes da aplicação do questionário. As respostas são medidas em intensidade.

Quadro 1. Questões que compõem o Domínio E/R/CR do questionário de qualidade de vida WHOQOL-100.

Questões que compõem o Domínio E/R/CR
1. As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido a sua vida? 2. Em que medida sente que sua vida tem sentido? 3. Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão força para enfrentar as dificuldades? 4. Em que medida as suas crenças religiosas, princípios, e valores pessoais o (a) ajudam a compreender as dificuldades da vida?

Quadro 1: Desenvolvido pelos autores.

A análise dos dados foi realizada conforme fórmula disponível no manual WHOQOL – 100, ou seja, foram calculadas as médias para cada domínio. Os domínios em que as respostas negativas recebiam maior pontuação foram invertidas, como orientado no manual, de modo que, ao final, a classificação dos escores, os valores próximos de zero correspondem a piores avaliações de qualidade de vida e os próximos a 100, melhores avaliações. A seguir analisou-se a relação das avaliações do domínio E/R/CP por variáveis socioeconômicas (sexo, idade, localização de moradia, nível de instrução, recebimento de auxilio social e renda. A classificação de renda utilizada foi a de classes sociais por faixas de salário mínimo, definida pelo IBGE. O teste Anova foi utilizado para análise de correlação entre as variáveis e o sistema de análise foi o Minitab^{R}. O nível de confiança considerado foi 95%.

RESULTADOS

Dos moradores que responderam aos questionários, 72 (setenta e duas) eram mulheres e 29 (vinte e nove) homens**,** a faixa etária desta população variou de 18 a 83 anos, com média de 41 anos. Os adultos entre 41 e 60 anos de idade corresponderam a 41,4% da população total estudada. Os moradores entrevistados distribuíram-se em duas ruas, principalmente (Rua A e Rua B, ambas com 47 questionários aplicados). A terceira rua, menor entre as três, possui apenas 12 habitações, sendo aplicados cinco questionários.

O nível de instrução da população investigada foi, predominantemente, de 9 a 12 anos de estudo (39,6%), sendo alto o percentual de pessoas com menos de 9 anos (32,7%) e significativo o percentual de analfabetos (5,2%); 27,7% dos respondentes possuía mais de 12 anos de instrução. Com relação à variável recebimento de auxilio, 50% desses moradores recebem algum tipo de benefício social, sendo o principal o Bolsa Família. A renda é baixa, 82 pessoas entrevistadas são classificadas pelos critérios do IBGE como Classe E (menos de dois salários mínimos), e 12 como Classe D (dois a quatro salários mínimos). O total de questionários considerados por variável pode sofrer variações, uma vez que algumas pessoas não preencheram completamente o questionário socioeconômico.

Nota-se, a partir dos dados apresentados, que a população realocada encontra-se, sete anos após o assentamento, em situação de vulnerabilidade econômica, mantendo baixa renda, com alto grau de dependência de auxílio social governamental e baixo nível de instrução.

A qualidade de vida (QV) percebida pelos respondentes recebeu pontuação média de 58,84, valor superior a dois dos domínios (Ambiente, valor médio de 45,69 e Físico, média de 55,28). A análise das respostas por domínio mostra que o domínio Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (ERCP) foi o domínio com maior pontuação (73,58), seguido, respectivamente, pelos domínios Relações Sociais, Psicológico e Nível de Independência (Figura 1). A pontuação máxima do domínio E/R/CP foi de 80,53; a mínima 66,12 e o desvio padrão, 20,12. Observa-se que o domínio espiritualidade foi o único a apresentar pontuação superior a 70.

Figura 1. Pontuação da percepção de qualidade de vida dos moradores do Caminho das Montanhas, por domínio do questionário WHOQOL. São José dos Campos, 2017.

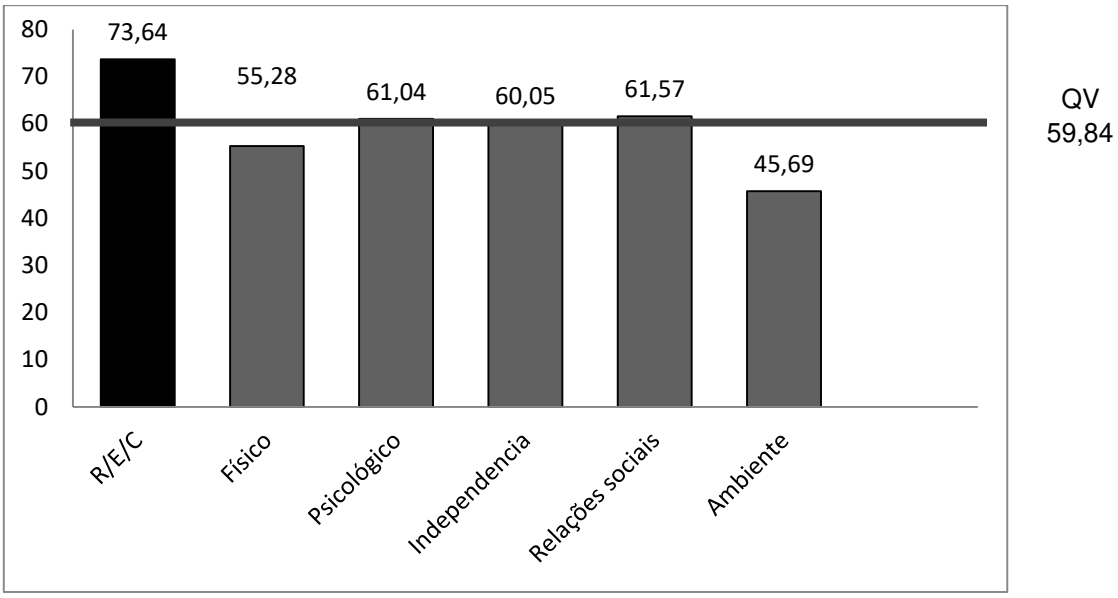

Figura 1: Desenvolvido pelos autores.

Observa-se, a partir desses resultados, que o domínio E/R/CP contribui positivamente para elevar a auto percepção da Qualidade de Vida geral.

Tabela 1: Pontuação da percepção de qualidade de vida e espiritualidade por gênero, idade, nível de instrução, localidade, auxilio e classe de renda de moradores do Caminho das Montanhas. São José dos Campos, 2017

Variável	n	Escore	p
Sexo			
Mulheres	72	73,61	0,9786
Homens	29	73,49	
Idade			
18 a 25a	16	75,78	0,2904
26 a 40a	23	72,55	
41 a 60	41	76,68	
> 60 anos	19	66,12	
Rua			
A	47	79,47	0,7281

B	47	80,53	
Nível de instrução			
Menos de 9 anos	33	70,64	0,3656
9 a 12 anos	40	72,97	
Mais de 12 anos	28	77,9	
Auxilio			
sim	50	74,13	0,8534
não	50	73,38	
Renda			
D	12	83,33	0,0734
E	82	72,49	

Tabela 1: Desenvolvida pelos autores com base no questionário aplicado.

Tabela 2. Pontuação da percepção de qualidade de vida e espiritualidade dos moradores do Caminho das Montanhas, por questão do domino E/R/CP. São José dos Campos, 2017.

Questão do domínio	Faixa etária			
	18 a 25 anos	26 a 40 anos	41 a 60 anos	Mais de 60 anos
As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido a sua vida?	82,50	77,20	81,70	74,70
Em que medida sente que sua vida tem sentido?	82,50	75,65	81,70	69,60
Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão força para enfrentar as dificuldades?	80,00	81,70	81,70	73,65
Em que medida as suas crenças religiosas, princípios, e valores pessoais o (a) ajudam a compreender as dificuldades da vida?	77,50	81,70	80,00	73,70

Tabela 2: Desenvolvida pelos autores com base no questionário aplicado.

Os valores foram obtidos a partir das medias de cada questão por idade, esses valores foram multiplicados por 4 (quatro), conforme pede o manual do WHOQOL e os valores obtidos foram transformados em múltiplos de 100.

Houve pouca diferença na análise da percepção da espiritualidade por variáveis sociodemográficas e econômicas e nenhuma alcançou significância estatística. Em relação à variável gênero, tanto mulheres como homens apresentaram escore alto. No quesito idade, surpreendentemente, os jovens autoavaliaram sua E/R/CP com escores mais altos (75,78) em comparação aos idosos, que conferiram pontuação menor a este domínio (66,12) em comparação às demais faixas etárias. As pontuações médias foram superiores às autoavaliações dos idosos em todas as questões (Tabela 2).

A questão que influenciou negativamente a pontuação do domínio E/R/CP, para idosos foi a n.2 (Tabela 2) "Em que medida a sua vida tem sentido? ". Para os idosos, a média de autoavaliação para esta questão foi de 69,60, valor alto se considerado o questionário como um todo, porém baixo para o domínio E/R/CP. Na comparação entre as faixas etárias, 42,1% dos idosos pontuaram a resposta de 1 a 3 (nada/muito pouco/nem muito nem pouco), enquanto que 87,5% dos jovens atribuíram valor 4 a 5 (bastante/extremamente) a essa questão (Figura 2).

Figura 2. Respostas de jovens e idosos à questão 3. do WHQOL-100, "em que medida sua vida tem sentido", graduada de 1 (nada) a 5 (extremamente)

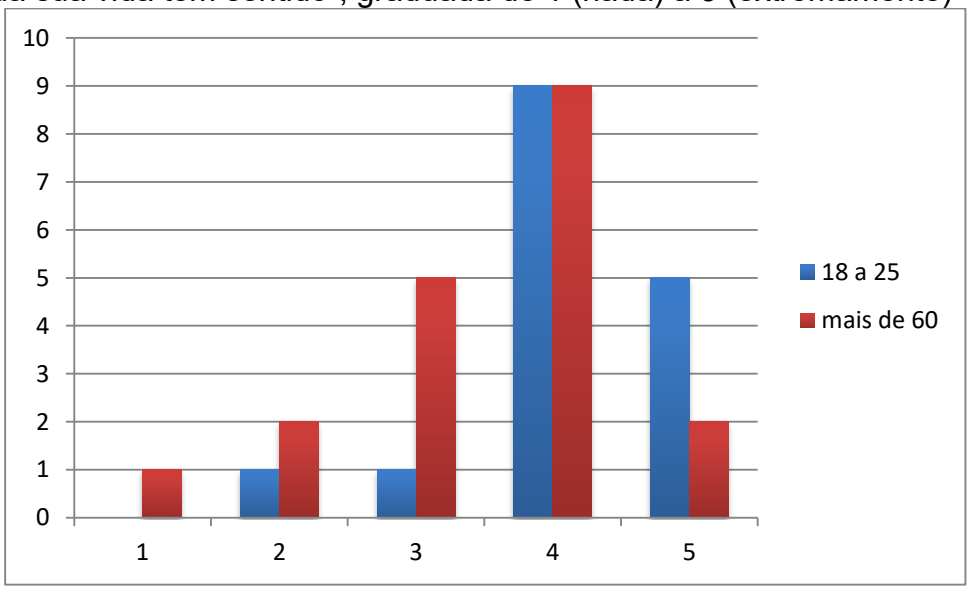

Figura 2: Desenvolvida pelos autores com base no questionário aplicado.

Pessoas com mais de 12 anos de estudo tenderam a avaliar melhor o domínio espiritualidade em comparação àquelas com menos anos de estudo.

Com relação ao local de morada, a A apresentou um escore discretamente maior em comparação à rua B.

Em relação às variáveis econômicas, praticamente não houve diferença entre pessoas que recebem (74,13) e não recebem auxílio social (73,38). Já em relação à renda, embora não tenha alcançado significância estatística, os moradores da classe D avaliaram melhor a qualidade de vida (83,33) em relação aos da classe E (72,49) (Tabela 1). As médias encontradas apontam que o domínio E/R/CP foi melhor avaliado no conjunto habitacional por indivíduos com nível de instrução de mais de 12 anos, e por moradores com renda de nível D, não há diferença significativa entre os resultados dos moradores que recebem auxilio social e os que não recebem. De modo geral, as pessoas avaliaram positivamente sua espiritualidade

DISCUSSÃO

Os resultados mostram a importância do domínio E/R/CP, em comparação aos demais domínios, para uma boa autoavaliação e percepção da qualidade de vida. Em comparação à produção acadêmica nacional, a população em estudo se autoavalia melhor no domínio espiritualidade, e pior em todos os demais domínios. No trabalho de Fleck e Rocha (2011), um estudo comparativo de avaliação da qualidade de vida entre indivíduos saudáveis e portadores de doenças crônicas, os indivíduos saudáveis atribuíram ao domínio E/R/CP o escore médio de 68,96; classificando-o como o quarto avaliado entre os seis domínios, seguido dos domínios físico e ambiental; enquanto na autoavaliação de indivíduos não saudáveis, E/R/CP foi o domínio melhor avaliado. Contrastando com esses achados, em que pessoas em situação de sofrimento atribuem à espiritualidade escores mais altos no questionário WHOQOL, no estudo de Canavarro et al. (2010), indivíduos com infecção por HIV autoavaliam a espiritualidade como um dos domínios com pior média.

Fleck *et al.* (1999) ressaltam que, como o domínio E/R/CP apresenta apenas quatro questões, é possível que seu poder de discriminação seja menor em comparação aos outros domínios. Acrescentam que a E/R/CP pode estar mais exacerbada em doentes terminais ou em pessoas com doenças

graves, e sugerem sua importância na avaliação da qualidade de vida em situações que não a de saúde-doença, como é o caso do presente estudo.

Uma explicação para o achado de valores elevados desse domínio nesta pesquisa pode ser a ampliação do conceito utilizado no domínio, que inclui, mas não se restringe à religião. Considerar o conjunto de valores que dá sentido à vida, a própria percepção deste sentido e o papel da espiritualidade, religião e crenças para a percepção das dificuldades e encontro de estratégias para supera-las portam esperança e a possibilidade de os indivíduos significarem sua vida, em cenários de escassos recursos materiais em decorrência da baixa renda e instrução. Em um bairro como o estudado, em que a avaliação do ambiente de vida e da própria condição física é negativa, a transcendência que acompanha a espiritualidade pode auxiliar a enfrentar as dificuldades encontradas na vida cotidiana. A espiritualidade foi considerada um fator protetor para uma série de eventos adversos à saúde, como suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinquente, insatisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais, (FLECK, *et. al.* 2003).

Neste estudo, homens e mulheres avaliaram positivamente a espiritualidade, sem diferença significativa entre os sexos. Este achado não é respaldado pela produção acadêmica, que, no geral, encontra E/R/CP maior nas mulheres, como no trabalho de Custódio (2011). A autora aplicou o questionário WHOQOL-100 a 30 homens e 33 mulheres e encontrou valores maiores para as mulheres (64,34) em comparação aos homens (56,25), apesar de o resultado não apresentar significância estatística (CUSTÓDIO, 2011). No estudo de Canavarro et al. (2010), em que 200 indivíduos com infecção pelo vírus HIV foram submetidos à aplicação do questionário, a análise do domínio por gênero não revelou diferença estatística significante, assim como no presente estudo, porém, as mulheres, que eram 40% da amostra, autoavaliaram sua espiritualidade pior que os homens. No presente estudo, a avaliação da importância da espiritualidade para a vida pode ter sido relacionada à formulação das perguntas, envolvendo o sentido da vida, ou ao alto valor encontrado, que não permitiu discriminação estatística. Uma outra limitação pode ter sido o tamanho da amostra.

As diferentes idades da vida, de acordo com Dalgalarrondo (2008), vivenciam de modo também diferente a espiritualidade. Neste estudo, houve diferença entre os extremos da vida: os jovens tenderam a apresentar uma espiritualidade maior e os idosos, menor. Segundo Camboim e Rique (2010) isto ocorre porque entre as inúmeras transformações e inquietações por que os adolescentes passam, ocorre também o despertar espiritual, uma fase em que os fenômenos espirituais surgem com intensidade nos sentimentos e pensamentos. Uma pontuação menor para pessoas mais velhas, neste bairro, pode ser explicada tomando-se as considerações de Lucchetti *et. al.* (2011), que ressalta o fato de que na velhice, por ser considerada a última etapa da vida, há um aumento da frequência sobre o pensar na morte e, sobretudo, a respeito do que vem depois dela. Como apresentado nos resultados, a questão presente no questionário que fez com que essa pontuação fosse menor foi o questionamento sobre o sentido da vida, pergunta que foi frequentemente respondida de modo negativo, como nenhum ou pouco sentido. Nas observações e anotações de campo registrou-se, com frequência, o sentimento de solidão dos moradores, principalmente entre os mais velhos, por já terem perdido muitos entes queridos ou deles haver se separado no processo de realocação domiciliar. A observação de campo mostrou, ainda, que pessoas com afinidades com relação à E/R/CP tendem a morar próximas e a realizar reuniões frequentes, como ocorre na rua B.

O presente trabalho corrobora com a pesquisa de Moreira-Almeida *et al.* (2009). Os autores, pesquisando a presença do domínio E/R/CP na população brasileira e sua relação com as variáveis econômicas afirmaram que a espiritualidade tende a ser maior entre indivíduos de camadas mais pobres. Entretanto, se esta afirmativa se mostrou verdadeira para o resultado geral da pesquisa, não se observaram diferenças internas da amostra em relação ao envolvimento religioso e espiritual e indicadores socioeconômicos como nível educacional, categoria de renda e recebimento de auxilio social.

Em um estudo para avaliar a relação entre renda, trabalho e qualidade de vida em pacientes submetidos a transplante de medula óssea, Mastropietro *et al.* (2010) encontraram melhor avaliação e satisfação com a qualidade de vida nas pessoas de maior renda, e analisam que as relações socioeconômicas

dos pacientes que apresentam baixo índice estariam relacionadas com baixos escores, e a QV, por sua vez, afetaria a avaliação da E/R/CP dos indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade foi o domínio de qualidade de vida melhor avaliado pelos moradores do Conjunto Residencial Caminho das Montanha, que permanecem, sete anos após a realocação, em situação de vulnerabilidade econômica (baixa renda) e social (baixos níveis de instrução). Os dados coletados apontam que a E/R/CP é um domínio que pode dar sentido à vida desses moradores, independente das variáveis socioeconômicas, porém esse sentimento pode ser modificado com a idade. Em um bairro de zona periférica como o estudado, a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais parecem compensar a auto percepção negativa do ambiente de vida e da condição física individual, e devem ser considerados como elementos para a manutenção do bem-estar e saúde dos indivíduos ali inseridos.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, Fernanda et al. **Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 266-272, 2008.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; LIMA, David Duarte. **Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 11, p. 67-77, 2008.

CAMBOIM, Aurora; RIQUE, Julio. **Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos.** Revista Brasileira de História das Religiões, v. 3, n. 7, 2010.

CANAVARRO, Maria Cristina et al. **Qualidade de vida e saúde:** aplicações do WHOQOL. Alicerces, p. 243-268, 2010.

CUSTÓDIO, Marta Isabel Silvestre**. Estudo da Qualidade de Vida de jovens/adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental através da aplicação da Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100).** Tese de Doutorado.2011.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, psicopatologia e saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FELTRAN, G. **Crime e castigo na cidade:** Os repertórios da justiça e a questão do homicídio nas periferias de São Paulo. 59-73 p. Dissertação (Ciências Sociais) – Caderno CRH, Salvador, BA, 2010.

FERREIRA, João Sette Whitaker et al. **Produzir casas ou construir cidades.** Desafios para um novo Brasil urbano, v. 1, 2012.

FLECK, Marcelo et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100).** Revista de Saúde Pública, v. 33, p. 198-205, 1999.

FLECK, Marcelo; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa M. **WHOQOL-OLD Project:** method and focus group results in Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; ROCHA, Neusa Sica da. **Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde.** Revista de psiquiatria clínica. Sao Paulo. Vol. 38, n. 1 (2011), p. 19-23, 2011.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos:** qualidade de vida e saúde. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. **O idoso e sua espiritualidade:** impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.

MASTROPIETRO, Ana Paula et al. **Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea.** Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 32, n. 2, p. 102-107, 2010.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Texto and Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 672, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. **Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil.** Rev Psiq Clín, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

OESSELMANN, Dirk Jürgen. **Espiritualidade e mudança social.** Estudos Teológicos, v. 42, n. 3, p. 5-16, 2010.

OMS. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL):** position paper from the World Health Organization. Social science and medicine. v.41, n.10, 1995, p.403.

PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. **Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde.** Arquivos de Medicina, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

SOBRE OS AUTORES

GABRIELE SILVA LIMA
Brasileira; Taubaté-SP.
Tel.: (12) 3622.7481.
Email: gabrielelima.97@hotmail.com
Formanda em Biomedicina na Universidade do Vale do Paraíba, conclusão de curso em dezembro de 2018.

EDUARDO GUADAGNIN
Brasileiro; Jacárei – SP
e-mail: eduguadSJC@gmail.com
Doutorando em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade do Vale do Paraíba, Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2013). Graduado em Licenciatura e Psicologia pela Universidade de Taubaté (1993). Especialista em Saúde Pública pela UNICAMP (2000), especialista em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (2010) e especialista em Formação integrada multiprofissional em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS (2015).

PAULA VILHENA CARNEVALE VIANNA
Brasileira; São José dos Campos – SP.
e-mail: paulacarnevale@oul.com.br
Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1991), mestrado em Infectologia pela Universidade Federal de São Paulo (1997) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2004). Docente de Saúde Coletiva e Disciplinas de Integração Curricular e pesquisadora do Programa de Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba (Univap).

A CULTURA COMO PROMOTORA DA CIDADE SAUDÁVEL[1]

The culture as a promoter of the healthy city

SPERANDIO, Ana Maria Girotti
Centro Universitário de Jaguariúna, Centro Universitário Max Planck e Universidade Estadual de Campinas

GOMES, Elis Regina Barbosa[2]
Universidade Estadual de Campinas

GARANITO, Paula Verônica Antunes
Universidade Estadual de Campinas

RESUMO: Este artigo tem por finalidade apontar a cultura, a valorização dos saberes e a participação popular como fundamentais no desenvolvimento do planejamento urbano para a cidade saudável. Demonstra que a cultura e a criatividade das comunidades locais podem corroborar no processo em como a cidade imaginada e sua urbanização se constituem e se consolidam de forma real. O resgate e a valorização da cultura como princípio de governança no processo de tomada de decisão no planejamento e do desenvolvimento sustentável resulta na valoração de identidade e pertencimento local, possibilitando sua existência e disseminação, sendo fundamental na busca de cidades saudáveis reais e equitativas, ao mesmo passo que a desvalorização dos conhecimentos inerentes aos povos e falta de interação da comunidade, mesmo que previstos na Constituição Brasileira, podem resultar em perda de identidade e conexão com a cidade.

Palavras-chave: Cultura; Planejamento Urbano; Cidade Saudável.

ABSTRACT: This article aims to point out a culture, an appreciation of knowledge and a popular participation as fundamental for urban planning for healthy city. It demonstrates that the culture and creativity of local communities can corroborate the process in how the imagined city and its urbanization are constituted and consolidated in a real way. The recovery and valorization of culture as a principle of governance in the decision-making process in the planning of sustainable development results in the valuation of identity and local belonging, enabling its existence and dissemination, being fundamental in the search for healthy and equitable cities, at the same time as the devaluation of the inherent knowledge to the people and the lack of interaction of the community, even though it is in the Brazilian constitution, can result in loss of identity and connection with the city.

Keywords: Culture; Urban planning; Healthy City.

[1] Resultados parciais do projeto de Pesquisa desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Metodologias de Planejamento Urbano e Cidades Saudáveis (FEC/UNICAMP). Resumo enviado e aceito no III Encontro Internacional do CEGOT, 25 a 28 de setembro de 2019, Coimbra – PT.

[2] Alunas Especiais da Disciplina AQ104/E - Tópicos Especiais V - Estratégias para o Desenvolvimento do Planejamento Urbano para Cidade Saudável – 2019.

INTRODUÇÃO

A cultura é sinônimo de conscientização, significa consciência de direitos, possibilidade de criar novos direitos e capacidade de defendê-los (GADOTTI, 1992). A Carta de Ottawa aponta a cultura como uma das estratégias fundamentais para a promoção da saúde e adoção de políticas que considerem as especificidades sociais, culturais e econômicas (BRASIL, 2001).

Segundo Freire (1983), a cultura é indispensável no processo de resgate e valorização na formação de sujeitos, suas relações e transformações, bem como, no desenvolvimento social e humano. O mesmo autor argumenta que “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE,1987).

Entende-se a cultura como possibilidade de uma educação autônoma, que promova curiosidade e ousadia, possibilitando o alcance de diálogo no pluralismo, proporcionando, sobretudo, felicidade, portanto, *saúde*; permite o resgate e valorização das relações vivenciadas, bem como o intercâmbio de conhecimento entre pessoas, reforçando que as vivências fazem parte do processo de formação do indivíduo (BARROS, 2007).

A valorização e o resgate das questões culturais devem ser incentivados por meio do sistema de ensino e difundidos por meio de demais veículos de formação, formal ou informal, público ou privado. A cultura está relacionada às atividades humanas e o que ela representa em cada grupo social, de forma individual ou coletiva.

Gadotti (1992), relaciona o desenvolvimento da inteligência e aprendizagem desde o nascimento e afirma que as experiências mais significativas ocorrem na primeira infância. Assim, entende-se que a cultura é parte fundamental da educação de base. Pensar a cultura implica em interpretar e buscar significados atribuídos às coisas e às relações (BARROS, 2007), a escola é um espaço diferencial para que isto ocorra, um local que deve promover acesso às metodologias que desenvolvam competências e habilidades que consigam novas traduções e ampliem as autonomias.

As políticas educacionais têm uma repercussão decisiva no florescimento ou no declínio da diversidade cultural e devem promover a educação pela e para a diversidade (UNESCO, 2009).

A promoção de diversidade cultural, contribui para a transformação do espaço e possibilita que os valores e direitos sociais sejam considerados relevantes dentro do contexto político de um país. É possível ampliar a diversidade cultural por meio dos livros, do rádio, da televisão, do cinema, da internet, para além de um amplo conjunto de dispositivos digitais (UNESCO, 2009).

A diversidade cultural é parte integrante ao espaço público e o planejamento urbano deve ser o responsável em abrigar e promover esta integração. O espaço público, segundo Balula (2011), deve interagir diretamente com os espaços privados para que seja possível a vitalidade e diversidade das atividades que venham ocorrer entre si. O mesmo autor, relata que os espaços privados são extensões dos espaços públicos exteriores e a existência de atividades sociais possibilitam contatos interpessoais e contribuem para o bem-estar e qualidade de vida dos moradores (BALULA, 2011).

O planejamento dos espaços públicos deve buscar o desenvolvimento saudável e sustentável das comunidades, considerando os aspectos sociais, econômicos, ambientais valorizando a cultura e os saberes locais, que são fundamentais e determinantes para a saúde nas cidades.

Assim como apontado no artigo 3º. da Lei Orgânica da Saúde a 8080 (BRASIL, 1990), o planejamento urbano deveria permitir, assegurar e oportunizar às pessoas que vivem nas cidades o lazer, a mobilidade livre, acesso às atividades socioculturais, as atividades físicas, dentre outras. Espaços estes, possibilitam que seus moradores se sintam pertencendo de fato ao local, desenvolvendo autonomias coletivas, empoderamento e comprometimento (SPERANDIO, 2017).

O crescimento das cidades, os desafios conexos com a preservação da identidade cultural e o fomento do diálogo intercultural adquirem uma nova projeção e tornam-se mais urgentes (UNESCO, 2009). Percebe-se que o planejamento das cidades deve contemplar a diversidade cultural, porém, o que ocorre é que o capitalismo tem sido um forte contraponto à cultura e ao

desenvolvimento sustentável. Mesmo havendo prevalência do capital material é necessário que haja maiores implementações que tratem o capital imaterial de forma promotora, colaborando para a redução das diferenças sociais.

A cultura, estratégia fundamental para o desenvolvimento sustentável, está contemplada em umas das 169 metas da Agenda 2030 (ONU, 2015) na busca dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que inclui, através da educação, o reconhecimento da diversidade cultural e sua contribuição para o desenvolvimento sustentável, através da implementação de políticas públicas que as impulsionem, desafio fundamental para uma cidade saudável.

Contudo, a diversidade cultural e desenvolvimento sustentável devem ser pilares estratégicos para o planejamento das cidades. As políticas públicas devem ser abrangentes e eficazes de modo a promover igualdade para todos.

O Estatuto das Cidades (BRASIL, 2001), documento norteador que estabelece o Plano Diretor como instrumento básico de orientação de políticas públicas municipais para desenvolvimento das cidades, deveria atuar como aporte para a equidade dos espaços, porém o mesmo, menciona questões culturais apenas de forma superficial, o fato pode indicar, que a cultura local não tem força como agente potencial em direção ao desenvolvimento sustentável e à cidade saudável.

Ao revisitar marco legal referido, é perceptível o quanto a cultura coloca-se deslocada das decisões do planejamento urbano, sendo essa aproximação primordial, uma vez que atividades fundamentadas na identidade cultural geram senso de pertencimento através da inclusão e justiça social, alicerçados pela ética e respeito às diversidades por meio da corresponsabilidade, estimulando a humanização e a solidariedade, resultando na felicidade, sendo estes, valores fundantes da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014).

É possível observar que a Política Nacional de Promoção da Saúde no artigo 5º, estabelece como diretriz o desenvolvimento de ações territorializadas, respeitando as diversidades e reconhecendo contextos locais, sendo um dos objetivos principais constante no artigo 7º a valorização dos saberes populares através do incentivo à participação social e corresponsabilidade, resultando em autonomia e empoderamento coletivo em busca de espaços saudáveis e equitativos (BRASIL,2014).

Da mesma forma, a valorização da cultura é contemplada na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014), destaca-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2015), considerando legítimas as experiências por parte da sociedade, reconhecendo as práticas tradicionais e culturais das comunidades nos sistemas médicos e terapêuticos como medicina tradicional chinesa, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, fitoterapia, termalismo social, crenotrapia e medicina antroposófica.

A cultura pode interferir na qualidade de vida da população, contribuindo na saúde física e emocional e a promoção da saúde tem importância no estabelecimento de novas diretrizes para o planejamento urbano, buscando o alcance de uma cidade potencialmente saudável (SPERANDIO, 2018).

Considerando as colocações acima, o objetivo deste relato é apontar como a cultura é fundamental no processo de desenvolvimento do planejamento urbano para a promoção de uma cidade saudável.

METODOLOGIA

No sentido de fundamentar o relato, foi estudado com profundidade a experiência da associação entre cultura, participação social e planejamento urbano observadas em um projeto de Hortas Medicinais no Município de Santa Bárbara d'Oeste – SP, no primeiro semestre de 2019.

O estudo foi descritivo. Utilizou-se textos de planejamento urbano e correlatos tais como: Constituição Federativa da República do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), nos artigos 215º e 216º, que destacam o reconhecimento aos bens e valores culturais, bem como seu acesso universal; o Estatuto da Cidades (BRASIL,2001). E da área da saúde como a Lei 8080 (BRASIL,1990) especificamente o artigo 3ª; a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) especificamente o artigo 5º que trata do fortalecimento das habilidades individuais e coletivas e o artigo 7º que legitima a valorização dos saberes populares e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2015), que reconhece as práticas

tradicionais e culturais das comunidades nos processos médicos e terapêuticos e justifica a experiência apresentada nos próximos parágrafos.

Foram pesquisados artigos científicos, produzidos no Laboratório de Investigações Urbanas (LABINUR) da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Campinas (LABINUR/FEC/Unicamp) e os projetos desenvolvidos pela Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis[3] foram revisados. O acervo de fotos do projeto Horta Medicinal de Santa Barbara d´Oeste, existente no Labinur foram observadas.

PROJETO HORTA MEDICINAL EM SANTA BÁRBARA D'OESTE – SP

Santa Bárbara d'Oeste é um município brasileiro do interior paulista, localizado a aproximadamente 130 km da capital do estado de São Paulo, com população estimada em 192.536 pessoas (IBGE, 2018), figura 1.



Figura 1: Município de Santa Bárbara d'Oeste. Fonte: Google. 2019.

[3] A Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) colabora no processo de desenvolvimento de políticas públicas saudáveis contemplando diferentes setores e fortalecendo o papel da academia, da gestão pública e comunidade para identificação de projetos comuns. http://www.redemunicipiosps.com.br/

Sua fundação ocorreu no início do século XIX, por consequência da abertura de uma estrada que ligaria Campinas a Piracicaba e sua formação foi através do sistema de sesmarias. A região é banhada por cursos d'agua, que tornou mais atrativa a sua ocupação. O município conta com sua tradicional cultura, que abrange artesanato, teatro, música e esporte.

Possui um PIB per capita de R$ 26.590,27 e sua economia mensal é estimada em 2,7 salários mínimos, o que representa 26,9% de sua população ocupada (IBGE, 2016). Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,781 (IBGE, 2010).

