

SUMÁRIO

ACIDENTE VASCULAR HEMORRÁGICO E SUA EVOLUÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO

AGRICULTURA FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UMA VISÃO DOS AGRICULTORES

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE IVOTI/RS

APOSENTADORIA, DESAPOSENTAÇÃO E OS REFLEXOS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS

AS ÚLCERAS DE PRESSÃO E A RELAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA E INCLUSÃO SOCIAL DOS CADEIRANTES

AValiação de RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE IVOTI/RS

CADEIRA DE RODAS: UMA BARREIRA PARA A INCLUSÃO SOCIAL?

COMPUTAÇÃO UBÍQUA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA VIDA ADULTA TARDIA

DETERMINAÇÃO DE VANCOMICINA EM PLASMA POR CROMATOGRÁFIA LÍQUIDA DE ALTA EFICIÊNCIA

ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES DE PARTICIPANTES DE GRUPOS DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

ESTUDO NETNOGRÁFICO DE UMA ASSOCIAÇÃO DE PORTADORES DE DPOC EM
UMA REDE SOCIAL

EXERCÍCIO FÍSICO E DEFICIENTES: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA
BASE DE DADOS BIREME

INICIATIVA DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PORTADOR
DE ASMA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

LÓCUS DE CONTROLE DA SAÚDE EM UM GRUPO DE PACIENTES EM
REABILITAÇÃO PULMONAR: RESULTADOS PRELIMINARES

NÍVEIS DE POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA EM MICROAMBIENTES: UM ALERTA PARA
A CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS.

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, IMC E CLASSIFICAÇÃO DO PERCENTUAL DE
GORDURA EM IDOSOS DE IVOTI/RS

PERCENTUAL DE GORDURA EM PACIENTES COM DPOC ATRAVÉS DE DOIS
MÉTODOS DUPLAMENTE INDIRETOS DE AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO
CORPORAL

PREVALÊNCIA DE HEPATITE A E TOXOPLASMOSE EM CATADORES E
RECICLADORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DO VALE DO SINOS/RS

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ATRAVÉS DAS CAMPANHAS DA
COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE CRIANÇAS DO 5º ANO DE
DUAS ESCOLAS DO VALE DO SINOS/RS

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ESTUDANTES DO MUNICÍPIO
DE CAMPO BOM/RS

RUDER CLUB PORTO ALEGRE: A PIONEIRA ASSOCIAÇÃO DE REMO DO BRASIL

ACIDENTE VASCULAR HEMORRÁGICO E SUA EVOLUÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO

Roberta Backes Soares Köche; Jaqueline Luft; Daniele Damke¹

Adilson Adair Böes²

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, terapia intensiva, enfermagem de cuidados críticos

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) ocorre quando há o rompimento de um vaso cerebral, geralmente por ruptura traumática ou espontânea de um vaso, formação de um aneurisma ou de malformação arteriovenosa cerebral. É mais agressivo que o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), com mortalidade que chega a 50% dos casos. Pacientes com esse diagnóstico são considerados pacientes criticamente enfermos e internam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), local em que há alta especificidade de técnicas, procedimentos, materiais, equipamentos, e diante disto, torna-se necessário conhecimento e preparo dos profissionais para tratamento de doentes neurocríticos. Sendo o objetivo primário no neurointensivismo minimizar lesões secundárias e manter a perfusão e oxigenação cerebral. A monitorização do paciente neurológico grave na UTI consiste em identificar por meio de observação, exames e monitores invasivos, sinais que indiquem Hipertensão Intracraniana (HIC), que se não for revertida leva o paciente à morte. Para a monitorização da HIC nos pacientes neurocríticos se faz necessário a implantação de um cateter para aferição da pressão intracraniana (PIC), que fornece informações importantes que precedem o aparecimento de sinais e sintomas de descompensação, permitindo um tratamento precoce e eficaz.

OBJETIVO

Descrever o caso de um paciente neurocrítico com diagnóstico de AVCH em uma UTI e sua evolução.

¹ Enfermeiras. Alunas do Programa de Pós-graduação Especialização em Terapia Intensiva da Universidade Feevale. Autoras.

² Mestre em biologia celular e molecular aplicada à saúde. Docente do curso de graduação de enfermagem e coordenador do Programa de Pós-graduação em urgência e emergência da Universidade Feevale. Orientador.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva, do tipo estudo de caso. Os dados foram coletados através do prontuário eletrônico do paciente no período de março a agosto de 2015. O estudo foi autorizado pelo paciente e sua responsável pela internação.

RESULTADOS

D.M., 60 anos, interna na UTI em março de 2015 com diagnóstico de AVCH temporal direita por ruptura de aneurisma. História prévia de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo pesado, obesidade mórbida, implante prévio de prótese de aneurisma de aorta (há 3 anos). Consta que o paciente chegou ao hospital para consulta ambulatorial caminhando, referindo cefaléia. Avaliado pelo neurologista, foi encaminhado para o centro de hemodinâmica para realização de arteriografia para embolização, sem sucesso. Paciente recebeu anestesia geral devido difícil sedação para o procedimento. Admitido na UTI em ventilação mecânica, RASS -5, onde se realizou passagem de acesso venoso profundo para início de sedação de midazolam e fentanil e infusão de nitroglicerina. No dia seguinte foi encaminhado ao bloco cirúrgico (BC) para realizar clipagem de artéria cerebral média, retornando ao setor com cateter para aferição da PIC e dreno de sucção, permanecendo sedado durante os primeiros 10 dias na UTI. Oito dias após a internação, o paciente evolui com quadro de HIC, encaminhado ao BC para realizar craniotomia descompressiva, com a calota craniana alojada na região abdominal. Com dez dias de internação, optou-se pela realização da traqueostomia e permaneceu em ventilação mecânica por mais 15 dias, quando iniciou ventilação com ayre e auxílio de oxigênio. Dezoito dias pós traqueostomia, foi colocada cânula de traqueostomia metálica e após 30 dias, o paciente recebeu alta da UTI, sendo encaminhado para a unidade de internação. Durante os primeiros dias do pós-operatório de cranioplastia descompressiva, a equipe médica restringiu a mudança de decúbito em virtude da gravidade e instabilidade hemodinâmica do paciente e desta forma, acabou desenvolvendo uma úlcera por pressão (UPP) categoria II na nádega direita, a qual manteve curativo com tela siliconada com ácidos graxos essenciais. Após autorizado, foram realizadas as medidas preventivas de mudança de decúbito e seguiu com uso do curativo. Com 36 dias de internação, o paciente recebeu alta hospitalar, retornando no mês de agosto para realização da cranioplastia. Encontramos o paciente comunicativo e conforme relato de sua esposa, deambulando com auxílio em sua residência, alimenta-se via oral sem dificuldade e cicatrização total da UPP da nádega direita. O mesmo apresentava discreta paresia em membro superior esquerdo. Após a cranioplastia, permaneceu internado no hospital por 4 dias, recebendo alta hospitalar.

CONCLUSÃO

O acidente vascular cerebral é uma patologia que por vezes incapacita a pessoa, trazendo consigo consequências tanto para o doente quanto para a família, que se vê diante de uma pessoa dependente de cuidados. Neste relato de caso, o paciente era fumante ativo e precisou de muito apoio da família para enfrentar este período de abstinência e entendimento do malefício deste hábito. Sua esposa relata que os dias têm sido de luta constante e nota que o próprio paciente tem colaborado para sua melhora e demonstra satisfação nas conquistas alcançadas. Ainda, ressalta-se a importância dos cuidados assistenciais ao paciente neurocrítico estabelecendo adequada monitorização e prevenção de danos secundários no ambiente da terapia intensiva, diminuindo assim sequelas e favorecendo a recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, M.M., CARVALHO, F.A., SILVA, G.S. Doenças cerebrovasculares. In: Neurologia para o clínico-geral. Ed. Manole. São Paulo, 2014.

FUKUJIMA, M.M. Acidente Vascular Cerebral. In: Distúrbios Neurológicos Adquiridos. Ed. Manole. São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, A.M.L., et al. Assistência de enfermagem ao paciente crítico com alterações na função neurológica. In: Enfermagem em Terapia Intensiva: do ambiente da unidade à assistência ao paciente. Ed. Martinari. São Paulo, 2010.

ROSA, N.M.; LIMA, J.F.; INOUE, K.C. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre neurointensivismo e a influência da educação contínua. Cienc Cuid Saude. 2013 jan/mar. p 112-120.

LIONTAKIS, L. M. No que consiste a monitorização neurológica à beira do leito? Revista da Associação Médica Brasileira. 2005, vol. 51, n.5, p.243-244.

AGRICULTURA FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UMA VISÃO DOS AGRICULTORES

Michele Barth¹

Jacinta Sidegum Renner²

Palavras-chave: Agricultura Familiar. Características do Trabalho. Qualidade de Vida no Trabalho.

INTRODUÇÃO

A agricultura familiar representa uma parcela significativa da produção agrícola brasileira. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, o segmento da agricultura familiar produz cerca de 70% dos alimentos consumidos diariamente pelos brasileiros, ocupando quase 75% da mão de obra do campo (BRASIL, 2012). Segundo o Censo Agropecuário de 2006, 9,4% da área territorial brasileira é ocupada por estabelecimentos da agricultura familiar, empregando 6,5% da população nesse setor. No Rio Grande do Sul (RS), os estabelecimentos da agricultura familiar ocupam 22% da área territorial, empregando 9,3% dos gaúchos (IBGE, 2006).

Devido ao clima e às características geográficas principalmente da região serrana do RS, muitas famílias que vivem em áreas rurais se dedicam ao trabalho da agricultura como empreendimento familiar. Conforme Brumer (2004), o trabalho agrícola familiar é formado por famílias de agricultores que produzem alimentos, ou seja, o trabalho da própria família é responsável pela geração de valor. A agricultura familiar é caracterizada pela policultura em lotes de 5-50 hectares, mesclando atividades de subsistência, produção comercial e, não tão significativa, integração agroindustrial (WILKINSON, 2000).

Apesar dos avanços tecnológicos, o trabalho na agricultura continua sendo considerado árduo e pesado. A deficiência de mecanização na agricultura familiar exige maior esforço físico dos trabalhadores, os quais se veem obrigados a exercer grande parte das atividades de forma manual e colocando em risco sua saúde. Iida (2005) expõe que a

¹ Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social. Graduada em Design. Integrante do projeto de pesquisa Acessibilidade para Cadeirantes: da casa ao trabalho, na Universidade Feevale, RS.

² Doutora em Engenharia de Produção (UFRGS). Professora e pesquisadora do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social, na Universidade Feevale, RS.

agricultura está entre os trabalhos mais árduos que se conhece e salienta que é executado com adoção de posturas inconvenientes, exercido com grande aplicação de força e realizado em ambientes climáticos desfavoráveis.

O trabalho na agricultura familiar ocupa uma parcela substancial na vida dessas pessoas e tem grande influência em sua qualidade de vida. Minayo et al. (2000, p. 8) conceitua Qualidade de Vida como sendo uma “noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Já a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), segundo Schuch (2001), tem por finalidade humanizar as relações de trabalho, mantendo relação com a produtividade e a satisfação do trabalhador em seu ambiente de trabalho. O autor acrescenta que a QVT está relacionada à condição de vida no trabalho, ao bem estar, à saúde e a segurança do trabalho. Walton (1973) afirma que a QVT depende de oito fatores: compensação justa e adequada; condições de segurança e saúde no trabalho; utilização e desenvolvimento de capacidades; oportunidades de crescimento e segurança; integração social na organização; garantias constitucionais; trabalho e espaço total de vida; e relevância social da vida no trabalho.

A partir desse contexto, apresenta-se a seguinte problematização: qual a visão dos trabalhadores da agricultura familiar com relação às características das atividades e qual o impacto na qualidade de vida no trabalho? A pesquisa teve como objetivo geral compreender como as atividades desenvolvidas na agricultura familiar podem interferir na qualidade de vida do trabalhador. Os objetivos específicos estiveram focados em verificar a opinião dos agricultores sobre seu trabalho e investigar quais as características do trabalho que interferem no bem estar e qualidade de vida no trabalho.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza como observacional descritiva, com análise e discussão de dados realizada sob o paradigma qualitativo. Segundo Víctora et al. (2000), o método qualitativo procura entender o contexto em que algum fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos em um pequeno grupo.

O campo de estudo foi o município de Linha Nova, localizado na região serrana no interior do RS, cuja economia está voltada principalmente para a agricultura familiar, no cultivo de hortifrutigranjeiros. As entrevistas foram realizadas no período de julho e agosto de 2014, através do contato direto com os sujeitos da pesquisa, por meio de visita às residências das famílias de agricultores que produzem verduras e legumes.

O instrumento de pesquisa foi constituído de uma entrevista semi-estruturada, compostas de questões abertas, não indutivas, que tiveram por objetivo avaliar o perfil do colaborador e compreender sua percepção referente ao trabalho na agricultura familiar. Para a análise e discussão dos dados utilizou-se o método de triangulação. Segundo os estudos de Marcondes e Brisola (2014), neste método de análise é realizado um *modus operandi* pautado na preparação do material coletado e na articulação de três aspectos para proceder à análise: os dados empíricos levantados na pesquisa; o diálogo com os autores que estudam a temática em questão; e a análise de conjuntura.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O grupo de estudo foi constituído por 34 famílias, gerando o total de 80 colaboradores. Destes, 47 são do sexo masculino e 33 do sexo feminino. A idade média dos agricultores é de 45 anos, sendo que o colaborador mais jovem tinha 15 anos e o mais velho, 76 anos de idade. A média do tempo de trabalho na agricultura é de 30 anos, com uma jornada de 9h diárias. A média do grau de escolaridade é a 5ª série do ensino fundamental.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Ao questionar os entrevistados se gostam do trabalho na agricultura, obtiveram-se depoimentos que tangem aspectos negativos, neutros e positivos. Com relação aos aspectos negativos, alguns trabalhadores expuseram a seguinte opinião: "Trabalho mais por obrigação, não por gosto. Porque quando a coisa aperta tu trabalha de tudo."; "A gente se obriga. É o jeito da gente sobreviver. A gente não tem estudo e o que fazer? Trabalhar na roça."; "Porque não tenho estudo para trabalhar nas fábricas.".

Blanch (2003) informa que, quando o trabalho é visto negativamente, ele acaba sendo considerado como maldição, castigo, jugo, estigma, coerção, esforço e penalidade. Adissi (2011) acredita que, por ser um trabalho realizado junto à natureza o trabalhador fica exposto à situações de risco como, a insolação, as chuvas e ventos, a presença de animais peçonhentos, as topografias e condições do solo que demandam cargas de trabalho de diferentes intensidades, entre outros, dificultando a humanização do trabalho.

Alguns colaboradores mencionam como fator negativo o baixo grau de escolaridade, o que restringe as oportunidades de trabalho em outros locais. Schwartzman e Cossio (2015) observaram que, principalmente jovens sem o ensino médio completo, apresentam rendimentos muito mais baixos e maior nível de desemprego que aqueles com 2º grau concluído.

Os aspectos neutros podem ser relacionados ao trabalho como algo necessário somente para seu sustento. Nesse sentido, houve respostas como: "Porque cada um tem que trabalhar na vida para se sustentar. [...]"; "Só se trabalhou nisso. Nunca se pensou em outro lugar para trabalhar. [...]"; "Sempre fiz isso. Desde pequena trabalhamos nisso.". Blanch (2003) denomina esta posição como centro contínuo, onde o trabalho ocupa mera função instrumental para sobrevivência material, e é realizada a dedicação necessária somente para o alcance deste objetivo. Neste ponto, ganha destaque o desinteresse para a aquisição de experiências em outros locais de trabalho, preferindo a permanência nas atividades agrícolas.

Com relação às características positivas do trabalho na agricultura familiar, as respostas obtidas referem-se tanto à liberdade no trabalho, quanto à satisfação de trabalhar próxima a natureza e ao ar livre. Neste aspecto obtiveram-se respostas como: "É judiado, mas tu trabalha como tu quer e como tu pode."; "Porque o serviço é mais livre. Não precisa se incomodar com patrões."; "Tu fica mais à vontade. Trabalha quando tu quer. Não precisa cumprir horário"; "Porque é um lugar que se trabalha ao ar livre; não tá sempre na mesma função; não enjoa."; "Sou uma pessoa que não gosto de trabalhar em ambiente fechado. Gosto de variar de um trabalho para o outro, de um serviço para o outro."; "Gosto da parte de plantar e tirar teu sustento da terra. Ver as coisas crescer e dar fruto."

Apesar do trabalho agrícola ser árduo e pesado, percebe-se que a grande parte dos entrevistados gosta do seu trabalho na agricultura familiar. Por se um trabalho autônomo, onde os próprios membros de uma família lideram e desenvolvem o negócio, o trabalho contempla a maioria dos fatores apresentado no modelo de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) de Walton (1973). De acordo com as respostas dos entrevistados, as dimensões de maior destaque pelo modelo de QVT de Walton (1973) são a autonomia, significado da tarefa, identidade da tarefa, variedade de habilidades, liberdade de expressão e responsabilidade social pelos produtos/serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu compreender o trabalho na agricultura familiar na visão dos trabalhadores. Apesar de ser um trabalho que envolve bastante esforço físico e exposição aos fenômenos naturais, prevalecem os aspectos positivos do trabalho agrícola, principalmente com relação à liberdade e autonomia. Gostar e se identificar com o trabalho são de suma importância para o bem estar físico, emocional e, conseqüentemente, social do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ADISSI, Paulo José. Ergonomia no trabalho agrícola. In: MÁSCULO, Francisco Soares; VIDAL, Mário César (Org.). **Ergonomia: trabalho adequado e eficiente**. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2011. p. 490-502.

BLANCH, J. M. Trabajar en la modernidad industrial. In.: BLANCH, J. M. (Org.), **Teoría de las relaciones laborales: fundamentos**. Barcelona: UOC. 2003, pp. 19-148.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Publicação Especial do Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Plano Safra da Agricultura Familiar 2012/2013**. jun. 2012. Disponível em: <http://portal.mda.gov.br/plano-safra/arquivos/view/Cartilha_Plano_Safra.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

BRUMER, Anita. **Gênero e Agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul**. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 12, n.1, jan./abr. 2004, p. 205-227.

IBGE. **Censo Agropecuário 2006**. Rio de Janeiro, 2006. 777 p. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=751. Acesso em: 12/03/2014.

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção**. 2. ed., rev. e ampl. São Paulo, SP: Edgard Blücher, 2005. 614 p.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, jul. 2014.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

SCHUCH, Claudio. **Qualidade de vida no trabalho: a percepção dos professores da universidade do planalto catarinense**. 2001. 93 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SCHWARTZMAN, S.; COSSIO, M.B. Juventude, educação e emprego no Brasil. **Cadernos Adenauer VII**. Jun. 2015, 14 p. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/224771453_Juventude_educacao_e_emprego_no_Brasil>. Acesso em: 07 ago 2015.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WALTON, R. E. Qualidade de Vida no Trabalho: o que é? Sloan Management Review. **Cambridge**, v. 15, n. 1, p. 11-21, dez. 1973.

WILKINSON, John. Distintos enfoques e debates sobre a produção familiar no meio rural. **Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável**. Porto Alegre, RS, v.1, n.3, jul./set. 2000.

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO

Henrique Zimmermann Kunert¹

Geraldine Alves dos Santos²

Palavras-chave: Envelhecimento. Sexualidade. Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A sexualidade sempre é considerada como um assunto da esfera privada por toda sociedade. Por isso, permanece como um tema que mobiliza todos os sujeitos, independentemente da faixa-etária. Na velhice, geralmente é pensada como não fazendo parte da vida e, por isso, permanece permeada de conflitos que impedem o envelhecer com qualidade. Neste sentido o objetivo do presente trabalho é identificar a produção científica referente ao tema sexualidade no envelhecimento no banco de dados Scientific Electronic Library Online - Scielo nos últimos cinco anos.

MÉTODO

Foi pesquisado no banco de dados Scielo no dia 04 de agosto de 2015 resumos dos artigos com a temática, utilizando-se as palavras chaves combinadas: envelhecimento e sexualidade. Inicialmente foi utilizada a palavra envelhecimento e em seguida a palavra sexualidade combinada. Optou-se por essa forma para possibilitar o recorte do tema sexualidade dentro do tema envelhecimento. Foram analisados os seguintes eixos: temáticas e objetivos, ano de publicação, tipos de artigos, assim como conteúdos apresentados nos resumos.

RESULTADOS

Foram encontrados 2089 artigos contemplando o tema envelhecimento, porém desses, somente 18 artigos que abordam o tema da sexualidade na velhice, o que demonstra uma

¹ Psicólogo pela Universidade Feevale e Psicanalista pelo Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre – CepdePa. Bolsista de Aperfeiçoamento Científico Feevale.

² Doutora em Psicologia. Professora titular do Programa de Pós Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social

ausência de produção acadêmica científica sobre o tema, algo observado por autores. Okumo e colaboradores (2012) afirmam que esse fato ocorre devido a construções sociais que entendem a velhice como um momento onde os indivíduos tornam-se assexuados, reforçando assim a visão de que velhice e sexualidade são duas coisas antagônicas, tornando a abordagem do tema difícil. Rodhen (2001) destaca também a predominância de pesquisas que focam somente em aspectos físicos e biológicos, deixando de lado fatores psicológicos importantes para vivência da sexualidade.

Dos 18 artigos encontrados na base de dados Scielo encontra-se uma divisão em artigos caracterizados como transversais descritivos (11), de revisão crítica (4) e outros (3). Os anos com mais publicação sobre o tema ocorreram em 2012, com sete artigos publicados, seguido de 2011 (4) e demais anos com média de dois artigos/ano.

Observou-se também que a grande maioria dos idosos que participaram das pesquisas estão vinculados a grupos sociais como clubes, universidades, hospitais, igrejas, entre outros. Em relação às áreas de conhecimento onde ocorre o predomínio de publicações, a área na saúde, em especial a enfermagem, contempla 10 artigos publicados, sendo outros distribuídos entre área médica, psicológica e sociológica.

As principais temáticas desenvolvidas nos artigos contemplam assuntos sobre a importância da sexualidade para um envelhecer com qualidade de vida (6), que objetivam avaliar a relação e importância do sexo na terceira idade e como ela se relaciona com percepções de bem-estar e saúde. Aboim (2014) coloca que para os idosos, os sinais da velhice vêm acompanhados de perdas e transformações na saúde, aparência física, sexualidade, capacidade para o trabalho, entre outros.

Bastos e colaboradores (2012) destacam que 57.8% dos idosos entrevistados em sua pesquisa sentem que a relação sexual é muito importante no envelhecimento, apresentando também que há diferenças entre gêneros, assim como há diferenças entre estado civil e escolaridade. Okumo e col. (2012) destacam ainda a forte visão social da sexualidade como algo não natural durante a velhice que, para os autores, está ligada a falta de informação e preconceitos. Autores como Debert e Brigeiro (2012) destacam a importância da sociabilidade do idoso nessa etapa da vida, pois é através dela que o mesmo pode ter oportunidades de expressar sua sexualidade na relação com outras pessoas. Afirmam ainda sobre a importância de o idoso realizar uma descentralização do aspecto genital como única forma de obtenção de prazer.

Percebeu-se um grande número de trabalhos (5) que procuram abordar o tema da sexualidade na velhice com doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV/AIDS.

César e colaboradores (2012), assim como Silva, Vasconcelos e Ribeiro (2013) afirmam que o crescimento das taxas de doenças sexualmente transmissíveis aumenta devido a transformações sociais no envelhecimento que permite ao idoso viver sua sexualidade, porém ainda sem ter conhecimento de certos cuidados importantes com a saúde. Okuno e colaboradores (2012) demonstram que 66% dos idosos HIV+ de sua pesquisa, contraíram a doença através de relação sexual sem preservativo.

Foram encontrados também trabalhos que falam especificamente da sexualidade masculina no envelhecimento (5) e feminina (3). Sobre sexualidade masculina no envelhecimento os artigos abordam principalmente o uso do Viagra como maneira de resolver problemas sexuais no envelhecimento masculino, abordando marcadamente as representações sociais de potência e jovialidade construídas acerca da droga (RODHEN, 2011). Para esse mesmo autor, a andropausa é entendida como uma doença e por isso a medicalização é usada para “cura”. Silva e colaboradores (2012) colocam que sua pesquisa sobre satisfação sexual, entre homens com mais de 60 anos, mostrou que setenta e três por cento afirmam permanecer sexualmente ativos; sendo os que possuem até 70 anos e que coabitam com uma companheira os de maior frequência sexual. PocaHy (2012) destaca em seu trabalho o que acredita ser uma importante mudança que o homem deve realizar diante do envelhecimento, que consiste em desobjetalizar o pênis na relação sexual. Ou seja, para o autor é necessário que o homem possa deixar de atribuir prazer sexual somente ao pênis, podendo assim explorar outras partes do corpo como zonas erógenas na relação sexual.

Já sobre sexualidade feminina, a ideia geral é que a mulher ao envelhecer deve rever diversas ideias socialmente constituídas sobre sua sexualidade para sentir-se livre em vivenciar novas formas de obtenção de prazer (GONÇALVES, 2011). Valença e colaboradores (2010) colocam que para muitas mulheres a chegada do climatério constitui um aviso de que a vida sexual está chegando ao fim e atribuem essa ideia a fatores sociais e culturais, onde já parte-se do princípio que o sexo não é tão importante para mulheres como é para homens. Para os autores, ainda, a visão social estereotipada sobre o papel da mulher (esposa e mãe) pode interferir negativamente na visão das mulheres sobre si mesmas e no seu relacionamento com as pessoas e o mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a percepção do envelhecimento populacional e de como esse envelhecimento produz impacto sob o coletivo social, assim como o impacto do envelhecer sobre a vida individual. Conforme nos colocou Aboim (2014) o envelhecer é uma fase de intensas

transformações, tanto físicas quanto emocionais que sinalizam a passagem do tempo, que sinalizam perdas que para muitos sujeitos são sentidas com muita dificuldade.

Dentre o grande escopo de estudos da Gerontologia atual, a sexualidade ainda demonstra ser uma área a ser descoberta mais profundamente. Na revisão de literatura sobre sexualidade e envelhecimento, visualizou-se a falta de estudos nessa área específica em relação a toda produção gerontológica no Brasil, reforçando assim, em nossa opinião, a ideia geral que pessoas mais velhas não estão interessadas em sexo. Aspecto que fica também demonstrado ao analisarmos os anos de publicação dos trabalhos, que evidenciam uma não continuidade de interesse pelo tema, uma vez que observou-se um pico de publicações em 2012, mas que nos anos seguintes tem seu número reduzido.

Podemos pensar que a falta de trabalhos na área impede o desenvolver de práticas que possibilitem intervir nas dificuldades em relação a vivência da sexualidade nessa fase da vida. A produção de trabalhos que visam discutir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis por si só denuncia a importância do desenvolvimento do tema na área científica. Fica evidente a necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico e assistência direcionada especificamente para a terceira idade (SILVIA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013). Em nossa opinião, o fato do crescente número de DSTs em idosos só demonstra que socialmente e culturalmente, o sexo na velhice é uma realidade.

Ainda sobre o incremento necessário de trabalhos na área, percebeu-se que muitos dos mesmos são realizados com idosos vinculados a grupos de convivência social, por livre vontade. Esse aspecto sinaliza que muitos dos pesquisados já são sujeitos que apresentam melhor qualidade de vida e assim, tem mais chances de viverem uma velhice mais positiva. Percebe-se que ainda é muito difícil “alcançar” idosos desvinculados de espaços específicos e que talvez precisem que mais intervenção profissional.

A grande área de publicação do tema acontece predominantemente na enfermagem, embora se tenha observado que muitos dos trabalhos sejam multidisciplinares e não realizado por profissionais enfermeiros.

Observa-se também um forte processo que visa medicalizar a velhice, como doença, principalmente no que diz respeito a sua sexualidade. O grande número que homens que recorrem a remédios de impotência impede o desenvolver de outras formas de obtenção de prazer. Dificuldade de ereção na velhice não é doença, assim como a menopausa não é. Tratar esses aspectos como tal só reforça, na nossa opinião, aspectos negativos de uma fase da vida a qual não se pode fugir.

Através do material pesquisado, verificou-se que existe diferenças na importância do sexo para homens e para mulheres, que o estado civil do indivíduo influencia na percepção e satisfação sexual e também na possibilidade de encontros sexuais, assim como o grau de escolaridade, que permite maior ou menor acesso a informação.

REFERÊNCIAS

ABOIM, Sofia. Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. **Tempo soc.**, v. 26, n. 1, p. 207-232, 2014.

DEBERT, Guita; BRIGEIRO, Mauro. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v. 27, n. 80, p. 37-54, 2012.

GONÇALVES, Eliane; PINTO, Joana Plaza Reflexões e problemas da "transmissão" intergeracional no feminismo brasileiro. **Cad. Pagu**, n. 36, p. 25-46, 2011.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto et al. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. spe1, p. 115-121, 2012.

POCAHY, Fernando Altair. "Vem meu menino, deixa eu causar inveja": ressignificações de si nas transas do sexo tarifado. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 122-154, 2012.