Seu Plano Diretor, estabelecido pela Lei Complementar 1436 de 2007 (Brasil, 2007) contempla a valorização da cultura local através de programas educacionais, visando a sensibilização e a apropriação cultural pela população, além do provimento dos equipamentos urbanos e espaços públicos de apoio à produção cultural existente ou potencial, destinados às práticas populares e manifestações culturais. (PREFEITURA DE SANTA BARBARA D'OESTE, 2007)

O desenvolvimento do Município foi capaz de manter ou resgatar sua cultura local promovendo novas experiências e padrões inclusivos com efetiva participação popular na apropriação do espaço, melhorando suas condições através de revitalizações e novos usos.

Na cidade de Santa Bárbara d'Oeste, observou-se o resgate da cultura local baseada no cultivo de hortaliças através da implantação do projeto "Horta e Jardim Medicinal: Espaços Saudáveis na Escola", que teve sua formalização em 2013 com a inauguração do espaço oficializado na EMEFEI[4] (Escola Municipal do Ensino Fundamental e Educação Infantil) com foco em educação e saúde da comunidade local, onde a apropriação do espaço público e a disseminação de experiências pessoais pudessem ser compartilhadas.

Após o desenvolvimento de capacitações, reuniões oficinas e trocas de experiência, foi possível a inauguração do Horto de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares[5] no ano de 2016. Este está localizado ao lado da

[4] A Escola Municipal Prof.ª Maria Augusta Canto Camargo Bilia.
[5] O horto recebeu o nome de "Drª Nair Sizuka Nobuyasu Guimarães", sanitarista, coordenadora do projeto local monitorado pelo LABINUR/FEC/Unicamp.

escola, em um vazio urbano com uso outorgado pela Prefeitura do Município de Santa Bárbara d'Oeste, por meio do qual é realizado o projeto.

A intenção deste projeto, consiste na ocupação do espaço, atribuindo uso e função social, bem como promoção da saúde, aprendizagem e vivência com a vegetação e foi monitorado pelo Laboratório de Investigações Urbanas (LABINUR) desde sua concepção e também pela Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis[6], projeto vinculado a universidade que tem como objetivo capacitar as comunidades para a tomada de decisões voltadas para a cidade saudável.

Os participantes do projeto da Horta Medicinal são alunos da rede pública de educação, professores, funcionários, familiares em geral. Os alunos são beneficiados através do contato diário com o projeto, recebem orientações a respeito de plantio, cuidados, irrigação e colheita, realizando todo o processo de manipulação, sempre acompanhados de professores e coordenadores do projeto.

A CULTURA COMO PRINCÍPIO DA CIDADE SAUDÁVEL: REFLEXÕES PARCIAIS

O foco do projeto apresentado acima demonstra as vivencias com voltadas para o saudável e não a doença. Este enfoque foi determinante para mudança da perspectiva para a preservação da saúde e o conhecimento é compartilhado em rodas de conversa, nos serviços prestados, nas casas dos moradores e em diversos eventos na cidade. Estudos referente à qualidade de vida apontam a importância do relacionamento entre as pessoas que vivem em um determinado local e a sensação de bem-estar e saúde (SPERANDIO 2017).

As imagens abaixo registram o como se deu a participação social em diferentes espaços e momentos do desenvolvimento do projeto propiciando o acesso acultura local as crianças, figura 2 e 3.

[6] http://www.redemunicipiosps.com.br/



Figura 2: Aula prática de colheita de plantas medicinas, 2017. Fonte: Laboratório de Investigações Urbanas (LABINUR), Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo – FEC, 2019.

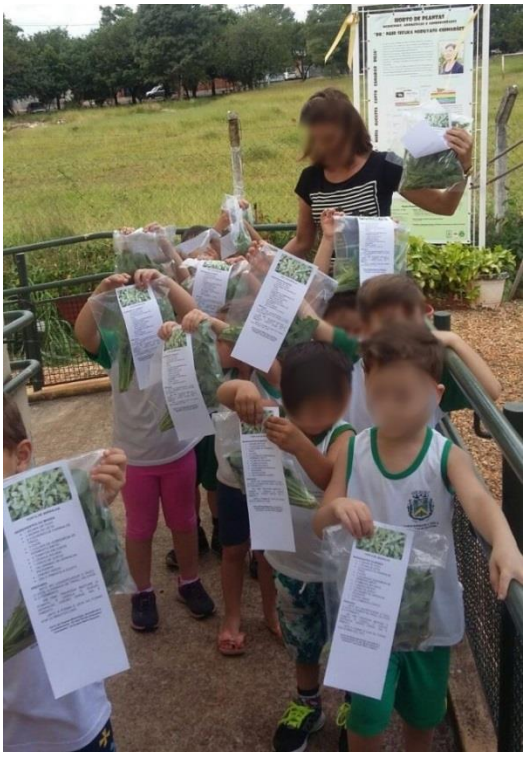

Figura 3: Ensinamentos e práticos atribuídos aos alunos da rede pública de educação, de Santa Barbara D'Oeste, 2017. Fonte: Laboratório de Investigações Urbanas (Labinur), Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo – FEC, 2019.

Após sua implantação o projeto recebeu duas premiações, sendo uma nacional, o Prêmio Caixa Econômica Federal [7]- Melhores Práticas em Gestão Local 2013/2014 e outro internacional, em 2017, na Suíça, por meio da Fundação Antenna (COLOSALLE, 2017).

A premiação nacional se encaixou na categoria de gestão do uso e ocupação do solo, erradicação da pobreza e serviços sociais. Além de cursos de capacitação e palestras, o projeto realizou a prática do cultivo de plantas medicinais e a implantação do horto para alunos da rede pública e a ampliação do viveiro municipal, resgatando em espaços da cidade e nas escolas a cultura e sua importância para uma um ambiente saudável.

Concedida pela Fundação Antenna, a premiação internacional teve como objetivo a promoção de trabalhos científicos, médicos e econômicos que proporcionem qualidade de vida ao cidadão. O projeto recebeu o prêmio de primeiro lugar, dentre o total de inscritos mundiais. Esta premiação suscitou a possibilidade da implantação de outros núcleos escolares na cidade de Santa Bárbara d'Oeste (COLOSALLE, 2017).

Essas evidências impulsionaram o município e sucedeu na criação de um Decreto Municipal a respeito de implantação de hortas medicinais nas escolas que está em fase de aprovação junto à Câmara Municipal.

Dessa forma, pode-se inferir o quanto a cultura pode ser diferencial para o planejamento urbano de uma cidade saudável (SPERANDIO, 2017) e deve considerar a participação social como princípio fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade justa e equitativa, figura 4.

[7] <http://www.caixa.gov.br/sustentabilidade/responsabilidade-social/melhores-praticas/edicao-2013-2014/Paginas/default.aspx>.



Figura 4: Registro da influência da Cultura no Planejamento Urbano para a Cidade Saudável, 2019. Fonte: Laboratório de Investigações Urbanas (LABINUR), Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo – FEC, 2019.

O projeto demonstra em diferentes aspectos o senso de pertencimento e apropriação dos espaços públicos pela comunidade, através da cultura, e esta por sua vez, facilitou a integração e a participação social, formando uma coalizão de pessoas que pertencem e executam o projeto mantendo-o projeto vivo. O projeto também destaca como a cidade saudável e o planejamento urbano podem estar conectados pela cultura local com o objetivo de cuidar da saúde e vida coletiva. Notou-se isso, no diálogo, no comprometimento, na elaboração do projeto, na implantação e implementação, neste caso, contemplando as etapas: do plantio, a colheita, dentro dos equipamentos públicos por meio da educação as multiplicações e ampliações de saberes locais para a manutenção da vida saudável.

Os espaços públicos só se tornam efetivamente respeitados pela população, por meio de manifestações culturais que são compartilhadas pelas

diferentes esferas, refletem e reafirmam uma identidade cultural indissociável destes.

CONSIDERAÇÕES

O estudo do projeto demonstrado neste relato, foi possível observar meios que possibilitam a cidade saudável na busca constante de ressaltar a cultura como diferencial para o processo de construção do lugar e do ser saudável. Silva (2006) menciona que são as pessoas que moldam a cidade e não a cidade que molda as pessoas. A cultura pode ser facilitadora da participação social no processo de planejamento urbano e desenvolvimento sustentável das cidades.

Considerando, Balula (2011), que a morfologia do espaço pode se adaptar a novos ambientes sem perder suas características e adquirir novos estilos de vida. Ao passo que um território pode se tornar potencialmente saudável sem perder sua cultura dando continuidade à sua tradição e relação com o passado.

É dever do marco legal, Estatuto das Cidades (BRASIL, 2001), abranger de forma diferencial e explícita a questão da preservação da cultura local de maneira que esta venha a reverberar de micro para macro escala, sendo preciso repensar as possibilidades de modificações sob esta nova perspectiva com foco em reafirmar que a utilização e apropriação dos espaços públicos pode atuar como esferas de valorização da cultura urbana, diversidade, democracia e cidadania.

Um fato diferencial neste relato de fatos de um projeto, é que como tecnologias *leves,* entendida aqui como ferramentas que somam conhecimentos para transformar o local positivamente (ITS, 2004), podem colaborar com uma cidade que congregue diferentes pessoas, setores, projetos, desejos individuais e coletivos na direção de um projeto comum e, consolidado pelos poderes locais, legislativo, executivo, judiciário, bem como a população sendo o melhor para todos.

Estudos e pesquisas, que corroborem com o tema abordado no relato, devem ser apoiados e identificados para a elaboração do planejamento urbano e da cidade saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALULA, LUÍS. **Planejamento urbano, espaço público e criatividade. Estudos de caso: Lisboa, Barcelona.** São Paulo. 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/metropole/article/view/5983>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BARROS, D. D.; ALMEIDA, M. C. de; VECCHIA, T. C. **Terapia Ocupacional Social: diversidade, cultura e saber técnico.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.18, n.3, p.128-134, set/dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2001. 56 p

BRASIL. **Estatuto da Cidade: Lei 10.257 de 10 de julho de 2001.** Estabelece diretrizes gerais da política urbana. Brasília. Câmara dos Deputados, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde: PnaPS: Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 - revisão da Portaria MS/GM nª 687, de 30 de março de 2006, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1. 20/09/1990. p. 18055.

COLOSALLE, JOÃO. Projeto de escola de SB ganha prêmio internacional. **Jornal Liberal.** Santa Bárbara D'Oeste. 2017**.** Disponível em: < https://liberal.com.br/cidades/s-barbara/projeto-de-escola-de-sb-ganha-premio-internacional-545817/

CORBURN, JASON. **Equitable and Healthy City Planning: Towards Healthy Urban Governance in the Century of the City Jason Corburn.** In: DE LEEUW E.; SIMOS, J.; Healthy Cities. The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning. New York, NY: Springer New York, 2017. p. 31–42.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987. p. 39

FREIRE, PAULO. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 7ª ed, 1983.

GADOTTI, MOACIR. **Diversidade cultural e educação para todos.** Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1992.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL - ITS BRASIL. **Caderno de Debate**.Tecnologia Social no Brasil. São Paulo: ITS, 2004.

ONU. Brasil 2016. Disponível em:<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>. Acesso em: 15 mar. 2019.

ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf Última edição em 11 de fevereiro de 2016.

PREFEITURA DE SANTA BÁRBARA D' OESTE. **Plano Diretor. Lei Complementar** 1436/2007.Disponível em:<http://transparencia.santabarbara.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Plano_Diretor_1436_2007?cdLocal=5&arquivo={B01DDA74-48E1-EDC5-BA21-DB3E66D0D750}.pdf>.Acesso em: 24 jun. 2019.

SILVA, RACHEL C. M.. **A cidade pelo avesso. Desafios do urbanismo contemporâneo.** Rio de Janeiro: Viana & Mosley, 2006.

SPERANDIO, ANA M. G.; ROSA, ADRIANA A. C.; CARVALHO, BETÂNIA G.. **Reverberação Política e Educativa para Cidade Saudável** - Caderno de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, São Paulo, v. 17, n. 2, 2017, p. 26-51.

SPERANDIO, A. M. G., MOREIRA, R. N., & BERNARDINO, F. (2018). Conexões entre o planejamento urbano e a cidade saudável. **Labor E Engenho**, 12(4), 482-494. https://doi.org/10.20396/labore.v12i4.8654239

UNESCO. **La Declaration universelle sur la diversite culturelle.** Paris, 2 de novembro de 2001. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127162_fre>. Acesso em: 24 jun. 2019.

UNESCO. **Investing in cultural diversity and intercultural dialogue.** Paris, 2009. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000185202>. Acesso em: 24 jun. 2019.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.** New York, 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

SOBRE OS AUTORES:

Profa. Dra. Ana Maria Girotti Sperandio
PhD em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Pós Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas/Unicamp, Assessora Acadêmica e Coordenadora Geral do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ) e Centro Universitário Max Planck (UniMax). E-mail: amgspera@gmail.com

Elis Regina Barbosa Gomes
Arquiteta e Urbanista pela Universidade Paulista de José do Rio Preto. Aluna Especial pela Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo - FEC, da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Av. Albert Einstein, 901 - Cidade Universitária, Campinas, Brasil. E-mail: arquiteta.elisregina@hotmail.com

Paula Verônica Antunes Garanito
Engenheira Civil pela Universidade São Judas Tadeu de São Paulo. Aluna Especial da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo - FEC, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Av. Albert Einstein, 901 - Cidade Universitária, Campinas, Brasil. E-mail: paulaveronica@msn.com

A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ENTRE OS PACIENTES HOSPITALIZADOS NA REGIÃO DO VALE DO JEQUITINHONHA, MG

The prevalence of no communicable chronic diseases among hospitalized patients in the region of Jequitinhonha Valley, MG.

ROCHA, Raphael de Oliveira
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

AMORIM, Carolina Teixeira
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

COSTA, Luísa de Souza
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

CAMPOS, Fernanda Fraga
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

COSTA, Nayla Alves
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

REIS, Maria Letícia Costa
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

COSTA, Magnania Cristiane Pereira
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

RESUMO: O estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados na Santa Casa de Caridade de Diamantina, região do Vale do Jequitinhonha - MG, em 2016**.** Trata-se de umestudo transversal com dados secundários das internações da Santa Casa.Foram coletados 3.535 (62,7%) do total de prontuários. Predominaram os residentes fora do município (53,1%) e pertencentes a faixa etária de 60 anos ou mais (52,9%). Entre estes houve prevalência do sexo masculino (53,2%), da raça/cor parda/preta (59,1%), amasiado (65,9%), internados pelo SUS (56,6%), na UTI (64,6%) e com presença de doenças cardiovasculares (58,9%). Foram observados 415 óbitos (11,7%), que apresentaram hipertensão arterial (13,1%) e com doenças respiratórias (19, 4%).Sugere-se a implantação de um programa para prevenção e controle das DCNT, nas regiões rurais em parceria com a universidade local e a continuidade dos estudos epidemiológicos voltados ao acompanhamento das internações por estas doenças para contribuição com a qualidade da assistência à saúde da região.

Palavras-chaves: Perfil epidemiológico; Saúde da comunidade; Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes internados en la Santa Casa de Caridad de Diamantina, región del Valle del Jequitinhonha - MG, en 2016. Se trata de un estudio transversal con datos secundarios de las internaciones de la Santa Casa. Se han recogido3.535 (62,7%) del total de prontuarios. Hubo predominio de los residentes fuera del municipio (53,1%) y pertenecientes a un grupo de edad de 60 años o más (52,9%). En la mayoría de los casos, la prevalencia fuedel sexo masculino (53,2%), de la raza / color pardo / negra (59,1%), amasiato (65,9%), internados por el SUS (56,6%), en la UTI (64,6%) y con presencia de enfermedades cardiovasculares (58,9%). Se han observado415 muertes (11,7%), que presentaron hipertensión arterial (13,1%) y enfermedades respiratorias (19,4%). Se sugiere la implantación de un programa para prevención y control de las DCNT, en las regiones rurales en asociación con la universidad local y la continuidad de estudios epidemiológicos dirigidos al seguimiento de las internacionespor estas enfermedades para contribuir con la calidad de la asistencia a la salud de la región.

Palavras clave: Perfil de salud; salud publica; enfermidades no transmisibles

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, alterações significativas veem ocorrendo no regime demográfico da população brasileira. Essas alterações estão relacionadas à fecundidade e mortalidade nas diferentes regiões do Brasil. A pirâmide etária que antes tinha um formato triangular hoje está sendo substituída por uma típica população envelhecida, com o alargamento da pirâmide nas faixas etárias de adultos e idosos. Diante desse cenário novos desafios e oportunidades podem surgir, (IBGE, 2009).

Um dos desafios a serem enfrentado, a partir do envelhecimento da população está relacionado ao aumento da prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as DCNT incluem as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias. Elas são responsáveis pelo elevado número de mortes prematuras, alterações na qualidade de vida, períodos de latência e curso prolongados, (OMS, 2005; THEME FILHA, *et al*., 2015; MALTA *et al*., 2017).

As estimativas mostram que as DCNT são responsáveis por 70% das mortes em todo o mundo. Pesquisas realizadas pela OMS indicam que 80% das mortes por DCNT ocorreram em países em desenvolvimento e que deste

percentual 29% dos óbitos acometiam a faixa etária abaixo de 60 anos. No Brasil, segundo os dados do Global Burden of Disease Study as DCNT são responsáveis por 75% dos óbitos (MALTA *et al*., 2013; MALTA *et al*., 2017).

Tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade e consumo de álcool constituem alguns fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT. Essas doenças apresentam etiologia multifatorial e fatores de risco em comum. Estratégias para prevenção e controle para conter essas doenças são necessárias levando em consideração seus principais fatores de risco (MALTA *et al*., 2017).

Nas últimas décadas, têm-se utilizado dados secundários dos serviços de saúde como ferramenta de planejamento, gestão e elaboração de políticas de saúde pública. A gestão dos serviços de saúde tem a finalidade de aperfeiçoar o funcionamento destes de forma a obter o máximo de eficiência e efetividade. O estudo da prevalência das DCNT de pacientes internados em hospitais é, portanto, um importante instrumento neste sentido, (TANAKA & TAMAKI 2012).

As doenças cardiovasculares e respiratórias são indicadores de acesso à assistência à saúde e de condições de gestão da atenção básica contribuindo com o diagnóstico de saúde da comunidade, (ALFRADIQUE *et al*., 2009).

A partir destes estudos, podem-se criar ações preventivas em saúde pública, com a intervenção de programas municipais de doenças crônicas, capacitação profissional e implantação de protocolos de atendimento nas unidades primárias e secundárias para as doenças mais comuns (PARENTE 2017). Portanto, é necessário explorar o perfil hospitalar de cada micro e macrorregião, alimentando informações específicas de cada localidade, a fim de evidenciar as individualidades de cada município, (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016).

Dessa forma, visando contribuir com dados epidemiológicos sobre as DCNT para o aprofundamento do conhecimento do diagnóstico de saúde de Diamantina/MG e região do Vale do Jequitinhonha**,** este estudo teve como objetivo descrever a prevalência das DCNT internados na Santa Casa de Caridade de Diamantina-MG, 2016.

MÉTODOS

Um estudo transversal foi realizado com base em dados secundários, os quais foram obtidos de prontuários das internações hospitalares da Santa Casa de Caridade do município de Diamantina-MG.

O município de Diamantina-MG, localizado a 292 km da capital Belo Horizonte, apresenta uma população estimada de 48.230 habitantes (IBGE 2017). Diamantina constitui uma das microrregiões localizadas no Vale do Jequitinhonha, este por sua vez, é formado pela união de 51 municípios que compõe uma das doze mesorregiões do estado de Minas Gerais (IBGE 2010). Quanto à divisão de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, o município recebe pacientes da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, constituída por 29 municípios, prestando serviços a uma população de aproximadamente 296.344 indivíduos, (MINAS GERAIS 2011).

Para a coleta de dados foram analisados os prontuários das internações referentes ao ano de 2016. A coleta foi realizada no período de novembro de 2017 a março de 2018, de forma manual, pois a instituição não possui prontuários eletrônicos.

Pacientes internados com 13 anos ou mais foram incluídos no estudo, uma vez que existe um hospital de referência local para o atendimento pediátrico e de ginecologia/ obstetrícia. Outro critério de exclusão foi às internações para cirurgia eletiva.

Assim, para a coleta de dados, utilizou-se um formulário dividido em três blocos: dados sociodemográficos e relacionados à temporalidade do atendimento, relacionados à anamnese e referentes ao desfecho da internação.

Os dados sociodemográficos e relacionados à temporalidade são retratados pelas variáveis: local de residência, modalidade de internação, sexo, faixa etária, raça/cor, situação conjugal e tempo de internação. Os dados relacionados à anamnese foram constituídos pelas variáveis: fatores de risco e medicamentos de uso de rotina. Por fim, as variáveis que representam o desfecho da internação são: diagnóstico por doenças cardiovasculares e respiratórias, unidade de internação e condição de alta. Para a análise das internações foram utilizadas como variáveis dependentes: residentes no município (sim/não) e como condição de alta: óbito (sim/não).

Os dados foram digitados no programa Epidata 3.1 e analisados pelo software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, sendo obtidas as frequências, absoluta e relativa, das variáveis. As internações quanto às diferentes características foram comparadas mediante a utilização do teste Qui-Quadrado de Pearson utilizando o nível de significância de 5% ($p<0,05$).

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri sob o parecer nº 2.162.098/2017, bem como a autorização da Direção Técnica e Clínica da Santa Casa de Caridade de Diamantina-MG. A pesquisa foi desenvolvida com observância dos preceitos éticos de pesquisa conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 3.535 prontuários correspondendo a 62,7% do total de prontuários do ano 2016. Observou-se predomínio de pacientes do sexo masculino (53,2%) que residiam fora do município estudado (53,1%) e pertencentes a faixa etária de 60 anos ou mais (52,9%).

Em relação às internações provenientes fora do município, houve prevalência do sexo masculino (55,9%), da raça/cor parda/preta (59,1%), amasiado (65,9%), internados pelo SUS (56,6%), na UTI (64,6%), com presença de doenças cardiovasculares (58,9%) tabela 1.

Tab. 1. – Prevalência de pacientes internados na Santa Casa de Caridade, que residem ou não no município, segundo condições sociodemográficas e clínicas, Diamantina/MG, Brasil, 2016.

			Reside no Município				
	Total (n=3535)	**%**	**SIM (n=1658)**	**%**	**NÃO (n=1877)**	**%**	**Valor de p**
Sexo							**0,000**
Masculino	1879	53,2	829	44,1	1050	55,9	
Feminino	1656	40,8	829	50,1	827	49,9	
Faixa etária (anos)							0,762
13-18 anos	88	2,5	36	40,9	52	59,1	
19-29 anos	305	8,6	138	45,2	167	54,8	
30-39 anos	331	9,4	155	46,8	176	53,2	
40 - 49 anos	398	11,3	183	46,0	215	54,0	
50 - 59 anos	544	15,4	251	46,1	293	53,9	
60 ou mais	1869	52,9	895	47,9	974	52,1	
Raça/cor							**0,000**
Branca	647	18,3	478	73,9	169	26,1	
Parda/Preta	2888	81,7	1180	40,9	1708	59,1	
Situação conjugal							**0,000**
Casado	1244	35,2	537	43,2	707	56,8	
Solteiro	1312	37,1	751	57,2	561	42,8	
Separado/desq/ divorciado	103	2,9	39	37,9	64	62,1	
Viúvo	426	12,1	172	40,4	254	59,6	
Amasiado	267	7,6	91	34,1	176	65,9	
NI	183	5,2	68	37,2	115	62,8	
Fator de risco							0,673
Não	169	4,8	84	49,7	85	50,3	
Sim	2044	57,8	949	46,4	1095	53,6	
NI	1322	37,4	625	47,3	697	52,7	
Modalidade internação							**0,000**
SUS	3004	85	1303	43,4	1701	56,6	
Outra	531	15	355	66,9	176	33,1	
Unidade de internação							**0,000**
Enfermaria	2681	75,8	1356	50,6	1325	49,4	
UTI	854	24,2	302	35,4	552	64,6	
Condição de alta							**0,000**
Cura/melhora	1352	38,2	706	52,2	646	47,8	
Acompanhamento	1507	42,6	700	46,4	807	53,6	
Transferência	245	6,9	86	35,1	159	64,9	
Óbito	415	11,7	154	37,1	261	62,9	
Evasão	16	0,5	12	75,0	4	25,0	
Doenças cardiovasculares							**0,000**
Não	2283	64,6	1143	50,1	1140	49,9	
Sim	1252	35,4	515	41,1	737	58,9	
Doenças respiratórias							**0,004**
Não	3076	87,0	1414	46,0	1662	54,0	
Sim	459	13,0	244	53,2	215	46,8	

Valor de p = Qui Quadrado de Pearson.

Fonte: Santa Casa de Caridade, Diamantina, MG.

Tab. 2. – Prevalência de pacientes internados na Santa Casa de Caridade, que vieram a óbito ou não, segundo condições sociodemográficas e clínicas, Diamantina/MG, Brasil, 2016.

			Óbito				
	Total (n=3535)	**%**	**NÃO (n=3120)**	**%**	**SIM (n=415)**	**%**	**Valor de p**
Sexo							**0,054**
Masculino	1879	53,2	1640	87,3	239	12,7	
Feminino	1656	40,8	1480	89,4	176	10,6	
Faixa etária (anos)							**0,000**
13-18 anos	88	2,5	80	90,9	8	9,1	
19-29 anos	305	8,6	284	93,1	21	6,9	
30-39 anos	331	9,4	314	94,9	17	5,1	
40 - 49 anos	398	11,3	366	92,0	32	8,0	
50 - 59 anos	544	15,4	471	86,6	73	13,4	
60 ou mais	1869	52,9	1605	85,9	264	14,1	
Raça/cor							0,347
Branca	647	18,3	578	89,3	69	10,7	
Parda/Preta	2888	81,7	2542	88,0	346	12,0	
Reside no município							**0,000**
Sim	1658	46,9	1504	90,7	154	9,3	
Não	1877	53,1	1616	86,1	261	13,9	
Situação conjugal							**0,038**
Casado	1244	35,2	1105	88,8	139	11,2	
Solteiro	1312	37,1	1170	89,2	142	10,8	
Separado/desq/ divorciado	103	2,9	83	80,6	20	19,4	
Viúvo	426	12,1	366	85,9	60	14,1	
Amasiado	267	7,6	230	86,1	37	13,9	
NI	183	5,2	166	90,7	17	9,3	
Fator de risco							0,130
Não	169	4,8	152	89,9	17	10,1	
Sim	2044	57,8	1785	87,3	259	12,7	
NI	1322	37,4	1183	89,5	139	10,5	
Hipertensão							**0,037**
Não	2307	65,3	813	89,8	92	10,2	
Sim	1228	34,7	1073	86,9	162	13,1	
Medicamento de Rotina							**0,000**
Não	527	14,9	489	92,8	38	7,2	
Sim	1800	50,9	1600	88,9	200	11,1	
NI	1208	34,2	1031	85,3	177	14,7	
Modalidade internação							0,097
SUS	3004	85	2640	87,9	364	12,1	
Outra	531	15	480	90,4	51	9,6	
Unidade de internação							**0,000**
Enfermaria	2681	75,8	2525	94,2	156	5,8	
UTI	854	24,2	595	69,7	259	30,3	
Doenças cardiovasculares							0,511
Não	2283	64,6	2021	88,5	262	11,5	
Sim	1252	35,4	1099	87,8	153	12,2	
Doenças respiratórias							**0,000**
Não	3076	87,0	2750	89,4	326	10,6	
Sim	459	13,0	370	80,6	89	19,4	

Valor de p = Qui Quadrado de Pearson.

Fonte: Santa Casa de Caridade, Diamantina, MG.

Entre as condições de alta, foram observados 415 óbitos (11,7%). Houve prevalência do sexo masculino (12,7%), residentes fora do município (13,9%), separados, desquitados ou divorciados (19,4%), que apresentaram HAS como fator de risco (13,1%), que não informaram uso de medicamentos de rotina (14,7%) internados na UTI (30,3%) e com doenças respiratórias (19,4%) tabela 2.

DISCUSSÃO

A população da região ampliada de saúde Jequitinhonha, aproximadamente 296.344 habitantes, é atendida em Diamantina (MINAS GERAIS 2011). Essa população reflete em considerável número de internações no município, sendo necessário o conhecimento do perfil epidemiológico destes pacientes para um melhor planejamento deste serviço. Foi analisado um total de 3.535 prontuários referentes ao ano de 2016, nos quais se observou o predomínio de pacientes do sexo masculino (53,2%) dado semelhante ao observado por CHIANCA *et al.* (2015) (58,1%), em estudo realizado na mesorregião do Vale do Jequitinhonha.

No presente estudo, houve predomínio de pacientes que residiam fora do município (53,1%) e dentre estes, prevalência do sexo masculino (55,9%).Segundo Paula (2015), em estudo realizado no Vale do Jequitinhonha, apenas 29% dos homens procuram serviços de atenção primária(PAULA *et al.,* 2015; LEVORATO *et al*., 2014).A partir desse estudo, foi possível inferir que o menor cuidado dos homens na busca da saúde reflete no predomínio deste gênero nas internações hospitalares, além de prevalecer a condição de alta por óbitos. A maioria dos homens residentes fora do município trabalha em atividades agrícolas expostas a agrotóxicos, maquinarias e outros riscos inerentes ao trabalho, contribuindo para piores condições de saúde (MOREIRA *et al*., 2015).

No presente estudo entre as condições de alta foram observados 415 óbitos (11,7%). Destes a maior prevalência foi daqueles pertencentes a faixa etária 60 anos ou mais, de pacientes que apresentavam HAS como fator de risco e ainda daqueles que foram internados na UTI.A maior parte das

internações de pacientes idosos se deve a complicações de DCNT, principalmente as cardiovasculares e respiratórias, ou ainda por acidentes que podem se complicar devido à comorbidades (HALTER *et al*., 2009; TEIXEIRA *et al*., 2017).Sabe-se que o aumento da idade e maior tempo de internação estão associados com o desfecho óbito, (CHIANGA *et at*., 2015; CASTRO *et al*., 2018).

Dentre os principais fatores de risco quanto se trata de DCNT, a HAS representa o agravo de maior relevância (SANTOS *et al*., 2018), segundo a 7ª. Diretriz brasileira de hipertensão arterial, mais de 60% de idosos apresentam HAS no Brasil, o que contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, (MALAQUIAS *et al*., 2016).

Os séculos de escravização da população negra influenciaram negativamente na inserção dessa população na sociedade brasileira, contribuindo para iniquidades e vulnerabilidades no acesso as condições promotoras de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016). Essas características se refletem no quadro epidemiológico dessa população, como evidenciado no presente estudo, em que 81,7% das internações foram de pacientes que se autodeclararam de cor parda /preta. MALTA *et.al.* (2015) verificaram que homens de raça/cor pretos possuem maior HAS quando comparados aos brancos e que este fator está associado ao aumento das DCNT nessa população.

As DCNT cardiovasculares e respiratórias são consideradas um problema nacional de saúde, representando a maioria das internações (SANTOS *et al*., 2015; DIAS *et al*., 2017). Entre os pacientes que residiam fora do município, houve prevalência de doenças cardiovasculares 737 (58,9%). As doenças cardiovasculares apresentam como principal fator de risco a HAS, que apresenta forte correlação com o número de óbitos (WANG AND VASAN 2005). As internações por complicações de doenças do aparelho circulatório acarretam maior número de óbitos, (CASTRO *et al*., 2018). Entretanto, no presente estudo observou-se prevalência de doenças respiratórias entre os pacientes que vieram à óbito.

Dentre as limitações desse estudo, destaca-se a dificuldade do processo de trabalho com utilização de prontuários impressos e ausência de padronização dos impressos que contemplavam o prontuário da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo foi possível verificar que alguns fatores são responsáveis pela prevalência das DCNT na população estudada. Dentre eles destacam-se o predomínio de internações de idosos, bem como a presença de fatores de risco como, por exemplo, HAS. A prevalência das doenças cardiovasculares na população que reside fora do município de Diamantina/MG evidencia a necessidade de programas para o controle das DCNT nesta região. O Ministério da saúde tem investido em programas para o controle dessas doenças, entretanto muitas vezes estes programas contemplam somente moradores que tem acesso aos serviços de saúde. A população estudada reside distante do município de atendimento que oferece o serviço de internação. Dessa forma, sugere-se a implantação de programas de prevenção e controle das DCNT em parceria com a universidade local.

De acordo com pesquisas na literatura não foram encontrados estudos epidemiológicos relacionados à prevalência de DCNT na região do Vale do Jequitinhonha, sendo, portanto, os dados encontrados valiosos para o direcionamento das ações. Portanto, sugere-se a continuidade dos estudos epidemiológicos voltados ao acompanhamento das internações por DCNT para contribuição com a qualidade da assistência à saúde da do Vale do Jequitinhonha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F.; DOURADO I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S.; OLIVEIRA, V.B.; SAMPAIO, L.F.R.; SIMONI, C.;TURCI, M.A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**. V. 25, num. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2009000600016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 ago. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. SUS Painel indicadores do SUS num. 10. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília: MS, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf

CASTRO, G.C; LEITE, M. A. F.J; MARTINS JUNIOR G.; SILVA, K. R, REIS JUNIOR A. G. Perfil das internações hospitalares em município de Minas Gerais. **Revista Família**, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. V. 6, num. 1 p. 45-52, 2018. Disponível em:

http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1795/pdf. Acesso em 11 nov. 2018.