POCAHY, Fernando Altair. Entre vapores & vídeos pornô: dissidências homo/eróticas na trama discursiva do envelhecimento masculino. **Rev. Estud. Fem.**, v. 20, n. 2, p. 357-376, 2012.

ROHDEN, Fabíola. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horiz. antropol.**, v.17, n. 35, p. 161-196, 2011.

SILVA, Marcella Monteiro da; VASCONCELOS, Ana Lúcia Ribeiro de; RIBEIRO, Leila Karina de Novaes P. Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, Pernambuco, Brasil, 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2131-2135, 2013.

SILVA, Viviane Xavier de Lima et al. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. **Saude soc.**, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2012.

VALENÇA, Cecília Nogueira; NASCIMENTO FILHO, José Medeiros do; GERMANO, Raimunda Medeiros Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saude soc.**, v. 19, n. 2, p. 273-285, 2010.

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE IVOTI/RS

Esp. Maristela Cassia de Oliveira Peixoto¹

Nilton Sager²

Ataíse Dapper³

Dr. Gilson Luís da Cunha⁴

Profa. Dra. Sueli Maria Cabral⁵

Profa. Dra. Geraldine Alves dos Santos⁶

Palavras-chave: Idosos. Saúde. Instituição de longa permanência.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil e no mundo transforma a velhice em uma questão de saúde pública, visto que o envelhecimento é um fenômeno universal, com variações individuais influenciadas por diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. A sociedade precisa compreender e entender as transformações que o idoso passa, como as necessidades físicas e emocionais, a espiritualidade, o corpo que envelhece e as dificuldades que aumentam com o passar dos anos. Isso faz com que a promoção e a qualidade da saúde se tornem cada vez mais exigentes. O processo de envelhecer afeta a condição do idoso na convivência em família e em sociedade (PROCHET; SILVA, 2011; FIGUEIREDO; TONINI, 2012). Neste sentido surgem as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) que caráter particular ou público. Nesse contexto, torna-se importante este estudo, sendo que as informações geradas pela avaliação se tornam uma ferramenta útil para definição de

¹ Enfermeira, Esp. em Gestão de Serviços em Saúde. Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social. Professora da Universidade Feevale

² Acadêmico de Enfermagem, bolsita CNPQ

³ Enfermeira, bolsista de aperfeiçoamento científico

⁴ Biólogo, doutor em Genética e Biologia molecular pela UFRGS. Bolsista Docente do Programa de Pós Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

⁵ Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS. Professora adjunta da Universidade Feevale.

⁶ Pós Doutorado na Faculdade de Serviço Social PUCRS. Doutora em Psicologia. Especialista em Gerontologia Social. Professora titular da Universidade Feevale. Docente do Programa de Pós Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

estratégias de promoção de saúde para os idosos. Objetivo geral deste estudo é avaliar as condições de saúde dos idosos residentes nas ILPIs do município de Ivoti/RS.

REVISÃO TEÓRICA

O envelhecimento é um fenômeno multidimensional, complexo que envolve vários fatores biológicos, sociológicos e funcionais. Ser idoso é aceitar a velhice, é sentir-se útil, é contar com a presença da família, é compartilhar a presença de bons sentimentos. Ser velho para muitos idosos é momento de solidão, de asilamento, ter conflitos na família, de incapacidade para realizar suas próprias atividades, dependência, negação, é ter medo da morte, da doença, são características do mal-estar ao ser velho não acreditando na continuidade da vida. A velhice deixa de ser uma condição de doença e passa a ser visualizada como um processo natural do percurso da vida do homem (FIGUEIREDO; TONINI, 2012; PESTANA; SANTOS, 2008).

A velhice pode ser considerada uma das “adversidades” no ciclo vital, uma metamorfose que requer adaptações do próprio indivíduo que envelhece, bem como de seu familiar que igualmente envelhece. Os vínculos estabelecidos dentro deste sistema, entre o idoso e seus membros familiares, está diretamente relacionado com a função exercida por ele neste grupo e com os vínculos resultantes deste convívio que podem ser instáveis ou estáveis, eficazes ou ineficazes de acordo com sua estabilidade frente às demandas e às suas respostas. O processo de envelhecimento e suas alterações biomorfológicas são preocupações da sociedade desde o início da civilização. Naturalmente os seres humanos nascem, crescem, amadurecem, envelhecem, declinam e morrem (MAZZA; LEFEVRE, 2005; SILVA et al., 2009).

O marco da idade entre o indivíduo adulto e o idoso é de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento. No envelhecimento há uma predisposição em diminuir a capacidade funcional, tanto celular quanto orgânica. A composição corporal sofre modificações importantes no envelhecimento (SILVA et al., 2009). O idoso fica mais vulnerável às doenças crônicas degenerativas, como as cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, transtornos mentais ou alterações do sistema locomotor. Esse fator, associado ao impacto social do envelhecimento, das condições ambientais, da redução da renda, da provável exclusão pelo grupo social e do abandono dos filhos, pode resultar em maior comorbidade, influenciando na qualidade de vida do idoso.

Geralmente as doenças que acometem os idosos são crônicas e múltiplas, perduram por muitos anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua (BRASIL, 2006).

A velhice, combinada com as sequelas das doenças crônicas não transmissíveis, pode danificar a capacidade do idoso em realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, levando-o à dependência funcional. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Conforme estudo realizado em 2011 pela OMS, 63% das mortes no mundo tinham como causa as DCNTs, evidenciado um sério problema de saúde pública. Na população idosa as DCNTs têm alta prevalência, principalmente hipertensão arterial, dores articulares, diabetes mellitus e câncer (BRASIL, 2011; RAMOS, 2003).

MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento quantitativo, descritivo e transversal que avaliou 65 pessoas idosas acima de 60 anos de idade residentes em cinco instituições de longa permanência do município de Ivoti/RS. Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um levantamento dos dados sócio demográficos através do prontuário do paciente e um roteiro de anamnese e exame físico. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Feevale, sob o nº 17296213.4.0000.5348.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a classificação e planilhamento, através SPSS v. 22.0, dos dados coletados identificou-se que 66,2% dos idosos tem idade superior a 80 anos; 75,4% são do sexo feminino. Em relação às patologias que acometem os idosos, deste estudo, foi possível identificar que 60% dos idosos apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 21,5% são portadores de Diabetes Mellitus (DM), 26,5% tiveram quadro de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 16,9% sofrem de dislipidemias. Em relação às doenças do sistema neurológico 26,2% apresentaram Doença de Alzheimer e 3,1% tem diagnóstico de Mal de Parkinson. Na amostra estudada de idosos 12,3% apresentaram algum tipo de neoplasia.

A HAS é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil. Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. O diabetes mellitus é uma das principais doenças que acometem a

população idosa. Sua crescente prevalência e altos níveis de morbimortalidade configuram-no como uma epidemia mundial. O diabetes implica desafios para os sistemas de saúde do mundo todo. A população brasileira diabética ultrapassa os 10 milhões, de acordo com o Ministério da Saúde, dos quais aproximadamente 33,0% têm entre 60 e 79 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; STOPA et al., 2014).

As doenças cerebrovasculares são uma das mais importantes causas de mortalidade e morbidade entre os idosos, além de gerarem sequelas incapacitantes. Elas exercem sério impacto pessoal, familiar e social, com grandes gastos diretos e indiretos. A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo mais comum de demência, respondendo por 60% a 70% dos casos. Estima-se em 35,6 milhões o número de pessoas com demência em 2010, projetando uma duplicação neste número a cada 20 anos; ou seja, 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. O total de casos novos de demência a cada ano no mundo é de aproximadamente 7,7 milhões, o que significa uma pessoa diagnosticada a cada quatro segundos (QUAGLIATO; ZANARDI, 2010; BURLÁ et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo verificou-se a grande incidência de comorbidades como HAS, DM, AVC e DOENÇA DE ALZHEIMER, que ocasionam a prevalência de doenças crônica degenerativas, nesta população de idosos, e a necessidade de uma atenção especial por parte dos profissionais da saúde e do poder público, através de estratégias que possibilitam um diagnóstico precoce e atuação terapêutica para as patologias descritas, favorecendo para a redução das mesmas, e melhoria na qualidade de vida da população idosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011

BURLÁ, C.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D.; NUNES, R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. **Gerontologia: Atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2012.

MAZZA, M. M. P.; LEFÊVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2005.

PESTANA, L. C.; SANTOS, F. H. E. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p.268-275, 2008.

PROCHET, T. C; SILVA, M. J. P. da. Percepção do Idoso dos Comportamentos Afetivos Expressos pela Equipe de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 784-790, out-dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a18v15n4.pdf>>. Acesso em: abr. de 2015

QUAGLIATO, E. M. A. B.; ZANARDI, V. A. Acidente Vascular Cerebral In: GUARIENTO, M. E.; NERI, A. L. et al. **Assistência Ambulatorial ao Idoso**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 793-798, jun. 2003.

SILVA, J. V. (Org.). **Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rio de Janeiro, 2010.

STOPA, S. R.; CÉSAR, C. L. G; SEGRI, N. J.; GOLDBAUM, M.; GUIMARÃES, V. M. V.; ALVES, M. C. G. P., BARROS, M. B. A. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 554-562, 2014.

APOSENTADORIA, DESAPOSENTAÇÃO E OS REFLEXOS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS

Ana Paula Lima¹

Henrique Kunert²

Profa. Dra. Geraldine Alves dos Santos³

Palavras chave: Velhice. Aposentadoria. Desaposentação. Qualidade de Vida. Inclusão Social.

ENVELHECIMENTO, APOSENTADORIA E CONSEQÜÊNCIAS

O processo de envelhecimento e a diminuição do número de jovens vêm alterando anualmente a estrutura etária da população pois, uma vez havendo menos crianças, aumenta a atenção aos idosos com políticas voltadas para a saúde, assistência social e previdência social. Dentre as diversas áreas que envolvem o envelhecer, a questão do trabalho e sua relação com o processo do envelhecimento torna-se fundamental compreender.

O rompimento das relações de trabalho tem impacto indiscutível, ainda que varie de pessoa para pessoa, no contexto global de vida. A aposentadoria implica bem mais que um simples término de carreira. A interrupção de atividades praticadas durante muitos anos, o rompimento dos vínculos e a troca dos hábitos cotidianos representam imposições de mudança no mundo pessoal e social. Quando as relações de trabalho são compostas de modo que o trabalhador se aproprie do processo de criação, ele se sente valorizado, desenvolve a autonomia e consciência de cidadania e quando as relações de trabalho são construídas com base na mecanização do fazer humano, e não do seu pensar e participação ativa, aloja-se um processo de coisificação, no qual o trabalhador se sente depreciado, vendo-se como ator social de segunda categoria.

A sociedade é contraditória. Por um lado considera a aposentadoria como um direito e uma conquista do trabalhador, depois de muitos esforços e anos de trabalho. Por outro, desvaloriza o sujeito depois de aposentado, que passa a ser visto como improdutivo e, portanto, inútil. O idoso aposentado necessita, muitas vezes, permanecer trabalhando por

¹ Universidade Feevale. Advogada. Especialista em Processo Civil. Bolsista de Aperfeiçoamento Científico.

² Universidade Feevale. Psicólogo pela Universidade Feevale e Psicanalista pelo Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre- CEPDEPA, Bolsista de Aperfeiçoamento Científico

³ Universidade Feevale. Doutora em Psicologia. Professora titular do Programa de Pós Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

necessidade financeira, considerando-se que, para grande maioria dos brasileiros, os valores recebidos como aposentadoria não cobrem as suas necessidades de manutenção e de seus dependentes, principalmente quando cabe ao idoso o papel de mantenedor do grupo familiar.

Diante desta realidade o objetivo do presente trabalho foi avaliar a produção científica de artigos brasileiros publicados na Base de dados SCIELO, no período de fevereiro de 2010 a julho de 2015, a partir da busca das palavras-chave Aposentadoria e Desaposentação.

ASPECTOS DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E A POSSIBILIDADE DE DESAPOSENTAÇÃO

Segundo Kluthcovsky e Takayanagi (2006) não há consenso sobre o conceito de qualidade de vida, porém, os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade são geralmente aceitos pela maioria dos pesquisadores. A qualidade de vida, acreditamos assim, será “medida” em relação à subjetividade de cada indivíduo, ou seja, como ele sente e pensa a sua vida, seja em relação ao trabalho, à sua moradia, às suas relações afetiva/sexuais, aos meios e locais de convivência social a qual tem acesso. O conceito de qualidade de vida, com o passar dos anos se ampliou, significando além de crescimento econômico, o desenvolvimento social como educação, saúde e lazer (PASCHOAL, 2000). O envelhecimento, além de ser um processo biológico é uma fase negada pela sociedade, também é um problema social porque a sociedade capitalista considera a produção como o objetivo maior da vida (GONÇALVES, 2014).

O prazer pelo trabalho é uma das justificativas da permanência ou a reinserção dos idosos no mercado de trabalho. Porém a necessidade financeira, tanto pelas perdas do poder aquisitivo devido aos baixos valores dos benefícios que com os anos ficam defasados, quanto a necessidade de prover a família são os principais aspectos que levam o idoso a continuar trabalhando.

A legislação brasileira, devido às constantes mudanças da sociedade, vem sofrendo algumas alterações. Tema recente, pendente de decisão no Superior Tribunal Federal é a DESAPOSENTAÇÃO que trata do desfazimento do ato administrativo de aposentação com a finalidade de obtenção de um melhor benefício. Segundo a compreensão de Martinez (2008, p. 401):

A desaposentação compreende dois atos administrativos: 1) um de natureza desconstitutiva, consistindo na renúncia à aposentadoria; 2) o outro de natureza

constitutiva, em face de nova aposentação ou de pelo menos renúncia com o restabelecimento do status quo ante, sem outra pretensão.

A desaposentação será possível quando houver a continuidade laborativa da pessoa jubilada, a qual pretende, em razão das contribuições vertidas após a aposentação, obter novo benefício, em melhores condições, em razão do novo tempo contributivo. A desaposentação não possui previsão legal expressa, razão pela qual é negada pelos órgãos administrativos os quais ainda argumentam pela violação do ato jurídico perfeito e do direito adquirido. A ausência de previsão legal traduz a verdadeira possibilidade do indivíduo em demandar o desfazimento de sua aposentadoria computando-se assim o tempo de contribuição anterior com o novo tempo obtido após o ato de concessão do benefício a ser revertido.

As decisões atuais demonstram que juridicamente a desaposentação é perfeitamente acolhida pelo atual sistema legal previdenciário: inexistente vedação legal, o sistema previdenciário é de caráter protetivo, assegurando a percepção do benefício mais vantajoso, não havendo necessidade de devolução dos valores recebidos em virtude da aposentadoria a ser renunciada.

Não se pode negar a existência da desaposentação com base no bem-estar do segurado, pois não se está buscando o desfazimento puro e simples de seu benefício, mas a obtenção de nova prestação, mais vantajosa. Este é o verdadeiro conceito de desaposentação.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de levantamento dos artigos brasileiros publicados na Base de dados SCIELO, no período de fevereiro de 2010 a julho de 2015, a partir da busca das palavras-chave Aposentadoria e Desaposentação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos resultados na base de dados Scielo referentes ao período de fevereiro de 2010 a julho de 2015 foram identificados 57 artigos através da palavra-chave Aposentadoria e apenas 1 artigo referente à Desaposentação.

O único artigo sobre desaposentação refere-se aos impactos econômicos do tema, abordando as aposentadorias por tempo de contribuição do regime geral da previdência social.

Em relação à aposentadoria dos 57 artigos identificados, 17 referiam diretamente sobre a aposentadoria sendo que 03 abordavam a saúde, 08 os aspectos psicológicos e 06 aspectos sociais.

A identificação de um único artigo sobre desaposentação se dá pelo fato de que ainda não há decisão definitiva nos Tribunais brasileiros levando a um receio de escrever sobre o tema. Diferente é a aposentadoria que pode ser discutida em vários aspectos por ser assunto cotidiano.

CONCLUSÃO

Com o crescente número de idosos no Brasil e o constante aumento da expectativa de vida, necessário se faz uma melhoria das condições de saúde e financeiras do idoso para que possam usufruir de uma melhor qualidade de vida e para que sejam incluídos no mercado de trabalho tendo em vista que, em sua grande maioria são pessoas experientes e ativas que não almejam o fim de suas carreiras, seja por prazer a atividade que exercem, seja pela necessidade de complementação da renda familiar.

A aposentadoria, nos moldes atuais, não traz às pessoas aposentadas a garantia de uma vida digna, o que faz com que optem por continuar a laborar, e conseqüentemente contribuindo à previdência sem que estas contribuições lhe tragam alguma vantagem.

Pode-se questionar nos resultados deste estudo o baixo número de trabalhos científicos sobre a aposentadoria em todas as áreas de conhecimento, pois este fenômeno passa por constantes modificações e é necessária a atenção da ciência para as mudanças sociais e econômicas.

A desaposentação pode ser a alternativa para melhorar a condição financeira do aposentado que continuou no mercado de trabalho e, atualmente, pretende abandonar a atividade para gozar de sua aposentadoria, assim como uma forma de abrirem vagas no mercado de trabalho para jovens que hoje lutam por uma oportunidade.

REFERÊNCIAS

GONÇALVES, Andrea Kruger. **Ser Idoso no mundo: o indivíduo idoso e a vivência de atividades físicas como meio de afirmação e identidade social.** Tese Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 1999.

IBRAHIM, Fabio Zambitte. **Curso de Direito Previdenciário.** 19ª ed., Editora Impetus. Rio de Janeiro. Niterói. 2014.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Consequências práticas e jurídicas da desaposentação.** Repertório de jurisprudência IOB, vol. II, 2008.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.** Dissertação de mestrado. Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo, 2000.

ZANELLI, José Carlos; SILVA, Narbal; SOARES, Dulce Helena Penna. **Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho. Construção de Projetos para o pós-carreira.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

AS ÚLCERAS DE PRESSÃO E A RELAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA E INCLUSÃO SOCIAL DOS CADEIRANTES

Bruna Henkel Ferro¹

Jacinta Sidegum Renner²

Palavras-chave: Úlceras de pressão. Cadeirantes. Qualidade de Vida. Inclusão Social.

INTRODUÇÃO

Existem aproximadamente 650 milhões de pessoas com deficiência no mundo, ou seja, 10% da população mundial (ONU, 2015). Segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 45,6 milhões de pessoas (23,9% da população) declarou possuir algum tipo de deficiência e destes, 13,3 milhões (6,95% da população) declararam possuir mobilidade reduzida (IBGE, 2010). Dentre as pessoas com deficiência física que possuem mobilidade reduzida, encontram-se as pessoas que sofreram lesão medular e são usuários cadeirantes. É avaliada em 48% a chance de mortalidade após a lesão medular, sendo que 80% dessas mortes ocorrem no local do acidente, e entre 4% a 17%, após a admissão hospitalar. A lesão pode trazer consequências sociais e econômicas para essas pessoas e para as suas famílias, alterando assim o curso de suas vidas de maneira dramática (MERRIT, 2002).

Uma das consequências que muitos cadeirantes enfrentam por passarem grande parte do dia na posição sentada são as úlceras de pressão, que são listadas como causa de morte direta de 7-8% dos cadeirantes (OTA, 2008). Na posição sentada, o corpo do cadeirante entra em contato com o assento através das tuberosidades isquiáticas que são compostas por dois ossos de forma arredondada. Com isso, a maior parte do peso total do usuário é apoiada nessas tuberosidades, fazendo com que essa carga pesada seja distribuída sobre uma área relativamente pequena, surgindo, assim, grandes esforços de pressão. Para aliviar essa pressão, as pessoas mudam de postura de tempos em tempos, porém, os cadeirantes, na maioria das vezes, não têm este recurso de mudança de postura, nem sensibilidade para sentir

¹ Graduada em Design, Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social, bolsista CAPES, na Universidade Feevale.

² Doutora em Engenharia de Produção (UFRGS). Professora e pesquisadora do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social, na Universidade Feevale.

a pressão produzida. Essa pressão produz o colapso dos vasos sanguíneos, impedindo seus fluxos, resultando em uma úlcera de pressão (UP) em um período muito curto. O cadeirante não terá percepção da dor nem tomará conhecimento da destruição da sua pele.

Portanto, esta pesquisa objetiva expor o problema das úlceras de pressão e a relação com qualidade de vida e inclusão social dos cadeirantes. Com este acometimento, a qualidade de vida (QV) e a saúde do cadeirante ficam comprometidas, além da questão econômica com os custos para o tratamento da lesão. De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), o nível material mínimo e universal para se discutir sobre qualidade de vida, se refere às necessidades mais básicas da vida humana, e entre elas está a saúde, o lazer, a educação, o trabalho, além de noções relativas de conforto, bem estar, realização pessoal e coletiva. Enquanto o cadeirante estiver acometido com a ferida, sua saúde ficará prejudicada, não estará em condições físicas e emocionais para o lazer e educação, nem apto ao trabalho, afetando diretamente, a sua inclusão social.

Como método científico, esta pesquisa se classifica como pesquisa bibliográfica, pois a busca de informações bibliográficas foi realizada através de livros, publicações em periódicos, e artigos científicos. Para a busca dos artigos, foi utilizada a base de dados SCIELO, com os descritores: úlceras de pressão, qualidade de vida e inclusão social. Do ponto de vista de sua natureza, é uma pesquisa básica, e do ponto de vista dos seus objetivos, é uma pesquisa exploratória (PRODANOV; FREITAS, 2013).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os cadeirantes, por passarem muito tempo na posição sentada, fazem com que a maior parte do peso do corpo entre em contato com a superfície do assento praticamente através das tuberosidades isquiáticas, que estão situadas na bacia e são compostas por dois ossos de forma arredondada que “se assemelham a uma pirâmide invertida, quando vistos de perfil com duas protuberâncias que distam, entre si, 7 a 12 cm. Essas [...] são cobertas por uma fina camada de tecido muscular e uma pele grossa“ (IIDA, 2005, p.149), e são adaptadas para sofrer grandes pressões. Com isso, 75% aproximadamente do peso total do indivíduo é sustentado em somente 26 cm² das tuberosidades, gerando uma pressão muito grande entre as tuberosidades isquiáticas, a pele e o assento da cadeira de rodas. Segundo Baptista (2010), esta pressão causa a interrupção do fluxo entre os vasos sanguíneos, causando a morte das células por falta de nutrição e oxigênio, gerando uma UP em um período muito curto. Nessas situações, para a circulação voltar a funcionar, esta pressão deve ser aliviada.

Naturalmente, o corpo muda de posição para ocorrer à redistribuição da pressão, e, quando não há essa troca e ocorre a pressão por muito tempo, acontece à necrose no tecido. Esse é o caso da maioria dos cadeirantes, que não possuem sensibilidade ou que não possuem função motora. Não vão sentir a dor, nem terão conhecimento da lesão da sua pele. Cria-se, então, uma lesão cônica “com a parte mais larga do cone perto do osso e a mais estreita na superfície do corpo. Desse modo, a parte visível da úlcera não revela a real extensão da lesão dos tecidos” (DEALEY, 2008, p.124). A Figura 01 mostra uma UP aberta em estágio 03.



Figura 01 – Úlcera de Pressão
Fonte: OTA, 2008

A UP é conhecida também como escara, úlcera de decúbito ou ferida de pressão e, conforme Candido (2001), a prevenção é o seu melhor tratamento. Hess (2002) alega que existem diversos sistemas de classificação de UP por estágios, conforme as camadas de tecidos envolvidas que estabelecem uma descrição anatômica da profundidade da ferida, mas não a descrevem de forma completa. A Figura 02 ilustra os danos da pele, de acordo com os quatro estágios das UP, no estágio 04, a lesão é tão grave que chega até o osso do indivíduo.

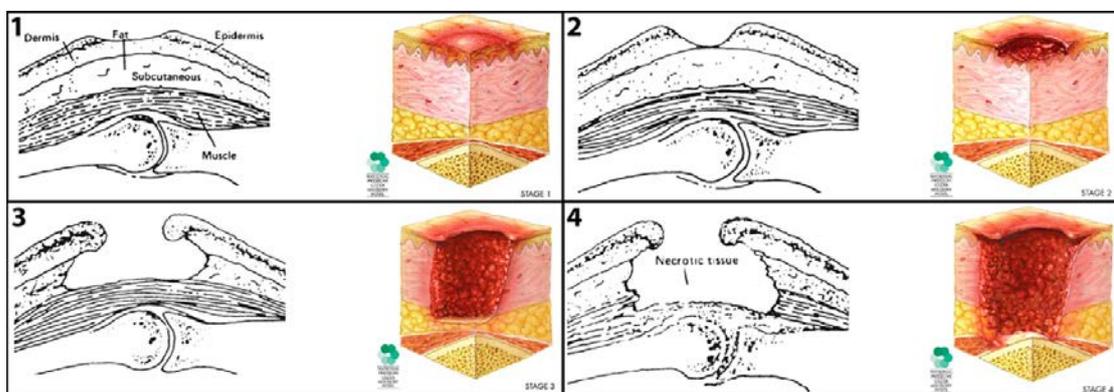


Figura 02 - Os quatro estágios das UP
Fonte: SHEA, 1975 apud OTA, 2008.
(1) Estágio I; (2) Estágio II; (3) Estágio III; (4) Estágio IV.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Wada, Neto e Ferreira (2010, p.173) dizem que “estudos tem demonstrado que os custos relacionados ao tratamento de pacientes com úlceras por pressão são significativamente maiores que os custos gerados por medidas preventivas básicas”. As UP podem afetar significativamente a qualidade de vida dos usuários cadeirantes com lesão medular (JAN et al., 2010), e por consequência, sua inclusão social. Bartalotti (2006, p.37) diz que uma boa QV é “aquela que oferece ao indivíduo condições para que possa desenvolver sua vida de maneira plena, digna e satisfatória [...]”, ou seja, “é ser cidadão, membro da sociedade, ser autônomo, consciente” (p.39). Em complemento, a OMS (1988) define QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, o contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e sobre seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito complexo que compreende a saúde, o estado físico e psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoal e sua relação com o meio ambiente.

De acordo com Sasaki (2010), entre os princípios da inclusão social está à construção de uma sociedade para todos, na qual ocorre a celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias e cidadania com qualidade de vida. Ou seja, não há como falar de inclusão social dos cadeirantes sem associar a qualidade de vida desses. Outro conceito de relevância para a inclusão social, conforme Sasaki (2010) é a autonomia, que é a possibilidade de controle nos ambientes físicos e sociais, conservando sempre a privacidade e a dignidade da pessoa. “Ter maior ou menor autonomia significa que a pessoa com deficiência tem maior ou menor controle nos vários ambientes físicos e sociais que ela queira e/ou necessite frequentar para atingir os seus objetivos” (p.35).

Para auxiliar essas pessoas, existem tecnologias que promovem a qualidade de vida, inclusão social e uma vida independente, contribuindo para ampliar e proporcionar as habilidades funcionais deficitárias (BERSCH, 2009). Tendo em vista o tempo prolongado que os cadeirantes passam na posição sentada e a incidência das UP, quando se pensa na condição de conforto, não há como não levar em consideração o assento, que na maioria dos casos é representada pela almofada utilizada sobre o assento da cadeira de rodas. Com uma almofada que respeite as áreas de maior pressão do corpo do cadeirante (tuberosidades isquiáticas), ocorrerá uma distribuição do peso de maneira correta e constante, prevenindo assim, as UP. Se a tecnologia torna as coisas mais fáceis para as pessoas sem deficiência, para as pessoas com deficiência, ela torna as coisas possíveis (RADABAUGH, 1993 apud BERSCH, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a prevenção das UP, torna-se de extrema relevância o uso da almofada para cadeira de rodas com a distribuição correta da pressão do corpo do cadeirante, uma vez que esses passam grande parte do dia na posição sentada. Sem o acometimento, o cadeirante terá a possibilidade de autonomia, conforto, bem estar, realização pessoal e coletiva, e por consequência, estará bem com sua saúde, lazer, educação, e trabalho. Melhorando assim, a sua qualidade de vida e a sua inclusão social.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Gládis Luisa. **Fundamentos e técnicas de enfermagem**. 3.ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2010. 272 p.

BARTALOTTI, Celina Camargo. **Inclusão Social das Pessoas com Deficiência: utopia ou possibilidade?**. São Paulo: Paulus, 2006.

BERSCH, Rita. **Introdução à tecnologia assistiva**. Porto Alegre, RS: CEDI – Centro Especializado em Desenvolvimento Infantil, 2009.

CANDIDO, Luiz Claudio. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo, SP: SENAC São Paulo, 2001. 282 p.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3.ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2008. 240 p.

HESS, Cathy Tomas. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4.ed. Rio de Janeiro, RJ: Reichmann & Affonso, 2002. 226 p.

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção**. 2.ed. rev. ampl. São Paulo, SP: Edgard Blücher, 2005. 614 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_De_ficiencia/tab1_3.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2015.

JAN, Yih-Kuen et al. Effect of Wheelchair Tilt-in-Space and Recline Angles on Skin Perfusion Over the Ischial Tuberosity in People With Spinal Cord Injury. **Arch Phys Med Rehabil**, v.91, n.11, p.1758–64, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3012008>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

MERRITT, **Tratado de neurologia**. 10.ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002. p.362-7.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde:** um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A ONU e as pessoas com deficiência.** Disponível em: < <http://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/> >. Acesso em: 08 jun. 2015.

OMS. **Promoción de la salud:** glosario. Genebra: OMS, 1998. Dispon

OTA, Ana Sayuri. **Prevenção das Úlceras de Pressão.** 2008. 25 f. Monografia (Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares) - Escola de Saúde do Exército Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2008. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD13%201%BA%20Ten%20A1%20ANA%20SAYURI%20OTA.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013. 277 p.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. 8. ed., ampl. e rev. Rio de Janeiro, RJ: WVA, 2010. 180 p.

WADA, Alexandre; NETO, Nuberto Teixeira; FERREIRA, Marcus Castro. **Úlceras por pressão.** *Rev. Med. (São Paulo)*, jul.-dez, p.170-177, 2010.

AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE IVOTI/RS

Graciele Pires de Oliveira¹

Esp. Maristela Cassia de Oliveira Peixoto²

Nilton Sager³

Dr. Gilson Luís da Cunha⁴

Profa. Dra. Sueli Maria Cabral⁵

Profa. Dra. Geraldine Alves dos Santos⁶

Palavras-chave: Idosos. Saúde. Úlcera por pressão.

INTRODUÇÃO

Os idosos apresentam várias alterações orgânicas decorrentes do processo de envelhecimento que dificultam a manutenção da integridade da pele. Essas alterações, somadas às condições patológicas, representam uma associação de vários fatores de risco que os tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de úlcera por pressão (MORAES et al., 2012). A úlcera por pressão (UP) é causada pela interrupção de suprimento sanguíneo, frequentemente, ocasionada por pressão, cisalhamento ou fricção, ou pela combinação desses fatores. Quanto à causa, as UP são identificadas como agravo multifatorial, cujos fatores determinantes podem ser organizados em intrínsecos (idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, mobilidade e níveis de consciência) e extrínsecos (pressão, cisalhamento, fricção e umidade). A aplicação de medidas preventivas é a maneira mais eficiente para manter a integridade da pele, desta forma, é necessário o uso de métodos

¹ Enfermeira, bolsista de aperfeiçoamento científico.

² Enfermeira, Esp. em Gestão de Serviços em Saúde. Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social. Professora da Universidade Feevale.

³ Acadêmico de Enfermagem, bolsista CNPQ.

⁴ Biólogo, doutor em Genética e Biologia molecular pela UFRGS. Bolsista de Pós Doutorado do Programa de Pós Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

⁵ Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS. Professora adjunta da Universidade Feevale.

⁶ Pós Doutorado na Faculdade de Serviço Social PUCRS. Doutora em Psicologia. Especialista em Gerontologia Social. Professora titular da Universidade Feevale. Docente do Programa de Pós Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

profiláticos e a avaliação de fatores de risco. Existem diversas escalas para avaliação, destacando-se a Escala de Braden, utilizada no Brasil (COELHO et al., 2012). Objetivo geral deste estudo é avaliar o risco para úlcera por pressão em idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Ivoti/RS.

REVISÃO TEÓRICA

É notório que a população brasileira de idosos vem aumentando assim como a expectativa de vida o que vem causando uma série de modificações no nosso contexto social e cultural. Nesse contexto surgem as ILPIs com o intuito de fornecer suporte as famílias desses idosos que demandam um cuidado especializado e que muitas vezes as famílias não conseguem oferecer a assistência de saúde e cuidados necessários e que não possuem suporte de organização para cuidar de seus idosos (FREITAS; ALBERTI, 2013).

A UP é de causa multicausal, constitui-se em área de dano na pele ou em estruturas subjacentes, devido à pressão, fricção e cisalhamento e/ou suas combinações. É uma área de risco localizada na pele geralmente sobre uma proeminência óssea. Essas lesões são complicações que ocorrem sobretudo em pessoas fragilizadas com dificuldade de mobilidade e idade avançada. A UP é um agravante sério pois afeta principalmente as pessoas idosas e pacientes acamados que demandam cuidados domiciliares (FREITAS et al., 2011).

A Escala de Braden foi desenvolvida em 1987 por Bergstrom e Braden e foi validada para a língua portuguesa. A escala permite que o paciente seja avaliado quanto ao risco de apresentar UP, com foco no cuidado e tratamento inicial da pele, uso de superfície de suporte, alívio de carga mecânica, além de ações de educação e de prevenção. De acordo com a referida escala, pacientes com pontuação igual ou inferior a nove são considerados com altíssimo risco para apresentar UP. As pontuações entre dez e doze denotam alto risco; treze ou catorze, risco moderado; quinze a dezoito, baixo risco; e valores de dezenove a vinte e três, ausência de risco (RANGEL; CALIRI, 2006; COELHO et al., 2012).

A Escala de Braden é dividida em seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. A percepção sensorial, atividade e mobilidade são considerados determinantes clínicos da exposição do paciente à pressão prolongada e intensa. Os demais domínios interferem na capacidade da pele em suportar o excesso de pressão: umidade, nutrição, fricção e cisalhamento (MORAES et. al, 2012).

MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento quantitativo, descritivo e transversal que avaliou 65 pessoas idosas acima de 60 anos de idade residentes em cinco instituições de longa permanência do município de Ivoti/RS. Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um levantamento dos dados sócio demográficos através do prontuário do paciente e a escala de Braden. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Feevale, sob o nº 17296213.4.0000.5348.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a classificação e planilhamento, através SPSS v. 22.0, dos dados coletados identificou-se que no domínio percepção sensorial 38,5% (25) dos idosos apresentavam-se ligeiramente limitados; 20% (13) tinham pele ocasionalmente úmida; 40% (26) permaneciam sentados por longos períodos, e 10,8% (7) eram acamados; em relação ao domínio mobilidade 35,4% (23) estavam muito limitados; 70,8% (40) tinham nutrição adequada. No item da fricção e cisalhamento da pele o quesito problema potencial foi o que apresentou maior frequência (53,8%, n=35) durante o acompanhamento. Em relação à classificação observou-se que 40% dos idosos não apresentam risco de desenvolver úlcera de pressão, 38,5% apresentam risco de desenvolver UP, 7,7% possuem risco moderado para UP e 1,5% apresentam risco muito elevado para o desenvolvimento de úlcera por pressão.

Conforme os resultados obtidos foi constatado que 23 idosos tem a mobilidade limitada o que demanda ajuda para a realização de atividades de vida básica o que os tornam mais dependentes e suscetíveis ao desenvolvimento de lesões na pele. Mesmo não sendo expressivo o percentual de idosos com risco muito elevado para o desenvolvimento de UP é necessário compreender o processo de envelhecimento buscando efetivar esforços de cuidados individuais específicos para cada idoso, pois 60% da parcela estudada apresenta algum risco para o desenvolvimento de lesões de pele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma condição importante e frequente entre estes idosos é a dependência para a realização das Atividades da Vida Diária. Grande parte dos idosos institucionalizados demandam ajuda para tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, se transferir de um lugar a outro e se alimentar, além de muitos terem incontinência urinária e/ou anal. Esse estudo nos permitiu conhecer cuidados de enfermagem direcionados à pessoa idosa cuja pele sofre modificações intensas com o processo de envelhecimento.

Cabe ao enfermeiro avaliar a escala de Braden de modo crítico, não se limitando unicamente na pontuação total da escala, mas considerando também as sub escalas detalhadamente como uma avaliação de alerta de risco, com a intenção de definir os cuidados específicos a serem implantados nos pacientes para a prevenção mais eficaz de úlcera por pressão. Assim, é possível minimizar o aparecimento dessas lesões, instituindo cuidados direcionados aos pacientes mesmo que eles estejam sem risco de desenvolver úlcera por pressão.

REFERÊNCIAS

- COELHO, Ana Débora Alcântara et al. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Rev. Rene**, v.13, n. 3, p. 639-649, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/731/pdf>>. Acesso em: 7 Jul 2015.
- FREITAS, Jaqueline de Paula Chaves; ALBERTI, Luiz Ronaldo. Application of the Braden Scale in the home setting: incidence and factors associated with pressure ulcers. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 515-521, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 Jul 2015.
- FREITAS, Maria Célia de et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-150, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jul. 2015.
- MORAES, Geridice Lorna de Andrade et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 7-12, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jul. 2015.
- RANGEL, Elaine Maria Leite; CALIRI, Maria Helena Larcher. Práticas de enfermeiros de um hospital geral sobre a prevenção da úlcera de pressão. **Rev. paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 96-101, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475670&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 Jul. 2015.

CADEIRA DE RODAS: UMA BARREIRA PARA A INCLUSÃO SOCIAL?

Michele Barth¹

Bruna Henkel Ferro²

Regina de Oliveira Heidrich³

Jacinta Sidegum Renner⁴

Palavras-chave: Corporeidade. Cadeira de rodas. Estigma. Inclusão social.

INTRODUÇÃO

Ter uma bela aparência estética, um corpo malhado e perfeito, são estes alguns dos principais valores conferidos ao corpo em nossa sociedade. De acordo com Freire e Dantas (2012), vivemos no mundo da valorização da aparência física, onde o que somos depende de como nos apresentamos, geralmente influenciados pela mídia, pois, é a partir desse modelo que seremos aceitos ou não pela sociedade. Há um interesse exagerado pelo corpo, com o objetivo de corrigi-lo e submetê-lo ao modelo idealizado pela mídia (LE BETRON, 2003). Percebe-se que, atualmente, as pessoas estão na constante busca da beleza física a fim de serem aceitas na sociedade.

Merleau-Ponty (1994 apud POLAK, 1997, p.35) refere-se à importância atribuída ao corpo da seguinte maneira: “[...] não tenho um corpo, mas sim, eu sou corpo; corpo que percebe e é simultaneamente percebido [...]”. Paiva (2009) afirma que o corpo passou a ser visto como uma identidade do indivíduo, que por sua exterioridade será classificado e julgado. A autora explica que algumas marcas corporais são sinais de beleza, saúde e perfeição, enquanto que outras são vistas como sinal de feiura, doença ou deficiência. Essas marcas vistas como “negativas”, não necessariamente são sinais físicos, mas podem ser associados a algum equipamento que a pessoa utiliza, como a cadeira de rodas. Costa et al. (2010)

¹ Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social. Graduada em Design. Integrante do projeto de pesquisa Acessibilidade para Cadeirantes: da casa ao trabalho, na Universidade Feevale, RS.

² Graduada em Design, Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social, integrante do projeto de pesquisa Acessibilidade para Cadeirantes: da casa ao trabalho, na Universidade Feevale, RS.

³ Doutora em Informática na Educação (UFRGS). Professora e pesquisadora do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social, na Universidade Feevale, RS.

⁴ Doutora em Engenharia de Produção (UFRGS). Professora e pesquisadora do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social, na Universidade Feevale, RS.

explicam que a cadeira de rodas evidencia a condição de deficiência, a diferença entre um corpo inteiro e o fragmentado, entre o corpo perfeito e imperfeito, reforçando as características estigmatizantes e aumentando excessivamente a diferença aos olhos da sociedade.

Deve-se levar em consideração que, segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, 45,6 milhões de pessoas declararam ter algum tipo de deficiência física (23,9% da população), e destas, 13,3 milhões (6,95% da população) declararam possuir mobilidade reduzida (onde se incluem os cadeirantes). Para suprir esta demanda, esses usuários devem ser atendidos em igualdade de produtos, serviços, vantagens, acomodações, entre outros (TILLEY, 2005). Ou seja, apesar do estigma criado sobre a cadeira de rodas, ela se torna de fundamental importância na recuperação, independência e participação da pessoa com deficiência física na vida em sociedade. Esta pesquisa tem como objetivo realizar uma reflexão sobre o estigma associado à cadeira de rodas e de como esta pode influenciar na inclusão social dos cadeirantes.

METODOLOGIA

Como método científico, se caracteriza como pesquisa bibliográfica que, segundo Prodanov e Freitas (2013), é um procedimento técnico para busca de informações bibliográfica através de livros, publicações em periódicos e artigos científicos, etc. Esta pesquisa teve base em artigos e livros que versam sobre os temas: corporeidade, estigma, pessoas com deficiência, e cadeira de rodas. Do ponto de vista de sua natureza, é uma pesquisa básica. Quanto aos seus objetivos, é uma pesquisa exploratória, pois se encontra em uma fase preliminar, com a finalidade de obter mais informações sobre o assunto a ser pesquisado para facilitar a delimitação do tema da pesquisa através de levantamento bibliográfico.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

DEFICIÊNCIA x CORPO PERFEITO

Para a atual sociedade ocidental o corpo representa mais do que meras partes físicas capazes de mover a pessoa para realizar seus objetivos. A apresentação do corpo reflete também a identidade do indivíduo, onde a opinião daquele que olhar para o corpo de outra pessoa irá variar de acordo com as roupas, o corte de cabelo, ou seja, de acordo com sua apresentação física. Segundo Merleau-Ponty (1999, p.122), “o corpo é o veículo do ser no

mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles”. Para Costa et al. (2010), o corpo possui uma função social e que varia de acordo cultura, oriundo de significados e símbolos sociais. Le Breton (2011) argumenta que o indivíduo é reduzido ao seu corpo e de como este corpo é visto socialmente. Costa et al. (2010) complementam que a intervenção da cultura sobre o corpo poderá incidir sobre os padrões estéticos, e sobretudo, sobre a forma com que os sujeitos deficientes são vistos e percebidos na sociedade.

A condição de deficiência rompe com os padrões estéticos, do corpo "perfeito" imposto por uma sociedade. Diniz (2007) afirma que um corpo com deficiência só se delinea quando contrastado com a representação de um corpo sem deficiência, e que um corpo com deficiência não pode ser considerado anormal, pois anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida da pessoa. Paiva (2009) comenta que o espelho pode ser usado como uma metáfora, tanto na imagem do indivíduo que se reflete tanto no vidro espelhado, quanto no olhar do outro. A autora afirma que ambos passam a ser cruéis julgadores de sua aparência em comum e fazendo lembrar a todo o momento, principalmente à pessoa com deficiência, que aquele corpo estranho refletido não é o desejado, mas ainda é seu. Contudo, segundo Ortega (2002), precisamos do olhar do outro para sermos percebidos, senão não existimos. Precisamos ser vistos para sermos notados, ainda que a deficiência esteja tão explícita como no caso dos cadeirantes.

ESTIGMATIZAÇÃO DA CADEIRA DE RODAS

A cadeira de rodas é uma tecnologia assistiva indispensável para os lesados medulares, e entre as categorias de representação social da cadeira de rodas para as pessoas com lesão medular espinal identificadas por Costa et al. (2010), ela é considerada a extensão dos membros inferiores e um equipamento indispensável, principalmente como meio de locomoção e transporte, lhe permitindo autonomia e independência. Entretanto, segundo o estudo destes autores, a cadeira de rodas ainda é considerada um símbolo de deficiência. Geralmente as representações gráficas para a pessoa com qualquer tipo de deficiência são constituídas pela estilização de uma pessoa na cadeira de rodas. Para Novaes (2009), a sociedade ocidental atribuiu este sentido à cadeira de rodas, fazendo com que a pessoa que necessite utilizar esta tecnologia assistiva passe a ter um sentimento negativo, muitas vezes não aceitando o uso do produto.

Segundo Costa et al. (2010, p.5), “a cadeira de rodas pode se apresentar como estigma relacionado à dependência funcional, ao preconceito, à inutilidade do ser humano, aos déficits

mentais e cognitivos”. Novaes (2009) acredita que devido à sociedade ocidental ter atribuído estes sentidos à cadeira de rodas, esta seja, senão a maior, a mais temida das diferenças. Costa et al. (2010) afirmam que a condição de deficiência quando associado à cadeira de rodas, evidencia a diferença entre o perfeito e o imperfeito, aumentando excessivamente a diferença aos olhos da sociedade.

Este estigma do corpo perfeito que agora não pode mais andar, faz com que a pessoa com deficiência veja seu corpo como um objeto de vergonha ao experimentar incapacidades em relação ao padrão vigente de produtividade da sociedade (ROCHA, 1991). Com isso, “o indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão” (GOFFMAN, 2013, p.23). O autor afirma que a manipulação do estigma é um atributo próprio da sociedade, e que ocorre sempre que houver normas de identidade. A sociedade impõe as formas de categorizar as pessoas de acordo com atributos considerados comuns ou naturais para os membros de cada categoria, e são os ambientes sociais que estipulam em que categoria as pessoas podem ser classificadas.

INCLUSÃO SOCIAL DOS CADEIRANTES

O preconceito contra as pessoas com deficiência ainda ocorre com frequência e causa constrangimentos a estas pessoas. De acordo com Costa et al. (2010), este fenômeno social pode ocasionar sentimentos de baixa estima, dificuldade nos relacionamentos afetivos e sociais e prejudicar a qualidade de vida dos deficientes físicos. Todos os deficientes experimentam a deficiência como uma restrição social, não importando se essas restrições ocorrem em consequência de ambientes inacessíveis, de noções questionáveis de inteligência e competência social, das atitudes públicas hostis das pessoas que não têm lesões visíveis, entre outros (OLIVER, 1990).

A cadeira de rodas, como extensão do corpo modificado pela lesão, ao devolver-lhe o direito de locomoção, presenteia-o não só com a autonomia para vários atos da vida, como também lhe devolve a dignidade, tão essencial à vida humana (COSTA et al., 2010). Ela também permite o aproveitamento das oportunidades sociais, educacionais, e vocacionais conduzindo a pessoa à inclusão social, em um estilo de vida produtivo e recompensador (COSTA et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo refletir sobre o estigma associado à cadeira de rodas e qual sua influência na inclusão social dos cadeirantes. Percebe-se que a diversidade no espaço

social está diretamente ligada à corporeidade, e é através dela que os cadeirantes utilizam a cadeira de rodas como parte ou extensão de seu corpo, como ferramenta de manifestação e interação com a sociedade. Além de ser um estigma, compreende-se que a cadeira de rodas é de extrema importância na vida do cadeirante, pois oportuniza melhores condições de vida, autonomia e independência, contribuindo assim para a sua inclusão na sociedade.

REFERÊNCIAS

COSTA, V. S. P.; MELO, M. R. A. C.; GARANHANI, M. L.; FUJISAWA, F. S. Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinhal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18(4): 8 telas, jul-ago 2010.

DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007, 89 p.

FREIRE, I. M.; DANTAS, M. H. A. Educação e corporeidade: um novo olhar sobre o corpo. **Revista Holos**, 28 (4), 2012. p. 148-157

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2013. 158 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_De_ficiencia/tab1_3.pdf>. Acesso em: 02 set. 2013.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade. Tradução Marina Appenzeller. Campinas-SP: papirus, 2003.

_____. **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1999.

NOVAES, V. S. A performance do híbrido: corpo, deficiência e potencialização. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (Orgs.) **Corpos mutantes**: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2 ed., 2009. 183 p.

OLIVER, Michael. **The politics of Disablement**. London: Macmillian, 1990.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: RAGO, M. O; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PAIVA, L. L. Corpos amputados e protetizados: “naturalizando” novas formas de habitar o corpo na contemporaneidade. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (Orgs.) **Corpos mutantes**: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2 ed., 2009. 183 P.

POLAK, Y. N. S. O corpo como mediador da relação homem/mundo. **Texto & Contexto em Enfermagem**, 6 (3),1997, 29-43.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013. 277 p.

ROCHA, E. F. **Corpo deficiente em busca da reabilitação?** Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiência física. Dissertação. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, 1991.

TILLEY, Alvin R. **As medidas do homem e da mulher**. Porto Alegre: Bookman, 2005. 104 p.

COMPUTAÇÃO UBÍQUA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA VIDA ADULTA TARDIA

Tatiana Machado Dorneles¹

Sandro Oliveira Dorneles²

Bianca Zambelli Alves³

Josiane Pires⁴

Gilson Luis da Cunha⁵

Päivi Sanerma⁶

Geraldine Alves dos Santos⁷

Palavras-chave: Computação ubíqua. Tecnologia. Envelhecimento. Saúde.

INTRODUÇÃO

Quem de nós sabe quanto tempo irá viver? Por que temos de envelhecer? Gostaríamos de viver para sempre? Essas perguntas perpassam muitas mentes dos seres humanos, pois envelhecer para muitos é visto como indesejável, diferente de muitas culturas em que envelhecer significa sabedoria.

A população está envelhecendo, “projeta-se uma população total na faixa etária de 65 anos de idade até 2040 de aproximadamente 1,3 bilhão” (PAPALIA; FELDMANN, 2013, p.572). Isso é resultado de avanços nas áreas da medicina, tecnologia e ciência, declínio da fertilidade, economia, vida mais saudável, controle de infecções, etc. Mas segundo os mesmos autores “muitos dos problemas que costumavam ser considerados inevitáveis agora são entendidos como resultantes do estilo de vida ou doenças, e não do envelhecimento” (p.573). A qualidade de vida dos idosos melhorou comparada as gerações anteriores devido aos avanços citados, mas não se desconsidera aqui os declínios próprios do envelhecimento.

¹ Esp. Neuroeducação. Esp. Coordenação Pedagógica e Orientação Educacional. Pedagoga. Integrante do Programa de Aperfeiçoamento Científico Feevale/RS

² Mestre em Computação Aplicada. Esp. Docência e Tutoria em EAD. Licenciatura em Computação.

³ Graduanda em Psicologia e bolsista de iniciação científica

⁴ Graduanda em Psicologia e bolsista de iniciação científica

⁵ Doutor em Genética e Biologia Molecular, Pós-doutorado do PPG Diversidade Cultural e Inclusão Social da Feevale.

⁶ Doutora em Enfermagem, PPG em Enfermagem, HAMK University, Finlândia

⁷ Doutora em Psicologia. PPG em Diversidade Cultural e Inclusão Social. Feevale/RS

Mas também, se faz necessário criar políticas públicas de saúde, cultura, lazer e inclusão digital para esta população que está envelhecendo, a fim de que possam ter oportunidades e não se sintam isolados da sociedade e, que ajudem a qualificar a vida da população idosa. Da mesma forma que a população idosa vem crescendo a intensa revolução tecnológica caminha num ritmo acelerado: carros automotivos, casas integradas, comunicação instantânea, entre elas a computação ubíqua que é definida por Weiser (1991) como a integração das tecnologias da informação e comunicação com o ambiente.

Considerando o cenário aqui apresentado, este artigo tem como objetivo geral discutir a correspondência e a possibilidade de articulação entre computação ubíqua como recursos de auxílio e prevenção na saúde e rotina diária do idoso.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A evolução das tecnologias da informação e comunicação vem se fazendo presente e influenciando a vida pessoal e profissional de todos os sujeitos. Este é um processo contínuo e irreversível, quer estejamos conscientes ou não do uso destas tecnologias, nossos hábitos estão em constante mudanças, nas mais diferentes tarefas do dia-a-dia, e são afetados por elas, sejam no lazer, trabalho ou educação. Hoje são muitos os estudos sobre envelhecimento e tecnologias, uma questão central é o acesso à população idosa. A busca pelo aspecto social do processo de inclusão digital do idoso evidencia-se em diferentes pesquisas (VIEIRA; SANTAROSA, 2009, p.3). Kreis et al (2007, p.161) dizem que “a partir da aquisição dos conhecimentos da Internet por pessoas idosas, observa-se a comunicação, aprendizagem e a troca de conhecimentos entre diferentes indivíduos e, conseqüentemente afasta-se o processo de exclusão social desses cidadãos”.

Silva (2007, p.141) diz que “independente dos fatores que interferem no envelhecimento, devemos atentar para que as pessoas possam ter qualidade de vida, que será expressa de várias formas, mas principalmente em relação ao acesso a recursos de saúde, entretenimento e educação”. Sobre a inclusão de acesso a tecnologia, a autora também salienta que estar fora dessa rede equivale a alienar-se, mas também preconiza dizendo que “os conectados podem desconectar, enquanto que os desconectados não podem conectar” (p.143). O processo de inclusão digital proporciona aos idosos a recuperação da autoestima, o exercício da cidadania e a interação social.

Todavia, mais do que simplesmente navegar na Internet é importante conhecer as inúmeras possibilidades surgidas através dela, tais como jogos on-line, redes sociais e uma variedade de aplicações surgidas a partir da crescente evolução dos dispositivos móveis.

Contudo, muitos são os estudos de possibilidades da população idosa ter acesso às novas tecnologias, como forma de estarem se adentrando a este mundo a fim de diminuir momentos de solidão, ocupação de tempo livre, partilhar informações e/ou buscar informações. Mas é possível pensar outro viés da computação na vida das pessoas idosas, que possibilite maior integração entre essas tecnologias e suas necessidades do dia-a-dia, de forma que seja natural e intuitiva, já pensado por Mark Weiser (1991), a teoria da “computação ubíqua”. A computação ubíqua prevista por Weiser (1991) busca a integração das tecnologias da informação e comunicação com ambiente, de tal forma que se incorporem ao nosso dia-a-dia, sem que pudéssemos perceber ou não precisássemos mais distingui-la do cotidiano.

Santaella (2013, p. 16) acredita que em função de hiper mobilidade disponibilizada pelo desenvolvimento tecnológico, “a condição contemporânea de nossa existência é ubíqua”. Um exemplo trazido por Santaella (2013, p.138) é a vida on-line, “a vida em estado de simultaneidade, ou seja, ao mesmo tempo em que é vivida, a vida pode ser contada”.

Muitas das tecnologias pensadas por Weiser (1991) já se fazem presentes, talvez não com a intensidade e com a usabilidade proposta, mas não há dúvida que é questão de tempo para que se concretize por completo. Santaella (2013, p.291) propõe “o uso de recursos móveis e ubíquos, utilizando os recursos de conectividade individual e personalizadas oferecido pelos dispositivos móveis”. O desafio e a possibilidade de pensar a computação ubíqua como recurso na vida diária do idoso é porque a ubiquidade favorece um serviço mais personalizado, para as necessidades deste usuário.

METODOLOGIA

A natureza da pesquisa é descritiva, transversal e qualitativa no que concerne a análise textual das respostas dissertativas dadas pelos sujeitos. Dados quantitativos também foram analisados nas questões em que os sujeitos precisaram quantificar de 1 a 5 suas respostas.

Participaram da pesquisa um grupo de 9 sujeitos de ambos os sexos, que frequentam um grupo de informática no município de Ivoti/RS. O instrumento foi uma entrevista semi-estruturada com algumas questões abertas e fechadas, divididas em 4 temas: Lidando com a atividades diárias; Relações sociais; Rotina diária e Uso de dispositivos tecnológicos.

A metodologia usada para análise das respostas foi a técnica de análise de conteúdo. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise das respostas permitiu elencar uma relação dos sujeitos entrevistados na categoria definida como rotina diária e saúde.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na pesquisa o termo saúde, perpassou por diferentes questões: conversas por telefone com familiares, onde um dos assuntos que costumam falar é sobre a saúde, como a busca por uma tecnologia que ajude a controlar a glicose, o uso de recursos para ajudar a lembrar de consultas médicas, compras no supermercado ou algo que será preciso fazer no outro dia.

Há de se considerar também que a memória sofre alterações com os avanços da idade. Segundo Papalia e Feldmann (2011, p.597) “a falha de memória geralmente é considerada um sinal de envelhecimento. O homem que sempre manteve a própria agenda na cabeça agora tem de anotá-la em um calendário. A mulher que toma diversos remédios os coloca onde possa vê-los”. Então, porquê não ser possível utilizar este acesso, integrado a computação ubíqua para um fim também de ajuda diária, preventivo para o idoso? Seja em questões da sua memória ou saúde? Pois como salienta Santaella (2013, p.136) “a entrada e saída do ciberespaço tornou-se ato corriqueiro, pois é possível de qualquer lugar, em qualquer momento, no movimento dos afazeres cotidianos”.

Existem algumas ideias de computação ubíqua em ambientes caseiros, segundo Benyon (2011, p.325) “o lar está se tornando cada vez mais um ambiente arquetípico de computação ubíqua”. O autor salienta “a possibilidade de casas inteligentes e inclusivas, de modo que se possa atender as necessidades e desejos dos sujeitos” (p.326). Algumas pesquisas têm sido desenvolvidas aplicando a tecnologia da computação ubíqua na assistência a saúde. Uma é o SCIADS (Sistema Computacional Inteligente de Assistência Domiciliar à Saúde), um sistema inteligente estruturado com o objetivo de integrar aspectos relevantes ao telemonitoramento do paciente no seu ambiente domiciliar. (CARVALHO, et al 2011). Dessa forma, o interesse nesse artigo, é propor o uso da tecnologia ubíqua como suporte para auxiliar o idoso em questões simples de memória e bem-estar, assim como em facilidades dentro de sua própria casa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou aproximar a computação ubíqua às necessidades em rotinas diárias do idoso. Em resumo, o âmago destes entrevistados apresenta em comum a saúde como uma fala corriqueira em suas relações sociais.

Ainda há muito que explorar sobre comunicação ubíqua, onde o conhecimento destas possibilidades torna-se indispensável, garantindo inegáveis contribuições para a vida adulta tardia. Faz mais sentido considerar como podemos melhorar a saúde humana enquanto envelhecemos: ampliar o uso da internet das coisas, automação residencial, adaptar a

luminosidade conforme as necessidades do idoso, relógio para monitorar os sinais vitais do idoso e mandar diretamente para o médico ou familiares, lembretes com agenda digital e em que projete seu dia, uma interligação entre computação ubíqua e qualidade de vida no envelhecimento.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BENYON, David. **Interação humano-computador**. 2ªed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

CARVALHO, Sergio Teixeira de; COPETTI, Alessandro; FILHO, Orlando Gomes Loques. Sistema de computação ubíqua na assistência domiciliar à saúde. **J. Health Inform**, v. 3, nº 2, p. 51-57, 2011.