CHIANCA, T. C. M; GUEDES, H.M; SOUZA, K.M; MORAIS, S.S.; ERCOLE, F. F. Avaliação da gravidade de pacientes internados em clínicas de um hospital. **Revista Ciencia y Enfermeria**. V. 21, num. p.11-21, 2015. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532015000300002&script=sci_abstract&tlng=e Acesso em 10 out. 2018.

DIAS, S.M; GOMES, M.S; GOMES, H.G; MEDEIROS, J. S. N; FERRAZ, L. P.; PONTES, F. L. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. **Revista Interdisciplinar**. V. 10, num. 10, p 96-104, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Cristiane/Documents/Downloads/1322-3284-1-PB%20(1).pdf Acesso em 12 nov. 2018

HALTER, J.B; OUSLANDER, J.G.; TINETTI, M.E.; STUDENSKI, S.; HIGH, K.P.; ASTHANA, S. **HAZZARD´S GERIATRIC MEDICINE & GERONTOLOGY**. 6ª ed. Nova Iorque, McGraw Hill, 2009.

https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas_10_2_04_lista mesomicro.pdf Acesso em 14 set. 2018.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos de saúde no Brasil**, 2009. Disponível em:https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf. Acesso em 12 nov. 2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** [internet]; IBGE; 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina Acesso em 14 set. 2018

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Meso e microrregiões do IBGE** [internet]. IBGE; 2010. Disponível em:

LEVORATO, C.D.; MELLO, L.M.; SILVA, A.S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviço de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Revista Ciência & saúde coletiva**. V. 19, num. 4, p 1263-1274, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401263&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 10 out. 2018.

MALACHIAS, M. V. B; SOUZA, W. K. S. B; PLAVNIK, F. L; RODRIGUES, C. I. S; BRANDÃO, A.; NEVES, M. F. T. *et al*. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. V. 107, num. 3, p.1-5, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdfAcesso em 12 nov. 2018

MALTA, D. C.; BERNAL, R.T.; LIMA, M.G.; ARAÚJO, S.S.C.; SILVA, M.M.A.; FREITAS, M.I.F.; BARROS, M.B.A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. V. 51, p. 1-4, 2017. Disponível em http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090-pt.x83745.pdf. Acesso em 20 nov. 2018.

MALTA, D.C.; ISER, B.P.P.; CLARO, R. M.; MOURA, L.; BERNAL, R.T.I.; NASCIMENTO, A.F.; SILVA JR, J.B.; MONTEIRO, C.A. GRUPO TÉCNICO DE REDAÇÃO DO VIGITEL. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**. V. 22, num.3, p. 423-434, 2013. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf. Acesso em 20 nov. 2018.

MALTA, D.C.; MOURA, L.; BERNAL, R.T.I. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 20, núm. 3, p. 713-725, mar 2015. Disponível em http://www.redalyc.org/pdf/630/63035388009.pdf. Acesso em 15 nov. 2018.

MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; MOURA, L.; NETO, O.L.M. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 20, num.04, p. 661-675, 2017. Disponível em https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2017.v20n4/661-675/pt. Acesso em 20 nov. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de saúde (SES-MG). **Plano Diretor de Regionalização**: PDR 2011. [Internet]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2 Acesso em 14 set. 2018.

MOREIRA, J. P. L.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; MUZI, C.D.; CUNHA, C. L. F.; BRITO, A.S.; LUIZ, R. R. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Revista Caderno Saúde Pública** [Internet]. V. 31, num. 8, p 1698-1708, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1698.pdf. Acesso em 10 out. 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**, 2005. Disponível em: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf. Acesso em 12 nov. 2018.

PARENTE J.S.; SILVA, F. R. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados na clínica pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Medicina da Medicina UFC.** V. 57, num. 1, p. 10-14, 2017. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/19819 Acesso em 14 set. 2018.

PAULA, F. A; SILVA, C. C. R; SANTOS, D.F; FILHO, O. A. M. M; ANDRADE, R. A. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município polo do Vale do Jequitinhonha. **Revista Saúde Debate**. V. 39, num 106. p 802-814, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300802&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 10 out. 2018.

SANTOS, M. A. A. S.; PRADO, B. S.; SANTOS, D. M. S. Análise espacial e tendências de Mortalidade associada a doenças hipertensivas nos estados e regiões do Brasil entre 2010 e 2014. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. V. 31, num. 3, p. 250-257, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n3/pt_2359-4802-ijcs-31-03-0250.pdf. Acesso em 12 nov. 2018

SANTOS, M. A. S; OLIVEIRA, M. M; ANDRADE, S. S. C. A.; NUNES, M. L.; MALTA D.C.; MOURA, L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V. 24, num. 3, p. 389-398, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00389.pdf. Acesso em 26 nov. 2018

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, num. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 mai. 2017.

TEIXEIRA, J. J. M.; BASTOS, G. C. F. C.; SOUZA, A.C. L. Perfil de internação de idosos. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. V.15, num. 1,p 15-120, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833048/15-20.pdf. Acesso em 11 out. 2018.

THEME FILHA, M. M.; SOUZA, P.R.B.; DAMACENA, J.G.N.; SZWARCWALD, L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 18, num. 2, p. 83-96, 2015. Disponível emhttps://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1415790X2015000700083&script=sci_arttext&tlng=en**.** Acesso em 21 nov. 2018.

PROJETO BIBLIOTERAPIA, A LEITURA PARA USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III COMO FORMA DE REFLEXÃO DE VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Bibliotherapy project, the reading for the alcohol and drugs III psychosocial attention center users as a form of life reflection: experience report.

MENEGÓCIO, Alexandro Marcos
Centro Universitário de Indaiatuba, UNIMAX

PIVELLO, Luciane Gatti Perez
Centro Universitário de Indaiatuba, UNIMAX

QUEIROZ, Patricia Helena Breno
Centro Universitário de Indaiatuba, UNIMAX

ZILIOTTO, Gisela Cardoso
Universidade Nove de Julho

RESUMO: A Biblioterapia é vista como um processo interativo, resultando em uma integração bem-sucedida de valores e ações. Este estudo descritivo de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, discorre sobre a implantação de uma Biblioteca para a promoção de uma oficina de Biblioterapia no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III do município de Indaiatuba- SP, em 2013. A inquietação dos autores surgiu devido à necessidade de inserção de conteúdos biblioterapêuticos como ferramenta para estimular e motivar a leitura dos usuários, no intuito de fomentar reflexões, mudanças de comportamento e visão de mundo, visto que a grande maioria apresenta um repertório e critica muito insipiente. Nesse devir a leitura traz sempre um efeito transformador na vida das pessoas, modificando, despertando, para emoções, sentimentos, além de ser um momento inclusão, inserção e socialização entre os outros usuários, como se pode notar durante a técnica de biblioterapia.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Biblioterapia; Psicoterapia;

ABSTRACT: Bibliotherapy is seen as an interactive process, resulting in a successful integration of values and actions. This descriptive study of a qualitative nature, as a report of experience, discusses the implementation of a Library for the promotion of a workshop of Biblioterapia in the Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs III of the municipality of Indaiatuba- SP, in 2013. The restlessness of the authors arose due to the need to insert bibliotherapeutic contents as a tool to stimulate and motivate users to read, in order to foster reflections, behavior changes and world view, since most of them present a very insipid repertoire and criticism. In this becoming reading always has a transformative effect on people's lives, modifying, arousing, emotions, feelings, besides being a moment inclusion, insertion and socialization among other users, as you can see during the technique of bibliotherapy.

Key-words: Mental Health; Substance-Related Disorders; Biblioterapia; Psychotherapy;

INTRODUÇÃO

O uso da leitura com objetivo terapêutico é antigo, e muitos registros atestam essa utilização (SEITZ, 2006). Registram também a eficácia como coadjuvante nas técnicas de reabilitação, principalmente no que tange a promoção de interação e reflexão por parte do leitor, uma vez que existe a "viagem", a transição para dentro do contexto.

O termo Biblioterapia é derivado das palavras latinas para livros e tratamento. "Biblio" é a raiz etimológica de palavras usadas para designar todo tipo de material bibliográfico ou de leitura, e terapia significa cura ou restabelecimento. A Biblioterapia é vista como um processo interativo, resultando em uma integração bem-sucedida de valores e ações (FERREIRA, 2003).

O conceito de leitura empregado neste processo interativo é amplo incluindo todo tipo de material, inclusive os nãos convencionais (SEITZ,2006). Nesse contexto o emprego da leitura como medida de reabilitação tende a ser uma alternativa na abordagem multidisciplinar em usuários de substâncias psicoativas.

A biblioterapia tem como foco principal a leitura como dispositivo de inserção terapêutica, visto que o ato de ler, muitas vezes permite esquecer os problemas, se projetar no texto, manifestar emoções, sentimentos e reflexões que ora não existiam anteriormente e não se ocupavam deste tipo de técnica.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2018).

Assim para agir efetivamente, o terapeuta deve possuir algumas qualificações importantes, como o entendimento profundo de natureza

psicológica do problema que está sendo enfrentado pelo usuário do CAPS, a compreensão do caminho que este problema particular é tratado na seleção do livro prescrito e a habilidade em formular hipóteses, que se refiram ao impacto que este material terá sobre a solução positiva do problema ou objetivo que se queira alcançar.

Entre os usuários de substâncias psicoativas (SPA) o acesso à leitura é muito escasso, não pela falta de oportunidade mais sim, pelo próprio repertório limitado e contexto que se desenvolve o transtorno, baseado em torno das condições para a aquisição das drogas.

Nesse cenário, o uso da leitura tem o intuito de reforçar valores, crenças, ideias, pensamentos, reflexões sobre a vida, quem sou, que lugar ocupo no mundo, contribuindo significativamente para redução do isolamento.

A biblioterapia vem apresentando contribuições significativas na vida de pacientes com transtornos mentais, melhorando questões de fragilidade, angustia, momentos depressivos, de isolamento advindos principalmente de momentos de internação e pós-internação o que tem corroborado gradativamente para sua melhoria da qualidade de vida, (CARVALHO,2010).

Todavia é através da leitura que se adquire novos saberes e conhecimento, permitindo desta forma uma visão de mundo que vai se construindo aos poucos, e contribuindo para a possibilidade de reinserção social de pacientes com transtornos mentais, atendendo em especial as políticas públicas de saúde mental, (LOPES, 2012).

Muitas vezes a leitura não ocorre por iniciativa própria, advêm de incentivo dos profissionais ou terapeutas envolvidos o projeto terapêutico singular dos usuários, quando este estimulo tende a proporcionar a descoberta de sentimentos, emoções, novos caminhos, antes nunca almejados, melhorando suas relações pessoais, sociais, afetivas, familiares e outras.

O presente artigo pretende através do referencial teórico da biblioterapia relatar de experiência da implementação da biblioterapia em um Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPSAD) e a sua contribuição para a vida dos usuários.

CONTEXTUALIZANDO SOBRE A BIBLIOTERAPIA: CONCEITOS, MÉTODOS, CONTRIBUIÇÕES E POSSIBILIDADES.

A partir da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005), os CAPS foram implantados como serviços substitutivos no atendimento de portadores com transtornos psíquicos, inclusive os usuários de SPA, em conjunto com a família no processo de reintegração social, tende a enfrentar diversos desafios no reestabelecimento da psique humana.

Nesse cenário, tornou-se fundamental a abordagem multidisciplinar com dispositivos articulados às demandas e intervenções nos transtornos psiquiátricos, em especial os que envolvem os usuários de SPA. Dentre as atividades desenvolvidas nos CAPSAD encontram as oficinas terapêuticas que propiciam um espaço de mudança de comportamento frente à questão da Dependência Química (BRASIL, 2005).

As oficinas terapêuticas permitem reflexões, projeções de conflitos dos usuários de SPA, através de atividades manuais, atividades de expressão corporal, a leitura, valorizando sempre o potencial criativo, de imaginação e de expressão das pessoas, (CALDIM, 2001).

Em Saúde Mental estas oficinas devem ter como objetivo a reabilitação, além de ser um lugar de escuta, de fala e principalmente um momento de acolhimento, exercendo um papel fundamental de quebra de paradigmas e preconceitos e estigmas.

A biblioterapia existe a muito tempo, desde a Antiguidade, e é um método utilizado tanto na educação, como na reabilitação de pacientes acometidos não só com transtornos mentais, através de leitura dirigida e interpretada. (NASCIMENTO, 2007).

Fragmentando o conceito da palavra biblioterapia, está se constrói por dois termos de origem, primeiro o livro e segundo a terapia, que nos remete a conclusão de que se trata de uma terapia através da leitura, ou seja, através dos livros, (CARVALHO, 2010). O que não deve ser confundido com psicoterapia visto que esta tem a atuação do psicólogo como terapeuta no processo de terapia e a biblioterapia a ação dos livros, onde somente o texto por si só já é a terapia.

Em síntese a função essencial a biblioterapia tende a ser terapêutica, pretendendo desenvolver o indivíduo tanto culturalmente como intelectualmente, além de propiciar melhora na interação e socialização não só no meio terapêutico mais também na sociedade de modo geral.

A biblioterapia é um método que pretende dinamizar a linguagem, aflorar ideias, soluções, muitas vezes a leitura de um livro, nos conduz a tomadas de decisões importantes, antes nem imaginadas, (NASCIMENTO, 2007). Nesse contexto o processo biblioterapêutico permite ao indivíduo (SEITZ, 2006): verificar que existe solução para os seus problemas; examinar suas emoções e perceber as emoções dos outros ao redor; encarar sua situação de maneira realista, subsidiando nas estratégias de enfrentamentos para a ação.

O método biblioterapêutico como terapia vem sendo utilizado em diversos segmentos, com as mais variadas faixas etárias, desde a criança ao idoso, nos hospitais prisões, asilos, instituições de longa permanência para idosos, clinicas e enfermarias de doenças crônicas, pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos, nos quais autores referem melhora na vida dos pacientes, mudança de comportamento e forte aliado na resolução de problemas, (NASCIMENTO,2007).

Diferentes vertentes interpretam o sentido do ato de ler. Por um lado, como momento de encontro com o “eu interior”, mudança de comportamento e tomada de decisões, reflexão, e por outro como fomentador da cidadania do sujeito. Ambas são importantes, cabe ainda ressaltar que o ato de ler exige interpretação o que contribui para o raciocínio e aprendizado, (LOPES,2012).

Partindo do pressuposto terapêutico da leitura, Caldin (2001), descreve os componentes biblioterapêuticos como inter-relação na leitura e espaço de reflexão, denominados como a cartaste, o humor, a identificação, a introjeção, a projeção e a introspeção (Quadro 01), que nos permite um melhor entendimento sobre a ação de um livro, um texto, como elemento modificador na vida das pessoas, até mesmo melhora na solidão, angustia, depressão e isolamento, como causas cada vez mais presentes na vida das pessoas levando a sérios transtornos mentais.

Espaços de Reflexão inter-relacionados à leitura
Catarse – onde as palavras encontradas num texto podem propiciar a modificação de emoções, melhorando assim o estado de espiritual das pessoas, promovendo pacificação e alivio das emoções.
Humor – onde os textos de humor podem transformar o sofrimento, dor, angustia em prazer, e dessa forma atendendo o seu objetivo terapêutico.
Identificação – trata-se de um texto onde a pessoa consegue uma identificação pessoal, como que se lê, sendo um forte aliado em sua transformação parcial ou totalmente.
Introjeção – relacionado com a identificação, a pessoa pode internalizar objetos e qualidades inerentes a esses objetos.
Projeção – nesse processo a pessoa transfere suas ideias, pensamentos, desejos a outra.
Introspeção – trata-se da possibilidade da pessoa refletir sobre seus próprios desejos, pensamentos, intenções, favorecendo o processo de mudança comportamental

Quadro 01- Componentes Biblioterapêuticos (CALDIM, 2001)

Em suma, essas experiências nos permitem evidenciar que a biblioterapia trata-se de uma fonte de restituição, ressocialização, reintegração, principalmente nas pessoas com transtornos mentais, principalmente os dependentes químicos, nos momentos de fragilidade, angústia, perda de identidade, momentos onde parece tudo não ter mais sentido na vida, nem mesmo identificar uma solução palpável ao problema que enfrenta.

Muito tem se falado sobre os benefícios terapêuticos da leitura, como medida para aliviar medo, sofrimento, elaborar ideias, criar oportunidades, porém a leitura sem foco, sem prescrição ideal e acompanhamento terapêutico, ou seja, sem objetivo terapêutico não pode ser denominada como biblioterapia, (SEITZ,2006).

BIBLIOTERAPIA: APLICABILIDADE NOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Para entender a doença mental é importante esclarecer a definição do termo psicopatologia, que segundo a literatura trata-se de um ramo da ciência que estuda a natureza da doença mental, as causas, suas manifestações presentes nos sinais e sintomas, (LOPES,2012).

A contemporaneidade tem se discutido muito sobre o conceito de normalidade e psicopatologia, pois existem extremos das duas vertentes, padrões de normalidades muito visíveis e padrões de anormalidades também presentes, principalmente em pessoas que predominam os padrões de normalidade, o que torna muito difícil delimitar o que é normal e o que é patológico, (LOPES,2012).

Esses desvios de padrões de normalidade cada vez mais presente, na vida das pessoas moderna, estão cada vez mais presentes na sociedade, os quais nos remetem alternativas apropriadas para tratar tais questões, na qual podemos destacar o uso da biblioterapia.

Como objetivos do uso da biblioterapia destacam-se um desenvolvimento no nível intelectual, nível social, nível emocional e nível comportamental, auxiliando os doentes no autoconhecimento e mudança de comportamento, como estratégia primordial no tratamento do Dependente Químico, (CARVALHO, 2010).

No campo da psiquiatria a biblioterapia tem auxiliado os indivíduos com distúrbios mentais, até mesmo os dependentes químicos, facilitando a expressão, comunicação, restabelecendo principalmente o vínculo familiar, (LEITE, 2011).

A biblioterapia trata-se de uma técnica, um método a ser seguido com prescrições de leitura de textos e livros com acompanhamento, sempre com um foco terapêutico.

Deste modo a biblioterapia não se trata de simplesmente o ato de ler, envolve além do acompanhamento do terapeuta, um planejamento e programas que deve ser a executado pela equipe multiprofissional, estes profissionais podem ser: o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e outros, os quais devem empenhar-se também não só na prescrição ideal, mais também na motivação para a leitura.

Para um efeito satisfatório é necessário que os profissionais envolvidos com esta técnica terapêutica, além de um bom planejamento, tenham bem claro os objetivos que se pretende, sempre acompanhando os usuários durante a execução, e ter como características fundamentais competências pessoais, habilidades e conhecimentos.

Dessa forma a proposta de usar a biblioterapia como um instrumento terapêutico provavelmente atenderá seu objetivo, proporcionando aos usuários de SPA, momentos de alegria, descontração, socialização, além de mantê-los informado sobre os acontecimentos do mundo exterior ao seu redor, (ROSA, 2006).

A leitura de bons livros pode ser comparada com conversas com pessoas, muitas vezes manifestadas através dos autores, deste modo a interpretação da leitura auxilia na construção da identidade de uma pessoa, conhecendo a si mesma e aumentando sua capacidade de crítica, (ELY,2011).

É evidente que os resultados não se apresentam igualmente entre as pessoas, pois existe a particularidade de cada um, e claro também que a biblioterapia não substitui nenhuma terapia medicamentosa, mais tem apresentados resultados satisfatórios como coadjuvante.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, que discorre sobre a implantação de uma Biblioteca para a promoção de uma oficina de Biblioterapia no CAPSAD III do município de Indaiatuba- SP.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica, (VYGOTSKY, 1989).

A inquietação dos autores surgiu devido à necessidade de inserção de conteúdos biblioterapêuticos como ferramenta para estimular e motivar a leitura dos usuários, no intuito de fomentar reflexões, mudanças de comportamento e

visão de mundo, visto que a grande maioria apresenta um repertório e critica muito restrito.

Esta atividade foi organizada em seis grandes momentos:

1. Mobilização para a arrecadação de literatura – através da campanha denominada “Doe um Livro”, em uma Instituição de Ensino Superior de Indaiatuba- SP, como atividade acadêmica complementar e estendida para toda a rede pública do município, colaboradores e amigos, os quais foram mobilizados por correio eletrônico e através de cartazes.
2. Organização do ambiente – Duas pequenas salas no CAPS Ad III, em condições precárias, foram reformadas com apoio de colaboradores, voluntários e discentes, desde iluminação, pintura e cobertura, através de doações de material e mão de obra.
3. Recebimento da arrecadação – Em aproximadamente 30 dias iniciou-se o recolhimento de cerca de 10.000 títulos variados, como romances, autoajuda, espirituais, pedagógicos, infantis, poesia, contos, saúde, e também revistas.
4. Organização e Catalogação das literaturas – Processo que inicialmente durou em média 12 meses, feito usualmente nos momentos livres da equipe durante os plantões de trabalho na unidade, com ajuda de poucos colaboradores e voluntários. Houve também algumas escalas aos finais de semanas para agilizar o processo, devido ao grande número de itens arrecadados e pela chegada constante de novos exemplares.
5. Finalização e Inauguração da Biblioterapia – A finalização se deu com a organização das literaturas nas prateleiras, divididas por categorias e numeração, identificadas por etiquetas coloridas para sua diferenciação. Neste momento também houve a formulação das normas da biblioteca, para posteriormente ser entregue aos usuários e a escolha do nome “Recanto do Saber”, escolhido através de uma enquete pela comunidade do CAPS.

6. Início da Oficina de Biblioterapia – executada pela equipe multidisciplinar, onde são selecionados previamente literaturas para uma leitura dirigida e focada, sempre com intenção de melhora na qualidade de vida, reflexão de vida e mudança de comportamento.

O cenário prático atual da Biblioterapia se apresenta como um ambiente de socialização, interação pessoal, busca de conhecimento, estimulando o intelecto dos usuários, mas principalmente seu emocional. O local também se configura como um espaço de convívio entre a equipe multidisciplinar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Biblioterapia foi inaugurada no final do ano de 2013, após dois anos de organização e planejamento, sendo a única biblioteca de CAPS do município de Indaiatuba.

Tem como foco ser coadjuvante no tratamento da Dependência Química, ferramenta fomentadora de diálogo, discussão, reflexões, momentos de descontração, alegria, onde muitas vezes se esquece dos problemas e em outras através de leitura prescrita, permite percepções voltadas para as tomadas de decisões na vida dos usuários de SPA.

Os usuários têm um cronograma de atividades semanais, entre elas de expressão corporal, musical, dança, cinema e oficinas direcionadas, nas quais encontra-se a oficina de Biblioterapia.

Duas oficinas são direcionadas as atividades que envolvem a biblioterapia, uma realizada pela assistente social, com leitura prescrita e direcionada, onde ocorre um “fechamento” com ideias, análises, reflexões do que se foi lido com o intuito de contribuir para a vida dos usuários.

A segunda oficina é realizada pela equipe de enfermagem com caráter de pesquisa e informação, objetivando a construção de um jornal informativo do serviço, em fase de implantação.

As oficinas são direcionadas a todos os usuários que se encontram no processo de atendimento intensivo, mas também podem ser incluídos outros

pacientes ou seja, os semi-intensivos e não-intensivos, de acordo com a indicação do profissional de referência que o acompanha.

Conforme o Ministério da Saúde do Brasil (2018) são descritos como modalidade de atendimento onde intensivo se destina ao usuário em uma situação grave de Dependência Química (DQ), que requer um acompanhamento mais frequente, necessitando comparecer ao CAPS todos os dias da semana. Já o atendimento semi-intensivo foca em portadores de DQ moderada, que comparecerem ao CAPS em média de duas a três vezes por semana, e aqueles casos menos graves de DQ podem realizar seu acompanhamento a nível ambulatorial três vezes por mês.

A biblioterapia, além de ser um espaço de diálogo e descontração, fornece subsídios para o diagnóstico e elaboração de um plano de cuidados. Sua realização exige dos profissionais uma série de conhecimentos e constante treinamento que o instrumentalize a desenvolver esta prática.

Os resultados e metas esperados foram estabelecidos previamente com os usuários e familiares que são co-participantes ativos na elaboração deste planejamento de cuidados e atenção à saúde, denominado como Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”, (BRASIL,2007, p.40).

Antes de qualquer nova intervenção ou de sua modificação, o paciente é informado sobre a mudança de seu PTS. É importante envolver o paciente em todas as decisões sobre o seu tratamento, para o estabelecimento de um relacionamento baseado na confiança, deixando-o mais à vontade e favorecendo o estreitamento do vínculo terapêutico.

Cabe ressaltar que a biblioterapia tem um caráter recreativo, educativo e educacional, sendo fundamental por parte dos profissionais que aplicam esta técnica terem a percepção de até em que ponto a biblioterapia beneficiará o usuário, desenvolvendo melhora na sua qualidade de vida e servindo como uma ferramenta prazerosa, e além de preencher seu tempo ocioso, sirva como mecanismos para promover mudança significativa em sua vida.

A biblioterapia trata-se de uma forma de terapia, onde o terapeuta não está presente, mais muitas vezes expresso no texto, mais também é um momento de expressão de amor ao próximo, onde permite a escuta, ouvir suas

queixas, angustias, fazer percebê-lo que existe um mundo além dos seus problemas, e que esse mundo pode ser mágico, incrível e especial, (SILVA,2013).

Basta somente uma ou duas horas por semana, durante as oficinas de biblioterapia, com encontros de leitura em grupo ou individual, através da música, do poema, do conto, de histórias breves e até mesmo a leitura de uma reportagem de jornal, para se sentir melhor, revigorado, disposto, inserido no processo de reinserção social, repleto de possibilidades informacionais e terapêuticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas terapêuticas representam um dispositivo como ferramenta essencial no processo de interação e socialização dos usuários principalmente nos pacientes com transtornos mentais e também os dependentes químicos.

Eleger a reabilitação psicossocial como paradigma modificador no novo modo de pensar a saúde mental, voltado agora por um ambiente aberto, não mais cercado por muros, é defender atividades inovadoras, respeitando a subjetividade do sujeito, valorizando a participação e a corresponsabilidade no seu projeto terapêutico singular.

Diante disto, considera a biblioterapia uma técnica assertiva, com efeito satisfatório na vida dos usuários, como coadjuvante no tratamento da Dependência Química, portanto destaca-se a necessidade da seleção de matérias informacionais, cuidando de associar com cada caso em particular, direcionado saberes e fazeres dirigidos ao processo do tratamento.

A Biblioterapia tem como o uso da leitura e outras atividades, o trabalho em prol do bem-estar das pessoas que se beneficiam com o uso desta, até mesmo contribuindo nos transtornos mentais, enfim na reabilitação de pessoas em diferentes idades [16].

Neste sentido a biblioterapia se constitui em uma atividade interdisciplinar, podendo ser desenvolvida pela área da Saúde (Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais e outros), a Educação e até mesmo os bibliotecários. Tal interdisciplinaridade apresenta hoje com destaque especial,

conferindo um espaço cultural, aliado a campos abertos a criticas, contribuições e possibilidades.

Nesse devir a leitura traz sempre um efeito transformador na vida das pessoas, modificando, despertando, para emoções, sentimentos, além de ser um momento inclusão, inserção e socialização entre os outros usuários, como se pode notar durante a técnica de biblioterapia.

Portanto torna-se necessário a prescrição assertiva da literatura, cuidando sempre da correspondência com cada caso, sempre com foco, dirigindo para o processo de tratamento. Nesse sentido é de relevância fundamental que o terapeuta conheça a história de vida dos usuários, indicando sempre uma leitura direcionada, com objetivos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial. Ações e Programas**. Disponível em < http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps> Acesso 29 ago 2018.

CARVALHO GMAC, A leitura como tratamento: diversas aplicações da biblioterapia. **Revista Amazônica.** Jan-jun, 2010, Ano 3, vol IV, Número 1: 80-87.

CALDIN, C.F. **A leitura como função terapêutica: a biblioterapia** (2001). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32/5200>. Acesso 10 set 2018.

ELY R. Leitura & Terapia: Biblioterapia para enfermos do hospital de clinicas de Porto Alegre [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do rio Grande do Sul: Faculdade de Biblioteconomia e comunicação – **Departamento de ciências da informação**. Curso de Biblioteconomia; 2011.

FERREIRA DT**. Biblioterapia: uma prática para o desenvolvimento pessoal**. ETD [Internet]. 2003, 4(2):35-47. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/620>. Acesso em 08 set 2018.

LEITE ACO. Biblioteconomia e Biblioterapia: possibilidades de atuação. 2011**.** **Revista de Educação**, vol 23-37. Disponível em: <http://www.sare.anhanguera.com/index.php/reduc/article/download/705/1150>. Acesso em 02 Fev 2017.

LOPES R. Biblioterapia: um estudo de caso da prática de leitura realizada com pessoas com necessidades psicossociais [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do rio Grande do Sul: Faculdade de Biblioteconomia e comunicação – **Departamento de ciências da informação.** Curso de Biblioteconomia; 2012.

NASCIMENTO GM, Rosemberg DS. **A biblioterapia no tratamento de enfermos hospitalizados**. Inf. Inf Jan./Jun; v.12, n.1. 2007.

ROSA ALR. As cartas de Ana Cristina César: uma contribuição para Biblioterapia [Dissertação de Mestrado]. **Três Corações: Universidade Vale do Rio Verde**; 2006.

SEITZ EM. Biblioterapia: uma experiência com pacientes internados em clinicas médicas. 2006. **Revista ACB, Educação Temática Digital**, Campinas, v.7, n.1, p.96-111. Disponível em: < https://revista.acbsc.org.br/racb/rt/printerFriendly/452/567>. Acesso 27 ago 2018.

SILVA NC, Santana CLML, Gusmão AQM. A biblioterapia e a Intervenção Bibliotecária. [Internet] Trabalho apresentado no **25º Congresso Brasileiro de Biblioteconomia**. Documentação e Ciências da Informação; 2013, jul 7-10 Florianópolis. SC. Disponível em: < https://portal.febab.org.br/anais/article/view/1482>. Acesso em 12 de jan 2014.

VYGOTSKY LS. A formação social da mente. (trad. Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche, José Cipolla Neto, ed. orig. 1960). **São Paulo: Martins Fontes**, 1989.

SOBRE OS AUTORES

Alexandro Marcos Menegócio é enfermeiro, mestre em Gerontologia, professor e coordenador do curso de Enfermagem do Centro Universitário Max Planck de Indaiatuba/ SP.

Luciane Gatti Perez Pivello é enfermeira, especialista Enfermagem Médico Cirúrgica e docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Max Planck de Indaiatuba/ SP.

Patricia Helena Breno Queiroz é enfermeira pediátrica, mestre em Enfermagem e Trabalho, doutora em Ciências da Saúde e docente de Enfermagem no Centro Universitário Max Planck de Indaiatuba/ SP.

Gisela Cardoso Ziliotto é enfermeira, mestre e doutora em sexualidade humana em Psiquiatria, docente do curso de Enfermagem na Universidade São Judas Tadeu em São Paulo/SP.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E ALIMENTAR DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA/SP

Evaluation of the Nutritional and Alimentary Status of Patients with Chronic Renal Disease in Hemodialysis in the City of Indaiatuba/SP.

CAMARGO, Alexandre de Oliveira
Centro Universitário Max Planck - UNIMAX

SILVA, Caroline Rocha da
Centro Universitário Max Planck - UNIMAX

CEVALES, Cristiane Fortes da Silva
Centro Universitário Max Planck - UNIMAX

FERREIRA, Melinda Aparecida
Centro Universitário Max Planck - UNIMAX

RESUMO: Nos últimos anos, a doença renal crônica vem se tornando uma epidemia e um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. O conhecimento e a caracterização do estado nutricional dos pacientes em hemodiálise são de fundamental importância tanto para a prevenção da desnutrição, como para intervir adequadamente nos pacientes que já estão desnutridos ou com alguma carência nutricional. Objetivo: Avaliar o estado nutricional e alimentar de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise no município de Indaiatuba/SP. Metodologia: Foram avaliados 55 pacientes do centro de hemodiálise da cidade. Para a avaliação do estado nutricional, foram utilizados índices antropométricos, laboratoriais, alimentares e a avaliação subjetiva global específica para pacientes renais. Resultados: Os pacientes com idade entre 27 a 84 anos apresentaram em sua maioria segundo classificação de índice de massa corporal: sobrepeso e obesidade (49,9%), seguido de eutrofia (45,45%). A circunferência do braço e circunferência muscular do braço apresentaram desnutrição em 80% e 83,63%, respectivamente. A prega cutânea tricipital apresentou 72,72% dos pacientes entre eutrofia, em seguida de sobrepeso e obesidade. Os níveis séricos de albumina em média ficaram abaixo de 4,0 mg/dL, creatinina encontrou-se com valores médios abaixo dos padrões adequado e ureia pré-sessão evidenciou valores médios abaixo no sexo masculino. Os níveis de fósforo e cálcio encontraram dentro da referência para essa população. Em avaliação subjetiva global os resultados detectaram desnutrição em 97% dos homens e 96% das mulheres. O consumo médio de energia e proteína se mostrou mais da metade abaixo do adequado em ambos os sexos. Conclusão: Os resultados obtidos evidenciaram riscos nutricionais em grande parte do grupo avaliado de acordo com os parâmetros utilizados. Porém, cabe ressaltar que mais estudos à cerca da avaliação do estado nutricional destes pacientes devem ser realizados, compondo diversos marcadores que auxiliem na acurácia do diagnóstico, visto que o risco nutricional nessa população é frequentemente relatado na literatura.