KREIS, Rosana Alfinito; ALVES, Vicente Paulo; CÁRDENAS, Carmem Jansen, KARNIKOWSKI, Margô Oliveira. O impacto da informática na vida do idoso. **Revista Kairós**, São Paulo, p. 153-168, dez. 2007.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2013.

SANTAELLA, Lúcia. **Comunicação ubíqua: repercussões na cultura e na educação**. São Paulo: Paulus, 2013.

SILVA, Sione da. Inclusão digital para pessoas da terceira idade. **Dialogia**, São Paulo, v.6, p. 138-148, 2007.

VIEIRA, Maristela Compagnoni; SANTAROSA, Lucila Maria Costi. **O uso do computador e da Internet e a participação em cursos de informática por idosos: meios digitais, finalidades sociais**. XX Simpósio Brasileiro de Informática na Educação, Florianópolis - SC - 2009, ISSN: 2176-4301.

WEISER M. The computer for the twenty-first century. **Scientific American**, v. 265, n. 3, p. 94-104, 1991.

DETERMINAÇÃO DE VANCOMICINA EM PLASMA POR CROMATOGRAFIA LÍQUIDA DE ALTA EFICIÊNCIA

Peteffi, G. P.; Linden, R.¹

Carrer, C.²

Antunes, M. V.³

Palavras-chave: Vancomicina. Validação de método. Cromatografia líquida de alta eficiência com detector de arranjo de diodos. Imunoturbidimetria.

INTRODUÇÃO

A vancomicina é um antibiótico útil onde a monitorização terapêutica é recomendada. O objetivo deste trabalho foi validar um método de determinação de vancomicina plasmática por cromatografia líquida de alta eficiência com detector arranjo de diodos (CLAE-DAD) e compará-la à imunoturbidimetria. A vancomicina foi determinada em 300 μL de amostras de plasma por CLAE-DAD, após uma extração líquido-líquido. O tempo total de corrida cromatográfica foi de 18 min. Precisão intra-ensaio e inter-ensaio foi de 3,18-5,38 % e 5,06-14,14 %, respectivamente. Precisão foi 89,97-98,61 %. O limite de quantificação foi 2,5 $\mu\text{g mL}^{-1}$ para o analito, provando ser adequado para aplicação na rotina de monitoramento de drogas terapêuticas. Foram avaliados 17 pacientes, onde a comparação entre concentrações plasmáticas de vancomicina na CLAE-DAD (variável y) vs concentração plasmática de vancomicina na imunoturbidimetria (variável x) foram realizadas.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O antibiótico vancomicina foi introduzido na prática clínica em 1958⁽¹⁾. A vancomicina é uma alternativa para tratamento de infecções por bactérias produtoras de penicilanase e age impedindo a formação de polímeros peptidoglicanos na parede celular bacteriana⁽²⁾. Ativa contra bactérias gram-positivas, com nenhuma atividade contra bactérias gram-negativas, fungos ou micobactérias. É o fármaco de primeira escolha para tratar *S.*

¹Doutoranda e mestre em Qualidade Ambiental pela Universidade Feevale, pós graduanda em Análises Toxicológicas pela Universidade Feevale.

²Graduada em Biomedicina na Universidade Feevale.

³Doutora em Ciências Médicas (UFRGS), Professora na Universidade Feevale.

⁴Doutor em Genética e Biologia Molecular pela UFRGS (2001), Professor titular da Universidade Feevale.

aureus metilicilo resistente (MRSA)⁽³⁾. Embora sua via de administração usual seja a intravenosa, pode ser utilizada por via oral em infecções do cólon com *Clostridium difficile*⁽⁴⁾. Resistência de enterococos e estafilococos à vancomicina tem sido relatada de forma crescente⁽⁴⁾. Os efeitos adversos da vancomicina parenteral incluem erupções cutâneas, reações relacionadas à infusão, nefrotoxicidade e ototoxicidade. Concentrações plasmáticas superiores a 80 mg L⁻¹ são consideradas tóxicas, sendo os principais efeitos adversos a ototoxicidade e nefrotoxicidade. Estudos prévios verificaram que 5 a 15 % dos pacientes tratados somente com vancomicina desenvolveram diminuição aguda da função renal⁽⁵⁾. A insuficiência renal devido à administração concomitante entre vancomicina e aminoglicosídeos está estabelecida⁽⁵⁾. Há relatos de neutropenia em até 12 % dos pacientes em tratamento com vancomicina⁽⁶⁾, parecendo estar relacionada com a duração do tratamento (mais de 20 dias)⁽⁷⁾. Outro fator de risco relatado é a idade onde a incidência de perda auditiva entre os pacientes com menos de 53 anos de idade foi de 0 % e a incidência entre os pacientes com mais de 53 anos foi de 19 % (p = 0,008)⁽⁸⁾. Outro efeito adverso é a “síndrome do homem vermelho”⁽⁹⁾, rubor caracterizado por coceira ou formigamento. O monitoramento terapêutico de é recomendado para diminuir o risco de toxicidade e melhorar a eficácia do tratamento. A concentração sérica de vale ideal em infecções complicadas (ex. bacteremia, endocardite, osteomielite, meningite e pneumonia hospitalar adquirida causada por *S. aureus*) é de 15 a 20 mg L⁻¹⁽²⁾. O regime ideal de dosagem é aquele que alcança a concentração plasmática de pico entre 40 a 50 mg L⁻¹ e de vale entre 5 a 15 mg L⁻¹. Recomenda-se que a concentração de vale seja superior a 5 mg L⁻¹ para que se obtenha eficácia e que as concentrações de pico sejam inferiores a 50 mg L⁻¹ a fim de evitar a ototoxicidade⁽¹⁰⁾. As concentrações plasmáticas de vancomicina podem ser determinadas por CLAE, imunofluorescência polarizada, radioimunoensaio, enzimaímunoensaio múltiplo, ensaios microbiológicos⁽¹¹⁾ e imunoturbidimetria. Esta utiliza um conjugado de partícula de látex-vancomicina e um anticorpo monoclonal específico da vancomicina. A vancomicina presente na amostra compete com a vancomicina que se encontra nas partículas pelo anticorpo disponível, diminuindo a taxa de agregação. Assim, a taxa de agregação é inversamente proporcional à concentração de vancomicina presente na amostra⁽¹²⁾. O emprego de CLAE é uma alternativa importante para laboratórios que disponham destes instrumentos para realização de outras análises de rotina, dispensando a necessidade de aquisição de kits. Além disto, métodos cromatográficos estão menos sujeitos a interferências, tais como reações cruzadas. O objetivo deste estudo foi validar uma metodologia de CLAE para determinação

de concentrações plasmáticas de vancomicina, comparando resultados obtidos em amostras clínicas com a metodologia usualmente utilizada nos laboratórios, a imunoturbidimetria.

METODOLOGIA

As análises foram realizadas em um CLAE-DAD, a separação foi realizada em uma coluna Synergi Hydro-RP, tamanho da partícula 4 μm , tamanho do poro 80 \AA , comprimento 250 mm, diâmetro interno 4,6 mm. A coluna cromatográfica foi mantida a 27 $^{\circ}\text{C}$ durante a análise. A fase móvel foi composta por tampão fosfato 50 mM pH 2,3 e acetonitrila (91:9, v/v) eluída a 0,9 mL min^{-1} . Os cromatogramas foram monitorados em 220 nm. A duração da análise foi de 18 min. Amostras de 300 μL de plasma foram transferidas para microtubos de polipropileno e acrescentados de 50 μL da solução de trabalho de padrão interno (PI) (teofilina 50 $\mu\text{g mL}^{-1}$). Homogeneizada em vórtex por 30 seg. Após, foram adicionados 15 μL de ácido perclórico 70 %, sendo seguido homogeneizada e centrifugada por 10 min a 12.000 rpm. 160 μL do sobrenadante foi transferido para novo tubo e adicionada de 400 μL de diclorometano. A mistura foi homogeneizada e centrifugada a 14.000 rpm por 15 min. Uma alíquota de 100 μL da fase aquosa superior foi transferida para *vial* com insert e 50 μL foram injetados no sistema CLAE-DAD. Foram preparadas amostras de plasma controle para estudo de estabilidade em concentração baixa (CQB, 4 $\mu\text{g mL}^{-1}$) e concentração alta (CQA, 60 $\mu\text{g mL}^{-1}$), as quais foram mantidas no autoamostrador com injeções em intervalos de 1 h durante 12 h. A estabilidade de bancada foi avaliada através da diferença percentual entre o valor da área do analito obtidas no tempo inicial e as obtidas nos demais tempos, sendo considerada aceitável se todos os valores encontrados estivessem na faixa de 90 a 110 % da razão das áreas entre os analitos e o PI obtida no tempo inicial. A linearidade dos modelos de calibração foi avaliada em 6 níveis, em sextuplicata para cada nível. Soluções de trabalho foram adicionadas em amostras de plasma isento de fármacos, a fim de se obter soluções analíticas nas concentrações 2,50; 5,00; 10,00; 20,00, 40,00 e 80,00 $\mu\text{g mL}^{-1}$ de vancomicina. As curvas analíticas foram construídas calculando-se as razões entre as áreas dos picos de cada analito e do PI e comparando-se estas razões com as concentrações nominais dos calibradores. As curvas foram ajustadas através de regressão linear empregando-se diversos fatores ponderais ($1/x$, $1/x^{0,5}$, $1/x^2$, $1/y$, $1/y^{0,5}$, $1/y^2$). Os modelos de calibração foram avaliados pelos coeficientes de correlação (r) e pelo erro percentual cumulativo ($\sum\%ER$)⁽¹³⁾. Foram preparadas amostras de plasma controle para avaliação da precisão e da exatidão em CQB, média (CQM, 45,00 $\mu\text{g mL}^{-1}$) e CQA. As análises foram realizadas em triplicata e repetidas em cinco dias diferentes. A precisão intraensaios e a precisão interensaios foram calculadas

pela análise de variância (ANOVA), usando-se “dia” como variável agrupadora. A exatidão foi calculada como percentagem média obtida do valor teórico adicionado nas amostras. O critério de aceitação para exatidão foi valores médios de $\pm 15\%$ do valor nominal e para precisão foi um CV máximo de 15% ⁽¹⁴⁾. O método foi aplicado a 17 amostras de plasma obtidas de pacientes internados fazendo uso de vancomicina, previamente analisadas por imunoturbidimetria. Os métodos analíticos CLAE-DAD e imunoturbidimetria foram comparados através de regressão de Passing–Bablok⁽¹⁵⁾. A presença de *outliers* e tendências foram avaliadas utilizando gráficos de Bland e Altman.

RESULTADOS

A CLAE-DAD mostrou-se apropriada para a determinação quantitativa dos analito. A análise apresentou tempos de retenção de 16,7 min para vancomicina e 9,3 min para o PI. Não houve indicação de instabilidade do analito no teste de bancada com variações entre 93,31 e 104,47 %. Foi empregado um modelo de regressão com $1/x$ como fator de ponderação, o qual apresentou o menor $\Sigma\%ER$, com valor $5,33^{-14}$. As curvas de calibração apresentaram linearidade adequada, com r superior a 0,995. Os resultados dos ensaios de precisão e exatidão mostraram-se adequados. A exatidão foi 89,97 a 98,61 %. A precisão intra-dias apresentou valores entre 3,18 a 5,38 % e a precisão entre-dias entre 5,06 a 14,14 %, demonstrando a adequada repetibilidade do método. A comparação de concentrações plasmáticas de vancomicina na CLAE-DAD e a concentração plasmática de vancomicina na imunoturbidimetria indicou que não há diferenças sistemáticas. O intervalo de confiança de 95% da inclinação foi de 0,79 a 1,22 indicando que não há erros proporcionais. O teste de Cusun não indicou desvio significativo da linearidade ($p=0,58$). Resultados das concentrações de vancomicina obtidos nos dois métodos utilizados (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultado dos dois métodos utilizados

| Paciente | Ensaio Imunoturbidimétrico ($\mu\text{g mL}^{-1}$) | CLAE-DAD ($\mu\text{g mL}^{-1}$) | Paciente | Ensaio Imunoturbidimétrico ($\mu\text{g mL}^{-1}$) | CLAE-DAD ($\mu\text{g mL}^{-1}$) |
|----------|--|------------------------------------|----------|--|------------------------------------|
| A | 15,50 | 16,75 | J | 11,20 | 15,55 |
| B | 20,40 | 17,28 | K | 10,40 | 9,53 |
| C | 10,30 | 8,41 | L | 17,60 | 10,26 |
| D | 9,10 | 8,01 | M | 28,90 | 23,69 |
| E | 78,00 | 69,51 | N | 35,00 | 29,01 |
| F | 14,80 | 11,58 | O | 22,00 | 13,83 |
| G | 21,10 | 27,58 | P | 14,50 | 11,32 |
| H | 15,70 | 12,57 | Q | 36,00 | 39,27 |
| I | 20,60 | 21,90 | | | |

DISCUSSÃO

O CLAE-DAD apesar de ser mais lento que os outros métodos traz como vantagens maior precisão e menos custo uma vez que o laboratório já possui o cromatógrafo⁽¹⁸⁾ e é considerado o melhor para determinação de concentrações séricas de vancomicina⁽¹⁹⁾, sendo o método oficial de determinação de pureza⁽²⁰⁾. O método desenvolvido atende a todos critérios de validação de métodos bioanalíticos. Um dado importante para o ideal monitoramento seria a hora última dose e o horário da coleta, mas em grande parte dos pacientes este dado não nos foi repassado. Considerando o método CLAE-DAD, que foi validado, podemos observar que os pacientes C, D, e K as concentrações obtidas foram abaixo de 10 mg L^{-1} podendo produzir cepas suscetíveis ao *S. aureus*⁽²³⁾, mas, de acordo com recomendação, nenhuma concentração foi inferior à $5 \text{ mg L}^{-1(10)}$. Um paciente apresentou concentração de vancomicina plasmática de $69,51 \text{ mg L}^{-1}$, acima do regime ideal de dosagem que alcança de pico entre $40 - 50 \text{ mg L}^{-1}$, podendo causar ototoxicidade⁽¹⁰⁾. Na regressão de Passing-Bablok as concentrações plasmáticas estão distribuídas equitativamente dentro da faixa de medição do teste.

CONCLUSÃO

Foi desenvolvido e validado um método para a determinação de vancomicina em CLAE-DAD. A preparação das amostras foi simples e rápida e baseou-se em extração líquido líquido. O método mostrou-se adequado para aplicação clínica, sendo aplicado a 17 pacientes sob terapia com vancomicina. Os parâmetros de precisão, exatidão foram adequados para o monitoramento terapêutico, permitindo a determinação fidedigna destes fármacos em laboratórios que disponham de equipamentos de CLAE-DAD. Os métodos por CLAE-DAD e por imunoturbidimetria são comparáveis entre si.

ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES DE PARTICIPANTES DE GRUPOS DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Raquel Peter Maldaner¹

Cláudia Denicol Winter²

Palavras-chave: Estado nutricional. Hábitos alimentares. Reeducação alimentar.

INTRODUÇÃO

Encontra-se bem estabelecido na literatura a presença de uma transição nutricional tanto no Brasil quanto a nível mundial. Este fato é preocupante, visto que a obesidade está relacionada com uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Alguns dos fatores que contribuem para o sobrepeso são o sedentarismo e o consumo de alimentos hipercalóricos, hábitos de vida presentes na maioria da população, mas que podem ser revertidos com o apoio de profissionais da rede básica de saúde, afirmando o potencial da atenção primária na prevenção e promoção de agravos à saúde. (BRASIL, 2012; MOREIRA et al, 2012; MOREIRA, SANTOS e LOPES, 2012.). Diante deste contexto, os grupos de reeducação alimentar são estratégias viáveis que buscam orientar os indivíduos sobre a alimentação saudável, empoderando o sujeito para fazer melhores escolhas alimentares, revertendo ou amenizando sua situação de saúde. Sendo assim, o objetivo principal deste estudo foi avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares de participantes de grupos de reeducação alimentar de unidades de saúde (UBS e USF) de um município do Sul do Brasil e, a partir disso, identificar características da amostra como presença de beneficiários do Programa Bolsa Família, idade e gênero. Os resultados poderão auxiliar em estratégias específicas direcionadas ao perfil dos participantes dos grupos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A alimentação e a nutrição no âmbito da saúde coletiva são requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando o crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. Além disso constituem papel fundamental no enfrentamento da atual situação epidemiológica do país, caracterizada pelo aumento das DCNT e seus fatores

de risco.(JAIME et al, 2011). Conforme Jaime et al (2011), “as ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família”. Dessa maneira, a educação nutricional vinculada à reeducação do hábito alimentar é um importante meio para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos. (MOREIRA et al, 2012). A intervenção em grupos – por auxiliar no processo de identificação das pessoas que compartilham o mesmo objetivo e possibilitar uma abordagem diferenciada do modelo tradicional entre profissional e paciente – é apontada como uma estratégia facilitadora no processo de reeducação alimentar. (FELIPPE et al, 2011).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, descritivo e quantitativo. Os dados foram coletados durante os meses de junho e julho de 2015 nas USF e UBS do município, utilizando para isso o instrumento Sisvan, questionário validado pelo Ministério da Saúde. O estado nutricional foi obtido a partir da aferição do peso e altura em balança antropométrica e posteriormente calculado o índice de massa corporal (IMC), com classificação e pontos de corte de acordo com WHO (1998) para adultos e LIPSCHITZ (1994) para idosos. O critério de inclusão foi estar presente no grupo de reeducação alimentar no dia da coleta de dados, e como critério de exclusão, negar-se a participar do estudo. Os dados foram compilados e analisados com Microsoft Excel® com estatística simples de frequência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 60 participantes de 7 dos 9 grupos de reeducação alimentar existentes no município, sendo a média de idade 50 anos e predominância do sexo feminino (90%). Entre os participantes, apenas 3 são beneficiários do Programa Bolsa Família. Em relação ao estado nutricional, a média de IMC para idosos foi 34,64 kg/m² e para adultos 35,01 kg/m², sendo ambos classificados como obesidade. A média de refeições consumidas por dia foi 4,3 e a maioria (56,7%) relatou ter o hábito de fazer as refeições assistindo televisão. Com base nas respostas sobre os alimentos consumidos no dia anterior, 61,7% afirmaram ter comido feijão, 85% comeram frutas, 86,7% comeram verduras, 71,7% negaram ter comido embutidos, 58,3% disseram não ter consumido bebidas adoçadas, 71,7% não haviam consumido alimentos ultra processados salgados e 65% negaram ter comido doces. O questionário Sisvan foi reformulado recentemente objetivando direcionar a avaliação

alimentar de maneira mais qualitativa e menos quantitativa, de acordo com o que preconiza o novo guia alimentar para a população brasileira. (BRASIL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo pode se traçar um perfil dos usuários participantes de grupos de reeducação alimentar de unidades de saúde de um município do Sul do Brasil. Conclui-se que a maioria se encontra em estado avançado de sobrepeso, atingindo a obesidade. Entretanto, os hábitos alimentares da maioria dos entrevistados encontram-se de acordo com o recomendado pelo guia alimentar da população brasileira, exceto pelo fato de grande parte ter afirmado realizar as refeições assistindo televisão, o que é prejudicial para o controle da saciedade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- FELIPPE, F. et al. Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, 24(6):833-844, nov./dez., 2011
- JAIME, P.C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, Campinas, 24(6):809-824, nov./dez., 2011
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, 21 (1): 55-67, 1994
- MOREIRA, P. et al. A educação nutricional em grupo e sua efetividade no tratamento de pacientes obesos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.6, n.35, p.216-224, Set/Out. 2012.
- MOREIRA, RAM; SANTOS, LC; LOPES, ACS. A qualidade da dieta de usuários de serviço de promoção da saúde difere segundo o modelo de comportamento alimentar obtido pelo modelo transteórico. **Rev. Nutr., Campinas**, 25(6):719-730, nov./dez., 2012
- WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Obesity: Preventing and managing the global epidemic** – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

ESTUDO NETNOGRÁFICO DE UMA ASSOCIAÇÃO DE PORTADORES DE DPOC EM UMA REDE SOCIAL

Valesca Beatriz Streppel Panichi ¹

Marcus Levi Lopes Barbosa ²

Sandra Portella Montardo ³

Patrícia Brandalise Sherer Bassani ⁴

Débora Nice Ferrari Barbosa ⁵

Palavras-chave: Rede social. Netnografia. DPOC.

INTRODUÇÃO

Existem grandes mudanças de paradigmas acontecendo nas últimas décadas. Novas configurações de laços sociais se estabeleceram ao longo dos anos e o acesso à comunicação fora expandido de tal modo, que as dúvidas são, muitas vezes, sanadas com o digitar de palavras em um site de busca e um “clik”, dando vazão a páginas e mais páginas de informação. Os seres humanos dispõem cada vez mais de “tempo livre” e um excedente cognitivo apto a compartilhar informações entre aqueles que possuem afinidades. Clay Shirky (2011) pontua que o direcionamento do nosso excedente cognitivo permite que as pessoas se comportem de forma cada vez mais generosa, pública e social, em comparação com seu antigo status de consumidoras e bichos-preguiça. A matéria-prima dessa mudança é o tempo livre disponível para nós, tempo que podemos investir em projetos que variam da diversão à transformação cultural. Se tempo livre fosse a única coisa necessária, entretanto, as atuais mudanças teriam acontecido há meio século. Agora temos à nossa disposição as ferramentas tecnológicas e as novas oportunidades que elas viabilizaram (SHIRKY, 2011).

Como novas oportunidades advindas de novos instrumentos das tecnologias de informação e comunicação, Recuero (2012) refere que sites de rede social são ferramentas que proporcionam a publicação e a construção de redes sociais. As redes sociais são as estruturas dos agrupamentos humanos, constituídas pelas interações, que constroem os grupos

¹ Psicóloga, mestranda do PPG Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

² Doutor e Mestre em Ciências do Movimento Humano, Docente e Pesquisador da Universidade Feevale.

³ Doutora em Comunicação Social, Docente e Pesquisadora da Universidade Feevale.

⁴ Doutora em Informática na Educação, Docente e Pesquisadora da Universidade Feevale.

⁵ Doutora e Mestre em Ciência da Computação, Docente e Pesquisadora da Universidade Feevale.

sociais. Nessas ferramentas digitais, essas redes são modificadas, transformadas pela mediação das tecnologias e, principalmente, pela apropriação delas para a comunicação.

Este presente trabalho foi desenvolvido a partir da disciplina de Cibercultura e Inclusão Digital, ministrada no PPG Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale. Buscou-se verificar como ocorre a comunicação em uma rede social de uma associação de portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), no sentido de visualizar o que é importante (curtido, compartilhado e comentando) para portadores, familiares ou interessados a respeito desta doença a respeito de informações, orientações (psicoeducação), trocas de comunicação e afins estabelecidos e mediados por uma rede social. Utilizou-se para tanto, a netnografia como metodologia de estudo. A netnografia adapta os procedimentos etnográficos comuns de observação participante às contingências peculiares da interação social mediada por computador: alteração, acessibilidade, anonimato e arquivamento. Os procedimentos incluem planejamento, entrada, coleta de dados, interpretação e adesão a padrões éticos. A netnografia é pesquisa observacional participante baseada em um trabalho de campo *on-line*. Ela usa comunicações mediadas por computador como fonte de dados para chegar a compreensão e a representação etnográfica de um fenômeno cultural (KOZINETS, 2014).

Para a Psicologia Cognitiva, uma forma de adicionar e cristalizar informações aos sujeitos é por meio da psicoeducação. Segundo Knijnik e Kunzler (2014) a psicoeducação fornece aos pacientes uma forma de aprender novas habilidades para modificar as cognições, controlar o humor, e fazer mudanças produtivas no comportamento, com consequente aumento de motivação e promoção de saúde. Segundo Barlow e colaboradores (2009, p. 235), "os pacientes recebem informações em relação às sequelas cognitivas, fisiológicas e comportamentais das reações emocionais e como esses três componentes interagem". Ressalta-se que nas doenças crônicas, a adesão ao tratamento medicamentoso, a mudança no estilo de vida e a psicoeducação, podem ser importantes para prevenir o declínio da cognição, como sugerido por ensaios randomizados recentes (PEILA et al, 2006). A psicoeducação em um site de rede social ocorre por meio de orientações àquela população, de informações disponibilizadas em sua *time line*, de assuntos relevantes que os detentores das páginas elegem mediante assuntos de interesse.

TECNOLOGIA E SAÚDE

Os sites de redes sociais são os espaços utilizados para a expressão das redes sociais na Internet. São sistemas que permitem: a) a construção de uma persona através de um

perfil ou página pessoal; b) a interação através de comentários; e c) a exposição pública da rede social de cada ator. Os sites de redes sociais seriam uma categoria do grupo de *softwares* sociais, que seriam *softwares* com aplicação direta para a comunicação mediada por computador (RECUERO, 2005). Um site de rede social é o Facebook[®], e, nesta rede é baseado a busca deste trabalho.

Uma página de portadores de DPOC em uma rede social, pode ser entendida como uma rede temática, esta que é voltada e estruturada sob um tema específico (MONTARDO, 2010). Se estabelece então, uma nova forma de biossociabilidade, que segundo Ortega (2008) é uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo critérios de agrupamentos tradicionais como raça, classe, estamento, orientação política, como acontecia na biopolítica clássica, mas segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, entre outros. Para Marteleto (2001), os movimentos sociais em geral, designam um tipo de ação coletiva orientada para a mudança. Estes movimentos logram maior duração e integração e são eles em geral que originam as organizações, os partidos, as associações, a partir de uma consciência de grupo e das afinidades percebidas por indivíduos submetidos às mesmas pressões sociais ou que enfrentam idênticas dificuldades e obstáculos.

Pode-se pensar que uma página em um site de rede social, constitui-se em um movimento de biossociabilidade, bem como um movimento social como forma de estabelecimento de comunicação e troca de informações. Percebe-se a necessidade de conceituar a DPOC para melhor entendimento, portanto, é uma doença caracterizada por uma limitação crônica do fluxo aéreo, na maioria das vezes progressiva e parcialmente reversível, estando associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão à exposição de gases e partículas nocivas, principalmente os contidos na fumaça do cigarro. É, portanto, uma condição prevenível e tratável, embora não exista tratamento curativo (LIMA, 2012).

METODOLOGIA

Neste estudo foi utilizado o conceito de netnografia para estudo de uma página do Facebook[®] no sentido de buscar entender como se dá a utilização deste canal para comunicação de uma associação de portadores de DPOC, como é este estabelecido este estar junto virtual. Esta análise se dá de forma qualitativa, avaliando os tipos de mensagens postadas na página da associação. Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com fins descritivos e tem como procedimentos a forma de levantamento. Esta página contou até a metade do mês de maio, do ano de 2015, a quantidade de 1390 “curtidas”. Existiam outras

associações, mas a escolha desta se deu por esta associação possuir também um site, e este ser um canal de divulgação e publicação de material voltado para pacientes e familiares com DPOC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez que os dados foram colhidos, e analisados, os resultados obtidos passam a ser descritos agora. O período observado é de janeiro de 2015 a início de maio do mesmo ano. Neste período houveram 21 postagens na linha do tempo da associação, e estas variaram entre sete assuntos e as quantidades de postagem representaram consecutivamente: orientações – 29%, alertas – 19%, eventos – 14%, obituários – 14%, campanhas – 10%, agradecimentos 9%, e mudança de foto de perfil – 5%. Preferiu-se neste trabalho avaliar os resultados em três variáveis, a saber: “curtidas”, compartilhamentos e comentários sobre os *posts* realizados na página da associação.

Tabela 1 - Resultados para o quesito de “Curtidas”

| CURTIDAS | Total de Postagens | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|-----------------|--------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Orientações | 6 | 33,5 | 18,64 | 8 | 55 |
| Agradecimentos | 2 | 39 | 36,77 | 13 | 65 |
| Alertas | 4 | 51 | 21,91 | 27 | 75 |
| Mudança de foto | 1 | 37 | - | - | 37 |
| Obtuários | 3 | 82,3 | 23,71 | 57 | 104 |
| Campanhas | 2 | 33 | 4,24 | 30 | 36 |
| Eventos | 3 | 29 | 15,59 | 20 | 47 |

Das postagens deste período, o tipo de postagem com maiores movimentações foram a relativa a obituários. Foram as maiores médias de “curtidas” do material, de compartilhamentos e de comentários (como descritos nas Tabelas 1, 2 e 3). Pode-se entender este fenômeno pelo impacto que a morte tem na vida de um paciente crônico. E o paciente de DPOC vivencia a dificuldade e o quase morrer muito fortemente, pois lhe falta a capacidade respiratória que não lhe permite fazer suas atividades ou ter uma vida regular. Kluber-Ross (2002) refere que a morte é carregada de simbolismos e que quando vivenciada pode trazer fortes repercussões e similaridades com aqueles que convivem.

Tabela 2 - Resultados para o quesito de Compartilhamentos

| COMPARTILHAMENTOS | Total de Postagens | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|-------------------|--------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Orientações | 6 | 22,5 | 23,00 | 0 | 65 |
| Agradecimentos | 2 | 1 | - | 0 | 2 |
| Alertas | 4 | 3 | - | 0 | 12 |
| Mudança de foto | 1 | 16 | - | - | 16 |
| Obtuários | 3 | 29,3 | 3,21 | 27 | 33 |
| Campanhas | 2 | 6,5 | - | 0 | 13 |
| Eventos | 3 | 3 | 2,00 | 1 | 5 |

O segundo tipo de postagem com maiores repercussões fora as mensagens de alertas que traziam informações sobre falta de medicações em determinados locais, bem como associações de doenças e o perigo para a saúde. Estes alertas tem o objetivo de fazer a população envolvida conhecedora de fatos eminentes e que são relevantes à esta população.

Tabela 3 - Resultados para o quesito de Comentários

| COMENTÁRIOS | Total de Postagens | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|-----------------|--------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Orientações | 6 | 2,2 | 0,89 | 0 | 4 |
| Agradecimentos | 2 | 1 | - | 1 | 1 |
| Alertas | 4 | 7 | 9,02 | 0 | 18 |
| Mudança de foto | 1 | 2 | - | - | 2 |
| Obtuários | 3 | 12,0 | 3,00 | 9 | 15 |
| Campanhas | 2 | 0,5 | - | 0 | 1 |
| Eventos | 3 | 5,3 | 2,12 | 0 | 9 |

No entanto, as orientações, que basicamente consistem em divulgação de cuidados do paciente de DPOC deva ter em relação a sua saúde, foram os maiores números de postagens da linha do tempo, e a segunda média de compartilhamentos. Estas orientações possuem a forma de uma psicoeducação quando fazem o papel de fortificar habilidades e desenvolver conhecimentos que auxiliam o paciente com DPOC e seus familiares neste processo do adoecimento. Entende-se que mesmo não tendo um grande número de curtidas na página, corresponde a um grande número de compartilhamentos, e isto em rede significa uma maior abrangência do conhecimento ali registrado. Levando-se a pensar na importância neste veículo de informação para disseminação de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que como um canal de comunicação, uma página do Facebook[®], de uma associação de portadores de DPOC tem uma forma de divulgação de informações e

atinge a um percentual de sujeitos que frequentam a rede social. Este tipo de página em rede social, funciona como uma forma desses pacientes se beneficiarem no sentido de cristalizarem cuidados e conhecimentos, bem como possibilidades de mudança de comportamento. Sugere-se ampliar o acesso aos portadores de DPOC para as informações que constam em sites de redes sociais, no sentido de aumentar o referencial e o cuidado em relação a saúde do paciente acometido pelo processo de adoecimento.

REFERENCIAL

BARLOW, David H. e col. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KOZINETS, Robert V. **Netnografia: Realizando Pesquisa Etnográfica Online**. Porto Alegre: Penso, 2014.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
LIMA, Mara Rúbia A. A. de. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica IN CORRÊA DA SILVA, L. C. (org.) **Pneumologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-87, jan/abr, 2001.

MONTARDO, Sandra Portella. Redes temáticas na web e biossociabilidade online. **Revista Famecos**. Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 295-303, setembro/dezembro, 2010.

MONTARDO, Sandra Portella; PASSERINO, Liliana Maria. Estudo dos blogs a partir da netnografia: possibilidades e limitações. In: **Renote**, Porto Alegre: UFRGS, v. 4, n. 2, dez. 2006. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/renote/article/view/14173> >. Acesso em: 20/05/2015.

OLIVEIRA, Maria Ines Santana de. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. **Rev. bras.ter. cogn.** [online]. 2011, vol.7, n.1, pp. 30-34. ISSN 1808-5687.

ORTEGA, Francisco. Do corpo submetido à submissão do corpo. IN ORTEGA, F. **O corpo incerto: Corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PEILA, R., WHITE, L. R., MASAKI, K., PETROVICK, H., LAUNER, L. J. Reducing the risk of dementia: efficacy of long-term treatment of hypertension. **Stroke**, 37, 1165-1670, 2006.

RECUERO, Raquel. **A conversação em rede: comunicação mediada pelo computador e redes sociais na internet**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

RECUERO, R. **Comunidades virtuais em redes sociais: uma proposta de estudo.** In <http://www.raquelrecuero.com/seminario2005.pdf>, 2005 acesso em 17/05/2015.

SHIRKY, Clay. **A cultura da participação: criatividade e generosidade no mundo conectado.** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

EXERCÍCIO FÍSICO E DEFICIENTES: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA BASE DE DADOS BIREME

Greice Teresinha de Oliveira¹

Maria Lucia Rodrigues Langone Machado²

Regina de Oliveira Reidrich³

Palavras-chave: Exercício físico. Deficiente. *Bireme*.

INTRODUÇÃO

A sociedade moderna convive com transformações profundas e aceleradas, resultado de vários fatores dentre os quais, salientam-se os avanços científicos que influenciam no estilo de vida dos homens, como também, fatores de idade, estado de saúde, situação financeira, região geográfica, excesso de trabalho, stress, falta de parques entre outros aspectos.

Tais transformações têm gerado distúrbios hipocinéticos caracterizados pelo sedentarismo, um dos principais fatores de risco à saúde. Este, aliado à oferta de alimentos hipercalóricos, aumenta a mortalidade e dobra o risco de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, cardiopatias coronarianas, osteoporose, obesidade e diabetes mellitus.

Segundo Kohl e colaboradores (2012) a inatividade física é a quarta principal causa de morte no mundo. Com estas transformações vividas pela sociedade e através das facilidades atuais, estamos enfrentando uma pandemia de inatividade física, principalmente nos deficientes físicos, mesmo existindo diversas evidências dos benefícios do exercício físico para a saúde desde a década de 1950.

Nas Pessoas com Deficiência física, principalmente em cadeirantes, alterações metabólicas indesejáveis se constituem com a falta da atividade física regular, gerando uma diminuição da massa muscular e acúmulo excessivo de percentual de gordura, especialmente na região abdominal (GATTI et al., 2009).

Estas mudanças, principalmente, o acúmulo de gordura abdominal, estão descritos na literatura como fator de risco para obesidade, dislipidemia, diabetes, hipertensão, síndrome

¹ Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social – Bolsista Fapergs

² Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social

³ Doutora em Informática na Educação Professora titular do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

metabólica e doenças cardiovasculares, prejudicando a saúde da Pessoa com Deficiência física sedentária (BUCHHOLZ; BUGARESTTI, 2005; GARNSHICK et al., 2005).

Em contrapartida, a atividade física regular e sistematizada tem demonstrado ser capaz de minimizar alguns efeitos físicos de Pessoas com Deficiência física, como a redução da obesidade e o aumento da massa muscular, o que colabora para a manutenção da capacidade física e autonomia dos sujeitos em questão (BRUNOZI et al., 2011).

Para além destes benefícios cabe mencionar ainda as contribuições relacionadas aos fatores psicológicos que estão associados à participação e desempenho nos esportes, exercícios e atividade física (PEREIRA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009).

O exercício físico pode ser utilizado como fonte de liberação de sentimentos como raiva, medo, frustração e agressividade, assim também pode proporcionar aos cadeirantes, o sentimento de autorealização, satisfação, alegria e autoconfiança e, estes influenciarão na visão de si mesmo e dos outros. Surge assim, a importância de que sejam investigados os mecanismos que possam estar servindo como forma de treinar ou mesmo desenvolver as habilidades sociais em Pessoas com Deficiência física, as quais necessitam a sua inclusão social ou mesmo, o restabelecimento dos vínculos com a sociedade (SOUSA, 2007).

Nesse sentido, as experiências interpessoais e as interações com o ambiente influenciam o repertório de habilidades sociais do sujeito, pois elas tanto podem promover um elaborado repertório de habilidades como podem restringi-lo gerando falhas nas relações interpessoais e isso se estende as Pessoas com Deficiência (PEREIRA, 2009).

Segundo Pereira (2009) os resultados de seus testes comparando as habilidades sociais de pessoas com e sem deficiência, apontou ter um nível significativo de diferenças nas habilidades sociais. O grupo com deficiência apresenta escores mais baixos do que o esperado quando avaliados pelo Inventário de Habilidades Sociais do que as Pessoas sem Deficiência.

Diante desse quadro, há uma crescente necessidade de que se conheçam os estudos existentes envolvendo exercício para Pessoas com Deficiência física para que seja possível realizar intervenções que promovam saúde através de programas de exercício físico específico a população em questão. Tendo em vista a relevância deste tema para a promoção da saúde pretende-se nesta pesquisa analisar os estudos cadastrados sobre exercícios físicos e deficientes, refinando a cadeia de cadeirantes, na base de dados *Bireme*. Com este trabalho busca-se promover uma discussão por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas da área considerando possíveis associações com a perspectiva proposta por Pereira; Del Prette e Del Prette (2009), acerca da influência do esporte e da atividade física sobre as habilidades sociais de cadeirantes.

METODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória descritiva realizada por uma revisão da base de dados *Bireme* digitando-se os descritores exercício físico e deficientes em junho de 2015. Foram selecionados todos os materiais publicados no Brasil e no exterior.

Após a seleção e leitura dos artigos, os autores foram catalogados e os resultados descritos abaixo. A partir disso foi realizado um filtro selecionando estudos envolvendo cadeirantes e realizado a comparação e análise das pesquisas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos, foi possível identificar as principais deficiências estudadas nos trabalhos em questão; dos artigos envolvendo cadeirantes quais as variáveis mensuradas e quais os benefícios para as Pessoas com Deficiência.

A tabela 1 apresenta as características de todos os dos 19 artigos indexados no *Bireme* com os descritores exercício físico e deficientes.

Tabela 1 - Deficiência dos sujeitos dos estudos (n=19)

| Deficiência | n | % |
|-----------------------|---|-------|
| Visual | 7 | 36,8% |
| Cadeirante | 4 | 21,0% |
| Mental | 2 | 10,5% |
| Direitos ao esporte | 2 | 10,5% |
| Surdos | 1 | 5,3% |
| Inclusão crianças | 1 | 5,3% |
| Paralesia Cerebral | 1 | 5,3% |
| Acessibilidade clubes | 1 | 5,3% |

Dos 19 estudos encontrados 13 são brasileiros e 6 estrangeiros, sendo 4 envolvendo cadeirantes. Em relação às características dos 4 estudos selecionados no *Bireme* pode-se observar que todos os artigos são brasileiros sendo o de Quintana e Neiva (2008), um estudo que teve como objetivo a descrição antropométrica e bioquímica sanguínea de Pessoas com Deficiência causada por lesão física, comparando grupos de jogadores de basquetebol em cadeira de rodas e de não jogadores. E ainda, analisar estes dados identificando a prevalência de fatores de risco para síndrome metabólica. Foram estudados 27 homens verificando-se que os jogadores apresentaram circunferência de cintura menor comparada aos sedentários, $76,40 \pm 8,44$ e $89,25 \pm 9,73$ cm respectivamente ($p < 0,05$). A pressão arterial sistólica foi significativamente maior nos não jogadores $123,33 \pm 13,70$ e $114,00 \pm 9,85$ mmHg para os ativos ($p < 0,05$). Os sedentários apresentaram valores superiores aos ativos para a bioquímica

sanguínea de glicemia, triglicerídeos, colesterol total e frações, exceto para HDL-C ($p < 0,05$). Os indivíduos não jogadores apresentaram alta prevalência para fatores de risco da síndrome metabólica, sendo hipertensão arterial prevalente em 58,33% dos indivíduos, dislipidemia de HDL-C presente em 50% e circunferência de cintura acima da normalidade em 41,66%.

Já Paula et al. (2011) com a finalidade de verificar o comportamento da frequência cardíaca de 9 dançarinos cadeirantes durante uma competição. Concluiu que a dança é uma modalidade com características intermitentes e que a média de intensidade é compatível com uma atividade de alta intensidade.

Em seu estudo com 11 Pessoas com Deficiência física, Haddad e colaboradores (1997) tiveram por objetivo verificar as alterações provocadas pelo treinamento físico, em condição aeróbia de curta duração, sobre variáveis dos sistemas cardiovasculares e metabólico. Após 12 semanas de treinamento a capacidade aeróbia máxima estimada aumentou 22 'por cento' ($p = 0,003$) e a pressão arterial em repouso e no exercício submáximo diminuíram 5 'por cento'.

Noce, Simim e Mello (2009) verificaram o efeito de 12 semanas de prática de atividade física na percepção do nível de qualidade de vida de Pessoas com Deficiência física. Eles observaram que dos 20 sujeitos investigados, separados em 2 grupos, um sedentário e outro ativo, o nível de qualidade de vida, medido através do WHOQOL-Bref dos sujeitos que desempenharam o programa de atividade física foi melhor do que a dos sedentários.

Apesar deste último estudo proposto por Noce, Simim e Mello (2009) abordar a qualidade de vida, não foram associadas as evidências destacadas por Pereira; Del Prette e Del Prette (2009), acerca da importância do esporte e da atividade física para a melhora da performance relacionada as habilidades sociais dos cadeirantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram encontrados 19 estudos na base de dados *Bireme* digitando-se exercício físico e deficientes, porém apenas 4 envolvendo cadeirantes. A maioria das pesquisas é brasileira 68,4%, sendo que a metade comparou grupos de ativos e sedentários e outros 2 verificaram somente os benefícios do exercício em cadeirantes ativos.

Tendo em vista os resultados encontrados, verifica-se que há uma melhora significativa na aptidão física, pressão arterial, frequência cardíaca e qualidade de vida de Pessoas com Deficiência praticantes de exercício físico além de sugerir um papel importante do exercício na prevenção da síndrome metabólica. Neste recorte de pesquisa não foram evidenciadas possíveis associações com as habilidades sociais de cadeirantes

Também se salienta que por este assunto ser tão importante e o exercício um aspecto global é necessário que se tenham mais pesquisas envolvendo deficientes físicos e exercício comparado com outras áreas multidisciplinares, principalmente parte social, para a melhor compreensão dos mecanismos que promovem a saúde e qualidade de vida das Pessoas com Deficiência física ativa. Destaca-se que este estudo não pretende esgotar o conteúdo e coletar todas as publicações existentes sobre o tema, mas sim auxiliar no melhor entendimento e alcance explicativo da problemática.

REFERÊNCIAS

- BUCHHOLZ, A. C.; BUGARESTTI, J. M. A review of body mass index and waist circumference as markers of obesity and coronary heart disease risk in persons with chronic spinal cord injury. **Spinal Cord**. v.43, p. 513-518, 2005.
- BRUNOZI, A., SILVA, A. C., GONÇALVES, L. F., BATISTA, R. J. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Revista Neurociências**. v.19, n. 1, p.139-144, 2011.
- GARNSHICK, E.; KELLEY, A.; COHEN, S. A.; GARRISON, A.; TUN, C. G.; GAGNON, D. A prospective assessment of mortality in chronic spinal cord injury. **Spinal Cord**. v.43, p. 408-416, 2005.
- GATTI, A. M. M.; GORLA, J. I.; SOUZA, N. A.; CAMPANA, M.B. Análise das variáveis motoras e da composição corporal em lesados medulares principiantes na prática de atletismo. **CONEXÕES: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v.7, n.1, 2009.
- HADDAD, S.; SILVA, P. R. S.; BARRETTO, A. C. P.; FERRARETTO, I. Efeito do treinamento físico de membros superiores aeróbio de curta duração no deficiente físico com hipertensão leve. **Arq Bras Cardiol**; v. 69, n. 3, p. 169-73, set. 1997.
- KOHL, H. W.; CRAIG, C. L.; LAMBERT, E. V.; INOUE, S. ALKANDARI, J. R.; LEETONGIN, G.; KAHLMEIER, S. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **Lancet Physical Activity Series Working Group**. v. 380, n. 9838, p. 294-305, jul. 2012.
- NOCE, F.; SIMIM, M. A. M.; MELLO, M. T. A percepção de qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física? **Rev. Bras. Med. Esporte**. v. 15, n.3, p.174-178, maio-jun. 2009.
- PAULA, O. R.; MARINS, J. C. B; CATALDI, C. L; FERREIRA, E.L. Carga física da dança esportiva em cadeira de rodas. **R. Bras. Ci. e Mov**. v. 1, n.1, p.11-19, 2011.

PEREIRA C.S. Habilidades Sociais de Trabalhadores Com e Sem Deficiência Física. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 25, n.3, p.339-346, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a07v25n3.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

PEREIRA, C. S.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades Sociais de Trabalhadores Com e Sem Deficiência Física. **Psic.: Teor. e Pesq.** v.25, n. 3, p.339-346, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a07v25n3.pdf>>. Acesso em: maio 2015.

SOUSA, G. M. B. **Avaliação inicial do aluno com deficiência mental na perspectiva inclusiva**. 2007. 185f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

QUINTANA, R.; NEIVA, C. M. Fatores de risco para síndrome metabólica em cadeirantes - Jogadores de basquetebol e não praticantes. **Rev Bras Med Esporte**. v.14, n.3, maio/jun. 2008.

INICIATIVA DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PORTADOR DE ASMA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Ana Paula Schmitz¹

Daniela Pinhatti Flores²

Laura da Silva Elias³

Palavras-chave: Asma. Atenção Farmacêutica. Atenção Básica à Saúde.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônica, altamente prevalente que gera uma grande demanda nos serviços de saúde, prejuízos pessoais e familiares por estar relacionada ao absenteísmo escolar e trabalho, além da perda da capacidade produtiva (SANTOS et al, 2009). Para o tratamento da asma, as Unidades de Saúde de Novo Hamburgo, realizam a distribuição gratuita de medicamentos, no entanto, em duas Unidades Básicas de Saúde, não existem atividades que ofereçam ao paciente um entendimento melhor sobre a sua condição de saúde, bem como orientação adequada sobre o tratamento. No período de transição do outono para o inverno, detectou-se na farmácia uma busca expressiva de medicamentos pelos pacientes asmáticos. Deste modo, faz-se necessário para o controle da asma, associar à farmacoterapia ações educativas e preventivas. Considerando-se a relevância da aderência ao tratamento farmacológico e das medidas de redução da exposição aos fatores desencadeantes no ambiente, foi proposta a implantação de um grupo de atenção farmacêutica aos portadores de asma na Atenção Básica à Saúde (ABS). O objetivo do grupo foi promover ações educativas e realizar o acompanhamento farmacoterapêutico para melhorar o autocuidado, a aderência ao tratamento, a qualidade de vida e reduzir o número de internações hospitalares. Para dar início ao primeiro grupo, foram convidados aleatoriamente usuários que retiram medicamentos para asma nas Unidades Básicas de Saúde de Canudos e Santo Afonso da cidade de Novo Hamburgo. A iniciativa oferece a integralidade de ações em saúde para os asmáticos da

¹ Farmacêutica (Feevale), Residente em Atenção Básica e Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)- Feevale, discente do MBA Gestão em Saúde (Feevale).

² Especialista em farmacologia e interações medicamentosas (Uniriter), Farmacêutica Bioquímica (PUCRS), Preceptora em Atenção Básica e Saúde da Família da RMS (Feevale).

³ Mestre em Ciências Médicas (UFRGS), Farmacêutica, Tutora da RMS (FEEVALE), Docente da Universidade Feevale.

comunidade que é um dos quatro atributos essenciais da ABS e um dos princípios doutrinários da lei orgânica da saúde 8.080/1990.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A asma é uma doença inflamatória crônica que acomete cerca de 1% da população mundial e constitui-se como a terceira causa de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde no Brasil (ZANGHELINI et al, 2013). A asma é resultante da interação entre fatores genéticos e ambientais representados pela exposição à alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos (RODRIGUES et al, 2010). Os sintomas que caracterizam a doença são sibilância, dispneia, desconforto torácico e tosse. Um importante aspecto destacado na asma, assim como em outras doenças crônicas, é a dificuldade de aderência ao tratamento. Entre os problemas de insucesso no tratamento da asma, destaca-se a dificuldade de manuseio dos dispositivos inalatórios, o desconhecimento da importância do tratamento regular de manutenção e a falta de orientação quanto ao controle do ambiente (SANTOS et al, 2009; DANTAS et al, 2012). Os programas educacionais são de suma importância para sanar as dúvidas e melhorar a qualidade de vida dos portadores de asma. Estes programas podem ser realizados por uma equipe multiprofissional em que a inserção do farmacêutico é essencial para o acompanhamento e orientação destes usuários para reduzir a busca pelos serviços de saúde e o número de internações pelas exacerbações da asma (DANTAS et al, 2012). A atenção farmacêutica, regulamentada pela RDC 44/2009 prevê entre as atividades do farmacêutico o acompanhamento farmacoterapêutico. O farmacêutico tem o papel de detectar problemas relacionados a medicamento (PRM), buscar a resolutividade e promover o seu uso racional (DANTAS et al, 2012). A educação em asma deve ser um processo permanente juntamente com a equipe (BRASIL, 2010). A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) prevê que sejam desenvolvidas continuamente nos serviços ações individuais e coletivas voltadas às populações e às patologias específicas, principalmente na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Dentro das ações coletivas, destaca-se a realização de grupos de caráter educativo e terapêutico.

METODOLOGIA

A busca ativa foi realizada convidando aleatoriamente pacientes portadores de asma que retiram medicamentos nas Farmácias das Unidades Básicas de Saúde de Santo Afonso e Canudos do município de Novo Hamburgo. Previamente explanou-se aos pacientes qual o

objetivo do grupo. Estes pacientes foram orientados a trazerem suas prescrições médicas, e seus dispositivos inalatórios (DIs). O comparecimento destes pacientes foi confirmado por telefone na semana do encontro. A meta era realizar encontros com intervalos de 45 e 60 dias após o primeiro com os mesmos pacientes. Os grupos foram acompanhados por duas farmacêuticas nas unidades. No primeiro encontro os participantes preencheram um formulário para anamnese contendo antecedentes familiares, presença de outras patologias, alergia a medicamentos, medicamentos que utilizam, frequência das crises, frequência das internações hospitalares, capacidade de utilizar os DIs e fatores desencadeantes. Eles receberam orientações sobre a doença, sobre as diferenças entre o tratamento da crise e o tratamento de manutenção, correta utilização dos medicamentos inclusive dos DIs, medicamentos contraindicados na asma, orientou-se como confeccionar espaçador com garrafa pet e avaliação das prescrições médicas para identificação de problemas relacionados a medicamentos. Como meta para o segundo encontro, seria questionado quais medidas orientadas foram adotadas pelos participantes e se houve melhora na doença com as mudanças realizadas. Seria aplicada uma atividade para os pacientes mostrarem como se utiliza corretamente os DIs e os corrigindo quando necessário. No mesmo encontro, seria aplicada uma atividade para identificarem quais imagens estavam relacionadas aos fatores que desencadeiam as suas crises de falta de ar. Além disso, seriam verificadas as possíveis alterações na prescrição médica. No último encontro, os pacientes iriam explanar se conseguiram aderir melhor ao tratamento e se o grupo realmente era efetivo para melhorar a sua qualidade de vida.

RESULTADOS

Entre os dez pacientes convidados e confirmados em cada unidade, compareceram ao primeiro encontro três pacientes à UBS Canudos e três à UBS Santo Afonso. Entre eles, cinco do sexo feminino e um do sexo masculino. Durante a anamnese, os pacientes não apresentaram dúvidas ou dificuldades quanto ao uso dos DIs e mostraram-se bem orientados pelos médicos. Após a análise das prescrições, detectou-se em uma das prescrições médicas a presença de ácido acetilsalicílico e propranolol a um dos pacientes que são medicamentos contraindicados a pacientes asmáticos.

DISCUSSÃO

Foram realizadas duas tentativas para promover o segundo encontro em cada unidade. Estes pacientes foram contatados por telefone para confirmação dos encontros, no entanto

justificaram dificuldade de acesso devido às enchentes causadas pelas chuvas ou impossibilidade de participar por compromissos pessoais. Através das informações obtidas no primeiro encontro nas unidades, é possível considerar a importância da atenção farmacêutica uma vez que foram identificados problemas relacionados a medicamentos e falta de informação sobre a diferença entre o tratamento de manutenção e de crise. Além disso, as orientações sobre a doença, sobre os medicamentos, mudanças no estilo de vida para a redução de crises, o reconhecimento de medicamentos que devem ser evitados é relevante para complementar o tratamento. Algumas destas informações eram desconhecidas entre os participantes. Através de relatos, os pacientes mostraram-se satisfeitos com as ações desenvolvidas no primeiro encontro. Esta metodologia aplicada pode ser uma ferramenta adequada de orientação, atenção e acompanhamento aos pacientes asmáticos na atenção básica à saúde. A situação das famílias nos duas regiões impossibilitou a aderência ao grupo neste primeiro momento. Apesar de não se ter obtido aderência dos pacientes aos encontros, a intenção é dar prosseguimento aos grupos de atenção farmacêutica aos portadores de asma. A participação do farmacêutico nos programas educacionais ainda é mínima em diversos países, inclusive no Brasil (SANTOS et al, 2009). É essencial inserir o farmacêutico nos programas de educação na atenção básica a fim de mostrar que a atenção farmacêutica pode garantir muitos benefícios, como por exemplo, a otimização do uso de medicamentos, diminuição dos sintomas da doença favorecendo assim, a melhora do estado de saúde destes pacientes asmáticos (DANTAS et al, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visa-se que os pacientes acompanhados sejam multiplicadores das orientações transmitidas nos encontros. Além disso, que este primeiro grupo seja um incentivo a outros pacientes portadores de asma participar para que mais grupos de asma sejam realizados e consequentemente resultem em benefícios tanto ao paciente quanto aos serviços de saúde. A partir do andamento e dos resultados deste primeiro encontro, pode-se pensar em propor melhorias na metodologia dos próximos encontros e posteriormente aplicá-lo em Estratégias de Saúde da Família e Farmácias Comunitárias. Além disso, esta metodologia pode ser extrapolada para outras patologias que são recorrentes na atenção básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 709** de 17 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0709_17_12_2010.html> Acesso em: 30 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 30 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: 30 jul. 2015.

_____. RDC nº 44 de 17 de agosto de 2009. **Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf> Acesso em: 30 jul. 2015.

DANTAS, S.C.C. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes asmáticos em ambulatório de referência do Ceará: resultados clínicos. **Ver. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v.3, n.3, p.11- 17, jul/set 2012. Disponível em: < <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2012030311BR.pdf> > Acesso em: 30 jul. 2015.

RODRIGUES, P. C. O. et al. Distribuição espacial das internações por asma em idosos na Amazônia Brasileira. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v 13., n. 3, p. 523-32, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n3/15.pdf>> Acesso em: 29 jul. 2015.

SANTOS, D.O. et al. Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios. **J. Bras. Pneumol.** v.36, n.1, p.14- 22, jan/fev 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000100005> Acesso em: 29 jul. 2015.

ZANGHELINI, F. et al. Impacto da atenção farmacêutica na função pulmonar de pacientes com asma grave. **Rev Ciênc. Farm. Básica**. v.34, n.3, p. 379-386, 2013, Disponível em: < http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2480/1463> Acesso em: 29 jul. 2015.

LÓCUS DE CONTROLE DA SAÚDE EM UM GRUPO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO PULMONAR: RESULTADOS PRELIMINARES

Valesca Beatriz Streppel Panichi ¹

Marcus Levi Lopes Barbosa ²

Universidade Feevale

Palavras-chave: *Locus* de Controle da Saúde. Terapia Social Cognitiva. DPOC.

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho é avaliar a crença sobre o controle da saúde (*Locus* de Controle da Saúde) no contexto de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). A DPOC é uma doença crônica, progressiva e incapacitante que destrói os alvéolos e compromete o funcionamento dos pulmões. O tratamento usual é realizado, preferencialmente, pela associação entre farmacoterapia e um programa de reabilitação pulmonar. A adequada adesão ao tratamento é imprescindível e produz uma mudança no curso clínico da doença (LIMA, 2012; PEÑA et al, 2004). O objetivo deste estudo é mensurar os níveis de três dimensões do *Locus* de Controle da Saúde, a saber: Interno, Externo e Grandes Forças em um grupo de pacientes, no início do processo de reabilitação pulmonar. O controle pode ser atribuído a ele mesmo (interno); a outras pessoas, como exemplo o médico (externo) ou às grandes forças, tais como a sorte, Deus, destino. Caso esta relação esteja clara para o sujeito, diz-se que ela é internamente orientada, ao passo que quando esta relação não é clara, a pessoa tende a responsabilizar outros fatores pelo sucesso ou insucesso de determinada ação, dizendo-se que ela é externamente orientada. A teoria escolhida para dar sentido a estas relações é a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura.