Palavra- chaves: Doença Renal Crônica; Estado Nutricional; Hemodiálise.

ABSTRACT: In recent years, chronic kidney disease has become an epidemic and a major public health problem worldwide. Knowledge and characterization of the nutritional status of patients on haemodialysis are of fundamental importance both for the prevention of malnutrition and for adequate intervention in patients who are already malnutrition or with some nutrition deficiency. Objective: To evaluate the nutritional and alimentary status of patients with chronic renal disease on haemodialysis in the city of Indaiatuba/SP. Methods: We evaluated 55 patients in the city haemodialysis center. For the evaluation of the nutritional status, anthropometric, laboratorial, alimentary indices and the specific global subjective evaluation for renal patients were used. Results: Patients aged 27 to 84 years had the highest classification according to body mass index: overweight and obesity (49.9%), followed by eutrophy (45.45%). Arm circumference and mid-arm muscle circumference showed malnutrition in 80% and 83.63%, respectively. The triceps skinfold thickness presented 72.72% of the patients between eutrophy, followed by overweight and obesity. Serum albumin levels averaged below 4.0 mg/dL, creatinine levels were found to be below average, and pre-session urea levels were lower in males. The levels of phosphorus and calcium found within the reference for this population. In global subjective evaluation the results detected malnutrition in 97% of men and 96% of women. The average energy and protein intake was more than half lower than adequate for both sexes. Conclusion: The results obtained evidenced nutritional risks in a large part of the group evaluated according to the parameters used. However, it should be emphasized that more studies about the evaluation of the nutritional status of these patients should be performed, composing several markers that aid in the accuracy of the diagnosis, since the nutritional risk in this population is frequently reported in the literature.

Keywords: Chronic Renal Disease; Nutritional status; Haemodialysis.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome complexa consequente à perda geralmente lenta e progressiva da capacidade excretória renal, provocando um acúmulo de solutos tóxicos no sangue. Devido às ocorrências de suas complicações, ao ser diagnosticada a doença, o paciente deve ser instituído ao tratamento conservador ou dialítico o mais precoce possível, (AJZEN, *et al*., 2005).

Nos últimos anos, a IRC vem se tornando uma epidemia e um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, tendo aumentado em proporções exponenciais. No Brasil, dados do Censo de 2016 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estimam que 122.825 pacientes são submetidos por ano ao tratamento dialítico e a fila de espera para transplante renal é de

29.268 pessoas. Entre os métodos mais comuns de tratamentos encontra-se a hemodiálise (HD) com um total de 92,1% dos pacientes, e a diálise peritoneal (DP) com 7,9 % dos pacientes, (SBN, 2016).

O tratamento conservador é a fase que antecede a diálise, na qual consiste no estabelecimento de tratamento dietético, medicamentoso, controle glicêmico e da pressão arterial e modificações no estilo de vida (AJZEN*, et al.* 2005). O programa dialítico acontece quando o tratamento conservador não é mais eficiente para manter a qualidade de vida do paciente, sendo necessário o emprego da diálise peritoneal (DP) ou da hemodiálise (HD) (MARTINS, *et al*., 2013).

O processo de HD consiste na filtração de líquidos extracorporais do sangue realizado por um equipamento denominado dialisador, que substitui as funções renais, permitindo prolongar a vida dos pacientes, (BERGSTROM, 1995; GUARNIERI, 2003; IKIZLER, 1994).

Em um processo de desnutrição no paciente hemodialítico, vários aspectos estão envolvidos, como os medicamentos que interferem na absorção de nutrientes, a ingestão alimentar deficiente, os distúrbios hormonais e gastrointestinais, a acidose metabólica e a perda de nutrientes durante o tratamento dialítico (BERGSTROM, 1995; GUARNIERI, 2003; IKIZLER, 1994). Fatores sociais e psicológicos também tendem a favorecer o surgimento das complicações nutricionais, afetando ainda mais o estado nutricional do paciente, (MARTINS, *et al*., 2013).

A ingesta deficiente de energia e proteína tem sido apontada como a maior causa de desnutrição nos pacientes em hemodiálise. Alguns estudos demonstram a redução da ingesta calórica-proteica com o passar do tempo. As disfunções gastrintestinais, como náuseas, vômitos, gastrite, diarreia e obstipação, podem afetar não só a ingestão alimentar, mas também a digestão e absorção de nutrientes, (MARTINS, *et al.,* 2013).

O conhecimento e a caracterização do estado nutricional dos pacientes em hemodiálise são de fundamental importância tanto para a prevenção da desnutrição, como para intervir adequadamente nos pacientes que já estão desnutridos, (OLIVEIRA, *et al*., 2010). Contudo, para a avaliação de forma apropriada, ainda não há um protocolo ideal, assim como nenhum método considerado padrão ouro, porém, os guias de nutrição recomendam a utilização

de diversos métodos subjetivos e objetivos de forma complementar com a finalidade de melhora de precisão e a sensibilidade do diagnóstico nutricional, (BIGOGNO, 2014; CUPPARI, 2014; KAMIMURA, 2008; MARTINS, 2013).

Diante do exposto e sua importância na saúde dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o estado nutricional e alimentar de pacientes com doença renal crônica (DRC) em um Centro de Hemodiálise no Município de Indaiatuba/SP.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de característica transversal, onde foram avaliados pacientes em tratamento dialítico em um Centro de Hemodiálise do Município de Indaiatuba/SP, no período de julho de 2017. Para a realização desta pesquisa, foram convidados todos os 104 pacientes atendidos neste centro. Aceitaram participar 70 indivíduos de ambos os sexos. Foram selecionados 55 sendo 32 homens e 23 mulheres. Os critérios de inclusão adotados foram: estar em programa de hemodiálise acima de 3 meses, aceitar participar voluntariamente através da autorização por escrito do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e não estar incluído nos critérios de exclusão. Os 15 indivíduos não selecionados apresentaram um ou mais dos critérios de exclusão adotados: portadores de AIDS, HIV, câncer, estar em uso de corticoides, alcoolismo crônico, insuficiência pulmonar grave, amputação, insucesso de transplante renal nos últimos 6 meses, insuficiência cardíaca, cadeirantes e deficientes auditivos ou visuais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Max Planck, sob o número de registro 2.085.607. A direção do hospital e médica responsável permitiu o acontecimento da pesquisa mediante a assinatura do termo de autorização do local.

O centro de hemodiálise funciona em três turnos de segunda a sábado, distribuídos da seguinte forma: primeiro turno das 6:00 ás 10:30 horas, segundo turno dás 11:00 ás 15:00 horas e terceiro turno dás 15:30 ás 19:30 horas.

Para melhor diagnóstico da situação alimentar e nutricional dos pacientes, foi adotado os seguintes métodos de avaliação: avaliação subjetiva global (ASG), recordatório alimentar de 24 horas, exames bioquímicos e dados antropométricos como: circunferência do braço (CB), Índice de massa corpórea (IMC), prega cutânea tricipital (PCT) e circunferência muscular do braço (CMB).

A Avaliação Subjetiva Global (ASG) utilizada foi a adaptada ao renal crônico e proposta por KALANTAR-ZADEH *et. al,* 1999, na qual aborda aspectos de perda de peso nos últimos seis meses, alterações na ingesta alimentar, presença de sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia e anorexia), incapacidade funcional, comorbidades, reservas diminuídas de gordura ou perda de gordura subcutânea, sinais de perda muscular e sinais de edema ou ascite.

Todos dados antropométricos foram obtidos pós sessão de hemodiálise, visando diminuir alterações nos dados por edema. A altura foi adquirida dos prontuários dos pacientes. O peso foi aferido através da balança eletrônica do modelo BALMAK classe III, com capacidade de até 300 Kg e mínima de 2 Kg. Durante as aferições os pacientes ficaram descalços com o mínimo de roupa possível na posição ereta. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela razão do peso e altura ao quadrado, utilizando os padrões de classificação apresentados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) para adultos e LIPSCHITZ (1994) para classificação de idosos.

Para aferir a circunferência do braço utilizou-se a fita inelástica de fibra da marca Sanny®, onde o paciente flexionou o cotovelo a 90° graus, com a palma da mão voltada para cima, traçando o ponto médio entre o acrômio e o olécrano. Segundo MARTINS, *et. al*. 2013, a medida da circunferência do braço em pacientes que fazem tratamento de hemodiálise deve ser realizada de preferência no braço com ausência da fístula arteriovenosa, caso o paciente apresente as fístulas em ambos braços, deve-se realizar a medição no braço não dominante. Com os valores obtidos, seguimos os critérios de classificação segundo os pontos de corte de percentis (P50) proposto por FRISANCHO, 1981.

O adipômetro científico digital da marca Prime Vision DGI - Prime Med® foi utilizado para aferir a prega cutânea tricipital (PCT), no mesmo ponto utilizado para a circunferência do braço, separando levemente a prega do

braço desprendendo do tecido muscular. A circunferência muscular do braço (CMB) foi calculada por meio da equação: CMB (cm) = CB (cm) - π x [PCT (mm)÷10], seguindo os parâmetros demonstrados em tabelas de percentis, cujos pontos de corte são proposto por FRISANCHO, A. R, 1981.7 (MARTINS, 2013). A partir das medidas aferidas, foram calculados os parâmetros de adequação de: CMB (%), PCT (%) e CB (%).

O Recordatório Alimentar de 24 horas foi utilizado para verificar os hábitos alimentares dos pacientes, correlacionando com exames bioquímicos para melhor avaliação de possível presença de riscos nutricionais e desnutrição.

Para a avaliação da ingesta alimentar de macronutrientes de cada voluntário, foi utilizando o software AVANUTRI® versão 4.0. Para os alimentos que não foram encontrados na base de dados do programa, foram utilizadas as tabelas de composição de alimentos da TACO (2006) e PHILIPPI (2002). Para a adequação e comparação dos nutrientes foi utilizado: adequado e inadequado tendo como base os valores propostos por MARTINS, *et. al*. 2013, sendo: energia (30 a 35 Kcal/Kg) e proteínas (1,1 a 1,2 g/Kg).

Para a obtenção do diagnóstico através de exames bioquímicos tomamos como base a coleta de dados em prontuários médicos dos pacientes. Foram utilizados valores de referência segundo MARTINS, *et al.* 2013, para pacientes em hemodiálise, à saber: albumina (≥4,0 g/dL), creatinina (9 a 11 mg/dL), uréia pré-sessão de hemodiálise (150 a 200 mg/dL), fósforo (3,5 a 5,5 mg/dL) e cálcio (8,4 a 9,5 mg/dL), referente ao mês de julho de 2017.

As variáveis quantitativas foram tabeladas, registradas e estatisticamente avaliadas em planilhas excel como: média, desvio padrão, porcentagem, as variáveis com distribuição normal foram comparadas pelo teste *"t" de Student* ou também conhecida como *t-Student*. Para analisar a relação entre os sexos masculino e feminino e níveis de adequação quanto ao consumo de nutrientes e energia, foi utilizado o teste exato de Fisher, com nível de significância ($p \leq 0,05$), a análise estatística foi realizada através do programa Excel 10.0 usando a fórmula: *TESTE.T* avaliando a distribuição Unicaudal. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

O estudo final se consolidou em 55 pacientes, que representam 52,8% do total de pacientes atendidos pelo centro de hemodiálise, sendo 58% do sexo masculino (32 pacientes) e 42% do sexo feminino (23 pacientes). A idade média encontrada foi de 57,3 ± 12,6 anos com faixa etária correspondente entre 27 a 84 anos. O tempo médio de diálise dos pacientes avaliados foi de 3,87 ± 3,87 anos.

O quadro 1 apresenta a classificação do estado nutricional dos pacientes de acordo com os parâmetros utilizados. Os valores de CB apresentaram desnutrição (80%), sendo apenas 18,18 % em eutrofia e 1,82% em obesidade. No sexo masculino, tais valores prevaleceram maior na classificação de desnutrição (87,51%) comparando ao sexo feminino (69,57%). A partir dos valores de CB e PCT foi possível calcular os valores de CMB, tendo a finalidade de avaliar o tecido muscular. Tal dado evidenciou desnutrição na maioria dos pacientes (83,63%). Os valores obtidos revelaram que no sexo masculino a desnutrição se prevaleceu em toda a amostra (100%) e no sexo feminino apresentou valores significativos, sendo mais da metade (60,87 %). Na PCT observou-se que as mulheres obtiveram maior perda de tecido adiposo (65,22 %) estando em desnutrição do que nos homens que não apresentaram perda estando em eutrofia ou sobrepeso (43,78 %).

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional de pacientes de acordo com as porcentagens de adequação no (P50) de circunferências e pregas cutâneas: CB, CMB, PCT, separados por sexo.

Classificação	TOTAL M ± DP			Masculino M ± DP (n=32)			Feminino M ± DP (n=23)			Valor de p ***		
	CB	CMB	PCT	CB	CMB	PCT	CB	CMB	PCT	CB	CMB	PCT
Desnutrição Grave	65,50 ± 3,39	63,50 ± 5,41	54,27 ± 10,21	65,64 ± 2,76	63,51 ± 5,72		65,36 ± 3,92	63,50 ± 3,88	54,27 ± 10,21	0,48	0,499	
Desnutrição Moderada	75,47 ± 3,06	75,75 ± 3,02	75,41 ± 2,96	75,04 ± 3,03	75,49 ± 2,98		76,56 ± 2,83	76,73 ± 2,96	75,41 ± 2,96	0,20	0,273	
Desnutrição Leve	83,42 ± 2,85	84,85 ± 3,32	84,21 ± 2,59	83,04 ± 2,26	84,52 ± 4,17		83,93 ± 3,41	85,17 ± 2,12	84,21 ± 2,59	0,40	0,361	
Eutrofia	94,96 ± 6,10	96,93 ± 5,14	98,81 ± 5,80	93,28 ± 3,59		101,38 ± 6,03	96,34 ± 7,29	96,93 ± 5,14	95,73 + 3,62	0,44		0,06
Sobrepeso			115,01 ± 2,89			114,57 ± 2,77			118,50 ± 0,00			
Obesidade	133,33 ± 0,00		163,54 ± 37,41			165,98 ± 38,42	133,33 ± 0,00		141,56 ± 13,33			
Excesso de Peso		129,08 ± 0,00						129,08 ± 0,00				

CB: Circunferência do Braço; CMB: Circunferência muscular do Braço; PCT: Prega cutânea tricipital;
M: Média; DP: Desvio Padrão;
*** Teste "t" de Student; ** p < 0,05 masculino *versus* feminino

Quadro 1: Centro de Hemodiálise do Município de Indaiatuba/SP

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional de pacientes de acordo com IMC separados por sexo.

Classificação	TOTAL M ± DP	Masculino M ± DP (n=32)	Feminino M ± DP (n=23)	Valor de p ***
	IMC	IMC	IMC	
Baixo Peso **	21,73 ± 0,24	21,73 ± 0,24		
Magreza grau I	17,94 ± 0,00		17,94 ± 0,00	
Eutrofia	23,94 ± 1,83	23,94 ± 1,83	24,67 ± 1,27	0,044 **
Sobrepeso	28,03 ± 2,15	27,88 ± 1,69	28,16 ± 2,49	0,776
Obesidade I	31,49 ± 0,77	31,57 ± 0,96	31,38 ± 0,29	0,405
Obesidade III	43,97 ± 0,00		43,97 ± 0,00	

IMC: Índice de massa corporal;
M: Média; DP: Desvio Padrão;
*** Teste "t" de Student; ** p < 0,05 masculino *versus* feminino

Quadro 2: Centro de Hemodiálise do Município de Indaiatuba/SP

Observa-se no quadro 2, em relação aos valores de IMC que os pacientes avaliados se apresentaram na maioria em classificação de sobrepeso e obesidade (49,49%) seguido de eutróficos (45,45%) e apenas 5,46% em baixo peso e não apresentou diferenças significativas entre os sexos. Os valores de eutrofia em comparações entre os sexos apresentou significância (p = 0,044).

Quadro 3 - Parâmetro bioquímicos dos pacientes avaliados de acordo com o sexo.

Parâmetros Bioquímicos	Total (n=55)		Masculino (n=32)		Feminino (n=23)		Valor de p ***	
	M	DP	M	DP	M	DP		
Creatinina (mg/dL)	8,52	3,00	8,75	2,89	8,19	3,17	0,253	
Ureia Pré (mg/dL)	145,05	36,32	140,19	36,57	151,83	35,65	0,122	
Fosforo (mg/dL)	5,25	1,61	5,20	1,50	5,31	1,78	0,400	
Cálcio (mg/dL)	9,22	1,06	9,14	1,06	9,33	1,07	0,254	
Albumina (g/dL)	3,81	0,26	3,84	0,28	3,77	0,23	0,155	
M:Média; DP: Desvio Padrão *** Teste "t" de *Student; ** p < 0,05* masculino *versus* feminino								

Quadro 3: Centro de Hemodiálise do Município de Indaiatuba/SP

Quanto aos exames bioquímicos (quadro 3), os pacientes avaliados apresentaram uma média de creatinina de 8,52 ± 3,00 mg/dL, sendo 8,75 ± 2,89 mg/dL no sexo masculino e 8,19 ± 3,17 mg/dL no sexo feminino. De acordo com os valores séricos de referência de creatinina (9 a 11 mg/dL), ambos os sexos se apresentaram abaixo do adequado para essa população. A ureía pré-sessão de hemodiálise (HD) apresentou na amostra total uma média de 145,05 ± 36,32 mg/dL, no sexo masculino 140,19 ± 36,57 mg/dL e no feminino 151,83 ± 36,65; a partir dos valores de referência de uréia pré-sessão (150 a 200 mg/dL), apenas o grupo do sexo feminino encontra-se dentro dos valores adequados. O nível sérico de fósforo apresentou-se em 5,25 ± 1,61 mg/dL na amostra total com 5,20 ± 1,50 mg/dl no sexo masculino e 5,31 ± 1,78 mg/dL no sexo feminino, enquadrando-se, portanto, dentro dos valores adequados (3,5 a 5,5 mg/dL). Os níveis de cálcio obtido foram de 9,22 ± 1,06 mg/dL para a amostra total, sendo 9,14 ± 1,06 mg/dL no sexo masculino e 9,33 ± 1,07 mg/dL no sexo feminino, estando de acordo com os padrões de

referência para pacientes em hemodiálise (8,4 e 9,5 mg/dL). Os valores de albumina encontrados foram 3,81 ± 0,26 g/dL na amostra total e 3,84 ± 0,28 g/dL no sexo masculino e 3,77 ± 0,23 g/dL no sexo feminino, ambos com valores inferiores ao de referência (≥ 4,0 mg/dL).

Dentre os valores de referência adotados em consumo energético (30 a 35 Kcal/Kg/dia), 94% dos pacientes do sexo masculino apresentaram ingesta abaixo dos valores adequados e apenas 3% considerado adequado seguido de 3% acima do adequado. Para os valores de referência de ingesta proteica (1,1 a 1,2 g/Kg/dia), 81% apresentaram ingesta inferior e 19% acima do adequado (gráfico 1). No sexo feminino, para o consumo energético e proteico seguiu-se os mesmos critérios de referência e 87% apresentaram ingesta calórica inferior ao adequado e 13% acima do adequado; A ingesta proteica revelou 83% abaixo do adequado seguido de 13% acima do adequado e apenas 4% dentro das referências propostas (gráfico 2).

Gráfico 1 - Resultados da ingesta calórica e proteica de pacientes do sexo masculino em tratamento dialítico no centro de hemodiálise de Indaiatuba/SP.

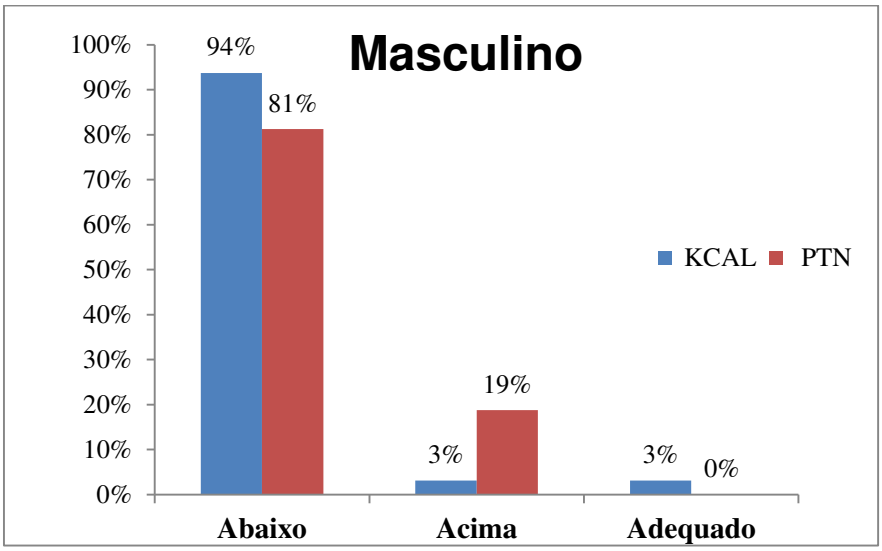

Gráfico 1: Centro de Hemodiálise do Município de Indaiatuba/SP

Gráfico 2 - Resultados da ingesta calórica e proteica de pacientes do sexo feminino em tratamento dialítico no centro de hemodiálise de Indaiatuba/SP.

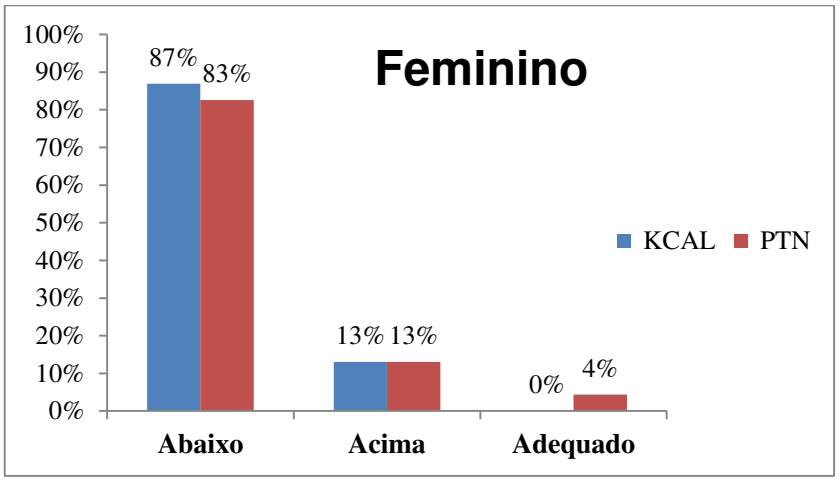

Gráfico 2: Centro de Hemodiálise do Município de Indaiatuba/SP

Gráfico 3 - Resultado da avaliação subjetiva global (ASG) dos pacientes avaliados.

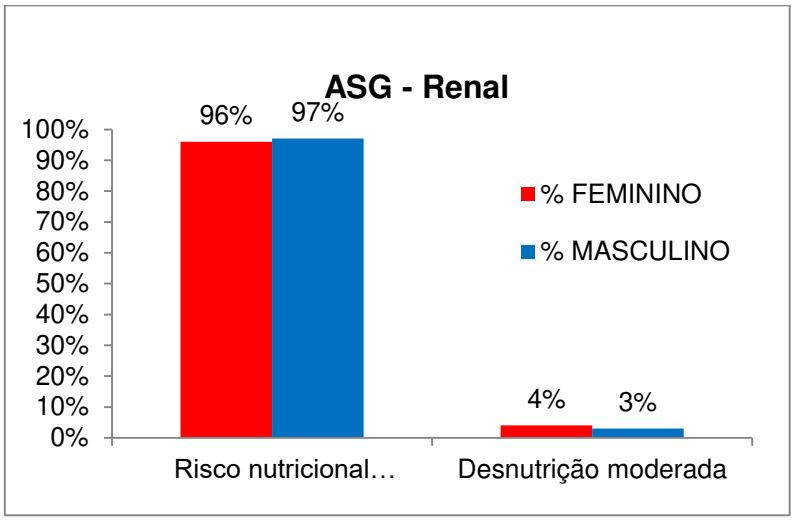

Gráfico 3: Centro de Hemodiálise do Município de Indaiatuba/SP

Ao analisar o estado nutricional por meio da avaliação subjetiva global como apresenta o gráfico 3, a maioria dos pacientes de ambos os sexos apresentaram risco nutricional em desnutrição leve (96% das mulheres e 97% dos homens) e classificado em desnutrição moderada apenas 7%, sendo 4% as mulheres e 3% os homens.

DISCUSSÕES

A pesquisa realizada com 55 pacientes em tratamento de hemodiálise apresentou maior frequência do sexo masculino do que o sexo feminino, com valores de 58% e 42% respectivamente, com idade média semelhante entre os sexos, 58,97 ± 13,78 e 54,96 ± 10,78 anos. Não houve significância estatística entre as idades (p>0,05). Em estudos anteriores como de PIMENTEL *et al.*, 2016; CLEMENTINO, 2014; CHAVES, *et al.*, 2007 e SOSTISSO, 2011, houve também os mesmos achados quanto a frequência entre os sexos no tratamento dialítico e a média de idade. Tal achado sugere que pessoas do sexo masculino tornam-se mais suscetíveis à doenças do que o sexo feminino, visto que os homens buscam menos os serviços de saúdes do que as mulheres, (MASCARENHAS, *et al.* 2010)

Em relação ao tempo de hemodiálise (HD) realizado pelos pacientes, a média na população do sexo feminino foi de 4,06 ± 4,14 anos o que se apresentou maior do que encontrado na do sexo masculino (3,73 ± 3,87) o que correlaciona com os dados dos últimos anos da SBN. Portadores de doença renal crônica (DRC) que permanecem entre 3 e 10 anos em tratamento de hemodiálise tem risco de morte inferior aos pacientes com menor número de anos em hemodiálise, (SBN, 2016).

A média de IMC encontrada na população do sexo masculino e feminino, na maior parte dos pacientes, apresentou em sobrepeso e obesidade, seguido de eutrofia e desnutrição. Resultados diferentes foram relatados por VALENZUELA, *et. al*, 2003 e CARDOZO *et. al*, 2006, em que apresentou a média de IMC dentro da normalidade. A falta de repercussão nos dados de IMC e peso pode ser justificada devido sobrecarga hídrica corporal muito comum nesses pacientes. Segundo MARTINS, *et. al*, 2013, resultados de IMC superiores dos considerados ideais para a população em geral estão relacionados com menor mortalidade dos paciente com DRC.

Ao contrário do IMC, os marcadores antropométricos CB e CMB evidenciaram desnutrição na maior parte da população em ambos os sexos. Tais valores observados se aproximam aos resultados encontrados por CUPPARI *et al.*, 2003 e MARTONE, *et al.*, 2012, onde a população do sexo masculino apresentam-se ainda mais desnutridos relacionado ao sexo

feminino, pois se sabe que tais marcadores refletem os compartimentos de reserva proteica do organismo.

O PCT tem por finalidade avaliar o tecido adiposo subcutâneo do organismo. Ao interpretar os resultados obtidos, a população feminina apresentou mais da metade dos avaliados em desnutrição e o sexo masculino se distribuiu nos valores de eutrofia, seguidos por sobrepeso e obesidade, diferentemente dos achados de outros estudos que apresentaram desnutrição em ambos os sexos. Em um estudo de WOODROW, *et al.,* 1996, foi demonstrado por meio da Absortometria Radiológica de Dupla Energia (DEXA) que pacientes em hemodiálise apresentam uma redução da composição do tecido adiposo cutâneo especialmente nos braços. CHAZOT, *et al*., 2001, conciliou por meio do PCT e DEXA que o percentual de gordura do braço foi significativamente menor nos pacientes que apresentam maior tempo em tratamento hemodialítico o que correlaciona com os resultados encontrados no presente estudo.

Na população estudada, a classificação de desnutrição foi observada por vários indicadores, principalmente nos marcadores de CB, CMB e PCT. Estes dados se correlacionam a ingesta calórica e proteica deficitária, onde a maior porção da população masculina e feminina apresentou ingesta calórica e proteica inferior ao recomendado. Como descrito inicialmente, pacientes com DRC ou IRC apresentam diversos fatores que contribuem para a desnutrição, a própria hemodiálise é um dos fatores que aumenta o catabolismo nesses pacientes, o que pode agravar quando associada ao baixo consumo alimentar. Um estudo de VELLUDO, *et. al,* 2007 na qual avaliou a ingesta proteica de paciente em hemodiálise, apresentou valores próximos aos valores deste estudo, onde a ingesta energética foi em média de 28,0 ± 8,3 Kcal/Kg/dia e proteica de 0,92 ± 0,33 g/Kg/dia.

Nos parâmetros bioquímicos, os valores de creatinina na população apresentaram abaixo dos valores de referência para a população em ambos os sexos, diferentemente dos achados de outros estudos, que apresentaram valores dentro dos padrões de referência esperado para essa população. Os valores de creatinina abaixo da referência refletem na perda de massa corporal magra aumentando a taxa de mortalidade dos pacientes. (MARTINS, *et. al*, 2013). Os níveis de uréia pré-sessão apresentou alterado apenas na média do

sexo masculino, estando abaixo dos valores padrões. Os pacientes desnutridos, segundo MARTINS et al., 2013 apresentam redução gradual nos níveis de uréia sérica. Os valores séricos de albumina apresentaram 74,54% dos pacientes abaixo do valor de referência (4,0 g/dL). Tal encontrado foi próximo ao de CALADO, *et. al*, 2009, que apresentou 67% dos pacientes abaixo dos valores de referência e CABRAL, *et. al*, 2005, que apresentou 94% dos pacientes com valores de albumina inferiores. A albumina é um grande marcador utilizado para diagnóstico de desnutrição em pacientes renais, visto que a hipoalbuminemia está relacionada a maior morbidade e mortalidade nestes pacientes, contudo sua sensibilidade é baixa, pois muitos fatores podem alterar seus níveis sanguíneos, como por exemplo inflamação, retenção hídrica e perdas urinárias.

Os achados de desnutrição através de Avaliação Subjetiva Global (ASG) se assemelham em valores obtidos no presente estudo. CALADO, *et. al,* 2009, identificou através da ASG que mais da metade da população estudada (61%) apresentou desnutrição, seguido de 45,7% em desnutrição leve e 15,3% em desnutrição moderada. OLIVEIRA, *et. al,* 2010, ao avaliar o melhor método de diagnóstico na prática clínica, com a ASG adaptada para paciente renal apresentou 94,8% dos pacientes em risco nutricional/desnutrição leve; e VEGINE, *et. al,* 2011 apresentou achados de 80% dos pacientes em algum grau de desnutrição, sendo de leve a moderada em 73,3% e grave em 6,7% dos pacientes. Constatou-se que a maioria da população avaliada através da ASG, apresentou pacientes em estado de desnutrição. Tal fato se deve pelo motivo da ASG abranger a história e os parâmetros físicos e sintomáticos dos pacientes.

Há uma dificuldade em avaliar o estado nutricional de pacientes em hemodiálise, uma vez que não existe um único método capaz de apresentar a sua identificação, o que por vez retarda o diagnóstico. Como descrito anteriormente, a sugestão da junção dos múltiplos marcadores e indicadores é a melhor maneira para o diagnóstico. A aplicação do Recordatório de 24 horas é limitado, pois depende das informações fornecidas pelos participantes o que depende ainda da sua memória e identificação das porções consumidas, podendo levar a subestimação ou falhas, (OLIVEIRA, *et. al*, 2010); FAVALESSA, *et. al*, 2009)

CONCLUSÃO

Como ainda não há um método padrão para a identificação de desnutrição ou carência nutricional em pacientes que fazem tratamento de hemodiálise, as junções de vários marcadores auxiliam de certa forma na identificação destes problemas nutricionais. Os resultados obtidos evidenciaram riscos nutricionais em grande parte do grupo avaliado de acordo com os parâmetros utilizados. Porém, cabe ressaltar que mais estudos à cerca da avaliação do estado nutricional destes pacientes devem ser realizados, compondo diversos marcadores que auxiliem na acurácia do diagnóstico, visto que o risco nutricional nessa população é frequentemente relatado na literatura. O presente estudo demonstra a importância de uma maior atenção clínica, social e nutricional para essa população, com medidas a serem desenvolvidas necessariamente no início do tratamento a fim de prevenção da deterioração da situação alimentar e nutricional, que promove muitas das vezes, desfechos não favoráveis.

REFERÊNCIAS

AJZEN, H. & SCHOR, N. Nefrologia – **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar** UNIFESP. 2ª ed. São Paulo (SP): Manole, 2005.

BERGSTROM J. **Why are dialysis patients malnourished?.** Am J Kidney Dis 1995; 26:229-41. Disponível em: <DOI: http://dx.doi.org/10.1016/0272-6386(95)90178-7>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

BIGOGNO, F. G; FETTER, R. L; AVESANI, C. M; Aplicabilidade da Avaliação Subjetiva Global e Malnutrition Inflammation Score na Avaliação do Estado Nutricional na Doença Renal Crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia,** São Paulo, vol.36, n.2, Abr./Jun., 2014.

CABRAL, P. C. et al., Avaliação Nutricional de Pacientes e Hemodiálise. **Revista Nutrição**, Campinas, vol.18, n.1, Jan./Fev., 2005.

CALADO, I. L. *et al.,* Diagnóstico Nutricional de Pacientes em hemodiálise na Cidade de São Luís (MA). **Revista Nutrição**, Campinas, vol.22, n.5, Set./Out., 2009.

CARDOZO, M.T.; VIEIRA, I.O.; CAMPANELLA, L.C.A. Alterações nutricionais em pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise. Rev Bras Nutr Clin, v.21, n.4, p.284-289, 2006.

CHAVES, G. A. et al., Consumo Alimentar e Estado Nutricional de Pacientes com Doença Renal Crônica em Tratamento Dialítico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano III, n.14, Out./Dez. 2007.

CHAZOT, C. *et al.*, **Malnutrition in Long Term Hemodialysis Survivors.** Nephrol Dial Transplant, 2001;16:61–69. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ndt/16.1.61>. Acesso em: 06 Mai. 2017.

CUPPARI, Lílian. **Nutrição Clínica no Adulto.** Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 3ª. ed. São Paulo: Ed. Manole 2014.

FAVALESSA, E. *et al.*, Avaliação Nutricional e Consumo Alimentar de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de pesquisa em Saúde**, vol.11, n.4, 2009.

FRISANCHO, A. R. New Norms of Upper Limb Fat and Muscle Areas for Assessment of Nutrional Status. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.34, n.11. p.2540-2545, 1981.

GUARNIERI G., Antonione R., Biolo G. Mechanisms of Malnutrition in uremia. **Journal of Renal Nutrition**. April 2003; vol. 13, pag. 153-157. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/jren.2003.50020>. Acesso em: 06 Mai. 2017.

IKIZLER T.A. *et al.,* Amino acid and albumin losses during hemodialysis. **Kidney International.** Sep. 1994; 46:830-7. Disponível em: <http://www.kidney-international.theisn.org/article/S0085-2538(15)58306-3/pdf>. Acesso em: 06 Mai. 2017.

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de diálise SBN 2016**. Disponível em: <www.sbn.com.br>. Acesso em: 08 Set. 2017.

KALANTAR-ZADEH K. *et al.*, A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients. **Nephrol Dial Transplant**. 1999; 14:1732-38.

KAMIMURA, M. A. *et al.,* Gasto Energético de Repouso em Pacientes com Doença Renal Crônica. **Revista de Nutrição**. Campinas, Campinas, v. 21, n.1, p.75-84, Fev./2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000100008>. Acesso em: 06 Mai. 2017.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for Nutritional Status in the Elderly. **Primary Care**. v. 21, n. 1, p. 55-67, Mar./1994. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8197257>. Acesso em: 06 Mai. 2017.

MACHADO, A. D., Bazanelli A. P., Simony R. F. Avaliação do Consumo Alimentar de Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **Revista Ciência & Saúde,** Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 76-84, Mai./Ago. 2014.

MARTINS, C., Riella, M.C. **Nutrição e o Rim**. 2ª. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013.

MARTONE, A. P. *et al.,* Avaliação do Estado Nutricional de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise do Instituto de Hipertensão Arterial e Doenças Renais de Campo Grande-MS; **Revista Brasileira de Nutrição Clinica,** 2012; v.27, n.1, p: 9-16.

MASCARENHAS, C. H. M.; *et al.*, Insuficiência Renal Crônica: Caracterização Sócio Demográfica e de Saúde de Pacientes em Tratamento Hemodialítico no Município de Jequié/BA. **Revista Espaço para a Saúde**., v. 12, n. 1, p. 30-37, 2010,

NEPA – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO)**. 1ª ed. Campinas: NEPA – UNICAMP, 2004.

OLIVEIRA, C. M. C. *et al.*, Desnutrição na Insuficiência Renal Crônica: Qual o Melhor Método Diagnóstico na Prática Clínica?, **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo , v. 32, n. 1, p. 57-70, Mar./2010.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Tabela de Composição de Alimentos: Suporte para decisão nutricional.** 2ª ed. São Paulo: Coronário, 2002. 135 p.

PIMENTEL, C. K. S. *et al.*, Características Nutricionais e Fator Inflamatório das Dietas Usadas por Pacientes em Terapia Renal Substitutiva, **Braspen J.,** 2016;

SOSTISSO, C. F., *Avaliação do estado Nutricional e das Dificuldades para Seguimento de Orientações Dietéticas em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise; Guarapuava*. Centro-Oeste**.** Universidade Estadual do Centro-Oeste, 2011.

VALENZUELA, R. G. *et al.* Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. **Revista Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 49, n. 1, p.72-78, Jan./2003.

VEGINE, P. M. *et al.,* Avaliação de Métodos para Identificar Desnutrição Energético-proteíca de Pacientes em Hemodiálise, J. Bras. Nefrol. São Pailo, v. 33, n. 1, p. 55-61, Mar./2011.

VELLUDO, C. M. *et. al.,* Estimativa de Ingestão Proteica de Pacientes em Hemodiálise: Comparação entre Registro Alimentar e Equivalente Proteico de Aparecimento de Nitrogênio (PNA). **J. Bras. Nefrol**. São Paulo, v. 29, n. 4, Dez./2007.

WHO - World Health Organization, **Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic**, Geneva, 3-5, Jun./1997.

WOODROW, G. et al., Whole Body and Regional Body Composition With Chronic Renal Failure. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 11, p. 1613–1618, Aug./1996.

PADRÃO POSTURAL E PREVALÊNCIA DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM BAILARINOS PROFISSIONAIS E ESTUDANTES

Postural standard and prevalence of musculosskeletal injuries in professional and students dancers

XAVIER, Ranieri Mozer
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

OLIVEIRA, Franciele Lais de
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

LIRA, Joice Santana Trajano de
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

MELLONI, Mauro Augusto Schreiter
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

RESUMO: As características físicas individuais dos bailarinos, a qualidade de desempenho técnico e, principalmente, a sobrecarga de trabalho, estão ligadas diretamente ao aparecimento e frequência das lesões causadas pela atividade física própria da dança. A sobrecarga de trabalho é o fator desencadeante mais comum e, muitas vezes, o que torna a lesão ainda mais incapacitante do ponto de vista funcional, assim como o aparecimento de posturas compensatórias. A postura é influenciada pelas forças às quais é submetida. Diante dessa afirmação, é possível inferir que no histórico de atividade física, no caso o ballet, pode influenciar a postura de bailarinos. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi verificar o padrão postural de bailarinos profissionais e amadores através da biofotogrametria com o Software de avaliação postural. Objetivou-se, ainda, comparar a prevalência de lesões musculoesqueléticas entre os dois grupos de bailarinos: os considerados profissionais e os estudantes. Assim, participaram dessa pesquisa bailarinos de duas academias pertencentes ao interior de São Paulo. Foram selecionados bailarinos de ambos os sexos, com idade que variam entre 13 e 47 anos. Houve maior predominância de posturas compensatórias e maior prevalência de lesões músculos esqueléticos naqueles participantes classificados como profissionais, em função do maior tempo de prática semanal**.**

Palavras-chaves: dança; postura; epidemiologia

ABSTRACT: The individual physical characteristics of the dancers, the quality of technical performance and, mainly, the work overload, are directly linked to the onset and frequency of traumas caused by the physical activity of the dance. The overload of work is the most common triggering factor and, often, which makes the lesion even more incapacitating from a functional standpoint, as well as the appearance of compensatory postures. The posture is influenced by the forces to which it is subjected. Given this assertion, it is possible to infer that in the history of physical activity, in the case of ballet, can influence the posture of dancers. Thus, the objective of the present study was to verify the postural pattern of professional and amateur dancers through

biophotogrammetry with the postural assessment Software. The objective of this study was to compare the prevalence of musculoskeletal injuries between the two groups of dancers: those considered professional and recreational. Thus, dancers from two academies belonging to the interior of São Paulo participated in this study. Dancers of both sexes, aged between 13 and 47 years, were selected. There was a greater predominance of compensatory postures and a higher prevalence of skeletal muscle injuries in those participants classified as professionals, due to the longer weekly practice.

Keywords: dance; posture; epidemiology

INTRODUÇÃO

O Ballet é o nome dado à dança que se originou nas cortes da Itália renascentista durante o século XV e que se aprimorou na Inglaterra, Rússia e França como um estilo de dança de concerto, (Silverio, 2012). Esse estilo caracteriza-se como uma atividade integrada à expressão corporal e à arte, à graça e a leveza dos movimentos e essa imagem delicada assumida pelas bailarinas (os) clássicas (os) suaviza a ideia da quantidade de lesões possíveis relacionadas à prática exaustiva da dança, visto que, para o bailarino, a arte justifica a dor e, no palco, o "*show sempre deve continuar*", (GREGO *et al,* 1999).

Esta dança requer alto grau de desenvolvimento e vários componentes relacionados a capacidades físicas como força, potência, flexibilidade, coordenação, equilíbrio, agilidade, resistência muscular, cardiovascular dentre outros. Segundo GREGO *et al,* 2002; preconiza-se que todas as execuções de movimento sejam realizadas com técnica, ocorrendo alta exigência do desempenho físico do atleta devido à complexidade dos movimentos, e as posturas que devem ser atingidas e mantidas. O desempenho técnico necessário na dança, associado à especificidade física dos bailarinos e a sobrecarga, são fatores que causam possíveis traumas musculoesqueléticos. A sobrecarga de trabalho é o fator desencadeante mais comum e, muitas vezes, o que torna a lesão incapacitante, o que se agrava pelo fato de o tratamento sintomático frequentemente não interferir na origem do problema, facilitando assim recidivas e ocasionando lesões cada vez mais graves, assim como o aparecimento de posturas compensatórias, (GREGO, 2002).

Desse modo, o esforço realizado pelo bailarino para atingir o padrão esperado, pode resultar na ocorrência de lesões musculoesqueléticas, considerando que o ballet requer constantes movimentos com grande amplitude articular, além dos limites anatômicos normais. Esses padrões de movimentos, associados a características músculos-esqueléticos e condições fisiológicas variadas, distinguem o clássico da maioria das práticas desportivas, conduzindo a bailarina a um grupo peculiar de lesões, (GREGO, 2002).

De acordo com Picon *et al*. (2002), a postura é influenciada pelas forças às quais é submetida. Diante dessa afirmação, os autores ainda inferem que o histórico de atividade física, ou seja, os movimentos realizados durante a prática do balé, como posições articulares extremas e grandes esforços musculares durante a rotação externa de 90 graus da articulação do quadril, além de hiperextensão de joelho e controle extremo da articulação do tornozelo na posição em ponta, podem influenciar a postura de bailarinas. Estas alterações posturais podem, supostamente, aumentar o risco de lesões e de dores articulares e musculares, além de diminuir o desempenho técnico nos treinos de balé, a eficiência das atividades de vida diária, prejudicando assim a qualidade de vida da bailarina como demonstrado por Meereis *et al,* 2011.

Neste sentido, o modelo de alinhamento postural proposto por Kendall é uma referência utilizada internacionalmente como padrão de postura normal (Ferreira, 2005), sendo descrita por Kendall *et al*, 2007 como uma postura idealmente alinhada na qual, em vista lateral, a linha de prumo deverá coincidir com uma posição ligeiramente anterior ao maléolo lateral e ao eixo da articulação do joelho, ligeiramente posterior ao eixo da articulação do quadril, dos corpos das vértebras lombares, da articulação do ombro, dos corpos da maioria das vértebras cervicais, meato auditivo externo e ligeiramente posterior ao ápice da sutura coronal. Já na vista posterior à linha de prumo será equidistante das faces mediais dos calcanhares, pernas e coxas, escápulas, e coincidirá com a linha mediana do tronco e cabeça.

De tal modo, a prática esportiva do ballet clássico é muito citada na literatura com um alto índice de lesões e aparecimento de posturas compensatórias, gerando a necessidade de conhecer o padrão postural desse público e se possível identificar essas alterações posturais como potenciais fatores de risco para as lesões comuns à essa prática. Nesse sentido, a

avaliação postural é o passo inicial para qualquer tratamento fisioterapêutico, pois a partir do alinhamento dos segmentos corporais pode se criar uma hipótese da distribuição das cargas e solicitações mecânicas que estão sendo impostas às estruturas como músculos, ligamentos e articulações, (HASHIMOTO *et al* 2009).

Um dos métodos não invasivos de mensuração da postura é a fotogrametria, ferramenta de avaliação quantitativa e que apresenta muitas vantagens (FIGUEIREDO, 2012). A *American Society of Photogrammetry* define fotogrametria como "a arte, ciência e tecnologia da obtenção de informação confiável sobre objetos físicos e o meio ambiente através de processos de gravação, medição e interpretação de imagens fotográficas" (Paredes, 1987), e os autores Ribeiro *et al*, 2016 definiram-na como uma técnica relativamente simples, fácil e objetiva. Seu baixo custo, facilidade de fotointerpretação, alta precisão e reprodutibilidade dos resultados, além da possibilidade de arquivamento e acesso aos registros, são vantagens que justificam sua ampla utilização. A fotogrametria é, também, um valioso registro das transformações posturais ao longo do tempo, pois é capaz de captar transformações sutis e inter-relacionar diferentes partes do corpo que são difíceis de mensurar, (Souza *et al*, 2011).

Dentre os programas computadorizados validados para análise postural, destaca-se o Software de Avaliação Postural (SAPO).

Por outro lado, apesar dos recursos de avaliação postural disponíveis, e da hipótese de alterações posturais mediante à prática da dança, além de existirem poucos dados na literatura relativos à prevalência de lesões em bailarinos, uma breve revisão de literatura nos permitiu encontrar apenas 3 estudos (Meereis *et al,* 2011, Meereis *et al*, 2012, Ribeiro JN, 2016) que avaliam a postura desse público utilizando o software SAPO. Isto posto, observa-se a necessidade de mais estudos para fornecer subsídios quantitativos sobre o assunto com bailarinos.

Desse modo, o objetivo do presente trabalho foi verificar o padrão postural de bailarinos profissionais e amadores através da biofotogrametria com o Software de avaliação postural. Outro objetivo foi comparar a prevalência de lesões musculoesqueléticas entre os bailarinos considerados profissionais e os estudantes.

MÉTODO

O estudo foi realizado através de um trabalho de campo transversal, retrospectivo e quantitativo. Foram convidados alunos de ambos os sexos, da Academia Ponto da Dança, localizada na cidade de Amparo e alunos do Ballet Gisele Toledo, da cidade de Bragança Paulista, ambos pertencentes ao interior de São Paulo.

Foram critérios de inclusão: estar regularmente inserido na rotina das academias, como profissional ou amador; ter participação mínima na prática de 2 vezes por semana, com no mínimo 5 anos de experiência; não apresentar lesão musculoesquelética que o impossibilite da prática do ballet no momento do início do estudo.

Ao aceitar, o participante preencheu o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) concordando em participar através da assinatura quando apresentou idade igual a 18 anos, ou através dos responsáveis legais, quando menores de idade. No caso dos menores de idade, estes ainda assinaram o termo de assentimento.

Inicialmente o convite foi realizado previamente aos bailarinos com duas semanas de antecedência do dia escolhido para a execução das avaliações. Foram entregues os TCLE a 50 bailarinos que se enquadraram nos critérios de inclusão, representando uma amostra de conveniência para o estudo. Neste caso, foram convidados 30 bailarinos da Academia Ponto da Dança e 20 do ballet Gisele Toledo. 29 atletas concordaram em participar, assinando os termos e comparecendo no dia definido para a avaliação, sendo 16 bailarinos do ballet Gisele Toledo e 13 da Academia Ponto da dança.

Ficha de avaliação

No início do estudo foi aplicada uma ficha de avaliação que contém os demográficos como dados pessoais e informações referentes a prática do ballet como: a experiência de prática, como frequência de aulas/ensaios/apresentações/competições e características do estudante/profissional na rotina semanal e sobre a prática de atividade física paralela realizada. A ficha de avaliação foi aplicada pelas pesquisadoras, para

cada um dos bailarinos, em suas respectivas academias. O participante foi considerado profissional quando declarou, atualmente, realizar apresentações em competição de dança, sendo estes eventos onde os concorrentes executam danças perante juízes visando premiações ou classificações. Além disso, foi considerado profissional, aquele que já concluiu os 8 níveis básicos de estudo da *Royal Academy Of Dance,* pertencendo então ao nível advanced ou inter foundation segundo a metodologia usada nas academias convidadas.

Registro de ocorrência de lesão

Os voluntários ou seus responsáveis legais foram solicitados a responder um inquérito de morbidade referida. Tal questionário visou o registro das possíveis lesões adquiridas pelos participantes de forma retrospectiva. Considerou-se lesão qualquer dor ou afecção musculoesquelética resultante de ensaios, aulas, apresentações ou competições na dança que foram suficientes para causar alterações no desempenho da dança, seja na forma, duração, intensidade, ou frequência, conforme já definido por Patre CM et al, 2004. Este inquérito já foi utilizado previamente pelos estudos dos autores Couto AGA et al, 2013 e Schweich LC et al, 2014 na dança e na ginástica rítmica, respectivamente, e foi adaptado para o ballet, elaborado por meio de modelo fechado, registrando as lesões sofridas por local anatômico, tipo de lesão, situação em que ocorreram, e mecanismo de lesão.

Biofotogrametria

O registro fotográfico foi realizado com uma câmera digital marca Nikon Coolpix P510 posicionada a 3,5 metros da bailarina avaliada, sobre um tripé de um metro de altura. Para referência espacial, um fio de prumo foi disposto lateralmente a um metro de distância da bailarina, a qual estava vestindo trajes de banho. Previamente à aquisição das imagens, foi utilizado como marcadores bolas de isopor associadas à fita dupla face nos seguintes pontos anatômicos: anteriormente ao polo do pavilhão auditivo direito e esquerdo, acrômio direito e esquerdo, espinha ilíaca ântero superior direita e esquerda, trocânter maior do fêmur esquerdo e direito, linha articular dos joelhos direito e esquerdo, ponto medial das patelas direita e esquerda, maléolos mediais direito e esquerdo, ângulo inferior das escápulas direita e esquerda, processo

espinhoso C7, processo espinhoso T3, espinhas ilíacas pósteros superiores direita e esquerda, ponto sobre a linha média da perna direita e esquerda, maléolos laterais direito e esquerdo e calcâneo direito e esquerdo, de acordo com o protocolo do *Software* para Análise Postural (SAPO) versão 0.67 (DUARTE *et al.,* 2005).

A bailarina foi posicionada em ortostatismo a frente de um fio de prumo, e em cima de um tapete de EVA (etil vinil acetato), material emborrachado que se adapta em qualquer ambiente, no qual a atleta irá posicionar-se livremente para a primeira tomada da foto, seguindo o comando verbal "você vai ficar em pé neste tapete numa posição que lhe seja familiar e confortável; posicione seus pés do jeito que for mais confortável para você". Para a tomada da primeira foto foi desenhado com um giz o contorno de ambos os pés do sujeito no tapete, sendo que, após a tomada da foto em determinada vista, o tapete era rodado em 90º e a atleta a posicionar-se novamente em cima do desenho feito com giz, sendo esse o procedimento realizado nos quatro planos: frontal (anterior e posterior) e sagital (direito e esquerdo) de acordo com o protocolo utilizado no estudo dos autores Bosso LR et al, 2012. Após a retirada das fotos, estas foram transferidas ao programa SAPO num computador, no qual se realizou a análise dos pontos e ângulos formados entre eles, gerando um relatório postural individual para coleta dos dados posteriormente.

Ao término do período de coleta de dados foi realizada a comparação da postura avaliada pelo software SAPO entre os considerados profissionais e os estudantes, bem como a comparação de prevalência de lesões musculoesqueléticas relatadas por profissionais e estudantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti – HMDMG, com número do protocolo 2.846.852.

RESULTADOS

A idade dos participantes variou de 13 a 47 anos, com média de 22,89 anos (± 9,44). Do total de bailarinos 4 foram do gênero masculino (13,7%) e 25

do gênero feminino (86,3%). 17 bailarinos (58,6%) foram classificados como estudantes e 12 bailarinos (41,4%) como profissionais.

Na tabela 1, os resultados referentes às variáveis relativas à prática do ballet. A média de idade de iniciação foi de 5,51 anos (± 3,42). No grupo feminino observou-se que a maioria das bailarinas declararam fazer uso da sapatilha de ponta há mais de 3 anos e das 25 bailarinas, 22 (88%) fazem uso da sapatilha e 3 (12%) declaram que não usam.

Tabela 1 - Análise descritiva dos dados referentes à prática da dança

Parâmetro	**Valores**
Idade início de prática do ballet	5,51 anos (± DP 3,42)
Duração aulas/ensaios por dia <6 horas ≥ 6 horas	 18 bailarinos (62%) 11 bailarinos (38%)
Uso de sapatilha de ponta Sim Não	 22 bailarinas (88%) 3 bailarinas (12%)
Prática semanal <5 vezes ≥5 vezes	 25 bailarinos (86,2%) 4 bailarinos (13,8%)

Tabela 1 - Tabela composta por dados obtidos de idade, tempo de duração de ensaios, utilização de sapatilha de ponta e quantidade de prática semanal de cada bailarino.

Em relação aos estilos de dança praticados, o estilo adotado no início da prática da dança que teve o maior percentual é da modalidade ballet clássico com 26 bailarinos (89%) seguido pelo Jazz com 5 bailarinos (17%), Contemporâneo 4 (13%), Dança de rua 2 (6,8%), enquanto que danças folclóricas, sapateado, dança de salão e outro tiveram 1 bailarino em cada estilo (3,4%). Já quanto ao estilo praticado no momento da avaliação, observa-se que houve mudança com relação às ordens do estilo mais praticado. Apesar de o ballet clássico continuar tendo o maior número de adeptos com 29 bailarinos (100%), o estilo contemporâneo foi relato por 18 bailarinos (62%), jazz por 14 (48,2%), sapateado 9 (31%), dança de rua 5 (17,2%), dança folclórica 4 (13,7%), dança de salão 2 (6,8%).

Vale ressaltar que todos os bailarinos realizam no mínimo dois estilos de dança atualmente. 18 dos 29 bailarinos (62%) relataram praticar dança por

menos de 6 horas por dia e 11 (38%) relataram praticar por 6 ou mais horas por dia.

Sobre a prática semanal, 25 participantes (86%) relataram praticar por menos de 5 vezes na semana enquanto 4 (14%) praticam por 5 ou mais vezes na semana.

Sobre a participação de atividade física paralela a dança, 14 bailarinos (48,3%) responderam que participam atualmente, enquant Joelho ilarinos (51,7%) responderam que não ou que já participaram. Dentre as atividades praticadas, 33% dos bailarinos frequentam academia de musculação, 14% praticam ginástica rítmica, 9% praticam natação e treino funcional, 10% praticam yoga e o pilates, bicicleta, corrida, vôlei e slackline possuem 5% de praticantes em cada modalidade. Com relação à prevalência, houve um total de 57 lesões relatadas por 22 participantes (76% da amostra relatou já ter se lesionado), existindo mais de 1 episódio de lesão em 13 bailarinos (8 profissionais e 5 estudantes). Os membros inferiores foram à região anatômica mais acometida. Deforma mais específica, o tornozelo foi o local anatômico mais acometido, sendo apontado em 10 das 57 lesões (18%), seguido do joelho com 9 (16%), quadril com 8 lesões (14%), pé com 7 lesões (12%) e região lombar 4 (7%). As lesões referidas e as distribuições por local anatômico são discriminadas na figura 1.

Figura 1 - Ponto anatômico acometido

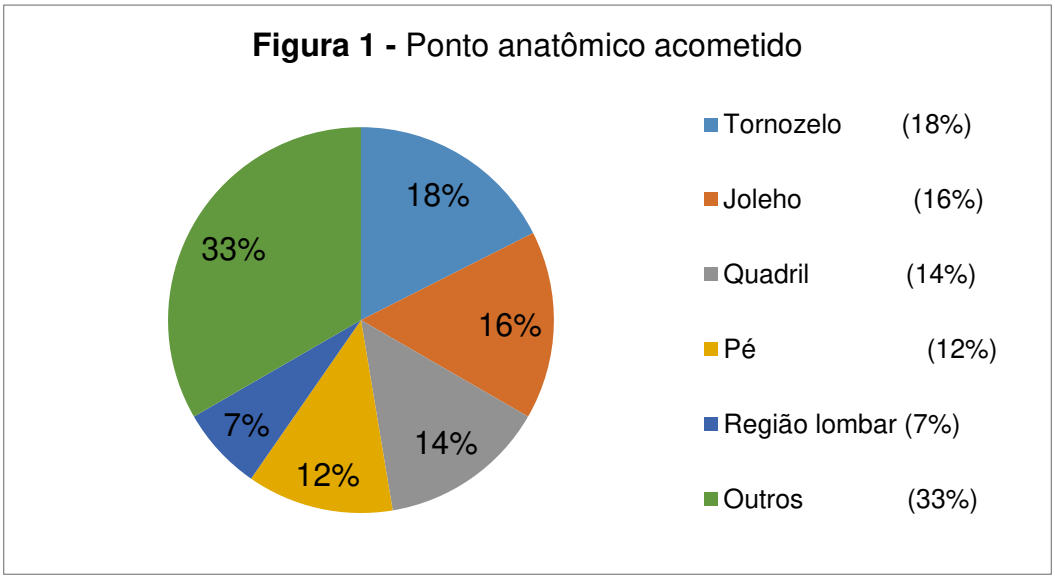

Figura 1 - Pontos anatômicos acometidos em porcentagem de acordo com os dados obtidos dos bailarinos.

Quanto às circunstâncias de acometimento da lesão, o período que mais provocou lesões foi o de aula, sendo que 46% das lesões ocorreram nesta prática, seguido de ensaios coreográficos (24%), apresentação (16%) e competição (14%).

Sobre a procura por métodos de tratamento frente à lesão, houve predomínio da procura por assistência médica e/ou fisioterapêutica entre 18 bailarinos (82% da amostra de 22 lesionados). O profissional médico foi procurado por 13 bailarinos (59% dos lesionados), enquanto o profissional fisioterapeuta foi buscado por 11 bailarinos (50% dos lesionados).

A tabela 2 demonstra os mecanismos de lesão e a natureza das lesões observadas. Constatou-se que 15% das lesões ocorreram no momento da aterrissagem de um salto, 11% durante o alongamento prévio a aula, 11% no momento de uma queda traumática, 8,5% em outro movimento, 7,3% em uma parada brusca, 6% em um cambré, 5% com uso de sapatilha de ponta, durante um plié/demi plié/grand plié e durante bateria de salto, 3,6% durante um arabesque/panché, rond de jambé, durante um salto ou em um grand battement, 2,4% durante um espacate, em uma passagem de espacate ou durante um relevé e 1,2% durante um developpe, rolamento, posição de braço ou durante giros/piruetas, conforme observado na tabela.

Tabela 2 – Prevalência dos Mecanismos de lesão nos bailarinos estudados

Mecanismo Lesão	Quantidade bailarinos	Mecanismo Lesão	Quantidade bailarinos
Aterrissagem de salto	12	Rond de jambé	3
Alongamento	9	Durante um salto	3
Queda	9	Grand battement	3
Outro movimento	7	Espacate	2
Parada brusca	6	Passagem de espacate	2
Cambré	5	Durante um releve	2
Uso sapatilha ponta	4	Développe	1
Plié/ demi plié/ grand plié	4	Rolamento	1
Bateria salto	4	Durante posição de braço	1
Arabesque/panché	3	Giros/ piruetas	1

TOTAL DE MECANISMOS DE LESÃO: 82 (EM 57 LESÕES)
*Em alguns casos houve mais de um mecanismo para cada lesão, apontando recidivas em alguns locais anatômicos.

Tabela 2 - Apresenta a prevalência dos mecanismos de lesão dos bailarinos de acordo com os movimentos realizados no ballet.

A Tabela 3 é composta pelo local anatômico acometido de acordo com os relatos seguido pelo número de tipos de acometimentos, dentro dos índices lesionais que foram selecionados de acordo com o questionário.

Tabela 3 – Locais anatômicos acometidos

Local Anatômico Acometido	N° dos Tipos de Acometimento	Percentual (%) tipos de acometimento
Tornozelo	10	17,54%
Joelho	9	15,78%
Quadril	8	14,03%
Pé	7	12,28%
Lombar	4	7,01%
Perna	3	5,26%
Panturrilha	2	3,50%
Coxa Anterior	2	3,50%
Coxa Posterior	2	3,50%
Cervical	2	3,50%
Ombro	1	1,75%
Cotovelo	1	1,75%
Punho	1	1,75%
Outros	5	8,77%

Tabela 3 - Composta por local anatômico acometido entre membros superiores e membros inferiores, sendo que obtivemos bailarinos que apresentou mais de um local acometido durante o seu tempo de prática.

Das 57 lesões registradas, 25 foram no grupo de estudantes, e 32 no grupo de profissionais. O local anatômico com mais índice de lesão foi o Tornozelo, com 10 lesões (17,54%), seguido por Joelho, com 9 (15,78%), Quadril, com 8 (14,03%) e Pé com 7 (12,28%).

A tabela 4 demonstra a prevalência de lesões registradas na amostra.

Tabela 4 – Prevalência retrospectiva de lesões

Tipo de Lesão	Quantidade Apresentada	Percentual (%) sobre a quantidade de lesões n=57
Luxação	10	17,54%
Distensão Muscular	8	14,03%
Tendinopatia	7	12,28%
Contratura Muscular	6	10,52%
Entorse	6	10,52%
Ruptura Ligamentar	6	10,52%
Fratura	3	5,26%
Outro	11	19,29%

Tabela 4 - Apresentação dos tipos de lesões apresentadas pelos bailarinos profissionais e estudantes.

Foram apontados 8 diferentes tipos de lesão. A lesão mais prevalente foi a Luxação, apontada por 10 vezes (17,54%), distensão muscular, 8 vezes (14,03%), e tendinopatia, apontada 7 vezes (12,28%).

Análise Postural

As variáveis quantitativas, em relação aos ângulos obtidos através do SAPO, indicam as tendências posturais apresentadas pelos bailarinos, as quais estão ilustradas na tabela 5. Pode-se observar que a maioria dos bailarinos apresentaram alteração do alinhamento postural na vista anterior, com exceção do alinhamento horizontal do acrômio, que não houve alteração postural na maioria dos bailarinos. Ressaltando que a EIAS, teve uma média de 3° de

inclinação na maioria dos bailarinos estudados, e a vista lateral esquerda obteve-se uma angulação superior em relação à vista lateral direita.

Tabela 5 - Avaliação dos ângulos posturais

Referência anatômica	Media (DP)
Vista Anterior - Membro Superior	
Alinhamento Horizontal da cabeça	2,56°(± 1,74°)
Alinhamento Horizontal dos acrômios	0° (±0°)
Alinhamento Horizontal das EIAS	3,00° (±1,78°)
Ângulo entre acrômio e EIAS	2,46° (1,54°)
Vista Anterior - Membro Inferior	
Ângulo frontal do membro inferior direito	3,76° (±3,02°)
Ângulo frontal do membro inferior esquerdo	5,96° (±2,81°)
Alinhamento horizontal das tuberosidades das tíbias	4,48° (±2,89°)
Ângulo Q do membro inferior direito	10,38° (±3,23°)
Ângulo Q do membro inferior esquerdo	10,33° (±2,31°)
Vista Lateral Direita	
Alinhamento vertical do tronco	2,53° (±1,68°)
Ângulo do quadril (tronco e coxa)	4,38° (±2,79°)
Alinhamento vertical do corpo	1,08° (±1,07°)
Alinhamento horizontal da pelve	14,14° (±6,28°)
Vista Lateral Esquerda	
Alinhamento vertical do tronco	1,46° (±1,23°)
Ângulo do quadril (tronco e coxa)	6,14° (±3,18°)
Alinhamento vertical do corpo	3,87° (±1,09)
Alinhamento horizontal da pelve	16,01° (±5,58°)
Vista Posterior – Escápula	
Assimetria horizontal da escápula em relação à T3	24,45° (±16,93°)

Tabela 5 - Avaliação dos ângulos posturais em vista anterior, lateral direita. Lateral esquerda e posterior com dados obtidos pelo SAPO. *DP: desvio padrão, *EIAS: Espinha ilíaca ântero superior.