A justificativa para esta pesquisa reside que no contexto do DPOC não foram encontrados estudos em língua portuguesa sobre o impacto desta variável, entretanto, há estudos que mostram que o *Locus* de Controle da Saúde tem impacto sobre a adesão do tratamento. Tem-se estudado o *Locus* de Controle em vários contextos (BARBOSA, 2011; MACIEL, CAMARGO, 2010; TIMM, ARGIMON, WENDT, 2011) dentre os quais, o da

¹ Psicóloga, mestranda do PPG Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

² Doutor e Mestre em Ciências do Movimento Humano, Psicólogo, Docente e Pesquisador da Universidade Feevale.

saúde (KURITA, PIMENTA, 2004; DELA COLETA, 1987; OLIVEIRA, et al., 2012). Dentre os diversos contextos estudados, encontram-se o alcoolismo, a saúde mental, diabetes, obesidade, artrite, depressão, câncer, hipertensão, fumo, dor, doença cardíaca, incapacidade física, saúde bucal e disfunções sexuais (ROTTER, 1966; FURNHAM, 1983). Verificou-se quando o sujeito tem o *Locus* de Controle da Saúde Interno tende a se engajar no seu tratamento, apresentando melhor desempenho em deixar de fumar, perder peso, controlar o diabetes, controlar a pressão arterial, tomar medicações, conhecer sua doença, usar aparelhos corretivos, reabilitar-se, colaborar na diálise e na fisioterapia (STRICKLAND, 1978). É provável que isto também ocorra com os pacientes com DPOC.

Durante o processo de reabilitação pulmonar, é importante a mudança de estilo de vida do paciente portador de DPOC. Nesta premissa, se faz necessário mudanças, como modificações nos hábitos alimentares, incluir atividades físicas na sua rotina, alterar hábitos de vida diária, e fazer o uso correto de sua medicação. Exige-se do paciente em processo de reabilitação uma forte disciplina sobre diversos aspectos. Há também a necessidade do abandono de hábitos não saudáveis, como o tabagismo e sedentarismo, portanto o engajamento do paciente no processo terapêutico é fundamental para o sucesso do próprio tratamento.

Sabe-se que em pacientes que possuem um bom repertório cognitivo e dispõe de uma formação de autoconceito mais voltada para si, tendem a desenvolver uma percepção mais positiva do processo de adoecimento. O *Locus* de Controle são crenças, conforme a Teoria Social Cognitiva, onde os resultados são causados pelo comportamento ou por forças externas (BANDURA et al, 2008; PAJARES, OREZ; 2008). Quando identificado o *Locus* de Controle no paciente com DPOC, e detectando que ele seja Externo, é possível elaborar intervenções na direção de fazê-lo ficar voltado para o *Locus* de Controle Interno, pensando em soluções possíveis que permitam corrigir suas crenças, buscando uma crença mais funcional, e desta forma contribuindo para adesão do paciente ao tratamento. A luz de tudo isso é relevante estudar o *Locus* de Controle da Saúde nestes pacientes.

MÉTODO

Quanto a caracterização da pesquisa ela é de natureza quantitativa, descritiva, transversal e quanto aos procedimentos é de levantamento de dados de uma população específica (COZBY, 2006; CRESWELL, 2010). Estes dados serão obtidos dos prontuários de pacientes integrantes do Projeto de Reabilitação Pulmonar da Universidade Feevale.

SUJEITOS

Participaram desta pesquisa dezoito indivíduos (quatorze do sexo masculino e quatro do sexo feminino) com idades variando de 58 a 80 anos ($\bar{x} = 69,05$; $\sigma = 6,24$) durante o ano de 2014. São pacientes com DPOC participantes de um Programa de Reabilitação Pulmonar no município de Novo Hamburgo.

INSTRUMENTOS

O instrumento *Locus* de Controle da Saúde é uma escala composta por 18 itens (seis itens por dimensão – interna, externa outros poderosos ou externa grandes forças) respondida em uma escala de tipo Likert em cinco pontos (DELA COLETA, 1987).

PROCEDIMENTOS

Todos os sujeitos envolvidos neste estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, no sentido de resguardar os cuidados éticos em pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Feevale sob o número 661.586. As coletas dos dados aconteceram no início do tratamento. Estas coletas ocorreram em conjunto com outros quesitos avaliados por este projeto, como, dentre outras avaliações, o exame físico e capacidade respiratória.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez que os dados foram colhidos, e analisados, os resultados obtidos passam a ser descritos agora. Os resultados obtidos (ver Tabela 1) indicam que o *Locus* de Controle prevalente é o de Grandes Forças, seguido do *Locus* de Controle Externo e por fim o *Locus* de Controle Interno.

Tabela 1 - Análise descritiva de tendência central e de dispersão para os três *Lócus* de Controle da Saúde

| Variáveis | Média (\bar{x}) | Desvio Padrão (σ) | Mediana | Mínimo | Máximo |
|--|---------------------|----------------------------|---------|--------|--------|
| <i>Lócus</i> de Controle Interno | 10,83 | 3,92 | 10,50 | 6 | 19 |
| <i>Lócus</i> de Controle Externo | 13,22 | 5,29 | 10,50 | 6 | 24 |
| <i>Lócus</i> de Controle Grande Forças | 17,27 | 5,36 | 16,50 | 8 | 30 |

Estes resultados são preocupantes, visto que o *Lócus* de Controle Grandes Forças e o *Lócus* de Controle Externo (aqueles que apresentaram os escores mais elevados) têm sido associados a um menor engajamento no tratamento de saúde (DELA COLETA, 1987; DELA COLETA, DELA COLETA, 1996; OLIVEIRA et al, 2012). O tratamento da DPOC exige que o paciente se engaje no tratamento. Se o paciente atribuir o controle de sua saúde às Grandes Forças do universo (sorte, Deus, destino, azar, acaso, entre outras), ele está menos propenso a manter uma atitude ativa no cuidado com a sua saúde (visto que contra estas forças não há o que fazer). Igualmente o *Lócus* de Controle Externo, representado pelo Controle da Saúde por parte de outros poderosos (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, entre outros), coloca o sujeito em uma posição passiva, no que diz respeito aos cuidados com a sua saúde. Estes pacientes depositam nos profissionais envolvidos no seu cuidado a responsabilidade e o mérito de sua melhora (DELA COLETA, 1987; DELA COLETA, DELA COLETA, 1996; OLIVEIRA et al, 2012).

No que diz respeito ao *Lócus* de Controle Interno, aquele que apresentou o menor escore na amostra estudada, a Teoria Social Cognitiva pressupõe que pessoas com este *Lócus* de Controle tendem a ser mais ativas no controle de suas vidas, procurando enfrentar as situações, ao invés de evitar (PAJARES, OREZ; 2008). No caso dos pacientes com DPOC, uma doença crônica com a qual terão de lidar pelo resto de suas vidas, o *Lócus* de Controle Interno é especialmente relevante, visto que não há como evitar as consequências desta doença nas suas atividades de vida diárias. Estes pacientes só terão sucesso no tratamento se de fato se engajarem nos seus cuidados. O *Lócus* de Controle Interno faz com que estas pessoas se sintam mais capazes, menos ansiosas, menos deprimidas, de forma a aderirem e lutarem por seus tratamentos. A consequência é que estas pessoas obtêm maior qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou os níveis de três dimensões do *Locus* de Controle da Saúde, a saber: Interno, Externo e Grandes Forças em um grupo de pacientes, no início do processo de reabilitação pulmonar. Os resultados obtidos indicaram que o *Locus* de Controle prevalente é o de Grandes Forças, seguido do *Locus* de Controle Externo e por fim o *Locus* de Controle Interno.

Estes resultados fornecem importantes subsídios aos profissionais envolvidos no processo de reabilitação pulmonar, no sentido de que permitem orientar intervenções que visem estabelecer mudanças nas crenças disfuncionais dos pacientes em reabilitação pulmonar, com relação ao *Locus* de Controle de sua saúde. Técnicas de reestruturação cognitiva podem ser fortemente recomendáveis nestes casos (BANDURA et al, 2008).

Antes de finalizar cabe mencionar que se trata de um trabalho preliminar e os dados aqui apresentados são parte de um estudo maior em andamento, logo os resultados finais deste mesmo estudo podem ser diferentes. A pequena amostra utilizada não permite a generalização deste resultado de forma que eles devem ser usados com parcimônia. É recomendável que futuros estudos possam avaliar, por exemplo, a relação *Locus* de Controle da Saúde com outras variáveis, por exemplo: níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida.

REFERENCIAL

BANDURA, Albert; AZZI, Roberta G.; POLYDORO, Soely. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARBOSA, Macus Levi Lopes. **Autodeterminação no Esporte: O modelo dialético da motivação intrínseca e extrínseca.** Tese de Doutorado. Ciências do Movimento Humano Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil, 2011.

COZBY, Paul C. **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento.** São Paulo: Atlas, 2006.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

DELA COLETA, M. F. Escala multidimensional de *Locus* de Controle de Levenson. **Arq Bras Psicol.** v.39, n.2, p79-97. 1987.

DELA COLETA J. A.; DELA COLETA, M. F. Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**. USP. 1996.

FURNHAM A.; STEELE H. Measuring locus of control: A critique of general, children's, health and work-related locus of control questionnaires. **J Psychol**, v.84, p.443-79. 1983.

OLIVEIRA, T. H. et al. Pacientes em tratamento da dor lombar crônica têm crenças mais externalizadas: um estudo transversal. **Rev. bras. fisioter**, v.16, n.1, p. 35-39, 2012.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de Controle da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.38, n.3, p.254-261. 2004.

LIMA, Mara Rúbia A. A. de. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica IN CORRÊA DA SILVA, L. C. (org.) **Pneumologia**: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MACIEL, C. O.; CAMARGO, C. *Lócus* de Controle, comportamento empreendedor e desempenho de pequenas empresas. **Rev. Adm. Mackenzie**, v.11, n.2, p.168-188, 2010.

PAJARES, Frank; OREZ, Fabián. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral IN BANDURA, Albert; AZZI, Roberta G.; POLYDORO, Soely. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PEÑA, VS, Ruiz CA, Fernández-Montes CV, Fau LF, Miravittles M, Jiménez JF, et al. Costes de la epoc en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. **Arch Bronconeumol**. 40(2):72-79, 2004.

ROTTER J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychol Monogr: Gen Appl.**, v.80. 1966.

STRICKLAND, B. R. Internal-external expectancies and health-related behaviors. **J Consult Clin Psychol**, v.46, n.6, p.1192-211. 1978.

TIMM, L. A.; ARGIMON, I. I. L.; WENDT, G. W. Correlação entre domínios de Qualidade de Vida e *Lócus* de Controle da Saúde em idosos residentes na comunidade. **Scientia Medica** (Porto Alegre). v.21, n.1, p.9-13. 2011.

NÍVEIS DE POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA EM MICROAMBIENTES: UM ALERTA PARA A CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS

Michele dos Santos Gomes da Rosa, PUCRS¹

Morgana Thaís Carollo Fernandes, PUCRS²

Maurício Machado da Rosa, UniRitter³

Marcus Herbert Jones, PUCRS⁴

Palavras-chave: Doenças Respiratórias. Poluição do Ar. Material Particulado. *Indoor*.
Outdoor.

INTRODUÇÃO

A exposição à poluição atmosférica constitui-se como um dos principais fatores que contribuem negativamente para saúde respiratória, principalmente em crianças e idosos. Sendo esta, acentuada em áreas urbanas e grandes centros. Além dos riscos individuais, a poluição do ar impacta de forma considerável na saúde pública. (SPIRA-COHEN, 2011). Pesquisas realizadas nos últimos anos indicam sua influência negativa e grave sobre a saúde mesmo quando os poluentes se encontram dentro dos padrões de segurança preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), podendo desta forma contribuir para morbidade e mortalidade (O'CONNOR, 2008; BRAUER, 2007).

Diante disso, os estudos de séries temporais têm sido utilizados para subsidiar os argumentos para redução dos limites de exposição bem como para mostrar os impactos na saúde, entretanto os que analisam a concentração de material particulado de 2,5 micrômetros no Município de Porto Alegre ainda são escassos (SALVI, 2007) Dentro desse contexto, se percebe a imediata necessidade de mensurar os níveis de material particulado presente no ar, a fim de estabelecer políticas públicas em prol da redução da exposição principalmente das crianças, visto sua vulnerabilidade acentuada quando

¹ Mestre em engenharia Biomédica e Doutoranda em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Coordenadora do Centro de Microgravidade, PUCRS.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Feevale, Mestranda em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Enfermeira no Hospital Moinhos de Vento.

³ Mestre em Engenharia Elétrica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Professor na Faculdade de Ciências da Computação e Informática, FACIN, no Centro Universitário Ritter dos Reis, UniRitter.

⁴ Pós-Doutorado na Indiana University, IU Bloomington, Estados Unidos. Professor da Faculdade de Medicina e Coordenador do Centro Infantil do Instituto de Pesquisas Biomédicas, PUCRS.

expostas (ROY, 2011).

Assim, almejou-se através de um delineamento transversal mensurar e analisar as concentrações de material particulado em microambientes da região urbana junto a escolas primárias localizadas na cidade de Porto Alegre e, posteriormente a verificação das medidas *indoor* e *outdoor* da concentração do material particulado 2,5µm, bem como sua relação com as condições climáticas nas quatro estações do ano.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O processo de industrialização a partir dos anos cinquenta no Brasil contribuiu para que a poluição atmosférica começasse a ser considerado um dos principais problemas das regiões urbanizadas e industrializadas, visto sua forte degradação ambiental (DHERANI, 2011). Aliado a isso, o aumento do poder aquisitivo das pessoas na última década colaborou para o aumento da frota veicular que é considerada a maior emissora de partículas inaláveis nos ambientes urbanos através da combustão e frenagem resultante do atrito dos pneus no asfalto (COLOMBINO, 2008).

Dados do Departamento Nacional de Trânsito apontam que a frota de veículos automotores foi de 813.961 de um total de 3.771.395 em todo Rio Grande do Sul, sendo que em Porto Alegre a frota de veículos particulares cresceu 67% na última década colocando o Município entre os com maior nível de poluição atmosférica (DETRAN, 2015). Estudo que analisou o material particulado de 2,5 micrômetros reforçou que Porto Alegre tem poluição acima do limite estabelecido pela OMS (HABERMANN, 2012) (CONAMA, 2006).

Em relação ao controle da qualidade do ar na cidade de Porto Alegre, atualmente a Secretaria Municipal do Meio Ambiente conta três estações de monitoramento que tem a capacidade de mensurar o nível de material particulado, entretanto, estão inoperantes devido à falta de manutenção e peças de reposição desde 2010, desprovido o município de vigiar os níveis de poluentes presentes no ar e conseqüentemente impactando na saúde respiratória da população (SMAD, 2013).

METODOLOGIA

O desenho do estudo constitui-se como uma metodologia inédita de mensuração do material particulado 2,5 micrômetros realizada em movimento e em tempo real, traçando três rotas de maior probabilidade de ser percorrida por escolares que se deslocam

caminhando à escola. De delineamento transversal, incluiu nove microrregiões mapeadas e georreferenciadas da cidade de Porto Alegre.

O ponto mais distante do microambiente e os pontos fixos das rotas 1, 2 e 3 foram definidos considerando-se o caminho de maior probabilidade de ser percorrido por escolares estudantes daquele microambiente pertencentes a um estudo anterior sobre condições respiratórias, cada um destes foi pontuado de acordo com seus respectivos endereços. A seleção dos pontos foi realizada com objetivo de permitir a análise dos ambientes comparando os dados das concentrações de material particulado indoor e outdoor, desde a porta de entrada da escola até a residência mais distante mapeada dos escolares, e as concentrações no interior da sala de aula.

Cada uma das rotas foi percorrida, caminhando, por dois pesquisadores treinados em dois momentos distintos do dia, pela manhã (horário de entrada dos escolares) e a tarde (horário do segundo turno dos escolares). Estas mesmas medidas foram repetidas uma vez em cada uma das estações do ano. Além disso, analisou-se a qualidade de ar dentro da sala de aula em dois pontos, sendo um próximo a janela e outro próximo a porta possibilitando a comparação das concentrações de material particulado indoor e outdoor.

RESULTADOS

Os dados coletados representam uma fração das 24 h do tempo recomendado pela OMS para concentração de material particulado 2.5 micrometros. Foram agrupados pelo local (microambiente) ao longo das quatro estações do ano. Como pode ser observado na tabela 01.

| | | Inverno | | Primavera | | Verão | | Outono | | |
|---------------|---|-------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|---------|
| Medição | | MP _{2,5} | DP | |
| Microrregiões | 1 | Indoor | 48,250 | 43,012 | 440,750 | 13,070 | 449,500 | 16,958 | 28,000 | 39,469 |
| | | Outdoor | 66,830 | 53,992 | 448,848 | 25,874 | 475,931 | 55,293 | 53,039 | 50,620 |
| | | I/O | 0,722 | - | 0,982 | - | 0,944 | - | 0,528 | - |
| | 2 | Indoor | 485,750 | 62,922 | 453,750 | 52,873 | 439,250 | 13,366 | 49,500 | 45,349 |
| | | Outdoor | 408,932 | 122,278 | 457,326 | 39,123 | 449,163 | 24,822 | 61,067 | 67,634 |
| | | I/O | 1,188 | - | 0,992 | - | 0,978 | - | 0,811 | - |
| | 3 | Indoor | 456,000 | 94,576 | 460,750 | 31,354 | 446,750 | 25,281 | 61,250 | 69,770 |
| | | Outdoor | 456,767 | 35,941 | 487,870 | 58,870 | 460,909 | 45,055 | 155,468 | 124,921 |
| | | I/O | 0,998 | - | 0,944 | - | 0,969 | - | 0,394 | - |
| | 4 | Indoor | 69,750 | 86,174 | 437,250 | 7,692 | 432,250 | 14,735 | 15,000 | 18,368 |
| | | Outdoor | 82,878 | 61,207 | 450,261 | 38,501 | 445,935 | 34,811 | 28,277 | 31,389 |
| | | I/O | 0,842 | - | 0,971 | - | 0,969 | - | 0,530 | - |
| | 5 | Indoor | 40,250 | 29,553 | 464,250 | 43,645 | 451,750 | 45,076 | 59,500 | 46,167 |
| | | Outdoor | 93,080 | 64,509 | 465,205 | 39,576 | 445,841 | 52,333 | 74,255 | 63,509 |
| | | I/O | 0,432 | - | 0,998 | - | 1,013 | - | 0,801 | - |
| | 6 | Indoor | 511,500 | 96,399 | 438,000 | 8,854 | 437,000 | 11,928 | 18,000 | 16,293 |

| | | | | | | | | | |
|---|----------------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|
| | Outdoor | 479,714 | 51,436 | 456,175 | 39,477 | 446,056 | 19,607 | 49,025 | 76,735 |
| | I/O | 1,066 | - | 0,960 | - | 0,980 | - | 0,367 | - |
| 7 | Indoor | 477,667 | 51,997 | 458,000 | 36,591 | 440,250 | 22,966 | 11,250 | 7,852 |
| | Outdoor | 490,385 | 50,924 | 482,000 | 48,227 | 445,167 | 26,231 | 13,261 | 18,702 |
| | I/O | 0,974 | - | 0,950 | - | 0,989 | - | 0,848 | - |
| 8 | Indoor | 444,750 | 42,266 | 438,250 | 9,307 | 421,500 | 51,474 | 47,250 | 91,444 |
| | Outdoor | 462,548 | 32,159 | 443,256 | 24,490 | 428,070 | 43,121 | 80,024 | 62,157 |
| | I/O | 0,962 | - | 0,989 | - | 0,985 | - | 0,590 | - |
| 9 | Indoor | 446,250 | 12,652 | 443,000 | 17,232 | 423,000 | 49,088 | 23,750 | 75,552 |
| | Outdoor | 447,889 | 26,500 | 457,286 | 31,903 | 437,286 | 25,296 | 14,227 | 17,205 |
| | I/O | 0,996 | - | 0,969 | - | 0,967 | - | 1,669 | - |

Tabela 01 – PM_{2,5} em µg/m³ nas 9 microrregiões

DISCUSSÃO

O presente resultado pode ser explicado pela influência do fluxo do ar, o que é mais intenso nesta época do ano na cidade de Porto Alegre. Embora no Brasil, não tenhamos parâmetros de concentração de PM_{2,5}, os resultados sugerem uma relação entre o nível de concentração de PM_{2,5} e condições climáticas. Sendo esta condição mencionada em estudos de associação da morbidade e da concentração de PM_{2,5}, e doenças cardiorrespiratórias afetando principalmente crianças (SPIRA, 2011) (MONTEIRO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que no momento da avaliação os níveis de MP_{2,5} encontram-se elevados segundo os parâmetros recomendados pela OMS para 24 h em todas as microrregiões avaliadas durante o verão, inverno e primavera, mantendo-se próximo ao recomendado apenas no outono e na comparação ambientes indoor e outdoor percebeu-se uma sutil diferença, entretanto sem significância estatística.

REFERÊNCIAS

SPIRA-COHEN A, Chen L, Kendall M, Lall R, Thurston G. Personal Exposures to Traffic-Related Air Pollution and Acute Respiratory Health Among Bronx School Children with Asthma. *Environ Health Perspect*. 2011, pp. 119:559-565.

O'CONNOR GT, Neas L, Vaughn B, Kattan M, Mitchell H, Crain EF, Evans R et al. Acute respiratory health effects of air pollution on children with asthma in US Inner cities. *J Allergy Clin Immunol*. 2008.

BRAUER M, Hoek G, Smit HA, de Jongste JC, Gerritsen J, Postma DS, Kerkhof M, Brunekreef B. Air pollution and development of asthma, allergy and infections in a birth cohort. *Eur Respir J*. 2007.

SALVI S. Health effects of ambiente air pollution in children. . *Paediatr Respir Rev*. 2007.

ROY A, Sheffield P, Wong K, Trasande L. The Effects of Outdoor Air Pollutants on the Costs of Pediatric Asthma Hospitalizations in the United States, 1999 to 2007. *Med Care Epub ahead of print*. 2011.

DHERANI M, Pope D, Mascarenhas M, Smith KR, Weber M, Bruce N. Indoor air pollution from unprocessed solid fuel use and pneumonia risk in children aged under five years: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2008.

COLOMBINO, M.P. Poluição atmosférica e seu impacto no sistema cardiovascular. . *Revista Einstein*. 2008.

Ambiente, CONAMA Conselho Nacional do Meio. Resolução nº3, de 28 de junho de 1990. *Padrões de qualidade do ar. Diário Oficial da União*. Brasília : s.n., 1990.

Habermann M, Gouveia N. Tráfego veicular e mortalidade por doenças do aparelho circulatório em homens adultos. *Revista de Saúde Pública*. 1, 2012, Vol. 46.

Departamento de trânsito de Porto Alegre-RS. *Frota em Circulação no RS*. Porto Alegre: s.n., 2015.

SMAD, Sistema de Monitoramento e Alerta de Desastre. Monitoramento da qualidade do ar em Porto Alegre. *www.smad.rs.gov.br*. 2013.

Spira-Cohen A, Chen L, Kendall M, Lall R, Thurston G. Personal Exposures to Traffic-Related Air Pollution and Acute Respiratory Health Among Bronx School Children with Asthma. *Environ Health Perspect*. 2011.

MONTEIRO, C.A. de F. ; Mendonça, F. Clima urbano. *São Paulo: Contexto*. 2003.

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, IMC E CLASSIFICAÇÃO DO PERCENTUAL DE GORDURA EM IDOSOS DE IVOTI/RS

Greice Teresinha de Oliveira¹
Daniela Henkel Blauth²
Diego da Silva Souza³
Graziella Strange Rothmann⁴
Dhionatan Plazito da Rosa⁵
Maria Helena Weber⁶
Gilson Luis da Cunha⁷
Geraldine Alves dos Santos⁸

Palavras-chave: Nível de atividade física. Percentual de gordura. IMC. Idoso.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a sociedade vem passando por uma longa transformação, cada vez mais rápida e progressiva. Dentre estas transformações constata-se que as pessoas estão vivendo mais em todo o mundo. No Brasil, segundo o último senso, o número de idosos é o que mais cresce configurando um elemento novo e desafiador para a sociedade, para as famílias e para os governos (BRASIL, 2013).

Segundo Kohl e colaboradores (2012) a inatividade física é a quarta principal causa de morte no mundo. Com estas transformações vividas pela sociedade e através das facilidades atuais, estamos enfrentando uma pandemia de inatividade física, principalmente nos idosos, mesmo existindo diversas evidências dos benefícios do exercício físico para a saúde.

A prevalência da inatividade física foi observada por Hallal et al. (2003) em um estudo que revelou que 43,2% das mulheres entrevistadas, com idade de 60 a 69 anos (n = 183), eram insuficientemente ativas; com o avançar da idade, esses valores foram superiores, atingindo

¹ Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social – Bolsista Fapergs.

² Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social – Bolsista Capes.

³ Doutorando em Diversidade Cultural e Inclusão Social – Bolsista Capes.

⁴ Acadêmica de Nutrição.

⁵ Acadêmico de Educação Física.

⁶ Doutora em Nutrição. Coordenadora do curso de Nutrição.

⁷ Pós doutorando do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social – Bolsista Capes.

⁸ Doutora em Psicologia. Professora titular do Programa em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

69,1% naquelas com mais de 70 anos. Sonati (2012) em um estudo com 132 voluntários entre 40 a 80 anos concluiu que o envelhecimento provoca uma importante diminuição no valor de massa corporal, aumento do percentual de gordura e do Índice de Massa Corporal (IMC).

Em contrapartida, a atividade física regular e sistematizada tem demonstrado ser capaz de minimizar alguns efeitos do envelhecimento, como a redução da obesidade, do percentual de gordura e o aumento da massa muscular, o que colabora para a manutenção da capacidade física e autonomia do idoso (REEVES; NARIC; MAGANARIS, 2006).

Diante desse quadro, há uma crescente necessidade de intervenções que promovam a diminuição do percentual de gordura e do IMC e o aumento do nível de atividade física (NAF) em prol de um processo de envelhecimento bem sucedido. Tendo em vista a relevância deste tema para a promoção da saúde, o objetivo principal nesta pesquisa é analisar o NAF, o IMC e a classificação do percentual de gordura em idosos acima de 60 anos residentes no município de Ivoti/RS.

MÉTODO

O presente estudo é de natureza quantitativa e possui um delineamento transversal. A amostra deste estudo foi definida por conveniência, estratificada por idade e sexo. Foram selecionadas 195 idosos. Os critérios de inclusão foram ter entre 60 e 79 anos de idade, residir no município de Ivoti, possuir condições mentais e de saúde para ter independência e autonomia para participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram apresentar processos demenciais, síndrome de fragilidade, estar internado ou institucionalizado.

Neste estudo foram avaliadas a classificação do percentual de gordura, do IMC e o NAF, através do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão curta curto. As equações adotadas para os cálculos dos marcadores antropométricos foram definidas por Jackson e Pollock para homens de 60 e 61 anos, a qual utiliza as dobras cutâneas de peitoral, abdômen e coxa. Para homens de 62 a 79 anos e para todas as mulheres adotou-se o parâmetro desenvolvido por Williams (HEYWARD, 2013). As últimas fórmulas levam em consideração as dobras cutâneas de tríceps, subescapular, abdômen e panturrilha.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram investigados 195 indivíduos, dentre os quais 55 do sexo masculino e 140 do sexo feminino, com média de idade de 67,8 anos. Conforme tabela 1 a maioria dos idosos

(51,5%) são classificados como insuficientemente ativos, 34,7% como suficientemente ativos e apenas 13,8% são muito ativos.

Tabela 1 - Classificação do IPAQ (n=195)

| Classificação IPAQ | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|-------------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Insuficientemente ativo | 100 | 51,5 | 51,5 | 51,5 |
| Suficientemente ativo | 68 | 34,7 | 34,7 | 86,2 |
| Muito ativo | 27 | 13,8 | 13,8 | 100,0 |
| Total | 195 | 100,0 | 100,0 | |

Corroborando com os achados da presente pesquisa, Massa (2013) em um estudo com 978 idosos do Município de São Paulo verificou, através do IPAQ que 62,9% dos entrevistados foram considerados insuficientemente ativos. Toscano e Oliveira (2009) comparando a qualidade de vida em 238 idosas com distintos NAF verificaram que mulheres idosas mais ativas apresentaram melhor qualidade de vida ($p < 0,05$). Colaborando com estes dados Santos e Ribeiro (2011) verificaram, através do IPAQ curto, que 50,7% das 268 mulheres inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió eram sedentárias ou insuficientemente ativas e destas a prevalência de obesidade foi de 21,6%.

Aliado ao baixo NAF, o sobrepeso e a obesidade vêm crescendo em prevalência entre indivíduos idosos, acentuando as mudanças na composição corporal as quais já acontecem no processo de envelhecimento e favorecendo as síndromes geriátricas (KUO et al., 2006). A tabela 2 apresenta a classificação do IMC dos 195 idosos pesquisados.

Tabela 2 - Classificação do IMC

| | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|-------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Baixo peso | 25 | 12,8 | 12,8 | 12,8 |
| Peso Normal | 76 | 39,0 | 39,0 | 51,8 |
| Sobrepeso | 30 | 15,4 | 15,4 | 67,2 |
| Obesidade | 64 | 32,8 | 32,8 | 100,0 |
| Total | 195 | 100,0 | 100,0 | |

A amostra dos 195 sujeitos pesquisados demonstrou que 76 (39%) deles estão classificados como peso normal, porém 94 (48,2%) apresentam sobrepeso ou obesidade. Neste contexto, Mello (2008) avaliou 144 idosos com o objetivo de analisar os parâmetros da

composição corporal determinantes na qualidade de vida deles. Dos avaliados, 67% apresentaram obesidade e, aproximadamente, 50% do grupo demonstrou índices elevados da Relação Cintura/Quadril (RCQ) e Circunferência Cintura. Ainda, os indivíduos com menores valores de RCQ apresentam melhores NAF e melhor qualidade de vida. A pesquisadora também observou que este maior acúmulo de gordura na região central do corpo está relacionado a maior incidência de disfunções crônicas degenerativas.