Na análise comparativa das medidas angulares dos membros inferiores, observados também na vista anterior, destacam-se dados importantes quanto ao ângulo Q direito e esquerdo e do alinhamento horizontal das tuberosidades da tíbia. Dos 29 bailarinos, somente 4 (13,7%) apresentaram o ângulo Q dentro dos padrões da normalidade com média de angulação de 14,52° (± 0,42°), sendo que o valor de referência do protocolo SAPO é de 15°.

Na vista lateral destacam-se o ângulo do quadril, alinhamento vertical do corpo e o alinhamento horizontal da pelve, podendo se dizer que há uma

inclinação à direita, devido aos valores referidos pelo protocolo SAPO serem maiores à esquerda.

Na análise da escápula observou-se que 25 bailarinos (83%) apresentaram alterações, sendo que 2 bailarinas (7%) apresentaram uma média de assimetria escapular de 2,36° (± 3,55°), o que não apresenta uma alteração postural significativa. Ressaltando que dos 29 bailarinos, 3 bailarinas (10,3%) não possuem assimetria escapular de acordo com a análise do SAPO.

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou avaliar a prevalência de lesões na prática de treinamento, apresentação, e competição entre bailarinos considerados amadores e profissionais, bem como reconhecer os locais anatômicos mais acometidos e seus principais mecanismos de lesão. Além disso, um segundo objetivo foi avaliar o padrão postural da população, e comparar o padrão observado entre amadores e profissionais.

Foram acompanhados voluntários, no presente estudo, com idade entre 13 a 47 anos. Entretanto, estudos prévios que nos servem de referência acompanharam participantes com idade entre 13 e 25 anos, (Meereis *et al* 2011; Schiweich *et al* 2014; Ribeiro *et al* 2016; Couto AGA *et al* 2013).

Foi constatado que o mecanismo de maior ocorrência de lesões foi o de aterrissagem de salto, apontado como responsável por 15% das lesões. Não foram encontrados estudos que refiram a aterrisagem de salto como mecanismo de lesão, o que pode ser explicado pela forma de descrição dos movimentos no questionário do presente estudo. Porém estudos apontam o mecanismo de salto como grande causador de lesão, 33,33% dos relatos entre as bailarinas estudadas, (Couto AGA *et al*, 2013). É postulado que as lesões pelos mecanismos salto ocorrem devido ao alto impacto, grande amplitude articular e complexidade gestual, (Schweich *et al*. 2014).

Ainda sobre o mecanismo de lesão, observou-se que o alongamento foi citado em 11% dos mecanismos de lesão registrados. A relação desse mecanismo com a ocorrência de lesão costuma ser explicado pela excessiva amplitude articular e estresse muscular causados em movimentos específicos, (Couto AGA *et al* 2013). Esse mecanismo foi citado em outro estudo como o

maior mecanismo de lesão causador de afecções musculares e tendíneas em bailarinos, (Schweich *et al*. 2014).

Por outro lado, dois estudos com bailarinos apontaram o giro/pirueta como o terceiro mecanismo causador de lesão, (Schweich *et al*. 2014; Couto AGA et al 2013), o que difere do presente estudo no qual a queda (11%) aparece como o terceiro mecanismo relacionado as lesões.

O tornozelo foi relatado como o ponto de maior comprometimento (17,54%). O que coincide com o estudo de Couto AGA et al, 2013 que tem a entorse de tornozelo com 50% dos acometimentos, dentro do grupo de bailarinos analisados. O que pode ser justificado pelo estresse dessa estrutura na utilização da sapatilha de ponta, pelos gestos repetitivos e longo período de ensaio (Couto AGA *et al* 2013, Bittencourt PF *et al* 2004). Uma análise biomecânica realizada mostrou que, as forças aplicadas verticalmente ao dorso do pé durante o salto, é um fator de risco de lesões, causador de sobrecarga na articulação do tornozelo, (Couto AGA *et al* 2013).

Dentre os pontos anatômicos de comprometimento, o joelho aparece como um dos locais mais acometidos por lesões segundo os voluntários, com 15,78% dos acometimentos. Estudos anteriores revelam o joelho como ponto de dor recorrente, com manifestação em mais de três dias na semana, (Meereis *et al*. 2011). O estudo e Couto AGA *et al,* 2013 destaca o joelho como ponto de acometimento por tendinopatia do joelho, com 16,6% do total de lesões. Estudos concluíram que o mecanismo de salto provoca um estresse biomecânico em toda estrutura da articulação do joelho, assemelhando ao joelho de saltadores da ginástica olímpica, (Couto AGA *et al*; Leanderson C *et al*).

O pé e a região lombar aparecem dentre os locais apontados com 12,28 e 7,01% dos acometimentos, respectivamente. O que se relaciona com a postura específica exigida durante a dança. Estudos demonstraram que, afecções lombares e de membro inferiores, ocorrem pela posição do ballet. Com quadris em extrema rotação externa, joelhos em hiperextensão e apoio nas extremidades dos dedos, (Schweih *et al* 2014, Couto AGA *et al* 2013).

Sobre os tipos de lesões, as luxações aparecem com 10 ocorrências (17,54% de todas as lesões), sendo o acometimento mais comum dentro da população analisada, o que pode estar relacionado à quantidade de quedas

traumáticas ocorridas no público estudado. No estudo de Bôas *et al,* 2006, a luxação aparece com pequeno número de ocorrências entre as bailarinas, tendo como mecanismo mais comum a distensão, o que se repete no estudo de Grego et al, 1999. As distensões foram citadas por 10 vezes (14,03% de todas as lesões) na população analisada. Acredita-se que tal fato possa ser explicado pelos movimentos articulares com grande amplitude e que podem, muitas vezes, ser realizados sem aquecimento prévio, (Couto AGA *et al* 2013; Grego e*t al,* 1999).

Por fim, a tendinopatia foi apontada em 12,28% das lesões. Há estudos que sugerem que o comprometimento tendinoso ocorre devido sobrecarga muscular e das estruturas envolvidas, e sobretudo apontam a sobrecarga da estrutura do tornozelo e joelho na posição da ponta, (Couto AGA *et al*, 2013, Schweich *et al,* 2014). O que coincide com o alto índice de acometimento tendíneo, 22% das lesões, no estudo de Schweich *et al* 2014.

Sobre a análise postural, as medidas geradas através do Protocolo SAPO indicam a partir dos ângulos analisados, uma tendência postural em bailarinos. Na imagem a partir da vista anterior indicam inclinação do alinhamento da cabeça e uma inclinação significativa na EIAS à direita. Que coincide com artigos precedentes, onde foram encontrados resultados que indicavam assimetria de cabeça, ombros e pelve na vista anterior, com tendências de inclinações à direita, (Meereis *et al* 2011, Ribeiro *et al,* 2014).

No presente estudo, foram encontradas assimetrias em membros inferiores, destacando o desvio dos joelhos. Outro estudo sugere que o desvio dos joelhos e tornozelos para valgo, é influenciado pelo tempo da prática de ballet clássico, (Meereis *et al*, 2011). A utilização da sapatilha de ponta propicia a ocorrência de alterações anatômicas, pois a posição da ponta exige redução da base de apoio, sobrecarregando membros inferiores, (Bittencourt, 2004).

Na análise de tronco ocorreram desvios importantes, de alinhamento vertical do tronco e alinhamento vertical do corpo, com valores elevados referentes ao lado esquerdo, o que indica uma inclinação a direita, valores semelhantes foram encontrados em outro estudo, (Ribeiro *et al*, 2014). Estudos referentes ao alinhamento postural concluíram que a prática de ballet pode influenciar na postura, causando alterações à longo prazo, (Ribeiro *et al,* 2014;

Meereis *et al*, 2011). Com a ocorrência de desvios posturais, o corpo tende a criar compensações para manter a verticalidade do tronco, (Kendall, 1995).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo permitiu uma pesquisa de campo, possibilitando dados sobre os índices de lesões em bailarinos que praticam a arte da dança Ballet classificados como estudantes e profissionais. Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário e um inquérito de lesão. Em conjunto foi realizada a análise postural em bailarinos com o software SAPO, no qual foram analisadas as particularidades posturais dos bailarinos a partir dos registros fotográficos, que possibilitou a apuração dos resultados da avaliação.

O questionário com perguntas relacionadas dentro de sua vivência e prática conseguiu mostrar a situação dos bailarinos tanto profissionais quanto estudantes possuem lesão mesmo que seja pouco tempo de prática, o que ajuda a justificar a modalidade do ballet uma arte lesiva. Dentre as lesões pode-se afirmar a predominância de acometimentos em membros inferiores, decorrente da sobrecarga, gesto repetitivo e alta complexidade de movimentos.

A análise postural no software SAPO confirmou a hipótese da presença de assimetrias posturais no grupo estudado, o que comprova que a prática da dança causa alterações e compensações posturais para atingir as posições consideradas ideais do ballet.

Podemos concluir a partir da realização deste estudo, comprovada predominância de posturas compensatórias e maior prevalência de lesões músculos esqueléticos naqueles participantes classificados como profissionais, devido o maior tempo de prática semanal. Além disso, o fato de três quartos da população estudada ter relatado ocorrência de histórico de lesão relacionada a pratica do ballet, reforça a importância de práticas preventivas voltadas a essa população.

REFERENCIAS

SILVERIO A., **A história do ballet.** Disponível em <http://anabotafogoboutique.com.br/a-história-do-ballet> Acesso em 13 de Abril de 2018.

GREGO L. G., MONTERIO H. L., PADOVANI C. R., GONÇALVES A. Lesões na dança, estudo transversal híbrido em academias da cidade de Bauru SP. **Revista Brasileira Medicina do esporte**, v.5, n.2, p 47-54. 1999.

GREGO L.G, **O Ballet das lesões: associação entre agravos músculo-esqueléticos e aptidão física de praticantes de dança e de escolares**. 2002. 99p. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Disponível em: < http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/275366/1/Grego_LiaGeraldo_M.pdf> Acesso em: 12/07/2017.

PICON A.P et al. Biomecânica e Ballet clássico: uma avaliação de grandezas Dinâmicas do "sauté" em primeira posição "em pointe" em sapatilhas de pontas. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo. V.16, n.1, p 53-60, jan, 2002.

MEEREIS E.C.W et al. Análise de tendências posturais em praticantes de balé clássico. **Revista da Educação Física/UEM.** Maringá, v.22, n.1, p.27-35, 1° trimestre. 2011.

Ferreira E. A. G. *Postura e Controle Postural:* **Desenvolvimento e aplicação de método quantitativo de avaliação postural** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP, 2005, p.114.

KENDALL F.P, McCREARY,E.K, et al. **Músculos: Provas e funções**. 5ª edição. São Paulo: Editora Manole. 2007.

HASHIMOTO B., TAKAHAGI, L.S., et al. Análise da postura de participantes de um programa postural em grupos. **Revista Eletrônica de Fisioterapia da FCT/UNESO**, v.1, n.1, 2009.

FIGUEIREDO R.V., AMARAL, A.C., SHIMANO, A.C. Fotogrametria na identificação de assimetrias posturais em cadetes e pilotos da academia da força área brasileira. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2012; 16(1): 54-60

PAREDES E.A., **A introdução à aerofotogrametria para engenheiros**. Maringá, PR, cnpq 1987, 493 pp.

RIBEIRO J.N, MOURA, *U.I.S, et al***. Perfil postural das bailarinas clássicas do Vale do São Francisco**. Coluna/Columna. 2016; 15(3):199-204

SOUZA J.A., Biofotogrametria confiabilidade das medidas do protocolo do Software de Avaliação Postural (SAPO). **Revista Brasileira de cineantropometria e desempenho humano.** V.13, n.4, Santa Maria: 2011

PATRE C.M., CARVALHO FILHO G., MONTEIRO H. L., NETTO JÚNIOR J., PADOVANI CR**. Lesões desportivas no atletismo: comparação entre informações obtidas em prontuários e inquéritos de morbidade referida**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2004; 10:1-8.

COUTO AGA e PEDRONI, CR. **Relação entre postura, queixa dolorosa e lesão em bailarinas clássicas.** Ter Man. 2013; 11(52): 228-233.

SCHWEICH LC, GIMELI, AM et al. **Epidemiologia de lesões musculoesqueléticas em praticantes de ballet clássico**. Fisioterapia Pesquisa. v.21, n.4. São Paulo. 2014

DUARTE M., FERREIRA E.A., MALDONADO E.P., FREITAS A.Z. Documentação sobre o SAPO - **Software para avaliação postural.** 2005. Disponível em <http://demotu.org/sapo/> Acesso em 26 de Abril de 2018.

BOSSO LR e GOLIAS ARC. **A postura de atletas de ginástica rítmica: análise através da fotometria.** Ver Bras Med Esporte. 2012, 18(19): 333-337.

LEANDERSON C, LEANDERSON J, WYKMAN A, STRENDER LE, JOHANSSON SR, SUNDQUIST K. **Musculoskeletal injuries in young ballet dancers.** Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2011, Editor Springer-Verlag; 19(09):1531-1535. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00167-011-1445-9> Acesso em: 29 do outubro de 2018.

BITTENCOURT PF. **Aspectos posturais e álgicos de bailarinas clássicas** [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4046/000452060.pdf?...1> Acesso em 02 de novembro de 2018.

KENDALL F, MCCREARY E, PROVANCE P, ABELOFF D, P ANDREWS, KRAUSSE C, et al. **Músculos: provas e funções com Postura e dor.** São Paulo: Editora Manole; 1995.

SOBRE OS AUTORES:

XAVIER, Ranieri Mozer
Graduada em Bacharel no curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (2018).

OLIVEIRA, Franciele Lais de
Graduada em Bacharel no curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (2018).

LIRA, Joice Santana Trajano de
Graduada em Bacharel no curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (2018).

MELLONI, Mauro Augusto Schreiter
Graduado em fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2006), mestrado em Ciências Médicas pela Universidade de Campinas (2012) e doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (2017). Atualmente é docente titular do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário de Jaguariúna e dos cursos de Pós-graduação em Osteopatia da Metrocamp – Devry, Metodologia do treinamento esportivo do Núcleo de Alto Rendimento Esportivo de São Paulo, e de Fisioterapia Ortopédica e desportiva da PucMG, além de atuar como fisioterapeuta do Comitê Paraolímpico Brasileiro.

PRINCIPAIS TÉCNICAS DE TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Physiotherapeutic treatments in urinary incontinence in elderly woman: bibliographical review

MATOS, Ingrid Caroline Mendes
Centro Universitário Max Planck

SILVA, Françuely Maria
Centro Universitário Max Planck

ROCCHI, Daniele Cristiane
Centro Universitário Max Planck

SCHNEIDER, Vianna Luana
Centro Universitário Max Planck

RESUMO: O objetivo do presente estudo é identificar o principal tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária em idosas. Este estudo é uma revisão e foram utilizados medline, bvs e scielo como base de dados. As palavras chaves foram: idosos, feminina, fisioterapia, incontinência urinária. Artigos em português, inglês e espanhol foram selecionados de 2008 até a data atual. Os resultados foram eletroestimulação, cinesioterapia, biofeedback como principal técnica de fisioterapia, mostrando que o uso dessas técnicas é eficiente para incontinência urinária, melhorando a qualidade de vida de idosas

Palavras-chaves: Fisioterapia; Idoso; Incontinência Urinária.

Abstract: The aim of the present study is to indentify the main physical theraphist treatment for urinary incontinence in eldery women. This study is a rewiew and were used medline, bvs and scielo as database. The key words were: elderly,feminine, physical therapy, urinary incontinence. Articles in Portuguese, English and Spanish were selected from 2008 until the currenty date. The results were eletroestimulation, kinesiotherapy, biofeedback as the main physical therapy techinic, showing that the use of these thecnics is efficient for urinary incontinence, improving the quality of life for elderly women.

Key-words: Aged; Physical Therapy Specialty; Urinary Incontinence.

INTRODUÇÃO

A Incontinência urinária (IU), é descrita como qualquer perda involuntária de urina, perda essa que pode acarretar problemas psicossociais e higiênicos (Abrams *et al.,* 2010).

Existem algumas classificações para IU. A referência utilizada atualmente é da Sociedade Internacional de Continência (SIC), e classifica a IU de acordo com a sintomatologia apresentada pelos pacientes. A IU de esforço,

é classificada quando o paciente ao realizar algum esforço como tossir ou espirrar ocorre a perda de urina. Já a IU de urgência ocorre quando o paciente apresenta urgência miccional, em que ocorre perda involuntária de urina. E de forma conjunta é definida a IU mista, pois compreende tanto a perda urinária por esforço em maior ou menor intensidade, como também, a urgência em urinar a qualquer momento e perda de urina associada a essa urgência, (Abrams *et al.*,2010).

De acordo com Carvalho e colaboradores (2014), foi encontrada uma prevalência da IU de 42% no sexo feminino. Em mulheres acima de 65 anos de idade, esse percentual aumenta para 44%, o que demonstra um aumento gradativo da ocorrência dessa patologia com o passar dos anos.

No processo de envelhecimento ocorrem alterações que levam a IU, devido a redução das respostas fisiológicas como o comprometimento funcional do sistema nervoso e circulatório, a atrofia dos músculos e tecidos, a redução do volume vesical, além das modificações psicossociais, que influenciam na qualidade de vida das mulheres idosas, (Carvalho *et al.,* 2014).

Um dos métodos para reduzir a prevalência da IU feminina é a avaliação detalhada, o que permite um diagnóstico mais preciso da situação da mulher, o que possibilita um tratamento mais eficaz e direcionado para cada tipo da patologia e cada mulher. O diagnóstico de acordo com a ICS é clínico, com isso, devemos nos atentar com eventuais fatores confundidores como infecção urinária, cálculos renais, tumores, neuropatias e outras possibilidades que possam mascarar o diagnóstico da IU, (Smith,2006).

A IU é um problema de saúde pública mundial e relevante epidemiologicamente. São escassas as políticas públicas para essa patologia, o que dificulta a divulgação e o conhecimento do tratamento para essa causa, o que afeta negativamente a qualidade de vida da população acometida por esta, (Delarmelindo;2013).

Programas de políticas públicas foram direcionados para prevenção da saúde da mulher, com ações mais incisivas voltadas para prevenção e reabilitação da IU, encarregando órgãos formadores de profissionais da saúde a realizar a capacitação para que possam contribuir na resolução desta doença impactante, principalmente da vida das mulheres (Barbosa *et al.,* 2009).

Por ser um problema comum de saúde esta pesquisa se torna relevante pois tem intuito de esclarecer possíveis dúvidas sobre o assunto, que é de escasso conhecimento de grande parte da população Brasileira. A falta de conhecimento sobre prevenção e tratamento da IU, levam muitas mulheres a desenvolver problemas sociais, psicológicos e até mudanças em suas atividades diárias por apresentarem esta patologia, o que torna a patologia ainda mais preocupante. A fisioterapia é essencial para o tratamento conservador da IU e conta com diversas técnicas de tratamento, para diferentes casos e tipos de IU, seu objetivo é de devolver à mulher a saúde, a independência e a autoestima, que são imprescindíveis para qualidade de vida.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é identificar os principais tratamentos fisioterapêuticos para IU em idosas, a partir da revisão da literatura.

MÉTODO

O estudo foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica, a partir das bases de dados Medline, Scielo e PubMed. Para esta revisão foram selecionadas as palavras chave I*ncontinência Urinária, Fisioterapia, Feminina e Idosos* além dos termos em inglês *Urinary incontinence, physiotherapy, female e aged*.

Os itens a seguir foram utilizados como critério de seleção dos artigos para compor a amostra final, são esses, artigos publicados de 2008 a 2018, estudos de intervenção disponibilizados de forma gratuita nas bases utilizadas, nos idiomas inglês, português e espanhol e temas referentes a IU na mulher idosa, foram consideradas como idosas mulheres acima de 65 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002). Os critérios de não inclusão utilizados nestes artigos foram o título, quando este abordou a IU masculina e o uso de artigos de revisão bibliográfica, artigos estes não utilizados na composição da amostra final.

Para seleção inicial dos artigos, foi realizada a leitura dos títulos e pré-selecionados os que continham descrições relacionadas ao tema proposto. Com os artigos selecionados neste primeiro processo, foi realizada a leitura de seus resumos e assim realizado mais um filtro, agora considerando melhor as

especificidades do tema e os critérios de inclusão do estudo. Posterior a leitura dos resumos, os artigos selecionados nesse processo, passaram por leitura completa do material como último critério de seleção. Apenas os artigos que contemplavam os critérios de inclusão e de não inclusão compuseram a amostra final deste estudo.

Em todas as bases de dados todas as palavras chaves foram cruzadas entre si. Na base de dados Scielo foram encontrados 126 artigos. Após, foi realizada a leitura dos títulos e resumos completos e selecionados 10 artigos, destes,1 foi utilizado na amostra final.

Na base de dados Medline, foram encontrados 85 artigos. Após a leitura dos resumos,12 foram selecionados e somente 1 artigo fez composição na amostra**.**

Na Pubmed foram encontrados 144 artigos, após a leitura completa dos resumos,10 foram selecionados e somente 4 foram selecionados para amostra final.Ao fim foram selecionados 6 artigos que serão utilizados para compor a amostra deste estudo, considerando os fatores de inclusões e objetivo proposto.

Figura 1: Fluxograma da seleção dos materiais que compuseram a amostra final.

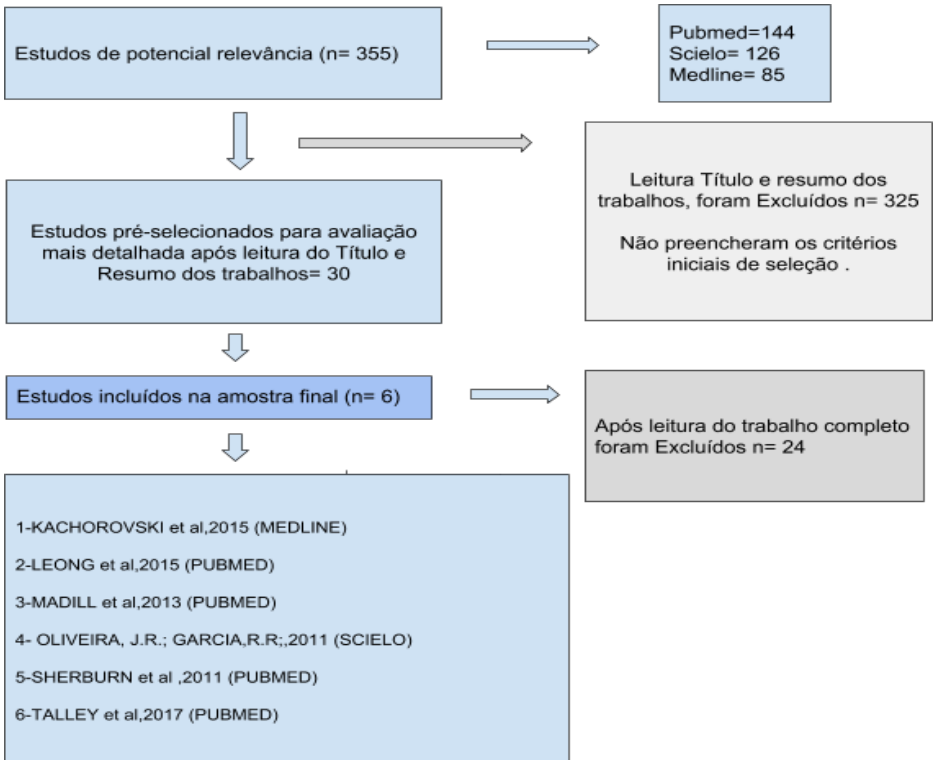

Figura 1: Fluxograma desenvolvido pelos autores.2018

RESULTADOS

Os artigos encontrados apresentam as técnicas de cinesioterapia, e eletroestimulação, reeducação neuromuscular e acupuntura para busca de resultados para o tratamento da incontinência urinária. Considerando os resultados encontrados, foi possível observar semelhantes fatores nos tratamentos relacionados à IU entre os artigos.

No estudo de Kachorovsk e colaboradores (2015), o objetivo foi comprovar o efeito da terapia de isostretching, que consiste em princípios corretivos posturais. Participaram do estudo 14 mulheres que realizaram duas sessões semanais de 40 minutos. Estas foram submetidas a avaliação com uso do questionário de incontinência, International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), antes e depois do tratamento. O protocolo consistiu nos 10 primeiros minutos de terapia com a prática de exercícios de aquecimento com dança circular, a fim de preparar psicologicamente e fisiologicamente as mulheres para realização os exercícios. Nos 30 minutos seguintes foram propostas oito atividades baseadas no método de alongamento isométrico com as posições 01, 36, 37, 38, 39, 55, variantes 3 e 41, seis séries de cada com 10 repetições. Após a aplicação do protocolo pode-se concluir que o alongamento isométrico contribuiu de forma significativa na melhora dos sintomas ligados a IU, consequentemente, resultou em uma melhora na qualidade de vidas das idosas participantes do estudo.

O estudo de Leong e Mok (2015) utilizou um protocolo de 12 semanas de exercícios fisioterapêuticos para assoalho pélvico e utilizou as técnicas de palpação manual e feedback verbal, além da reeducação sobre incontinência urinária e terapia comportamental. Com o grupo de intervenção foram realizadas sessões de fisioterapia individuais, com duração de 30 minutos cada sessão, uma vez na semana durante quatro semanas. A partir da quinta semana as sessões passaram a ser quinzenais e perduraram por mais oito semanas. O tratamento foi composto por treinamento de fortalecimento do assoalho pélvico com exercícios de Kegel, englobando consciência muscular com contrações de 5 segundos com intervalo de 10 segundos entre as mesmas. Após, paciente foi posicionada em decúbito dorsal, e foi realizado fortalecimento muscular com contração submáxima de 25 segundos de

sustentação e cinco repetições. Contou também com o treinamento miccionais, com estratégias para espaçar o intervalo de tempo entre esvaziamento, com uma combinação de horários progressivos, para supressão de urgência, distração, auto monitoramento e reforço.

Segundo Madill e colaboradores (2013) o objetivo do estudo foi avaliar amplamente os efeitos do programa de reabilitação do Músculo do Assoalho Pélvico (MAP) na função e morfologia. O programa de reabilitação de 12 semanas foi proposto como intervenção, com intuito de avaliar as mulheres antes e após os exercícios. O estudo foi composto por 17 participantes e dividido em um grupo de oito participantes e um de nove. As mulheres foram orientadas inicialmente a como realizar as contrações do MAP de maneira correta. O Tratamento consistia em 12 exercícios semanais de uma hora. Os exercícios realizados foram contrações voluntárias máximas dos MAP, contrações rápidas, contrações máximas com sobreposição de contrações rápidas, contrações para aproximadamente 50%, 100%, 50% do seu máximo, contração e depois relaxamento e pré-contração antes da tosse. As atividades foram exercidas em supino, quatro apoios, sentados e de pé. Para avaliar a progressão de contrações, a intensidade e o tempo, foi aumentado progressivamente a cada quatro semanas. Também foram realizados exercícios respiratórios, exercícios para ombros e troncos, quadris e pés, alongamentos suaves e uma combinação de exercícios de equilíbrio. Os participantes foram orientados a realizarem os exercícios em casa 5 dias por semana, por 15 a 20 minutos. Durante as primeiras semanas os exercícios domiciliares foram feitos em supino, nas demais semanas foram em pé, e foram também progredidos a cada semana para avaliar o número de contrações exercidas. Ao fim do estudo, pode-se concluir que e as aulas de reabilitação do MAP são eficazes na redução dos sintomas da IUE e na melhoria qualidade de vida em, mulheres idosas.

Em Oliveira e colaboradores (2011) foi realizado estudo com um grupo de 11 mulheres. Foram realizadas técnicas de cinesioterapia, com a realização de uma sessão semanal com duração de 30 minutos, durante 15 semanas. O protocolo foi composto por exercícios específicos para assoalho pélvico, realizados nas posições deitada, sentada, em pé e andando. No início do tratamento foi solicitado as pacientes que sustentasse a contração da MAP por

cinco segundos, com relaxamento pelo mesmo tempo, levando em consideração a tolerância de cada paciente. Foram analisadas também as perdas urinárias em algumas situações como tosse, espirro, corrida, salto, mudança de posição, levantamento de peso e subida de escadas. O estudo aplicou também o questionário de qualidade de vida Kings Health Questionnaire (KHQ) antes e depois, o que apresentou melhora significativa na qualidade de vida das pacientes no pós tratamento conservador com a cinesioterapia do assoalho pélvico, observou-se melhora evidenciada da perda de urina involuntária e no alívio dos sinais e sintomas referidos.

Sherburn e colaboradores (2011) investigaram o efeito de um programa intensivo de treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), comparado com o efeito de um programa intensivo de treinamento da bexiga (TB), por meio de um estudo randomizado de cego julgamento, durante cinco meses. As pacientes foram divididas entre em dois grupos um realizou TMAP e o outro o TB. Foram aplicados exercícios fisioterapêuticos intensivos de TMAP associados com controle motor, força, resistência, potência e treinamento funcional, no qual, os pacientes deram continuidade ao programa em casa, registrando as sessões em diários. O estudo teve duração de 20 semanas com sessões semanais. Os resultados do grupo PFMT mostrou melhora significativamente maior do que o grupo BT no teste de esforço para tosse, porém, na avaliação de qualidade de vida, não houve diferença entre os grupos, com igual satisfação para com o tratamento recebido.

Em Talley e colaboradores (2017) objetivou-se combinar o tratamento comportamental para IU e o programa de atividades físicas, em mulheres idosas consideradas frágeis. Participaram do estudo 42 mulheres que foram divididas em 2 grupos, grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). A avaliação baseou-se na aplicação do ICIQ e avaliação das habilidades de higiene e qualidade de vida usando o Incontinence Impact Questionnaire e o Urogenital Distress Inventory. O protocolo de tratamento realizado durou 12 semanas. O grupo GI teve como protocolo a terapia comportamental e atividades de fortalecimento do assoalho pélvico 5 dias por semana. As atividades incluíram 10 exercícios de fortalecimento com uma série de 12 a 15 repetições, com intensidade moderada utilizando faixas de resistência visando os músculos necessários para caminhar e se transferir e a prática de 150

minutos de caminhada com intensidade moderada por 30 minutos, utilizando do podômetro eletrônico para motivação. Já o grupo GC recebeu material impresso sobre modificações no estilo de vida e terapias comportamentais. Houve melhora de 50% de vazamentos diários no GI, já o grupo GC não apresentou nenhuma melhora. Embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa, o GI melhorou suas habilidades em relação a higiene. Concluiu-se neste trabalho que a associação de tratamento do âmbito comportamental e a prática de atividades físicas podem trazer benefícios, porém, os autores dizem que ainda devem ser realizadas mais pesquisas relacionadas a essa abordagem.

Tabela 1: Resultados encontrados com a revisão bibliográfica.