Piccoli e colaboradores (2012) realizaram um estudo em 202 idosos com o objetivo de verificar se havia correlação entre o IMC, o NAF, coordenação global e equilíbrio estático. Eles verificaram que quanto maior a idade, menor o NAF ($r=-0,241$); que quanto menor o NAF maior o IMC ($r= -0,219$); que quanto menor o IMC maior o equilíbrio $r= -0,3060$ ($p<0,01$). Neste mesmo estudo também puderam perceber que a média do IMC obtida nos 202 idosos se encontra acima ($\chi^2 = 28,9 \pm 4,89$) ao estimado ideal para a população em questão.

Outro dado que é bastante preocupante é que dos 195 indivíduos 94,4% está com o percentual de gordura acima do esperado, conforme apresenta a tabela 3.

Tabela 3 - Classificação do Percentual de Gordura Total

| | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|---|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Percentual Normal de Gordura | 11 | 5,6 | 5,6 | 5,6 |
| Acima do Percentual de Gordura Esperado | 184 | 94,4 | 94,4 | 100,0 |
| Total | 195 | 100,0 | 100,0 | |

Byoung-Jin Jeon (2013) em uma pesquisa com 351 idosos verificou que quanto menor o índice de obesidade e maior mobilidade menor o índice de queda, o que é vital para um envelhecimento bem sucedido. Este estudo corrobora o alerta que Gobbi (2012) faz para a ausência de atividade física regular, o que pode antecipar e agravar o declínio decorrente do envelhecimento, transformando-se em fator determinante para uma velhice mais complexa e prejudicando, assim, a qualidade de vida e as Atividades de Vida Diária (AVD's).

A partir dos pressupostos teóricos vistos anteriormente, pode-se constatar a necessidade de o idoso manter níveis adequados da composição corporal (IMC, percentual de gordura, massa muscular), realizar exercício físico regular e ter bons níveis de coordenação e equilíbrio, não apenas para a precaução de doenças, mas para a conservação de sua autonomia e independência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados neste estudo observa-se que a maioria (51,5%) dos idosos são classificados como insuficientemente ativos, 48,2% apresentam sobrepeso ou obesidade e que 94,4% está com o percentual de gordura acima do esperado.

Assim, para que o idoso continue inserido na sociedade com saúde e qualidade de vida, é necessário que existam mais programas de prevenção e combate a inatividade física e a alimentação saudável de forma que o idoso consiga realizar as AVDs e tenha um envelhecimento bem sucedido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual de enfrentamento a violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

BYOUNG-JIN JEON, O.T. The Effects of Obesity on Fall Efficacy in Elderly People. **J. Phys. Sci.**, v. 25, n. 11, p. 1485-1489 2013.

GOBBI, S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 41-49, 2012.

HALLAL, P.C.; VICTORIA, C. G.; WELLS, J. C.; LIMA, R. C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med. and Sci. in Spo. and Exer.** v. 35, n.11, p. 1894-1900, 2003.

HEYWARD, V. H. **Avaliação física e prescrição de exercício: técnicas avançadas**. 6. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.

KOHL, H. W.; CRAIG, C. L.; LAMBERT, E. V.; INOUE, S. ALKANDARI, J. R.; LEETONGIN, G.; KAHLMEIER, S. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **Lancet Physical Activity Series Working Group**. v. 380, n. 9838, p. 294-305, jul. 2012.

KUO, H. K.; JONES, R. N.; MILBERG, W. P.; TENNSTEDT, S.; TALBOT, L.; MORRIS, J. N.; LIPSITZ, L. A. Cognitive function in normal weight, overweight and obese older adults: an analysis of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cohort. **American Geriatrics Society**, n. 54, p. 97-103, 2006.

MASSA, K. H. C. **Atividade física e uso de medicamentos anti-hipertensivos em idosos no Município de São Paulo**. 2013. 53 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública – USP- São Paulo, SP, 2013.

MELLO, D. B. **Influência da Obesidade na Qualidade de Vida de Idosos**. 2008. 93 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

PICCOLI, J. C. J.; QUEVEDO, D. M.; SANTOS, G. A.; FERRAREZE, M. E.; GLUHER, A. Coordenação global, equilíbrio, índice de massa corporal e nível de atividade física: um estudo correlacional em idosos de Ivoti, RS, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.209-211, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2014.

REEVES, N. D.; NARICI, M. V.; MAGANARIS, C. N. Myotendinous plasticity to ageing and resistance exercise in humans. **Exp. Physiol.** V. 9, N.3, P.483-498,2006

SANTOS, M. B.; RIBEIRO, S. A. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.14, n. 4, p. 613-624, 2011.

SONATI, J. G. **Qualidade de vida e a composição corporal: características do envelhecimento bem sucedido**. 2012. 84f. Tese (Doutorado em Educação Física) Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 3, 2009.

PERCENTUAL DE GORDURA EM PACIENTES COM DPOC ATRAVÉS DE DOIS MÉTODOS DUPLAMENTE INDIRETOS DE AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL

Autor: Diego Silveira da Silva¹

Orientadores: Cássia Cinara da Costa². Rafael Machado de Souza³

Palavras-chave: DPOC. Reabilitação Pulmonar. Composição Corporal.

O monitoramento de indicadores da composição corporal em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) tem atraído a atenção de pesquisadores e profissionais de diferentes áreas da saúde (GUEDES, 2013). Há métodos padrão ouro para avaliar a composição corporal desses pacientes, todavia, são procedimentos de alto custo. No entanto, existem métodos de avaliação da composição corporal classificados como duplamente indiretos e de baixo custo, de interpretação imediata e de maior aplicação prática e se observados alguns cuidados, podem produzir erros de estimativa em limites aceitáveis. Entre as técnicas utilizadas nos procedimentos clínicos, a bioimpedância elétrica oferece estimativas precisas sobre os componentes de gordura corporal e a antropometria (dobras cutâneas) onde devem ser realizadas em diferentes pontos do corpo com a finalidade de ter uma visão mais clara sobre a distribuição da gordura corporal. Ainda, a Diretriz do American College of Sports Medicine (ACSM, 2010) relata que as mensurações de pregas cutâneas proporcionam uma melhor estimativa da adiposidade corporal do que medidas como altura, peso, e circunferência. Dessa forma, essas duas técnicas tem sido as mais empregadas (GUEDES, 2013). Ainda nessa perspectiva, a utilização da bioimpedância como método para estimar a composição corporal é descrita na literatura pela facilidade de seu uso e por ser um método não invasivo (SACHS; LERÁRIO, 2002). Tratando-se de DPOC, esses dados clínicos são de extrema importância para um manejo adequado dos pacientes. Nesse caso, qual o valor de percentual de gordura apresentado pelos participantes desse estudo diante de dois diferentes métodos duplamente indiretos para avaliação da composição corporal? O objetivo do estudo foi verificar os valores de percentual de gordura resultantes da bioimpedância e da

¹ Diego Silveira da Silva. Lic. Plena em Educação Física. Profissional de Educação Física e Voluntário no Programa Aperfeiçoamento Científico Feevale. ²Cássia Cinara da Costa. Doutora em Ciências Pneumológicas. ICS – Universidade Feevale. ³ Rafael Machado de Souza. Professor Mestre. ICS – Universidade Feevale.

antropometria dos pacientes com DPOC, como também relacionar os valores resultantes das avaliações com os valores de percentual de gordura proposto pelo American College Sports of Medicine (ACSM, 2003). Estudos mostram que a DPOC é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo e um dos principais fatores agravantes dessa doença é o uso do tabaco (GOLD, 2014). Atualmente a DPOC é a quarta causa de morte nos Estados Unidos, é a quinta em escala global e estima-se que até 2025 será a terceira a acometer a população mundial. Estudos recentes mostram que há uma prevalência da DPOC de 9 a 10% em indivíduos com mais de 40 anos (CHIAPPA; BERTON, 2013). Para Sachs; Lerário (2002) a estimativa da composição corporal fornece valores clínicos importantes para uma intervenção adequada no manejo desses pacientes. Este estudo é quantitativo, retrospectivo de caráter descritivo. Os dados analisados para o presente estudo foram coletados a partir do banco de dados do Programa de Reabilitação Pulmonar da Universidade Feevale. Os materiais utilizados na coleta dos dados foram: aparelho de bioimpedância da marca bodyStat Mod 1500MDD que informava o percentual de gordura de forma indireta; adipômetro da marca Lange e fita métrica da marca Cescorf; Balança mecânica da marca Welmy. Foi utilizado o Protocolo de dobras cutâneas e a equação de Willians para a estimativa de densidade corporal, bem como, a equação de Siri 1961 para o percentual de gordura. Os dados foram coletados antes e depois do programa de reabilitação pulmonar, tanto pela Bioimpedância quanto pelas dobras cutâneas. A partir da análise dos dados, foram selecionados 105 pacientes com média de idade de $(63,99 \pm 8,21)$ com função pulmonar de VEF_1 % previsto de $42,23 \pm 17,11$ (estadio grave).

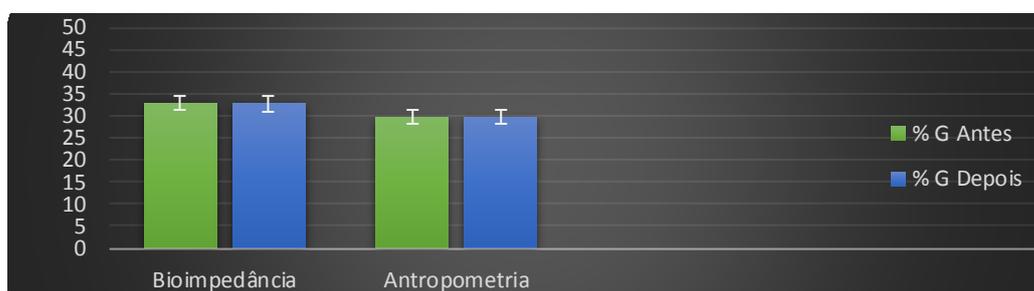


Gráfico 1 - Elaborado pelo autor.

Do total de pacientes, 60% (64) representaram o gênero masculino e 40% (41) representaram o gênero feminino. Dos dados antropométricos foram encontrados os seguintes valores: massa corporal total ($70,46 \text{Kg} \pm 15,61$); estatura ($1,64 \text{m} \pm 0,09$); índice de massa corporal (IMC) ($26 \text{Kg}/\text{m}^2 \pm 4,98$). Dos dados selecionados para dobras cutâneas encontrou-se:

percentual de gordura ($29,80\% \pm 9,16$); massa magra ($48,95 \pm 10,78$). Dos dados selecionados para bioimpedância foi encontrado um valor superior de percentual de gordura ($33,23\% \pm 8$); massa magra ($47,18\text{Kg} \pm 11,79$). O valor do IMC de $26\text{Kg}/\text{m}^2$ caracterizando sobrepeso. Dessa forma, identifica-se que o percentual de gordura encontrado pela Bioimpedância possui a média de $33,2\%$ - $32,8\%$ e a Antropometria $29,8\%$ - $29,7\%$ antes e depois respectivamente. Apesar de não ter um método de avaliação da composição corporal específico para pessoas com DPOC e segundo a ACSM (2003) a maioria dos estudos usam pequenos grupos e geralmente adultos jovens, há fatores como etnia, gênero, idade e o método utilizado configuram em um dos principais entraves encontrados pelos profissionais além da aplicação da equação para estimativa de percentual de gordura mais adequada. Para o ACSM (2003) o percentual de gordura recomendado estabelece valores entre $25 - 38\%$ para mulheres acima de 56 anos e de $10 - 25\%$ para homens acima dos 56 anos. A partir dos dados obtidos verifica-se que os pacientes avaliados pelo protocolo de bioimpedância apresentaram valores superiores aos encontrados nos pacientes submetidos a o protocolo de dobras cutâneas e segundo o ACSM (2003) os valores das avaliações dos pacientes desse estudo apresentam percentuais de gordura superiores aos recomendados para pessoas maiores de 56 anos. Rezende et al (2007), afirma que apesar dos vários métodos de avaliação da composição corporal, poucos estudos avaliam a sua acurácia em uma população específica. Outra questão é o estabelecimento de pontos de corte de gordura corporal adequados para a estimativa de composição corporal para DPOC. Portanto, há necessidade de avaliar e propor métodos seguros e acurados, de baixo custo e de aplicação técnica simples que possam ser utilizados, pelos profissionais de saúde na avaliação de indivíduos garantindo um adequado tratamento das medidas de intervenção. Sobre esses dois métodos de avaliação, a composição corporal estimada pela bioimpedância e antropometria apresentam precisão satisfatória contudo, estudos longitudinais podem contribuir para uma melhor compreensão das diferenças metodológicas (LERARIO, et al, 2006). Segundo o ACSM (2010), não existem métodos e consensos aceitos universalmente para um percentual exato do valor da gordura corporal relacionados à risco para a saúde. A variação de valores entre 10 a 22% para homens e de 20 a 32% para mulheres são considerados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Manual de pesquisa:** das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2003. xxxviii, 704 p.

CHIAPPA, G. R; BERTON, D. C. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. IN: RASO, V; GREVE, J. M. D; POLITO, M. **Pollock:** fisiologia clínica do exercício. Barueri, SP: Manole, [2013]. xxxiv, 614 p.

DIRETRIZES do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2010. xix, 250 p.

GOLD - Global Initiative for Crohnic Obstructive Lung Disease. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport2014Jan23.pdf>>. Acesso em 08 abr 2015

GUEDES, D. P. Procedimentos clínicos utilizados para análise da composição corporal. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v. 15, n.1, p. 113 129, Feb 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372013000100011&ing=em&nrm=isso>. Acesso em 08 abr 2015.

LERÁRIO, M. C. et al. Body composition in patients with chronic obstructive pulmonary disease: which method to use in clinical practice? Disponível em: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FBJN%2FBJN96_01%2FS0007114506001814a.pdf&code=c17d6917ab7652c3be3d4e84592ebdd3>. Acesso em: 03 ago 2015.

REZENDE, Fabiane et al. Revisão crítica dos métodos disponíveis para avaliar a composição corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. **ALAN**, Caracas, v. 57, n. 4, dic. 2007 . Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400004&lng=es&nrm=iso . Acesso em: 03 ago 2015.

SACHS, A; LERÁRIO, M. C. Doenças Pulmonares. IN: CUPARRI, L. Org. **Guia de Nutrição:** nutrição clínica no adulto. 1. ed. Barueri, SP : Manole, 2002. xviii, 406 p. (Guias de medicina ambulatorial e hospitalar

PREVALÊNCIA DE HEPATITE A E TOXOPLASMOSE EM CATADORES E RECICLADORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DO VALE DO SINOS/RS

Tiago Santos Carvalho¹
Isabel da Silva Rodrigues²
Gustavo Müller Lara³
Patrícia Grolli Ardenghi⁴

Palavras-chave: Hepatite A. Toxoplasmose. Catadores. Recicladores. Resíduos sólidos.

INTRODUÇÃO

O monitoramento de indivíduos que desempenham atividades laborativas relacionadas à coleta, segregação ou descarte de resíduos sólidos, determinando um perfil social e de saúde desta população, possibilita à mesma, um diagnóstico útil para a prevenção de danos e riscos à saúde, além de disponibilizar informações sobre as condições de trabalho, contribuindo para a compreensão da interação do homem com o ambiente.

Neste sentido, o presente trabalho buscou avaliar os riscos de exposição à saúde dos catadores e recicladores de resíduos sólidos de uma cooperativa do Vale do Sinos/RS estimando suas condições socioambientais e determinando a presença dos marcadores imunológicos para a hepatite A e toxoplasmose.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hepatite A é uma doença infecciosa viral, causada por um vírus RNA, membro da família *Picornaviridae*. A principal via de contágio da doença é a fecal-oral, por contato inter-humano ou por água e alimentos contaminados. A disseminação está relacionada às condições de saneamento básico, nível socioeconômico, grau de educação sanitária e condições de higiene da população^{5,9,10}. A transmissão pode ocorrer 15 dias antes dos sintomas e até 7 dias após o início da icterícia. A hepatite A pode ser prevenida pela utilização de vacina específica

¹ Mestre em Ciências Biológicas – Bioquímica/UFRGS. Professor e Doutorando na Universidade Feevale.

² Especialista em Análises Clínicas/Feevale. Biomédica do Laboratório de Biomedicina da Universidade Feevale.

³ Mestre em Ciências Médicas/HCPA – UFRGS. Professor na Universidade Feevale.

⁴ Doutora em Ciências Biológicas – Bioquímica/UFRGS. Professora e Pesquisadora na Universidade Feevale.

contra o vírus. Entretanto, a melhor estratégia de prevenção desta doença inclui a adequação do saneamento básico e das medidas educacionais de higiene^{3,4,11}.

A toxoplasmose é uma zoonose cujo agente etiológico é o *Toxoplasma gondii*, sendo identificados em seu ciclo de vida dois hospedeiros: o gato, como hospedeiro definitivo, e o homem e outros mamíferos, como hospedeiros intermediários. Dentre as formas de transmissão, destaca-se a ingestão de oocistos encontrados na terra e em alimentos, de cistos teciduais encontrados nas carnes cruas e mal cozidas de animais contaminados⁵. A infecção toxoplásmica ocorre em todo o mundo, sendo que de 70 a 100% dos adultos são considerados infectados. A infecção em humanos pode ocasionar linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, encefalite e coriorretinite^{3,13}.

Os coletadores e recicladores de resíduos sólidos estão expostos a vários riscos biológicos, pois se expõem a materiais como vidros, seringas, substâncias químicas e biológicas que podem transmitir doenças⁸. Com relação à biossegurança neste tipo de atividade, são indispensáveis os equipamentos de proteção individual (EPI), fornecendo uma barreira contra a contaminação e dispersão de doenças, assim como a prática permanente de hábitos de higiene adequados^{6,7}.

METODOLOGIA

Foram analisadas as amostras de sangue venoso de 112 indivíduos de uma cooperativa de reciclagem do Vale do Sinos/RS. O critério de inclusão para participação no estudo era ter entre 18 e 60 anos de idade e possuir, no mínimo, três meses de atividade laboral na respectiva cooperativa. Além das análises sanguíneas, também foi aplicado um questionário sobre o perfil socioambiental da população estudada. O trabalho foi aprovado pelo CEP da Universidade Feevale com o número 365.227.

Os marcadores sorológicos determinados foram anticorpos para o vírus da hepatite A (Anti-HAV) e anticorpos classe IgG para Toxoplasmose (Toxo IgG). As análises foram realizadas através de *kits* comerciais da marca Symbiosys[®] e tendo as absorbâncias detectadas no leitor de microplacas Anthos 2010[®].

Nas análises estatísticas os resultados nominais foram expressos através de análises de frequência e os resultados das variáveis contínuas foram expressos através de média \pm desvio padrão.

RESULTADOS

Em relação à sorologia para os vírus da hepatite A observou-se que 107 (95,5%) trabalhadores apresentaram Anti-HAV reagente, já a presença de Toxo IgG reagente foi determinada em 93 (83%) colaboradores.

Com base nas respostas fornecidas nos questionários, verificou-se que a maioria dos trabalhadores é do sexo masculino (69,6%), a idade dos participantes variou de 19 a 65 anos, sendo a idade média de 39,1 anos. A maioria dos trabalhadores tem ensino básico (46,43%), seguido de ensino fundamental (35,6%). Notou-se que 64 (57,1%) indivíduos afirmaram que sua atividade profissional pode lhe transmitir algum tipo de doença. A distribuição dos acidentes de trabalho observada foi de 65,2%, ou seja, 73 profissionais relataram já terem se ferido com pérfuro-cortantes durante suas atividades laborativas.

Quando questionados sobre o uso de EPI, pode-se observar que 94 (83,9%) trabalhadores afirmaram sempre fazer o uso dos mesmos. O hábito de beber, comer ou fumar durante a realização das atividades laborativas foi descrita por 49 (43,8%) voluntários, por outro lado, 62 (55,3%) pessoas afirmaram não terem este costume no ambiente de trabalho. Dos 49 (100%) trabalhadores que apresentaram o hábito de se alimentar no local de trabalho, 39 (80%) eram homens e 10 (20%) eram mulheres.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos confirmam que, quando comparado a outros estudos, a faixa de baixa e média escolaridade é frequente nesse tipo de atividade, assim como a maior prevalência de trabalhadores do sexo masculino. Apenas metade dos trabalhadores acredita que sua atividade possa transmitir algum tipo de doença. Esses indivíduos percebem o lixo como fonte de sobrevivência, a saúde como capacidade para o trabalho e, portanto, tendem a negar a relação direta entre o trabalho e problemas de saúde^{7,12}.

O grupo em estudo, em sua maioria, trabalha de acordo com as normas de biossegurança, procedendo com o uso de EPI. A partir da exposição desses indivíduos com diferentes tipos de resíduos sólidos, verificou-se uma significativa taxa de acidentes de trabalho, em razão do contato deles com inúmeros materiais potencialmente contaminantes⁷.

De acordo com o estudo de Dounias e Rachiotis (2006), os quais pesquisaram a presença de Anti-HAV em 72 coletadores de resíduos sólidos e 79 trabalhadores não expostos, a exposição ocupacional aos resíduos sólidos foi associada, significativamente, com a prevalência de Anti-HAV reagente, indicando exposição prévia à referida doença². Ressalta-

se que em neste estudo foi observada uma positividade superior a 90% para amostras Anti-HAV reagentes, concordando com os achados dos pesquisadores acima citados.

A resistência de oocistos de *Toxoplasma gondii*, frente às distintas condições ambientais, torna-o um potencial patógeno para contaminação de agentes ambientais, pois, conforme os resultados obtidos por Alvarado-Esquivel e colaboradores (2008), os catadores de resíduos sólidos representam um grupo de risco para a toxoplasmose, já que demonstraram uma soropositividade superior ao grupo de trabalhadores não expostos a resíduos. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram para uma positividade superior a 80% para amostras Toxo IgG reagente, dado este que vai ao encontro do achado acima relatado¹.

Quando se associou o hábito de se alimentar no ambiente de trabalho com a presença de Anti-HAV reagente, 56,6% dos participantes apresentaram Anti-HAV reagente e o referido hábito no local de trabalho. Já na associação deste hábito com a presença de Toxo IgG reagente, foi averiguado em 51,4% da população. Na associação dos resultados imunológicos de Toxo IgG e Anti-HAV, notou-se predominância das duas variáveis reagentes em 81,9% dos casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos demonstram que o monitoramento da saúde dos trabalhadores que atuam, de forma periódica, na coleta, segregação e reciclagem destes resíduos, deve ocorrer de forma sistemática, a fim de propiciar uma possível prevenção de danos e riscos à saúde dos mesmos.

Além disto, destaca-se a importância da realização de campanhas de esclarecimento dirigidas a esses profissionais, visando à conscientização da necessidade do uso correto dos EPIs, bem como a manutenção de hábitos de higiene adequados.

REFERÊNCIAS

Alvarado-Esquivel C, et al. Seroepidemiology of Infection with *Toxoplasma gondii* in Waste Pickers and Waste Workers in Durango, Mexico. *Zoonoses and Public Health*. v. 55, n. 6, 2008.

Dounias G, Rachiotis, G. Prevalence of hepatitis A virus infection among municipal solid-waste workers. *International Journal of Clinical Practice*. v. 60, n. 11, 2006.

Ferreira A, Ávila S. *Diagnóstico laboratorial: avaliação de métodos de diagnóstico das principais doenças infecciosas e parasitárias e autoimunes: Correlação clínico-laboratorial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

Ferreira C, Silveira, T. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 7, n. 4, 2004.

Frenckel J. Toxoplasmose. *Tratado de Infectologia*. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

Jacobi P, Besen G. Gestão de resíduos sólidos na Região Metropolitana de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. v. 20, n. 2, 2006.

Lazzari M, Reis C. Os coletores de lixo urbano no município de Dourados (MS) e sua percepção sobre os riscos biológicos em seu processo de trabalho. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 8, 2011.

Mendes A, Cintrão J. *Os resíduos de serviços de saúde - RSS e a questão ambiental*. *Rev. Uniara*, ed 5, 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais*. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *A, B, C, D, E de hepatites para comunicadores*, 2005.

Pereira F, Goncalves C. Hepatite A. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* v. 36, n. 3, 2003.

Porto M et al. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 20, n. 6, 2004.

Santana R, Andrade F, Moron A. *Infecções TORCH e gravidez*. 21 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ATRAVÉS DAS CAMPANHAS DA COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cristiane Backes¹

Ilse Kunzler²

Palavras-chave: Citopatológico de colo de útero. Saúde da mulher. Prevenção.

INTRODUÇÃO

A temática do estudo é a prevenção do câncer do colo de útero através do citopatológico realizado em mulheres durante as campanhas realizadas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no Vale dos Sinos/RS. A experiência foi vivenciada durante a prática da residência multiprofissional na USF período em que foram realizadas campanhas na rede Municipal direcionadas a saúde da mulher com o objetivo de articular ações de prevenção a agravos na saúde da mulher, intensificando os serviços de diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero de acordo com a preconizado pelo Ministério da Saúde.

A presente pesquisa buscou fazer um levantamento do número de mulheres que aderiram às campanhas de coleta de citopatológico de colo de útero (CP), realizadas em 3 sábados entre março de 2014 e março de 2015 em uma USF. Na ocasião foram realizadas ações educativas voltadas para as mulheres no sentido de instrumentalizá-las para a sua saúde e especificamente o atendimento para exame clínico da mama e coleta de CP. As atividades ocorreram aos sábados das 08 às 17 horas. Para o desenvolvimento das campanhas, houve uma divulgação prévia e realizados agendamentos das coletas de CP, oportunizando a população feminina a realizar o exame e participar de outras atividades e ações desenvolvidas voltadas à saúde da mulher durante este dia.

O horário de funcionamento das USFs é de segunda a sexta –feira das 07:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00, portanto as campanhas em sábados são um horário alternativo para a população alvo realizar seu preventivo e ocorreram em março, alusivo ao dia internacional da mulher e em outubro, mês em que se realizam ações direcionadas à prevenção e diagnóstico precoce de câncer de mama (Outubro Rosa)

A partir dos resultados busca-se subsidiar a importância da realização de campanhas específicas. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa que buscou atender o seguinte objetivo: Verificar a adesão das mulheres à coleta de CP no dia das campanhas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

REFERENCIA TEÓRICO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido sendo ela o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular. A realização periódica do citopatológico de colo de útero (CP) permite identificar as lesões precursoras e reduzir a mortalidade por esta causa. (BRASIL, 20013).

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle que incluam promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Sendo assim, é de fundamental importância a elaboração e implementação de ações voltadas para atenção integral à saúde da mulher, garantindo ações relacionadas ao controle e o acesso à rede de serviços. (BRASIL, 2013).

O MS recomenda o início da coleta aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, sendo que o intervalo recomendado entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos anuais, e devem seguir até os 64 anos e podem ser interrompidos após essa idade, as mulheres que tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Já para mulheres acima de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos e se forem negativos, podem ser dispensadas de exames adicionais. (BRASIL, 2013).

METODOLOGIA

Estudo quantitativo descritivo (PRODANOV E FREITAS, 2013). A população do estudo foi composta por 236 mulheres, sendo que os dados foram coletados através do caderno de registro de resultado de citopatológico da referida unidade sendo utilizadas apenas as variáveis: idade e quantidade de CPs coletados. Para a sua utilização das informações, foram respeitados os aspectos éticos através da autorização formal da coordenação da unidade

de saúde da família e assinado o termo de compromisso para utilização de dados (TCUD) pelos pesquisadores, sendo preservada a identidade dos sujeitos e local da coleta de informações. Os dados foram organizados em uma planilha do Microsoft Excel® tabulados, sendo a análise descritiva realizada através de estatística simples de frequência e discussão com base em referencial teórico.

RESULTADO

Na oportunidade de três dias de campanha realizadas em sábados em uma USF, foram coletados 236 citopatológicos de colo de útero, uma média de 78 por campanha e, ao se fazer um levantamento do número mensal de CPs coletados nesta unidade, identificou-se uma média de 60 CPs/mês. Das 236 mulheres que compareceram para a coleta nas campanhas, 18 (7,63 %) tinham idade inferior a 24 anos, e 7 (2,97 %) acima de 65 anos, e 211 (89,40%) tinham idade entre 25 e 64 anos de idade.