AUTOR	AMOSTRA	DESFECHOS AVALIADOS	INTERVENÇÃO	EFEITOS OBTIDOS
KACHOROVSKI,L.W. *et al*;	**Tamanho amostral**:14 mulheres **Critérios de inclusão:** -mulheres com queixa de IU e idade igual ou superior a 65 anos; mulheres sem comprometimento cognitivo.	Questionário ICIQ-SF.	-Aquecimento com dança circular (10 minutos) -Exercícios simétricos de alongamentos com princípios isométricos(30 minutos) realizados 2 vezes na semana **Tempo de tratamento:12 semanas.**	Melhora significativa da IU (p < 0,05) e da QV (p = 0,01) para 80% das idosas.
LEONG, B.S.;	**Tamanho amostral:** 55 mulheres divididas em dois grupos (controle e intervenção) **Critérios de inclusão:** mulheres com mais de 65 anos com incontinência urinária leve a moderada	Questionário de diário semanal; Questionário de impacto de incontinência versão resumida (IIQ-7); Escala analógica visual de 10 cm (VAS); EVA	Exercícios de treinamento da bexiga; Exercícios de fortalecimento de assoalho pélvico; Exercícios de Kegel; Reeducação Neuromuscular **Tempo de tratamento:** 12 semanas	Melhora na qualidade de vida e redução na perda involuntária de urina
MADILL, SJ; *et al*	**Tamanho Amostral:** 17 mulheres com média de idade 65 anos ou mais. **Critérios de inclusão:** Mulheres acima de 65 anos, com sintomas de IU	Programa de reabilitação de GFP; com avaliações no início e imediatamente após a intervenção**.**	O programa de exercícios incluiu o máximo de contrações e 2 tipos de exercício de PFM: MVCs de PFM, contrações rápidas de PFM. As sessões duravam 1 hora, e os exercícios foram realizados em supino, quatro pontos ajoelhados, sentados e de pé. **Tempo de tratamento**:12 semana	Reabilitação do grupo PFM são eficazes na redução dos sintomas da IUE e na melhoria qualidade de vida em moradia comunitária, mulheres idosas
OLIVEIRA,J.R ;GARCIA,R.R.	**Tamanho amostral:**11 mulheres **Critérios de inclusão:** mulheres acima de 60 anos com incontinência urinária	Kings Health Questionnaire; Biofeedback	Exercícios isométricos para assoalho pélvico (30 minutos por sessão); Eletroestimulação neuromuscular (EENM) vaginal; Fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais; Cinesioterapia com exercícios de Kegel **Tempo de tratamento**: 12 semanas	Redução da perda urinária; Alívio dos sinais e sintomas referidos e Melhora significativa na qualidade de vida
SHERBURN, M; *et al*	**Tamanho amostral:** 83 mulheres divididas grupo de TMAP(Treinamento muscular do assoalho pélvico) e grupo BT(treinamento de bexiga) **Critérios de Inclusão:** mulheres residentes na comunidade acima de 65 anos	-Timed Up and Go (TUG); EVA	-Exercícios para assoalho pélvico combinando controle motor, força, resistência e potência associados com diversas posições corporais, realizado uma vez na semana **Tempo de tratamento:** 20 semanas	O grupo TMAP mostrou melhora significativa maior em relação ao grupo BT no teste de esforço para tosse
TALLEY,K.M. C.*et al*	**Tamanho da amostra:**42 mulheres frágeis sem demência.Dividas em 2 grupos (controle/intervenção) **Critério de inclusão:** Ser considerada frágil; Ter o cognitivo preservado; Estar apto a realização de atividades físicas	**-**Questionário de Consulta Internacional sobre Incontinência (ICIQ)	-150 minutos de caminhada de intensidade moderada (30 minutos, 5 dias semanais); exercício em grupo de 1 hora duas vezes por semana, o incluíram 10 exercícios de fortalecimento de força (1 série de 12-15 repetições em intensidade moderada) usando as bandas de resistência **Tempo de tratamento:**12 semanas	Ambos os grupos relataram melhora da IU e redução de vazamentos diários, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativas.

Tabela 1: Desenvolvida pelos autores, 2018

DISCUSSÃO

Tendo em vista os achados da literatura, um dos fatores determinantes que ampliam a incidência de IU é a idade, em que as mudanças fisiológicas ocorrem de forma inevitável. A fisioterapia no tratamento da IU proporciona uma melhor compreensão e função da MAP, refletindo na qualidade de vida das mulheres que buscam o tratamento, (Henkes *et al*;2015).

O diagnóstico correto é essencial para que o tratamento seja adequado, pois para cada tipo de IU é indicado um tratamento. Sendo assim, o fisioterapeuta após diagnosticar o tipo de perda urinária, deverá introduzir alguns métodos, bem como exercícios de fortalecimento para MAP, contrações corretas dos músculos perineais em conjunto com a respiração adequada que irão resultar numa melhora na sustentação dos órgãos pélvicos, reforçando a resistência uretral, favorecendo o equilíbrio desse grupo muscular, (Marques, 2016).

A Sociedade Internacional de Continência recomenda o tratamento fisioterapêutico como o principal recurso para a disfunção, o qual, apresenta uma abordagem de alta eficácia, baixo custo e de mínima intercorrência, (Mendes; Gardenghi; Leal; 2017).

As técnicas fisioterapêuticas mais utilizadas de acordo com esta revisão de literatura são as de eletroestimulação, biofeedback, cones vaginais e cinesioterapia.

No estudo de Knorst e colaboradores (2013) com objetivo de verificar a influência de uma intervenção fisioterapêutica rápida na musculatura do assoalho pélvico utilizando eletroestimulação endovaginal e exercícios perineais, pode-se afirmar que um programa de tratamento com sessões semanais com curta duração, resulta no ganho da função do MAP. Já em Tomassi e colaboradores (2014) os autores apresentam a técnica que se baseia na eletroestimulação do nervo tibial posterior para o tratamento da IUE. Ambos os autores, apontam resultados positivos em relação perda de urina involuntária, apresentando melhora de resultados no fortalecimento da MAP e consequentemente a satisfação das mulheres.

De acordo com Silva e colaboradores (2014) em seu estudo de relato de caso, caso este que apresentava IUE e após aplicação do protocolo de

intervenção multiprofissional que inclui a reeducação de hábitos de vida, alongamento de MAP por meio da cinesioterapia e biofeedback, para auxílio no fortalecimento e conscientização da musculatura. Houve relato de melhora expressiva da paciente eliminando todos os sintomas, verificação esta realizada com o questionário ICIQ-SF.

Coincidindo com Fitz e colaboradores (2017), que abordou o treinamento da MAP, envolvendo a contração dos músculos puborretal, esfíncter anal e uretral externo, houve melhora significativa na IU, reduzindo o desconforto causado pelos sintomas da perda urinária, melhorando também a qualidade de vida e otimizando a funcionalidade da MAP. O estudo de Correa e colaboradores (2015), encontrou dados semelhantes por meio de uma revisão bibliográfica apresentou estudos sobre o fortalecimento do diafragma pélvico e a prática do pilates, que apesar de não muito utilizadas especificamente para IU, apresentou bons resultados.

A Revisão de Literatura realizada por Lopes e colaboradores (2013) encontrou também as técnicas de biofeedback, juntamente com a utilização de cones vaginais. Os estudos analisados mostram que o treinamento do assoalho pélvico associado os dois tipos de terapia se mostram eficientes e podem ser utilizadas como tratamento para IU.

Os achados se apresenta de forma clara com resultados satisfatórios. A busca metodológica teve como seu maior objetivo comprovar credibilidade ao trabalho vigente, reforçando os resultados obtidos com a revisão realizada, que mostra que o tratamento fisioterapêutico obtém resultados positivos nos principais sintomas causados pela IU, comprovando sua importância e eficácia no tratamento da IU.

CONCLUSÃO

As principais técnicas fisioterapêuticas encontradas para tratamento de incontinência urinária em idosas foram: cinesioterapia, biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais, comprovando que a fisioterapia tem um papel muito importante para a manutenção e melhora da qualidade de vida das mulheres idosas.

Devido ao número reduzido de pesquisas relacionadas a idosas com mais de 65 anos de idade com IU, que apresentem protocolos bem estabelecidos, sugerimos que sejam realizados mais estudos sobre o assunto nessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society Urology.**Neurourology and Urodynamics**,v.1, n.61, p.37-49, 2010.

BARBOSA, S.S. Como profissionais da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina.**O Mundo da Saúde**,v. 4, n. 33, p. 449-56,2009.

CARVALHO, M.P. et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosos.**Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 6, n. 56, p. 649-54, 2010.

CORREA, J.N; MOREIRA, B.P; GARCEZ, V.F; Ganho de força muscular do diafragma pélvico após utilização dos métodos pilates ou kegel em pacientes com incontinência urinaria de esforço, **Revista UNINGÁ** Review v.23, n.2, p.11-17, 2015.

DELARMELINDO R.C.A, et al. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. **Revista da Escola da Enfermagem da USP**, v. 2, n. 47, p. 296-303, 2013.

FITZ, F. et al. Pelvic floor muscle training for overactive bladder symptoms- A prospective study. Departament of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), **Revista da Associação Medica Brasileira** 2017; 63(12): 1032-1038.

HENKES, D.F., et al.; Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico, Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina**, v.36, n.2, p. 45,2015.

KACHOROVSKI, L. W., et al; Effect of isostretching on the quality of life of incontinent older women. Fisioterapia Movimento, **Brasil**, v. 28, n. 4, p. 811-819,2015.

KNORST. M.R.; et al.; Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico, **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.16, n.2, p. 102-7, 2012.

LEONG, B.S.;MOK, N. W.Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong.**Hong Kong Medical Journal**,v. 1, n. 21, p. 30-7, 2015.

LOPES, A. et al.; Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária**, Fisioterapia e Pesquisa**. v.20, p.90-96, 2013.

MADILL,S.J. et al.; Effects of PFM Rehabilitation on PFM Function and Morphology in Older Women. **Neurourology and Urodynamics**,v. 8, n. 32, p. 1086-1095, 2013.

MARQUES,S.R.;Tratamento fisioterapêutico na incontinência urinaria em idosas,**Revista saúde integrada**,v.9,n.17,2016.

MENDES. E.C.;GARDENGHI.G.;LEAL, A.G.F.; Eficácia do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em mulheres: uma revisão não sistemática, **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, v.7, n.1, 2017.

OLIVEIRA J.R;GARCIA R.R;Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 2, n. 14, p. 343-351, 2011.

SHERBURN, M.; et al. Incontinence Improves in Older Women After Intensive Pelvic Floor Muscle Training: An Assessor-Blinded Randomized Controlled Trial.,**Neurourology and Urodynamics,** v. 30, n. 317, p. 324, 2011

SILVA, G.C.; et al. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço – relato de caso, **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.11,n. 25, p.17-26, 2014.

SMITH, P.P., et al. Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence.Canadian **Medical Association Journal**, v. 10, n. 175, p. 1233-40, 2006.

TALLEY,K.M.C. et al. Defeating Urinary Incontinence with Exercise Training: Results of a Pilot Study in Frail Older Women,**Journal of the American Geriatrics Society**, v .6, n. 65, p. 1321-1327, 2017.

TOMASSI, A.V.R.; et al. O uso da eletroestimulação no nervo tibial posterior no tratamento da incontinência urinária, **Revista Enfermagem**, p.597-602, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing – **A Policy Framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging.Madrid, Spain, April, 2002.

EXERCÍCIOS COM PESOS PARA A PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO NARRATIVA.

RESISTIVE EXERCISES FOR OLDERS ADULTS: a narrative review

BELIZÁRIO, Rafael
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

MILANES, Renan
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

OLIVEIRA, Gilberto
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

SIMIONATO, João
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

COSTA, Taiguara Bertelli
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

RESUMO: A força muscular é considerada um componente de extrema importância no programa de treinamento esportivo. O presente estudo teve como objetivo fazer uma revisão bibliográfica referente ao exercício com peso para pessoas idosas, foram avaliados 20 artigos, onde os mesmos compõem uma tabela, formada por (método de treino, controle de intensidade, força, funcionalidade, idade). De acordo com os artigos revisados, podemos concluir que o treinamento de força, é capaz de gerar um aumento significativo de funcionalidade e força muscular, independentemente da idade.

Palavras-chave: exercícios resistidos; exercício físico; treinamento de força; força muscular; capacidade muscular; idosos; pessoa idosa; envelhecimento.

ABSTRACT: Muscle strength is considered an extremely important component in the sports training program. The present study had as objective a bibliographical review regarding the exercise with weight for elderly people, 20 articles were evaluated, where the same compose a table formed by (training method, intensity control, strength, functionality). According to the revised articles, we can conclude that strength training is capable of generating a significant increase in strength and functionality in the elderly regardless of age.

INTRODUÇÃO

A experiência prática advinda da convivência entre os acadêmicos do curso de graduação em Educação Física permitir afirmar que há, entre esses, certo receio quando à aplicação de treinamento de força (exercício resistido ou contra resistido) para a população idosa. De maneira geral, a pessoa idosa é vista na sociedade como um indivíduo com baixa resistência física para realizar

exercícios com intensidade mais elevada, ou como são mais popularmente chamados, exercícios mais 'pesados', como é o caso dos exercícios com pesos. Essa percepção popular acaba afetando os acadêmicos de Educação Física em sua formação.

Como bem descreve a Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir do momento em que começamos a envelhecer, uma série de transformações começam a ocorrer em nosso corpo, como diminuição hormonal, atrofia muscular, redução na densidade óssea e mudanças que vem junto com o envelhecimento, perda de funções e independência, sendo assim, o envelhecimento é associado a danos moleculares e celulares que levam a uma perda nas reservas fisiológicas, a um maior risco de adoecer e a um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo de resistir a estressores externos. No entanto, essas mudanças não são lineares, tão pouco são coerentes com à idade de uma pessoa em anos (OMS, 2015). Para essa organização, idosa é a pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais, em países já desenvolvidos. No entanto, o *American College of Sports Medicine (ACSM, 2007)*, não considera correto definir o envelhecimento pela idade cronológica, mas sim devemos levar em conta os fatores genéticos do indivíduo, e sua qualidade de vida durante os anos. Vale destacar que, nos últimos, é a população idosa que apresenta as taxas de crescimento mais elevadas por classe etária no mundo.

A força no âmbito esportivo é entendida como a capacidade do músculo de produzir tensão ao ativar-se ou, como se entende habitualmente, ao contrair-se. Refere-se à máxima tensão manifestada pelo músculo ou conjunto de grupos musculares a uma determinada velocidade (KNUTTGEN; KRAEMER, 1987). Numa análise micro estrutural, está relacionada com o número de pontes cruzadas (PCs) de miosina que podem interagir com filamentos de actina (GOLDSPINK, 1992). No entanto, para a pessoa que envelhece, a força recebe um novo significado, sendo um componente indispensável para a manutenção da independência funcional, Oliveira e colaboradores (2017) destacam que a redução da força é o principal responsável pelo aumento de incidência de quedas em idosos e pela diminuição na capacidade de locomoção, sendo assim considerada como um dos pilares da funcionalidade na velhice. No entanto, há evidências de que a

associação entre força e capacidade funcional nem sempre é evidente, de forma que os ganhos na capacidade física, nem sempre se traduzem em ganhos na funcionalidade aferida (GARCIA, *et al*, 2015).

MÉTODOS

Este artigo visou investigar os efeitos de força em idosos analisando tais efeitos sobre diferentes indicadores de força e capacidade funcional. Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado o método da pesquisa bibliográfica, cuja finalidade é fazer um levantamento da bibliografia, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensas escrita. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto. (MARCONI, 2001). A busca por artigos científicos foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Google Acadêmico e BIREME (Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde). Foram utilizadas as seguintes

RESULTADOS

Após a busca e seleção dos artigos, restaram 20 manuscritos que foram analisados. Roma e colaboradores (2013), investigaram os efeitos de um programa de treinamento de hipertrofia para idosos, onde em seu programa de treinamento continha dois grupos: grupo aeróbio e grupo resistido. O grupo aeróbio utilizou o parâmetro *Short Physical Performance Battery* (tempo de levantar/sentar, velocidade de marcha, equilíbrio) equilíbrio e marcha de 6 minutos. O grupo resistido utilizou 6 exercícios (*chestpress*, remada, *leg-press*, panturrilhas, abdominais e lombares), com intensidade não calculada no estudo. Ambos os grupos treinaram 2 vezes por semana durante 12 meses, foram 96 idosos iniciais que compunham a pesquisa, porem apenas 20 deles finalizaram no grupo resistido, com idade média de 68,8 anos, enquanto que no grupo aeróbio, 12 idosos finalizaram a pesquisa com uma idade média de 69,1 anos. No final da pesquisa se conclui que ambos os grupos melhoraram sua funcionalidade (ROMA, *et al.* 2013).

Ike e colaboradores (2010), analisaram os efeitos do treinamento de força em membros superiores (supino sentado e pulley). A amostra foi

composta por 12 idosos com 50 a 82 anos de idade. O estudo teve duração de 6 semanas, onde os indivíduos treinavam 3 vezes por semana, e com intensidade de 80% de 1RM. O estudo demonstrou eficácia, e um aumento bastante significativo na força dos indivíduos, mas não teve o mesmo resultado em sua funcionalidade. (IKE, et al. 2010). Silva e colaboradores (2008), analisaram os efeitos de treinamento de força em 61 idosos homens com idades entre 60 a 75 anos. O treinamento ocorreu durante 6 meses, com os indivíduos treinando 3 vezes por semana em dias alternados, a uma intensidade de 80% de 1RM. O estudo demonstrou eficácia para a funcionalidade dos idosos, porém não cita nada referente a força dos indivíduos. (SILVA, *et al.* 2008).

Prado e colaboradores (2010), analisaram os efeitos do exercício resistido de hipertrofia em membros inferiores, utilizando (leg-press, adutores e abdutores da coxa e cadeira extensora), em 4 idosas com média de idade de 70 anos. Foi utilizado como método de avaliação a escala de equilíbrio de Berg, o teste Timed Up and Go (TUG) e o questionário *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL), antes e depois do estudo. O estudo ocorreu durante 5 semanas, com as idosas treinando 3 vezes por semana em dias alternados, com uma intensidade de 70% de 1RM.

O estudo ao seu final se mostrou eficaz no aumento da funcionalidade, equilíbrio. (PRADO, et al. 2010). Queiroz e colaboradores (2012), analisaram os efeitos de treinamento de hipertrofia para membros superiores (supino reto, flexão de cotovelo e extensão de cotovelo) e inferiores (*leg-press* e cadeira extensora). Foi utilizado no estudo 17 idosas com média de 68 anos, o estudo teve duração de oito semanas, onde as idosas treinavam das vezes por semana, com uma intensidade de 70% de 1RM. O estudo conclui ao seu final que ouve um aumento bastante significativo no aumento de força das idosas, porém não faz referência sobre a funcionalidade dos idosos, (QUEIROZ, *et al* 2012).

Amorim e colaboradores (2008), analisaram os efeitos do treinamento de força em 16 idosos do sexo masculino, com uma média de 68 anos. Esses idosos foram divididos em dois grupos, 8 idosos faziam treinamento resistido (leg-press e supino maquina), enquanto outro grupo contendo 8 idosos não fizeram nenhuma atividade. O estudo não nos traz informações importantes

como intensidade dos exercícios, carga semanal dos treinos e duração da pesquisa. Amorim conclui ao seu final que houve uma melhora significativa no aumento de força dos idosos, (AMORIM, et al 2008). No trabalho de Trancoso e colaboradores (2002), tiveram como objetivo analisar os efeitos de um treinamento sobre a força muscular em mulheres idosas funcionalmente autônomas, mas sem experiência prévia com esse tipo de treinamento, o teste foi feito com 35 mulheres entre 62 a 77 anos de idade. Os testes foram para membros inferiores com o *leg-press* e membros superiores com o supino numa frequência de 2 vezes por semana em 12 semanas, com a intensidade de 10 RM, isso tanto para membros superiores e inferiores. As médias semanais do volume de treinamento foram comparadas através de ANOVA para medidas repetidas. Os resultados indicaram tendências à melhoria da força durante o período observado, em ambos os exercícios, (TRANCOSO, *et al* 2002).

Vale e colaboradores (2006), tem como objetivo em seu estudo verificar os efeitos do treinamento resistido na força máxima, na flexibilidade e na autonomia funcional de idosas com 65 a 66 anos de idade sendo a de 66 anos o grupo de força, e de 65 anos o grupo controle. Participaram desse estudo 22 mulheres idosas, voluntarias, aparentemente saudáveis, não praticantes de atividade física. O grupo de força foi submetido a um treinamento contra resistência de força com intensidade de 75 -85% de 1 RM por 16 semanas, 2 dias por semana. Onde os dados coletados mostraram resultados positivos do grupo de força no ganho de força máxima, flexibilidade e autonomia funcional, já o grupo controle não teve melhoras em nada pois não fizeram o teste, (VALE, *et al* 2006).

Dias e colaboradores (2015) analisaram os efeitos do treinamento excêntrico, sobre o treinamento convencional, os exercícios foram *leg-press*, remada sentada, extensão de joelhos e pressão no banco. 26 mulheres idosas com idade média de 67 anos foram recrutadas, divididas aleatoriamente no grupo de treinamento da excêntrica e no grupo de treinamento convencional. Os testes dinâmicos de força máxima foram avaliados no teste de 1 RM, nos exercícios, extensão de joelhos e pernas, e testes de capacidade funcional, testes de caminhada de 6m, testes de *up-and-go* cronometrado, teste de escalada e teste de elevação de cadeira. Foram 12 semanas de treinamento duas vezes por semana, com intervalo de 3 a 4 minutos, o estudo não destaca

qual a intensidade trabalhada nos métodos. Os resultados entre os dois métodos, teve melhora em ambos os grupos e melhoria funcional, mas não ouve diferença entre os métodos, (DIAS, *et al* 2015).

Falck e colaboradores (2017) analisaram o treinamento combinado aeróbio (AT), com o treinamento de resistência (RT). Foram recrutados oito idosos, sendo entre 65 a 80 anos de idade. Realizaram alguns testes, como função física capacidade aeróbia e força muscular na pressão de pernas e *pull-down*. O treinamento foi realizado 4 vezes por semana sendo 2 dias AT e outros 2 dias RT. A intensidade nas sessões de treino foi de 60 a 65% de 1 RM no RT, e 45% a 60% no AT.

O resultado do estudo durante as seis semanas foi melhora moderada para TUG, melhora significativa para bateria de testes curto (SPPB), aumento significativo nos aparelhos de força e no Vo_2 máx (FALCK, et al 2017). Zampiere e colaboradores (2015), analisaram durante nove semanas, dois tipos de treinamento, *leg press* (LP), e estimulação elétrica (ES). Foram divididos em dois grupos de idosos com idade de 70 anos. O treinamento era feito três vezes por semana em ambos os grupos a intensidade de LP não foi especificado. No treinamento de ES foi realizada na própria casa dos participantes onde foram orientados sobre como realizar. Foram tiradas amostraS de biopsia antes e pós as nove semanas. Os estudos obtidos foram que ES, pode ser mais eficaz para atrasar o declínio muscular relacionado a idade, aumento de força e melhora na capacidade funcional pois os resultados são semelhantes à do LP, (ZAMPIERE, *et al* 2015).

Steele, e colaboradores (2017), analisaram durante seis meses, treinamento de resistência de alto esforço. Foi realizado 2 vezes por semana, acompanharam força composição corporal, funções de e bem-estar. Foram incluídos no estudo 28 idosos com 61 a 80 anos, de ambos os sexos. O treinamento de força foi realizado no *leg press*, supino, remada sentada, extensão de joelhos, flexão de joelhos e abdominais. Método realizado foi hipertrofia com progressão de carga aos participantes que atingissem mais de 12 repetições.

O resultado desse estudo, conclui que obteve amento de força e melhora na composição corporal, no bem-estar e suas funções (STEELE, *et al* 2017). Haraldstad (2017), analisaram o efeito de 12 semanas de treinamento

de força, treinos composto 3 dias da semana. A força de 1 RM foi realizada na extensão de joelho, *legpress*, e flexão de cotovelo. Participaram do estudo 49 idosos do sexo masculino, idades de 60 a 81 anos, onde não demonstrou qual a intensidade trabalhada durante as 12 semanas, sendo uma falha do estudo. Os resultados apresentados concluíram, que o treinamento de força melhora a QVRS aumento de força muscular, melhora na massa magra e principalmente tronco, pernas e braços e melhora na capacidade física, (HARALDSTAD *et al* 2017).

Krist (2013), analisaram durante 8 semanas de treinamento de resistência sobre mobilidade, força muscular e qualidade de vida em idosos com mobilidade reduzida 2 vezes por semana. Participaram do estudo 15 idosos de 77 a 97 anos sendo apenas 10 finalizando o programa. Os testes foram realizados em seis maquinas de ginástica: flexão de braço, remada no cabo, crucifixo invertido, *legpress* e extensão de pernas. A sessão de treino era realizada 3x8 e assim que o participante realizasse mais de oito movimentos a carga era aumentada.

Os resultados concluíram que nas 8 semanas teve melhora na mobilidade, aumento significativo de força muscular tanto em membros inferiores quanto em superiores (KRIST *et al* 2013). Lustosa e colaboradores (2011) analisaram os efeitos de m programa de treinamento de força com exercícios de cadeia cinética aberta (extensão de joelhos sentado) e de cadeia cinética fechada (semi-agachamento) durante 10 semanas, 3 vezes por semana e com intensidade de 70% de 1 RM. Participaram do estudo 32 idosas residentes na comunidade e consideradas pré-frágeis.

Os estudos demonstraram que o programa de treino foi eficaz para a melhoria da capacidade funcional, aferida por meio do teste *Timed Up and Go* (TUG) e velocidade de marcha, bem como na melhoria da potência muscular aferida por desempenho direto no dinamômetro (LUSTOSA, *et al* 2011). Araujo e colaboradores (2010), analisaram um programa de treinamento resistido sobre equilíbrio e funcionalidade para idosos, onde realizaram uma pesquisa de revisão sistemática de 35 artigos científicos.

O estudo dos artigos foi dividido em duas partes, sendo a primeira sobre treinamento resistido isolado, função e força e a segunda parte sobre treinamento resistido isolado, equilíbrio, marcha e queda de idosos. Os

resultados referentes a funcionalidade demonstraram que o treinamento resistido é eficiente em 90% dos casos devido ao ganho de força e mobilidade. Em relação ao equilíbrio o treinamento resistido mostrou maior eficiência quando a intensidade é maior do que quando o volume e frequência e o tempo é maior, porém os estudos mostram dados inconsistentes. (ARAUJO, *et al* 2010).

Maciel (2010), analisou artigos científicos como forma de revisão buscando resultados referentes a atividade física e funcionalidade de idosos. Os testes foram submetidos a treinamento com idosos acima de 55 anos de ambos os sexos. Os idosos foram submetidos a treinamento resistido e aeróbio, porém no estudo não são exemplificados quais exercícios foram utilizados. As atividades aeróbias foram realizadas 3 vezes por semana por 30 minutos por um grupo, e cinco vezes por semana por 20 minutos por outro grupo. As atividades resistidas foram realizadas 2 vezes ou mais vezes por semana com 8 a 10 exercícios, com uma intensidade de baixa a moderada.

Os resultados para ambas as atividades foram positivos e obtiveram ganho de força, porém o estudo não mostra com detalhes os processos utilizados e nem os resultados (MACIEL, *et al* 2010). Barbosa e colaboradores (2012), analisaram um treinamento de resistência contra a força muscular em mulheres idosas. O programa de treinamento foi realizado durante 10 semanas, 3 vezes por semana. Foram utilizados oito tipos de diferentes exercícios com 12 mulheres idosas.

A intensidade foi realizada para que as participantes fizessem de seis a dez movimentos por série. Os resultados mostraram que com o treinamento resistido e com intensidade progressiva, ocorreu um aumento significativo na força das mulheres idosas, o programa mostrou que trabalhar na faixa de seis a dez repetições é seguro para a faia etária das idosas. (BARBOSA, *et al* 2012). Silva e colaboradores (2006), analisaram os efeitos do treinamento com pesos e composição corporal prescritos por zona de RM para idosas.

O programa foi realizado com 30 idosas acima de 50 anos, os testes foram avaliados por meio de testes de 1 RM. As sessões forem de 3 vezes por semana. Os exercícios foram voador, *pull-over* na puxada, flexora e extensora de joelhos, rosca *scoth* e tríceps *pulley* e elevação lateral. Os resultados mostraram que a prescrição por meio de zona de 1 RM proporciona aumento

de força para idosas, em relação a composição corporal não obteve mudança significativa, (SILVA, *et al* 2006).

Buzzachera e colaboradores (2008), analisaram o treinamento de força em 14 mulheres idosas com idade média de 65 anos. O estudo ocorre durante 12 semanas de treino, sendo feito 3 vezes na semana, foi utilizado no estudo a intensidade de 10 RM, utilizou no estudo pesos livres (caneleira, anilha, barra, halter), nos principais grupos musculares, (flexores e extensores de cotovelo, flexores e extensores de quadril, flexores e extensores de joelho, costas, peito, abdome e glúteos). O estudo obteve um aumento significativo de força das participantes, e concluiu que o treinamento de força é benéfico para o amento da funcionalidade dessas idosas, (BUZZACHERA, *et al* 2008).

Tabela 1. Resumo da revisão de literatura.

	Método	**Controle de intensidade**	**Força**	**Funcionalidade**	**Idade**
Roma, Busse (2013)	Hipertrofia	–	–	↑	68.8
Maciel (2010)	Hipertrofia	Moderado a intenso	↑↑	–	> 55
Ike, Jamami (2010)	Força	1RM, 80%	↑	↔	50 a 82
Araújo, Fló, Muchale(2010)	Hipertrofia	1RM,50 a 80%	↑	↑	60 ou +
Vale, Barreto (2006)	Hipertrofia	1RM, 75 a 85%	↑	↑	66
Silva, Almeida (2008)	Força	1 RM 80%	–	↑	60 a 75
Prado, Teixeira (2010)	Hipertrofia	1 RM 70%	↑	↑	61 a 79
Silva, Gurjão (2006)	Hipertrofia	Zona RM 10-12 RM	↑	↔	> 50
Barbosa, Santarén (2012)	Hipertrofia	Intensidade moderada	↑	↔	62 a 78
Dias, Toscan, Camargo, (2015)	Hipertrofia	1 RM 70%	↑	↑	Media 67
Queiroz, Munaro (2012)	Hipertrofia	1 RM, 50% a 70%	↑	–	61 a 82
Pedro, Amorim (2008)	–	1 RM	↑	–	± 68
Trancoso, Farinatti (2002)	Hipertrofia	10 RM	↑	–	62 a 77
Falck, Davis (2017)	Hipertrofia	1RM, 60 a 65%	↑↑	↑↑	65 a 80
Zampieri, Mosole, Löfler (2015)	Hipertrofia	–	↑	↑	70
Steele, Raubold, Kemmler (2017)	Hipertrofia	–	↑↑	↑↑	61 a 80
Haraldstad, Rohde, Stea (2017)	Hipertrofia	–	↑↑	↑↑	60 a 81
Krist,Dimeo, Keil, (2013)	Hipertrofia	–	↑↑	↑↑	77 a 97
Lustosa, Silva, (2011)	Hipertrofia	1RM ,75%	↔	↑↑	+ 65
Buzzachera, Elsangedy, (2008)	Força	1RM	↑	↑	± 65

Tabela 1. Desenvolvido pelos autores.

CONCLUSÃO

Os idosos apresentam no decorrer dos anos, uma diminuição relevante na capacidade funcional principalmente quanto ao nível de força. Atividade física é um processo viável para melhorar essas capacidades, e já se sabe que a adesão a um programa de exercício físico estruturado pode minimizar, ou até reverter, as mudanças fisiológicas nas estruturas musculares que o corpo apresenta no decorrer dos anos. Com bases nos artigos lidos e relatados nesse documento, podemos perceber que em todos os casos houve uma melhor, tanto na força quanto na funcionalidade desses indivíduos. Melhora essa muito significante, pois age diretamente no modo de viver desses idosos, tendo uma maior mobilidade e até uma autonomia maior para a realização de suas AVDs (atividade de vida diárias). Um ponto negativo encontrado em algum desses estudos, foi a falta de controle da intensidade uma vez que, os mesmos não destacam qual intensidade foi utilizada nos estudos, apenas aponta os resultados positivos na inclusão dos métodos de treinamento no idoso.

Considerando as evidencias apresentadas, o treinamento resistido pode ser uma ferramenta eficaz para a melhora da força em idosos. Treinamento com cargas de 50% a 85% de 1RM, se mostraram eficientes para esse aumento de força e capacidades funcionais, como os autores apresentaram em seus estudos. Porém, muitos artigos apresentaram períodos curtos de pesquisa, em torno de 6 semanas. Estudos esses que relatam ganho de força e funcionalidade de maneira considerável, já os estudos que foram efetuados acima de 6 semanas, tiveram um aumento maior e mais significativo, ou seja, períodos acima de 6 semana de treinamento de força e aeróbio apresentam melhores resultados, porém sabemos que é muito difícil a pesquisa com esse público, onde os números de desistência são muito grandes, e poucos aceitam participar. Mesmo com essas deficiências ainda se necessita de mais estudos, para que na prática, possamos atender e dar melhores restados para os idosos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). **Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. 7. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilking, 2006b.

ARAÚJO MLM, FLÓ CM, MUCHALE SM. Efeitos dos exercícios resistidos sobre o equilíbrio e a funcionalidade de idosos saudáveis: artigo de atualização. **Fisiot Pesq.** 2010;17(3):277- 83.

BARBOSA, A. R.; SANTARÉM, J. M.; MARUCCI, M. F. N. Efeitos de um programa de treinamento contra resistência sobre a força muscular de mulheres idosas**. Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 12-20, 2000.

BUZZACHERA, C.; ELSANGEDY, H.; KRINSKI, K.; COLOMBO, H.; DECAMPOS, W.; SILVA, S. Efeitos do treinamento de força com massa corporal livre sobre os componentes da aptidão funcional em mulheres idosas**. Revista da Educação Física**, v.19, n. 2, 2008, p. 105- 203.

DIAS CP, TOSCAN R, DE CAMARO M, *et al*. Efeitos do treinamento de resistência excêntrica e convencional sobre resistência e capacidade funcional de adultos mais velhos. ***AGE.*** 2015; 37 (5): 99. Doi: 10.1007 / s11357-015-9838-1.

FALC RS, DAVIS JC, MILOSEVIC E, LIU-AMBROSE T. O quanto os adultos mais velhos se exercitarão? Um estudo de viabilidade de treinamento aeróbico combinado com treinamento de resistência. **Pilot and Feasibility Studies** .2017; 3: 2. doi: 10.1186 /s40814-016- 0116-5.

GARCIA, P.A, et al. Relação da capacidade funcional, força e massa muscular de idosas com osteopenia e osteoporose. **Fisioter Pesq**. 2015; 22(2):126-132.

GODSPINK, G. Cellular and molecular aspects of adaptation in skeletal muscle. Em: P.V. Komi (Ed.), **Strength and power in sport** (pp.211-29). Oxford: Blackwell. 1992

HARALDSTAD K, ROHDE G, STEATH, *et al*. Changes in health-related quality of life in elderly men after 12 weeks of strength training. **European Review of Aging and Physical Activity.** 2017; 14: 8. doi: 10.1186 / s11556-017-0177-3.

IKE D *et al*. Efeitos do exercício resistido de membros superiores na força muscular periférica e na capacidade funcional do paciente com DPOC**. Fisioter. Mov.** 2010; 23(3): 429- 437.

KNUTTGEN, H.G. y KRAEMER, W.J.: Terminoiogy and mesurement in exercise performance. **J. Appl Sports Sci** *Res*. 1: 1-10, 1987

KRIST L, DIMEO F, KEIL T. Can progressive resistance training twice a week improve mobility, muscle strength, and quality of life in very elderly nursing-home residents with impaired mobility? A pilot study. **Clinical Interventions in Aging**, 2013; 8: 443-448. doi: 10.2147 /CIA.S42136.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Metodologia do trabalho científico.** 8ed, São Paulo: Atlas, 2001.

LUSTOSA, L. P.; SILVA, J. P.; COELHO, F. M.; PEREIRA, D. S.; PARENTONI, A.N.; PEREIRA, L. S. M. Efeito de um programa de resistência muscular na capacidade funcional e na força muscular dos extensores do joelho em idosas pré-frágeis da comunidade: ensaio clínico aleatorizado do tipo crossover**. Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 15, n. 4, p. 318-324, 2011.

MACIEL MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz,** 2010;16(4):1024-32.

OLIVEIRA EN, SANTOS KT, Reis LA. Força de preensão manual como indicador de funcionalidade em idosos. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**.2017;7(3):384-392. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v7i3.1509

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde** (2015), disponível em http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf,

PEDRO EM, BERNARDES-AMORIM D. Análise comparativa da massa e força muscular e do equilíbrio entre indivíduos idosos praticantes e não praticantes de musculação**. Rev Conexões**. 2008;6(esp):173-82.

PRADO RA, TEIXEIRA ALC, Langa, CJSO, Egydio PRM. A influencia do exercício resistido no equilíbrio, mobilidade funcional e na qualidade de vida de idosas. **O mundo da saúde**. 2010;34(2):183-91

QUEIROZ, C.O; MUNARO, H.L.R. Efeitos do treinamento resistido sobre a força muscular e a auto percepção de saúde em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2012; 15(3):547-553.

ROMA MFB, BUSSE AL, BETONI RA, MELO AC, KONG J, SANTAREM JM, *et al*. Efeitos das atividades físicas resistida e aeróbia em idosos em relação à aptidão física e à funcionalidade: ensaio clínico prospectivo*.* **Einstein** (São Paulo). 2013;11(2):153-7.

SILVA CM, GURJÃO ALD, Ferreira L, GOBBI LTB, GOBBI S. Efeito do treinamento com pesos, prescrito por zonas de repetições máximas, na fora muscular e composição corporal em idosas. **Ver Bras Cineantropom Desempenho Hum,** 2006; 8:39-45.

SILVA A, et al. Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos**. Rev Bras Med Esporte**. 2008:88-93.

STEVEN J. FLECK, WILLIAM J. KRAEMER **Fundamentos do Treinamento de Força Muscular.** São Paulo: Artmed, 4ed, 2017.

STEELE J, RAUBOLD K, KEMMLLER W, FISHER J, GENTIL P, GIESSING J. The Effects of 6 Months of Progressive High Effort Resistance Training Methods upon Strength, Body Composition, Function, and Wellbeing of Elderly Adults **BioMed Research International.** 2017; 2017: 2541090. doi: 10.1155 / 2017/2541090.

TRANCOSO, E. S. F.; FARINATTI, P. T. V. Efeito de 12 semanas de treinamento com pesos sobre a força muscular de mulheres com mais de 60 anos de idade. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 220-229, 2002.

VALE RGS, NOVAES JS, DANTAS EHM. Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia de mulheres senescentes. **Rev Bras Ciênc Mov.** 2005;13:33-40.

ZAMPIERI S, MOSOLE S, LöFLER S, *et al*. Physical exercise in Aging: Nine weeks of leg press or electrical stimulation training in 70 years old sedentary elderly people. **European Journal of Translational Myology** .2015; 25 (4):237-242. doi: 10.4081 / ejtm.2015.5374.

PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER COM COMPROMETIMENTO FÍSICO E/OU NEUROLÓGICO[8].

Perception of domestic violence against women with physical and/ or neurological impairment.

SOUZA, Amanda Cristina
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

OLIVEIRA, Dalita da Conceição
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

ELLIS, Elaine Regina Donato
Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

AUDI, Celene Aparecida Ferrari
Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

Resumo: Introdução: A violência contra a mulher é reconhecida como grave problema de saúde pública. É um obstáculo ao alcance dos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz, ainda é uma ocorrência que viola os direitos humanos. Objetivo: avaliar a percepção da violência doméstica por mulheres que apresentem comprometimento físico e/ou neurológico. Método: Foram incluídas mulheres que com alguma deficiência física e/ou neurológica que eram acompanhadas na Clínica-escola de Fisioterapia no Centro Universitário. Resultados: Oito mulheres apresentavam condições clínicas que possibilitaram participar do grupo focal. Resultados: Idade em média 65,5 anos, 62% casadas, cor branca, religião evangélica, não trabalhavam e tinham baixa escolaridade. Em relação à violência, 23% das mulheres entrevistadas relataram terem sofrido violência física e psicológica antes da deficiência física/ neurológica. Após a deficiência, 46% do grupo relatou sofrer violência psicológica e 8% violência física. Três categorias emergiram após análise de conteúdo: A) Não aceitação pelo marido e outros familiares em relação à doença. B) Dificuldade em se expressar pode levar a condição de submissão. C) A prevenção da violência contra a mulher deve começar na infância. Conclusão: profissionais de saúde devem estar preparados para atuar nos níveis de prevenção da história natural da saúde e da doença.

Palavras chaves Pessoas com Deficiência. Violência Contra a Mulher. Pesquisa Qualitativa.

Abstract: Introduction: Violence against women is recognized as a serious public health problem. It is an obstacle to achieving the goals of equality, development and peace, yet it is a violation of human rights. Objective: to evaluate the perception of domestic violence by women who present physical and / or neurological impairment. Method: We included women with some physical and / or neurological disabilities who were followed up at the Clinic-School of Physical Therapy at the University Center. Results: Eight women had clinical conditions that allowed them to participate in the focal group. Results:

[8] Trabalho apresentado no 18º Congresso Nacional de Iniciação Científica – CONIC SEMESP em 2018.

Age on average 65.5 years, 62% married, white, evangelical religion, did not work and had low schooling. Regarding violence, 23% of the women interviewed reported having suffered physical and psychological violence before their physical / neurological deficiency. After the disability, 46% of the group reported suffering psychological violence and 8% physical violence. Three categories emerged after content analysis: A) Non-acceptance by husband and other family members regarding the disease. B) Difficulty in expressing yourself can lead to submission. C) Prevention of violence against women should begin in childhood. Conclusion: health professionals should be prepared to act at the prevention levels of the natural history of health and disease.

Key-words: People with Disabilities. Violence Against Women. Qualitative research

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher trata-se de qualquer ação violenta baseado no gênero, que tenha como resultado, dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, incluindo ameaça, a coerção ou privação da liberdade em ambiente privado ou público. Esse fenômeno também pode ser classificado como violência de gênero ou violência doméstica e consiste em situações complexas, que abrange vários tipos de ações e tem suas fundações nas relações sociais, culturais, econômicos e políticos, (SILVA e OLIVEIRA, 2014, p. 3524).

Segundo a OMS, em relatório sobre a resposta a violência por parceiro íntimo e a violência sexual contra as mulheres, em 2011, diz que a violência contra as mulheres é um dos principais problemas de saúde pública e direitos humanos. Tem como resultado o prejuízo para a saúde física e mental, a curto e longo prazo.

Mesmo sem nomear, a maioria das mulheres reconhece a vivência da violência como algo que não é certo, que traz sofrimento e não desejam tal situação; no entanto, a contradição foi observada na representação da violência como parte da vida (Schraiber *et al.*,2003)., o que pode ser entendido como um dos desfechos subjetivos que levam a perpetuação da violência nas relações atuais, (Hermel e Drehmer - 2013).

Devido ao fato de apresentar um comprometimento, esse grupo torna-se mais vulnerável as violências domésticas. Mesmo estando respaldadas pela Constituição Federal e diversa Planos de Ações do governo, não se encontra

dados suficientes onde mostra quais são as violências sofridas pelas mulheres com limitações físicas e/ou neurológicas.

O objetivo do desenvolvimento do trabalho é avaliar violências domésticas sofridas pelas mulheres com comprometimento físico e/ou neurológico e o impacto que ocasionou na vida das mesmas.

MÉTODO

Seleção das Participantes:

Foram incluídas mulheres que apresentavam alguma deficiência física e/ou neurológica que eram acompanhadas na Clínica de Fisioterapia localizada na línica-escola (Interclínicas) de um Centro Universitário no interior do estado de São Paulo. As mulheres selecionadas apresentavam condições clínicas, emocionais e intelectuais mínimas para submeter-se a entrevista e ter entendimento do que se perguntava, assim como, elaboração das respostas.

Após contato e explicação do objetivo e como seria realizada a pesquisa em havendo a aceitação as mulheres assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, foram consideradas mulheres que não desejaram participar da pesquisa e aquelas que não tinham condições de manter um diálogo por condições relacionadas às sequelas da patologia. A coleta de dados da pesquisa iniciou no mês de novembro de 2017 e finalizada em maio de 2018.

Método Clínico-Qualitativo e Entrevista Semidirigida de Questões Abertas: Adequar o enfoque ao objeto de estudo, a escolha de uma estratégia de pesquisa revela a arte de um pesquisador em adaptar um modelo a uma situação específica (BARDIN, 2011). Em nossa pesquisa buscamos através do relato das mulheres que além de estarem com algum comprometimento físico e/ou neurológico sofreram violência doméstica (psicológica, física e sexual), revelando a sua percepção, sentidos e significados da violência doméstica.

A origem de um método com essa base é a postura ou atitude clínica de pesquisador que se valha dos atributos de sua prática clínico-assistencial. A atitude clínica que requer de um pesquisador na área da saúde que aborde indivíduos humanos como “objetos” de estudo é assim definido por TURATO

(2003):

> *"É a postura de acolhida do sofrimento existência e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador, assumida por este profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, interagida com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação, em direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebidos por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre. (TURATO, 2003, p.240) ".*

No primeiro momento foi utilizado para entrevista questionário com questões fechadas que tratavam das condições sociodemográficas (dados de identificação pessoal da entrevistada). Em segundo momento, buscou conhecer as vivências, a percepção o significado da violência doméstica após a limitação física e/ou neurológica e como isto alterou suas atividades e principalmente seus relacionamentos, para este momento da pesquisa anotamos e gravamos as falas dessas mulheres; na terceira e última parte, ficam reservados para dados suplementares, que forem oportunos e relevantes para a pesquisa. O diagnóstico médico das limitações física e/ou neurológicas foi verificado no prontuário das entrevistadas.

Nas pesquisas qualitativas caracterizam-se, por sua vez, entre outras características, por explorarem seu objeto de estudo de forma naturalística, abordando em seu setting natural, (BOGDAN e BIKLEN, 1994).

O tamanho amostral, a formação do grupo das participantes para o presente estudo foi segundo amostragem por saturação, isto é, o pesquisador fechou o grupo quando, após informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passaram a apresentar uma quantidade de repetições nos conteúdos. Assim, o grupo respeitou a homogeneidade interna ampla, definida para todos os indivíduos que o compõem, no caso mulheres vitimadas pela violência doméstica (psicológica, física, sexual com algum comprometimento físico e/ou neurológico). O pesquisador, entendendo que novas falas passam a ter acréscimos irrelevantes, em vista dos objetivos inicialmente propostos para pesquisa, decide encerrar a amostra.

Segundo Morse e Field (1995) enfatizam que o critério da adequação

na pesquisa qualitativa se refere à quantidade de dados coletados e ele é alcançado quando ocorre à saturação e então as variações estariam representadas e compreendidas. Para Bogdan e Biklen (1994), por sua vez, lembram-nos que os pesquisadores qualitativos aferem o momento em que devem terminar a coleta, quando se atinge a saturação dos dados: o momento da atividade da coleta de dados no qual as informações que então se obtém tornam-se redundantes.

Tratamento dos dados:

Os dados foram coletados e tratados através da chamada *Análise Qualitativos de Conteúdo, destacando-se a etapa denominada processo de categorização*, após leitura e releituras flutuantes do *corpus* (conjunto de todas as entrevistas transcritas na íntegra).

Segundo Bardin (2011), este processo preconiza uma operação de classificação dos elementos constituídos de um conjunto de dados levantados, primeiramente por diferenciação e, em seguida por um reagrupamento conforme o gênero. Tal tópico é constituído por uma analogia entre os elementos com critérios definíveis durante o momento de diferenciação. Em outras palavras, serão reagrupados trechos de falas, contidos nas respostas aos tópicos tratados, segundo aqueles trechos apresentem falas em comum.

Com a apreciação do conjunto do material levantado – o *corpus* – é que se consolidará tal categorização, pois dados surgidos poderão ser considerados de consistência para serem contemplados com uma discussão relevante para os objetivos propostos na pesquisa.

Referenciais para discussão dos resultados:

Foram realizados à luz de um quadro eclético de referenciais teóricos habitualmente usados nas áreas disciplinares da psicologia aplicada à saúde, documentos oficiais sobre o tema estudado e outras pesquisas realizadas.

A apresentação dos resultados da pesquisa clínico-qualitativa deve ser descrita e ocorre conjuntamente com sua discussão na versão redigida do trabalho, assim como, apresentação dos resultados nos escritos finais da pesquisa deve incluir citações literais dos entrevistados, a título de ilustração, devendo o autor, no entanto, ser parcimonioso no número das ilustrações.

(TURATO, 2003).

Para a etapa da discussão/interpretação do material obtido, a concepção da pesquisa clínico-qualitativa acompanha as exigências naturais da interdisciplinaridade. Como requerem as características metodológicas das pesquisas qualitativas nas Ciências do Homem, a discussão de nossos achados poderá ocorrer com outras teorias de vertentes psico-socio-culturais que joguem luz no entendimento dos resultados do presente projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres tinham em média 65,5 anos de idade, sendo 62% casada, cor auto relatada branca e religião evangélica, 92% delas não trabalhavam e 46% delas tinham o ensino médio incompleto. Em relação à violência antes da deficiência físico-neurológica 23% relataram sofre violência psicológica e física, depois que apresentaram a deficiência físico-neurológica 46% relatou sofre violência psicológica e 8% violência física. Esta violência começou cedo na vida dessas mulheres, antes dos 15 anos de idade 23% relataram violência física e 15% violência sexual. Quanto ao diagnóstico médico das patologias foram pesquisados nos prontuários das participantes e as patologias, segundo CID 10: Neuropatia hereditária motora e sensorial; Sequelas de doenças cerebrovasculares; Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o Sistema Nervoso Central e Distrofia Muscular progressiva.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, respondendo a questões muito particulares, trabalhando um universo de significados, crenças, valores e que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, (DESLANDE,1994).

Durante o desenvolvimento do grupo focal percebia-se que as opiniões, em geral decorriam de suas vivências pessoais em família e na sociedade. Foram apresentadas pelas mulheres momentos importante e individual de sua vida tomando como objeto de estudo as experiências singulares experimentadas por cada mulher e nelas destacadas os aspectos relacionados à violência doméstica. Mesmo tendo em vista que Denzin (1999) refere que a História da Vida apresentada por uma pessoa, um grupo, uma organização, vem permeada por experiências e definições a partir da maneira

como a experiência é percebida ou interpretada.

As opiniões e ideias, acerca do tema fluíram com muita naturalidade e sem constrangimentos, mostrando o desejo dessas mulheres em expor seus problemas e suas formas de lidar com eles. O que está de acordo com Estudo da OMS (2005), sobre violência contra a mulher, realizado em 10 países, ao relatar que em todos esses países as mulheres não só estiveram dispostas a falar sobre suas experiências ao sofrerem violência, como, também se demonstravam agradecidas pela oportunidade lhes oferecida, de poderem falar para pessoas empáticas, sem sofrem julgamentos ou críticas.

Considerando as categorias temáticas emergidas das falas das mulheres a seguir discutidas podemos fazer algumas inferências e considerações, contextualizadas aos objetivos do estudo e tendo em vista a relevância da violência doméstica que incide sobre a mulher de maneira oculta e perversa, frequentemente, oriunda de seus próprios parceiros e parentes.

Fundamentalmente lembrando ser ela um ser humano e cidadã, sobrecarregada de papéis sociais e responsabilidades políticas na vida.

Nessas categorias, descritas no trabalho está o reflexo da relevância dos fenômenos psicológicos, clínicos e sociais decorrentes das vivências relatadas pelas mulheres que, podem ser generalizadas a outras circunstâncias semelhantes (RODRIGUES E LEOPARDI, 1999).

Categoria Temática no1: Não aceitação familiar perante a deficiência. Durante o estudo, pode-se observar a não aceitação da família frente à Mulher com deficiência. Em realização de grupo focal, foi possível observar manifestações diversas referentes à negação.

> *“Violência é quando você é rejeitada”*
>
> *“Há às vezes eles acham que a gente é incapaz, normalmente vem do marido né. Mas já mostrei para ele que eu sou capaz”.*
>
> *“Eu fazia muitas coisas, e às vezes meu marido não aceita eu ter ficado assim, mas eu vou fazer o que, não escolhi ficar assim”.*
>
> *“Meu marido não aceita que o que eu tenho é genético, minha idade é de 40 anos, mas eu não tenho a agilidade para minha idade, e para ele é difícil aceitar. Às vezes ele “escorrega no tomate” como expressão para dizer que a ofende”.*

> *"Eles casam com uma pessoa perfeita e normal, e depois as pessoas vão tendo problemas, o meu marido é 13 anos mais velho que eu, e ele não aceita eu ser mais limitada que ele, sendo que ele é mais velho, não entende que a doença me deixou assim. "*
>
> *"Eles andam na frente e não respeitam o nosso tempo..."*

Segundo Borges (2003) a mulher que adoece e se torna dependente desloca-se do lugar de sujeito das operações do cotidiano familiar (aquela que cuida de tudo e de todos, que administra e organiza a dinâmica familiar) para um lugar de objetos de cuidado. A negação do esposo frente o adoecimento e mudança do cotidiano os levam a desenvolver violências psicológicas em todos os casos relatados.

Para Hermel e Drehmer (2013), a família é considerada um microssistema, já que ela possui um padrão de funcionamento, de papéis e de relacionamentos que estão associados aos comportamentos e ás interações em determinados contextos.

Baseado nessa referencial tem-se a família como um sistema integrado que opera para manter o equilíbrio nos diferentes contextos nos quais lá se insere. Com isso, espera-se que o indivíduo encontre na família condições para subsidiar seu desenvolvimento saudável. Contudo, essa ideia tem sido contraproposta pela dimensão e pelos problemas cada vez maiores da violência familiar, considerada pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2002).

Categoria Temática no 2: A dificuldade em se expressar pode levar condição de submissão.

Os relatos apontavam para: baixa autoestima, menos-valia do ser mulher frente às condutas masculinas dentro do ambiente familiar, sendo destacada, por elas, a força masculina como um fator a subjugá-las.

> *"eu já nem converso por causa disso, porque eu sei que o que eu falar ele não vai entender, então eu não converso eu já fico quieta, no meu canto. Ele é muito nervoso, palito quente, qualquer coisinha que você falar se ele achar que vai contrai-lo, já estoura, ai eu fico calada".*
>
> *"... eu procuro ficar quieta, a violência começa em casa, qualquer coisinha já quer bater..."*
>
> *"Ele não me deixa acabar de falar e já discuti..."*

Os episódios de agressão praticados contra a mulher são prejudiciais à sua saúde, não pela fragilidade da condição feminina, mas principalmente porque a violência é o próprio parceiro íntimo ou um familiar próximo. A desigualdade de forças, onde a mulher dificilmente conseguiria se defender das agressões levam as mulheres a ficarem sem respostas evitando, assim, a violência psicológica por meio de insultos, xingamentos e ofensas, obviamente não era esta a atitude que esperava do seu parceiro e/ou de seu familiar mais próximo. Essa violência pode afetar de forma significativa a integridade biopsicossocial da mulher, gerando uma série de sintomatologias e transtornos do desenvolvimento físico e psicológico agravando sua condição de saúde que já se encontra vulnerável, (SANTOS, 2017).

Esta condição pode ser considerada como dupla vulnerabilidade que além da mulher apresentar uma deficiência física ela está sobre condições de violência, em sua maioria elas não se reconhecem como cidadãs, se sentem inferiorizadas, menosprezadas, rejeitadas e por vezes inconscientemente se culpam por estarem nesta situação, gera-se a cessão de liberdade, onde as mulheres perdem sua voz, por medo, para evitar conflitos, ou porque acredita que o agressor tem poder sobre a mesma. Esta sensação acaba paralisando-as em uma condição onde a violência ocorre sem ser exposta para que possa encontrar ajuda as mulheres acabam se acomodando nessa situação, remetendo que a desigualdade de poder no campo da deficiência jamais será resolvida, (NICOLAU, 2013; DINIZ 2003).

Categoria Temática no 3: A prevenção da violência deve começar na infância:

> *“eu via meu pai batendo em nós, mas eu não entendia como uma agressão, achava que era brincadeira”;*
>
> *“ meu pai agredia muito minha mãe”.*
>
> *“ se a mulher e o marido discutem muito perto da criança, ou a mulher sofre violência perto da criança, automaticamente quando ele crescer vai fazer a mesma coisa”*
>
> *“meu marido era quando ele bebia. Ele bebia muito, era muito agressivo”; “meu marido bebia, fazia eu e meus filhos correr pra se esconder”. Eu já passei muito aperto.”*

> *"... sabe o que eu acho mesmo que todo mundo já devia conversar com as crianças desde pequenos sobre esta questão de violência. Todo mundo a família, a escola em todos os lugares, aí as crianças iam crescer sabendo que não é para bater, xingar e tudo mais essas coisas".*

Estudos apontam que ao nascer, a criança inscreve-se em registros biológicos, jurídicos e psíquicos. O processo de filiação, enquanto processo psíquico vincular, se dá por mecanismos e motivos inconscientes que acontecem via transmissão intersubjetiva. Como forma de funcionamento psíquico originado nas primeiras relações objeta, o vínculo estabelece um laço primordial. (CORREA, 2003; Neves, Gomes, Vidal, RJ, 2014), sendo a família, considerada um grupo primordial no âmbito do desenvolvimento de sujeitos psíquicos e singulares, (Neves, Gomes, Vidal, RJ, 2014).

Está comprovado na literatura nacional e internacional que as situações de violência vivenciadas pelas crianças e adolescentes repercutem por todo ciclo de vida podendo perdurar e reproduzir na vida adulta. Os traumas que excedem a capacidade de compreensão e elaboração da criança e do adolescente podem ter efeitos imediatos ou tardios, que repercutirão no seu modo primário de pensar e de agir, bem como na sua capacidade de enfrentar outras situações de dificuldade ou estresse para o resto de suas vidas, (DOWD, 2017; Pfeiffer, Rosário, Cat Rev Paul Pediatr, 2011; AUDI, 2008; WATTS, 2002). Podem apresentar problemas de relacionamento, com vínculos afetivos, frágeis e inseguros, dificuldade em lidar com os próprios sentimentos. (SCHEK, SILVA, LACHARITÉ, BUENO, RS, 2016), em geral as mulheres que vivenciaram violência doméstica relacionavam as agressões aos momentos em que os companheiros estavam alcoolizados, tirando deles a responsabilidade sobre o ocorrido, com a justificativa de que estavam sob o efeito do álcool. (Hermel, Drehmer, Curitiba, 2012).

A forma de cuidado e prevenção da violência nos distintos ciclos de vida se dá por profissionais multidisciplinares, desde as escolas até as unidades básicas de saúde, perpassando pela família e conscientização da população, assim como, contemplar os agressores espaços de reabilitação, dando-lhe assim, a oportunidade de refletir e, principalmente, mudar seu comportamento, (SCHEK, SILVA, LACHARITÉ, BUENO, RS, 2016). É

imprescindível o fortalecimento de políticas públicas através de intervenções efetivas, buscando soluções para o enfrentamento desse fenômeno, em todos os seguimentos da sociedade, (MONTEIRO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um longo percurso, pelas pesquisadoras, foi realizado até que pudéssemos encontrar essas mulheres. A violência doméstica, neste caso, também é invisível aos serviços que deveriam ter portas abertas para o atendimento, acolhimento e até mesmo conhecimento sobre as prevalências de mulheres com deficiências físicas e/ou neurológicas, fato este que dificultou a realização desta pesquisa.

Os profissionais da rede de atendimento dessas mulheres devem estar qualificados para atuar junto a essa população, garantindo atendimento humanizado e efetivação dos direitos, o qual possibilita resgatar a dignidade humana tão fragilizada dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

AUDI, Celene Aparecida Ferrari, CORRÊA, Ana M Segall, SANTIAGO, Silvia M, ANDRADE, Maria da Graça G, ESCAMILLA, Rafael Pérez. **Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, Outubro de 2008, v. 42, n. 5, p. < http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000041.>Acesso: 24 de Agosto 2018.

BOGDAN, R. C.;BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto –Portugal. Porto Editora, 1994. < https://docente.ifrn.edu.br/albinonunes/disciplinas/pesquisa-em-ensino/investigacao-qualitativa>. Acesso: 24 agosto 2018

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos - **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo no 186, de 09 de julho de 2008: Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Brasília, 2010. < http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaopessoascomdeficiencia.pdf>. Acesso: 24 de agosto 2018

BORGES, Claudia Fernandes; **Dependência e morte da "mãe de família": a sociedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica.** Psicologia em estudo**.** Maringa, v.8, num. esp.,p. 21-29, 2003. < http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v8nspe/v8nesa04.pdf>. Acesso: 24 de agosto 2018

COMPILED, Beusenberg By M, ORLEY and J. **A user´s guide to the self reporting questionnaire.** Disponível em: **<**http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61113/1/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf;>

Acesso: 28 de agosto 2018.

Diniz D. **Modelo social da deficiência: a crítica feminista.** Brasília: Letraslivres; 2003. (Série Anis, n. 28). < http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15250/1/ARTIGO_ModeloSocialDeficiencia.pdf>. Acesso: 24 de agosto 2018

Diversidade da Mulher com Deficiência. http://www.spm.gov.br/assuntos/diversidade-das-mulheres/com-deficiencia>. Acesso: 28 de agosto de 2018.

DOWD MD. **Intimate Partner Violence and Pediatric Practice.** Pediatric Annals. 2017;46(12):e438-e440. < https://doi.org/10.3928/19382359-20171127- 01.>. Acesso: 28 de agosto de 2018

HERMEL, Júlia Schneider; DREHMER, Luciana Balestrin Redivo. Repercussões da violência intrafamiliar: Um estudo com mulheres em acompanhamento psicológico. Psicologia argumento – dossiê. Curitiba, v.13, n. 74, p. 437-446, jul/set. 2013. < https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologia argumento/article/view/20395>. Acesso: 28 de Agosto de 2018

MONTEIRO, Ana Cláudia de Souza et al . **Olhares maternos acerca da violência contra a criança: constituindo significados.** Rev. Bras. Enfermagem**.**, v. 71, n. 1, p. 34-39, fev. 2018. < http://dx.doi.org/10.1590/00347167-2016-0568.>. Acesso 24 ago. 2018

MORSE, J.M. & FIELD, P.A. **Qualitative research methods for health professionals**. Thousands Oaks, Sage, 1995. 254p. <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102005000300025&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso: 24 de Agosto 2018

NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 863-872, Mar. 2013.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300032.>Acesso: 25 agosto 2018

Resposta à violência por parceiro íntimo e a violência sexual contra as mulheres. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf acessado em 28 de agosto de 2018.

SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M. L. C. **Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção cientifica nacional no período de 2009 a 2013.** Ciência & Saúde Coletiva. Número: 20, pág. 3523 – 3532, 2013. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001103523&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 24 agosto 2018

Tate DG, Weston NH. **Women with disabilities: an international perspective**. Rehabil Lit. < https://www.researchgate.net/profile/Denise_Tate/publication/234755485_Women_and_Disabilities_An_International_Perspective/links/56f5388908ae7c1fda2ee110/Women-and-Disabilities-An-International-Perspective.pdf> Acesso: 24 agosto 2018

Santos DF; Castro DS; Lima EFA; et al. **Percepção de mulheres acerca da violência vivenciada**. Rev Fund Care Online. 2017 jan/mar; 9(1):193-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.193-199.>. Acesso: 24 de Agosto 2018

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis, Vozes, 2003, 685.

COMUNICAÇÃO DE PESQUISA:

ESTUDO INTERDISCIPLINAR DA PERCEPÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO, BRASIL.

Interdisciplinary Study Of Perception Of Signs And Symptoms Of Anxiety And Depression In University Of São Paulo, Brazil.

DOS SANTOS, Nadejda Francisco Magno
Centro Universitário de Jaguariúna

SORIANI, Alessangela Maria
Centro Universitário de Jaguariúna

TORRES, Anelize Sgorlon Pinheiro Torres
Centro Universitário de Jaguariúna

CONESSA, Vinicius
Centro Universitário de Jaguariúna

A articulação entre as áreas do conhecimento é uma condição diferencial para formação do arcabouço das políticas públicas que enfrentem os preâmbulos dos atos da autoviolência. A promoção da saúde facilita ações integradas e transversais que ampliam a qualidade de vida individual e coletiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a ansiedade é o mal do século e do Brasil, com 9,3% da população manifestando o quadro no país, apontando a necessidade de desenvolver pesquisas que subsidiem novas políticas.

Para realização do estudo serão realizadas as identificações de sinais e sintomas de ansiedade e depressão na comunidade acadêmica do Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ). O estudo vem sendo desenvolvido pelos Alumni bolsistas do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares[9] (NEPI), no qual o Grupo de Estudos de Promoção da Vida (GEPV) está inserido. O estudo surgiu frente a discussões levantadas durante as reuniões semanais do Grupo sob Coordenação da Profa. Dra. Ana Maria Girotti Sperandio que enalteceu a importância de se observar os estudantes de maneira integral.

O GEPV tem como objetivo desenvolver ações na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças utilizando tecnologias leves.

[9] Professora Doutora Ana Maria Girotti Sperandio – Coordenadora Geral do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares (NEPI).

Dentre esses estudos realizados, ressaltamos temáticas como: felicidade, ansiedade, depressão e outros.

O projeto *"estudo interdisciplinar da percepção de sinais e sintomas de ansiedade e depressão em um centro universitário de São Paulo, brasil"* tem como objetivo mapear e construir uma matriz que possibilite cruzar sinais e sintomas para desenvolver projetos de intervenção na perspectiva da promoção da saúde e disseminar alternativas preventivas no âmbito universitário e para as políticas públicas.

O estudo será desenvolvido em cinco fases: *revisão bibliográfica, elaboração do questionário, submissão para o comitê de ética, aplicação do questionário e avaliação*.

Para elaboração do questionário foram realizados levantamentos de instrumentos validados para aplicação do mesmo, de modo a se obter informações de relevância cientifica. A aplicação compreenderá para os alunos de graduação do primeiro e último ano da área da saúde e exatas. A avaliação será de acordo com referência de pesquisadores especialistas na área.

Para o acolhimento da comunidade acadêmica serão propostas ações transversais. Segundo o relatório anual *World Happiness Report,* feito pela Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável da ONU que mede o índice de felicidade de 156 países, o Brasil se encontra em 28º no ranking dos países mais felizes do mundo com base em seis pilares: renda, liberdade, confiança, expectativa de vida, generosidade e apoio social (CUNHA, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNHA, Tatiana. **Os vinte países mais felizes do mundo**. Revista Veja online: São Paulo, 2018. Disponível em: https://veja.abril.com.br/blog/modo-aviao/os-20-paises-mais-felizes-do-mundo/. Acesso em: Junho de 2019.

JORNAL USP. **Brasil vive surto de depressão e ansiedade**, 2018. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-vive-surto-de-depresao-e-ansiedade. Acesso em: Junho de 2019.

Dalgalarrondo, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico] / Paulo Dalgalarrondo. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2008.

RELAÇÃO DE PARECERISTAS *AD HOC*

INTELLECTUS REVISTA ACADÊMICA agradece aos pareceristas *ad hoc* abaixo relacionados, que colaboraram com o Volume N.51 De Ciências Da Saúde.

- Lucas Rissetti Delbim
- Anelize Sgorlon Pinheiro