DISCUSSÃO

A adesão das mulheres que coletaram o CP no dia das campanhas estão, na sua maioria, dentro da faixa etária preconizada pelo MS, ou seja, entre 25 e 64 anos (BRASIL, 2013). Salienta-se também, a importância das campanhas realizadas em função de ser maior o número de coleta em cada dia do que a média mensal, outrossim, o resultado demonstra retorno da divulgação e a resposta da comunidade a esse chamado da USF através das ações voltadas para promoção e prevenção na saúde da mulher. Conforme Zeferino (2008), o eficiente controle do câncer do colo uterino está relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deveria oferecer acesso e flexibilidade para marcar o exame. Segundo o autor ainda, a educação e a informação da população também são ferramentas eficazes de conscientização da mesma, a partir da qual se pode promover a prevenção e expandir a procura precoce por assistência, e consequentemente, atingir os casos iniciais da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que, as atividades educativas como campanhas efetivam a realização do exame sendo fator contribuinte para prevenção e diagnóstico precoce bem como intensificam as ações de educação em saúde sobre importância de realizarem o exame regularmente. Além de oportunizar outras atividades realizadas durante a campanha com foco a prevenção e promoção da saúde da mulher, também oferece horários alternativos para a população alvo.

Este estudo poderá servir de base para outros estudos futuros e considerando que as campanhas são formas eficazes de desenvolver ações de prevenção resultam em algum impacto de melhoria na saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Caderno de atenção básica a saúde da mulher**, nº 13 do Ministério da Saúde, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, maio 2008.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE CRIANÇAS DO 5º ANO DE DUAS ESCOLAS DO VALE DO SINOS/RS

Luís Eurico Kerber ¹

Ivan Daniel Muller ²

João Carlos Jaccottet Piccoli ³

Daniela Muller de Quevedo ⁴

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Crianças. Kidscreen-52.

INTRODUÇÃO

O presente estudo propõe-se a abordar a Qualidade de Vida relacionada à saúde (QVRS) compreendida na atualidade como um constructo multidimensional, de escala bipolar que considera a percepção e, portanto a subjetividade na avaliação por parte das pessoas sobre sua posição na vida, como também do contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ela vive e ainda, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Levando-se em conta as evoluções da legislação e das políticas públicas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e Estatuto da Criança e do adolescente, consideram-se as crianças como sujeitos de direitos (RIFIOTIS, 2007), que devem ser atuantes no exercício da cidadania; e conseqüentemente, também devem ser ouvidos para tomadas de decisões, especialmente em relação às políticas públicas direcionadas a esse segmento social. Portanto, justifica-se social e legalmente a investigação deste indicador importante das políticas públicas na ótica de quem deve ser beneficiado com estas ações.

Por considerar a importância da reflexão desde o âmbito da escola sobre os fatores de risco e de promoção da qualidade de vida e seus impactos na saúde das pessoas (COSTA; BIGRAS, 2007), foi feita a opção de buscar analisar a percepção de QVRS de crianças entre 9

¹ Especialista em Ciências da Atividade Física. Mestrando do Programa Pós-graduação Stricto-senso em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

² Especialista em Educação. Mestrando do Programa Pós-graduação Stricto-senso em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

³ Doutorado em Educação Física na Ohio State University (1985). Ex-Professor do Programa de Pós-graduação Stricto-senso em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

⁴ Doutorado no Instituto de Pesquisas Hidráulicas da UFRGS (2008). Professora adjunta da Universidade Feevale atuando no CPP com assessoria estatística.

e 11 anos matriculados no quinto ano de duas escolas municipais de dois municípios do Vale do Sinos.

Para tanto, considerou-se a especificidade do grupo investigado quanto a seu estágio de desenvolvimento humano bem como contexto sociocultural e econômico do qual são oriundas e influenciam na constituição de diferentes “ethos” (VELHO, 2004).

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo quantitativa, descritiva de corte transversal que utilizou como instrumento de coleta de dados o questionário Kidscreen-52, e os indicadores do Índice de desenvolvimento Humano dos municípios (IDH-M) e sócio demográficos extraídos do Atlas de Desenvolvimento Humano 2013 (ONU, 2013).

A amostra foi selecionada por conveniência devido à facilidade de acesso de ambos os pesquisadores. Foi constituída na escola A por 26 alunos, e na escola B por 17 alunos com idades entre 09 e 11 anos, regularmente matriculadas no 5º ano. Todos foram voluntários do estudo e expressaram o consentimento de participação do estudo por meio da leitura e assinatura do TCLE por seus responsáveis.

A tabulação dos dados foi realizada numa planilha Excel 2010 e a análise com uso do SPSS 20.0. Foi realizada a estatística descritiva das variáveis de QVRS do estudo com resultados expressos em valores máximo e mínimo, desvio padrão e média. Os grupos foram comparados considerando os estratos escola, Sexo e idade por meio dos teste paramétrico “t” para duas amostras independentes. A normalidade das variáveis foi verificada com o teste de Kolmogorov Smirnov. Foi adotada a inferência estatística ao nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme evidenciado na tabela 1, percebe-se que a incidência de histórico de doenças no grupo foi pequena. A distribuição quanto ao sexo proporcional e a média da idade considerando os dois grupos amostrais foi de 10,30 anos com um desvio padrão de $\pm 0,558$.

Tabela 1 – Características da amostra total (n = 43)

| Variáveis | Categorias | N | % |
|---------------------|------------|----|------|
| Escola | A | 26 | 60,5 |
| | B | 17 | 39,5 |
| Sexo | Masculino | 21 | 48,8 |
| | Feminino | 22 | 51,2 |
| Idade | 9 | 2 | 4,6 |
| | 10 | 26 | 60,5 |
| | 11 | 15 | 34,9 |
| Histórico de Doença | Sim | 7 | 16,3 |
| | Não | 36 | 83,7 |

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

A tabela 2 apresenta os resultados comparativos por escola entre as médias das dimensões de QV e Escore total de QVRS avaliado por meio do questionário Kidscreen-52, evidenciando um escore total que aponta para uma melhor percepção de qualidade de vida na Escola “A”, acompanhando a mesma diferença na análise das dimensões D2 sentimentos e D8 Apoio Social.

Tabela 2 - Descrição e comparação das dimensões de QVRS entre as escolas(n=43)

| | Escola | N | Média | Desvio Padrão | P |
|--------------|--------|----|---------|---------------|---------------|
| D2 SENT | A | 26 | 87,8205 | 10,36843 | 0,043* |
| | B | 17 | 81,1765 | 9,92620 | |
| D8 APS | A | 26 | 84,8718 | 10,92320 | 0,017* |
| | B | 17 | 76,2745 | 11,41894 | |
| Escore total | A | 26 | 83,8314 | 8,12366 | 0,042* |
| | B | 17 | 78,7783 | 7,02941 | |

* $p \leq 0,05$

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

O primeiro dos fatores D2 SENT está ligado ao sentimento, à percepção psicológica de cada indivíduo com relação a si, a como está sua vida, a alegria de viver e de estar vivo. A significativa diferença entre as realidades analisadas, ainda que ambas apresentem resultados satisfatórios, pode levar-nos a supor uma associação com os elevados índices de IDH-M designados por renda, longevidade e educação (ONU, 2013).

Segundo dados analisados por Silva et. al. (2007), investigando adolescentes em uma faixa etária um pouco distinta, houve uma prevalência de escores maiores quanto ao bem estar psicológico nas famílias de maior nível socioeconômico e com maior escolaridade materna. Cabe anotar que não foram verificados os níveis de escolaridade paterna e materna ou os aspectos financeiros no presente estudo, mas se assume os resultados do IDH-M (ONU, 2013) que aponta leve diferença positiva nestes aspectos no município da Escola A, ao comparar

renda per capita e percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos.

Outro aspecto que evidenciou significativa diferença entre as escolas foi a Dimensão 8 APS, indicador relacionado aos aspectos de apoio social. Esse aspecto indica o quanto o adolescente se vê e se percebe aceito pelos demais colegas e amigos, ou seja, o quanto o mesmo está integrado a um grupo. Indo ao encontro ao que DaMatta (1987) aborda em seus conceitos em relação a relativização do exótico e ao estranhamento do familiar, podemos apontar o fato de a Escola “A” lidar com um público mais plural, em relação aos seus locais (bairros) de origem, suas classes econômicas, e que esse fato possa permitir uma facilidade maior na integração dos agentes sociais, enquanto a Escola “B” de público mais homogêneo, proveniente de um mesmo bairro parece “cobrar” mais na imposição de semelhanças entre os indivíduos.

Outro dado percebido na análise dos dados do IDH é a menor defasagem idade série, e melhor IDH-M na dimensão Educação no município da escola “A”, o que associado a realidade de cada vez mais a escola estar se transformando num dos únicos espaços de sociabilidade e convívio dos jovens na ótica de Bauman (ALMEIDA, GOMES; BRACHT, 2009), assinala a possibilidade destes elementos terem influenciado a percepção na Dimensão 8 (Amigos e Apoio social) melhor no contexto da Escola “A”.

Tabela 3 - Descrição e comparação das dimensões de QVRS entre os sexos (n=43)

| Dimensão | Escola | N | Média | Desvio Padrão | P |
|----------|--------|----|---------|---------------|---------------|
| D1 S AF | A | 21 | 82,2857 | 13,36092 | 0,015* |
| | B | 22 | 72,3636 | 12,02595 | |

***p≤0,05**

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Na tabela 3 analisa-se a diferença da variável sexo da amostra como um todo unindo as duas escolas. O único aspecto que demonstrou significativa diferença quanto ao estrato sexo foi D1 (S AF) que está relacionado a atividade física e saúde. Observando estudo de Gaspar (2006) com crianças de faixa etária similar a do presente estudo obteve-se dados da mesma forma com valores superiores em quase todas as dimensões de QV nos meninos comparadas as meninas. Na comparação dos estratos por idade não foi possível identificar diferença significativa, o que vai ao encontro do obtido por Michel (2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo conclui-se que foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas na dimensão 2(sentimentos), dimensão 8(apoio social) e Escore total, considerando a amostra de duas escolas de duas realidades/municípios, sendo que a escola do município A apresentou valores mais elevados. Merece destaque que estes os escores acompanharam a variação de IDH-M constante dos indicadores de desenvolvimento humano publicados pela ONU/PNUD que apresentaram-se mais elevados no município A da mesma forma que os indicadores de QVRS.

Considerando o sexo como estrato de análise sem considerar as escolas, foi verificado que os meninos apresentaram escores mais elevados sendo significativa a diferença na D1 Saúde e Atividade Física, seguindo tendência percebida em outros estudos.

Destaca-se a importância deste tipo de estudo considerando as orientações da OMS , do Kidscreen Group e do Centro de Prevenção e controle de doenças do EUA sobre a relevância de realizar o monitoramento contínuo das condições de saúde de percepção de QVRS de crianças e adolescentes, identificando precocemente fatores de risco a agravos a saúde, oportunizando aos gestores condições de articular políticas públicas específicas a este grupo vulnerável e de atendimento prioritário nos diferentes níveis de atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Sandro Batista de. **Qualidade de vida relacionada á saúde de adolescentes em idade escolar de Gravataí, RS** (dissertação). Novo Hamburgo: Feevale, 2011.

ALMEIDA, F. Q.; GOMES, I M.. BRACHT, V. **Bauman e a Educação**. Coleção “Pensadores e a Educação”. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA)**. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7e d.pdf. Acesso em: 07/07/2014.

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

COSTA, Maria Conceição O.; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

CURRIE, C et al.(org). **Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, Nº. 6, 2012. Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1 . Acesso em: 05/08/2014.

DAMATTA, Roberto. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1987.

GASPAR, Tania et al. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 2, n. 2, p. 47-60, 2006. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872006000200005&script=sci_abstract. Acesso em: 03/08/2014.

GASPAR, Tânia.; MATOS, Margarida Gaspar de. **Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes - Versão Portuguesa dos Instrumentos KIDSCREEN-52**. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde, 2008.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete R. P. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população brasileira. **Rev. paul. pediatri.[online]**. 2011, vol.29, n.3, pp. 364-371.

LOUROSA, Ana P. Matos. **QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES DE 10-12 ANOS:RELAÇÃO COM A APTIDÃO FÍSICA E OS NÍVEIS DE ACTIVIDADE FÍSICA**. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), 2011.

MICHEL, Gisela et al. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. **Quality of life research**, v. 18, n. 9, p. 1147-1157, 2009.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 5, n. 2, 2001, 48-59.

ONU. Atlas de Desenvolvimento Brasil 2013. Disponível em:
<<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em 23/07/2014

RAVENS-SIEBERER, U.; GOSCH, A.; RAJMIL, L.; ERHART, M; BRUIL, J; DUER, W.; AUQUIER, P.; POWER, M.; ABEL, T.; CZEMY, L.; MAZUR, J.; CZIMBALMOS, A.; TOUNTAS, Y.; HAGQUIST, C; KILROE, J. and the European KIDSCREEN Group. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Rev. of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-364, 2005.

RIFIOTIS, T. Direitos humanos: sujeito de direitos e direitos dos sujeitos. In: SILVEIRA, Rosa Maria Godoy(org). **Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos**. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

SIERRA, V.M.; MESQUITA, W.A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 20, n. 1, p. 148-155, jan./mar. 2006. Disponível em:
<http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_11.pdf> Acesso em 14/07/2014.

SILVA, Maria Salete (Org). **Um olhar sobre a infância e adolescência**. Relatório Executivo. Pesquisa – IPS/Furb. Blumenau: Edifurb, 2004.

SILVA, Ricardo Azevedo da et al . Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 5, May 2007.

SOLIGO, Valdecir. Indicadores: conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. **Est. Aval. Educ**, São Paulo, v. 23, n. 52, p. 12-25, 2012.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.10, p.1403-1409, 1995.

VELHO, G. Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

VELHO, G. Violência e conflito nas grandes cidades contemporâneas. **VIII Congresso Afro-Luso-Brasileiro de Ciências sociais**. Coimbra, 16, 17,18 de setembro de 2004.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DE ESTUDANTES DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM/RS

Daisiane Mendes

Prof. João Carlos Jaccottet Piccoli, Ph.D

Palavras Chaves: Qualidade de vida relacionada à saúde. Escola Pública. Adolescência.

INTRODUÇÃO

TEMA: Qualidade de vida

DELIMITAÇÃO DO TEMA: qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes estudantes de uma escola pública de Campo Bom/RS.

JUSTIFICATIVA: A atual pesquisa justifica-se pela necessidade de oferecer ao município de Campo Bom, profissionais da saúde e pessoas que lidam diretamente, ou não, com adolescentes, um estudo que possibilite melhor entendimento sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dessa população.

PROBLEMA DE PESQUISA: qual é o nível de qualidade de vida relacionada à saúde percebida por adolescentes com idade de 14 anos, estudantes de uma escola pública de Campo Bom?

OBJETIVOS

Geral:

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde percebida por adolescentes na idade de 14 anos, estudantes de uma escola municipal de Campo Bom/RS.

Objetivos específicos:

Aferir o nível de qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes da amostra; comparar o nível de qualidade de vida relacionada à saúde entre seus domínios e entre os sexos. Pretende-se obter tais objetivos utilizando o questionário genérico de qualidade de vida relacionada a saúde Kidscreen – 52.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Keenaghan e Kilroe (2008) consideram que qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) é entendida como uma construção multidimensional dos componentes do bem-estar

físico, emocional, mental, social, cultural e comportamental percebida pela criança ou adolescente. A QVRS é um conceito amplo e multidimensional e é relevante para quase todos os níveis da função humana. Ela foi introduzida na epidemiologia para proporcionar um parâmetro de registros de dados em saúde percebida na população, como base para o planejamento, acompanhamento e avaliação relacionados com as intervenções em saúde.

Na adolescência a promoção da saúde e do bem-estar caracteriza-se como um desafio. Considerando-se que as ações, que tem como prioridade o desenvolvimento do bem-estar para esta população, englobam aspectos do macro e micro ambientes, destacando-se os determinantes sociais, familiares e aspectos pessoais e individuais. (COSTA; BIGRAS, 2007).

Segundo Ravens-Sieberer et al. (2005), a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode fornecer dados importantes para a investigação em serviços de saúde e, também, monitorar a saúde de uma população. Além disso, o monitoramento do estado de saúde da população pode permitir o rastreamento de tendências da saúde e, assim, identificar as desigualdades no planejamento em saúde, estratégias preventivas e, conseqüentemente, oferecer melhora no estado de saúde dos indivíduos.

METODOLOGIA

A fim de atingir os objetivos propostos, o presente estudo se caracterizou por uma pesquisa de cunho descritivo de corte transversal. A amostra foi composta por 63 adolescentes com 14 anos de idade, de ambos os sexos selecionados de forma acidental, todos estudantes do 9º ano do ensino fundamental de uma escola municipal de Campo Bom/RS, no ano de 2012. O presente estudo utilizou o Kidscreen-52 instrumento transcultural europeu, desenvolvido pelo Grupo Europeu KIDSCREEN. O Kidscreen-52 é um instrumento genérico que pode ser usado para monitorar, avaliar e medir a saúde subjetiva relacionada à qualidade de vida de crianças e adolescentes de 8 a 18 anos de idade (GASPAR et al., 2006). Este instrumento foi validado e adaptado culturalmente ao português brasileiro por Ritter et al. (2008).

RESULTADOS

Na tabela 1 apresentam-se os domínios da Qualidade de vida Relacionados à Saúde (QVRS), suas pontuações máximas, mínimas e médias atingidas pelos voluntários participantes da amostra. Os domínios avaliados são: Atividades físicas e saúde (D1), Sentimentos (D2), Humor em geral (D3), Sobre você mesmo (D4), Tempo livre (D5), Família

e vida em casa (D6), Assuntos de dinheiro (D7), Amigos (D8), Escola e aprendizagem (D9) e *Bullying* (D10).

Tabela 1 - Distribuição dos valores mínimos e máximos, médias e desvios-padrão dos domínios da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (n=63)

| Domínios | Mínima | Máxima | Média | Desvio padrão |
|--------------|--------|--------|-------|---------------|
| D1 | 36 | 96 | 68,2 | 12,8 |
| D2 | 43,33 | 100 | 78,6 | 15,0 |
| D3 | 22,86 | 82,86 | 50,9 | 12,9 |
| D4 | 44 | 88 | 69,0 | 11,2 |
| D5 | 24 | 100 | 74,9 | 18,1 |
| D6 | 33,33 | 100 | 75,6 | 17,4 |
| D7 | 26,67 | 100 | 72,0 | 22,4 |
| D8 | 20 | 100 | 78,6 | 18,2 |
| D9 | 36,67 | 100 | 68,6 | 14,0 |
| D10 | 20 | 100 | 60,3 | 26,0 |
| Total | 42,69 | 86,54 | 69,7 | 8,4 |

Os adolescentes da amostra apresentaram menor percepção da QVRS nos domínios correspondentes a: Atividade física e saúde (D1), com 68,2 pontos e desvio padrão de 12,8 pontos; Humor em geral (D3), com 50,9 pontos e desvio padrão de 12,9, sendo os domínios da QVRS onde os participantes da pesquisa obtiveram menor pontuação; e *Bullying* (D10) onde atingiram 60,3 pontos, com desvio padrão de 26,0 pontos.

Tabela 2 - Distribuição das frequências absolutas, médias e desvios-padrão dos domínios estratificados por sexo (n=63)

| | Sexo | f | Média | Desvio Padrão |
|-------------------------------------|-----------|----|-------|---------------|
| 1 Atividades físicas e saúde | Masculino | 25 | 69,9 | 9,3 |
| | Feminino | 38 | 67,1 | 14,6 |
| 2 Sentimentos | Masculino | 25 | 84,8 | 12,6 |
| | Feminino | 38 | 74,6 | 15,3 |
| 3 Humor geral | Masculino | 25 | 42,0 | 13,9 |
| | Feminino | 38 | 56,7 | 8,1 |
| 4 Sobre você mesmo | Masculino | 25 | 70,5 | 12,0 |
| | Feminino | 38 | 68,1 | 10,7 |
| 5 Tempo livre | Masculino | 25 | 80,6 | 17,2 |
| | Feminino | 38 | 71,1 | 18,0 |
| 6 Família e vida em casa | Masculino | 25 | 82,1 | 12,7 |
| | Feminino | 38 | 71,4 | 18,9 |
| 7 Assuntos de dinheiro | Masculino | 25 | 72,8 | 19,8 |
| | Feminino | 38 | 71,5 | 24,2 |
| 8 Amigos | Masculino | 25 | 80,1 | 18,9 |
| | Feminino | 38 | 77,7 | 17,9 |
| 9 Escola e aprendizagem | Masculino | 25 | 69,2 | 17,1 |
| | Feminino | 38 | 68,2 | 11,8 |
| 10 Bullying | Masculino | 25 | 34,6 | 18,4 |
| | Feminino | 38 | 77,1 | 13,3 |
| Total dos domínios | Masculino | 25 | 69,6 | 6,1 |
| | Feminino | 38 | 69,7 | 9,8 |

A tabela 2 mostra que houve diferenças significativas em relação aos sexos dos indivíduos nos domínios 2 (Sentimentos), 3 (Humor em geral), 5 (Tempo livre), 6 (Família e vida em casa) e 10 (*Bullying*).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa, que se refere à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos adolescentes, apontou que em média eles possuem uma boa percepção da qualidade de vida, como mostra a tabela 1. Entretanto, o mesmo não acontece quando a referência é sobre os domínios: Atividade física e saúde (D1), Humor em geral (D3) e Bullying (D10). Existe semelhança com o estudo de Monteiro (2011) em relação aos domínios Atividade física e saúde e Bullying, onde estudantes Portugueses também não apontaram boa percepção da QVRS nesses domínios.

Em relação aos sexos e aos domínios da QVRS, os meninos, significativamente, apresentaram melhor percepção da QVRS nos domínios Sentimentos (D2), Tempo Livre (D5) e Família e vida em casa (D6), assim como no estudo de Gaspar e Matos (2008) e Aguiar (2011), onde os meninos apresentaram escores mais positivos relacionados a esses domínios, do que as meninas. As meninas obtiveram resultados de QVRS significativamente mais elevados em relação aos meninos nos domínios: Humor em geral (D3) e Bullying (D10). O estudo de Monteiro (2011) também apontou resultados significativos mais positivos em relação às meninas no domínio Bullying, porém, neste mesmo estudo, os meninos apresentaram resultados significativamente mais positivos em relação ao domínio Humor em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta ao objetivo principal da pesquisa, constatou-se que, através dos dados analisados, os adolescentes parecem possuir uma boa percepção da QVRS. Entretanto, apresentaram escores mais baixos de percepção da QVRS nos domínios Atividade física e saúde, Bullying e Humor em geral. Os dados obtidos corroboraram com estudos semelhantes.

Com estes resultados, recomenda-se que as necessidades encontradas nos domínios: Atividade física e saúde (D1), Humor em geral (D3) e Bullying (D10) da QVRS venham a ocupar um lugar prioritário na elaboração de novas políticas educacionais do município de Campo Bom/RS. Bem como, que estas se tornem importantes na ressignificação de novos conceitos na educação. Recomenda-se também novas pesquisas que venham a apresentar

novos resultados, para se ter um melhor entendimento da qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes do município de Campo Bom/RS.

REFERÊNCIAS

COSTA, Maria Conceição; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.5 p. 1101-1109, 2007.

GASPAR, Tania; MATOS, Margarida Gaspar de; RIBEIRO, José Luis Pais; LEAL, Isabel. Qualidade de vida e bem estar em crianças e adolescentes. **Rev. Brasileira de Terapias Cognitivas**. v. 2, n.2, p 491-500, Rio de Janeiro, dez. 2006.

GASPAR, Tania; MATOS, Margarida Gaspar de. **Qualidade de vida em crianças e adolescentes**: versão portuguesa do instrumento Kidscreen-52. Portugal: Aventura social e saúde, 2008.

KEENAGHAN, Celia; KILROE, Jean. **A study on the quality of life tool KIDSCREEN for children and adolescents in Ireland**: Results of the KIDSCREEN 2005. Dublin, 2008.

MONTEIRO, Maria João Mateus. **Competências para a Vida em Adolescentes**: Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social, 2011.145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) – Universidade do Algarve, Faro – Gambelas, Portugal.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike et al. KIDSCREEN-52 quality life measure for children and adolescents. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-364, Jun 2005.

RITTER, Alexandre et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes**: versão para o português brasileiro do KIDSCREEN-52. Projeto de validação do Kidscreen-52. Porto Alegre, 2008. Doc. não publicado.

RUDER CLUB PORTO ALEGRE: A PIONEIRA ASSOCIAÇÃO DE REMO DO BRASIL

Carolina Fernandes da Silva¹

Greice Teresinha de Oliveira²

Palavras-chave: História do Esporte. Clube. Remo. Identidade Cultural.

INTRODUÇÃO

No fim do século XIX, um novo cenário esportivo se consolidava em Porto Alegre. Nesta conjuntura o remo despontou como principal prática na capital do Rio Grande do Sul. As primeiras associações³ esportivas (SILVA; MAZO, 2015) voltadas para a prática do remo foram organizadas pelos teuto-brasileiros enquanto espaço de sociabilidades e lazer, bem como, de representação de suas identidades culturais (MAZO, 2003). Estes estrangeiros renovavam a sua memória cultural por meio de representações culturais⁴, numa produção motivada de imagens do passado com função relevante para o período. Um componente decisivo da formação e perpetuação de indivíduos e comunidades (MARSHALL, 2008).

Com o discurso de desenvolver o remo enquanto prática esportiva na cidade de Porto Alegre, em 1888, descendentes de imigrantes alemães fundaram a primeira associação esportiva de remo, denominada *Ruder Club Porto Alegre* - Clube de Remo Porto Alegre - (RIO GRANDE DO SUL SPORTIVO, 1919; DAUDT, 1952; HOFMEISTER, 1979). No seu inventário de sócio-fundadores há uma lista de sobrenomes de origem alemã. Vale a ressalva que o remo, desde as primeiras décadas do século XIX, já era praticado na Alemanha, onde havia regatas competitivas. Este fenômeno serviu de inspiração para a introdução do remo em águas porto-alegrenses.

Diante deste cenário surge a seguinte questão: Como ocorreu a implantação do primeiro clube esportivo de remo na cidade de Porto Alegre, no fim do século XIX.

¹ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) na Escola de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Mestranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social – Bolsista Fapergs

³ Por associações esportivas entende-se também clubes, sociedades, ligas, agremiações.

⁴ O termo comunidade é “encarada como um conjunto de relações sociais complexas, cuja natureza e orientações são examinadas em enquadramentos específicos” (BOUDON, 1990, p. 48), neste estudo o seu enquadramento é relacionado a grupos de indivíduos que compartilham a mesma cultura.

Justifica-se esta pesquisa a proposição do esporte, no caso o remo, como uma prática cultural que produz representações, as quais são vistas como heranças do passado que visitam o nosso presente, e que em alguns momentos são avivadas às gerações vindouras. Considera-se o fenômeno esportivo como elemento gerador de bens imateriais, que configuram identidades culturais no estado do Rio Grande do Sul. Além disso, este estudo busca tecer a história do remo como forma de aproximação de uma das dimensões mais importantes da construção das identidades culturais porto-alegrense: a relação com o lago Guaíba.

MÉTODO

O objetivo deste estudo foi contemplado por meio da consulta e análise de diferentes fontes históricas: impressas e imagéticas. Além disso, foram consultados livros, livros comemorativos, revistas, artigos, monografias e teses. Cabe lembrar que, nas citações diretas, oriundas das fontes pesquisadas, foi preservada a ortografia original das fontes consultadas. As fontes imagéticas foram extraídas por meio das imagens fornecidas das fontes impressas, dos arquivos de clubes e de álbuns comemorativos. Após a fase da coleta das fontes, passou-se para a codificação das informações recolhidas. As notícias veiculadas em tais fontes foram fichadas e classificadas a partir do editorial, da reportagem e do conteúdo. Os critérios utilizados para o registro e a organização das fontes foram definidos a partir dos assuntos: fundação e identidade.

Após a escolha e constituição das fontes históricas, as informações foram submetidas ao tratamento metodológico, conforme Barros (2012a; 2012b) e Bacellar (2008). As fontes foram submetidas à técnica de análise documental, conforme os termos descritos por Bacellar (2008). Esta técnica de análise destaca que após a análise propriamente dita dos documentos segue a fase do cruzamento de fontes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em Porto Alegre, o remo se tornou uma prática institucionalizada na década de 1880. Os teuto-brasileiros apostaram nessa prática esportiva, já disseminada pela Europa, e organizaram a fundação da primeira associação esportiva de remo da cidade. No dia 21 de novembro de 1888, dá início o *Ruder Club* Porto Alegre - Clube de Remo Porto Alegre - (RIO GRANDE DO SUL SPORTIVO, 1919; DAUDT, 1952; HOFMEISTER, 1979; MAZO, 2003). Esta associação possuía traços de organização parecidos com os das associações de ginástica. De maneira semelhante, utilizavam a proposta de sociabilidade para manter representações de identidades culturais teuto-brasileiras.

Na primeira ata do clube (PIMENTEL, 1945; DAUDT, 1952; HOFMEISTER, 1979) – originalmente redigida em alemão – consta na lista de presentes, treze homens, que na sua maioria possuíam sobrenome alemão⁵. Entre seus fundadores, encontra-se Alfredo Schütt, idealizador da primeira sociedade ginástica de Porto Alegre. Ele foi indicado para ser o primeiro presidente do *Ruder Club* Porto Alegre e um dos organizadores dos estatutos. Estes cargos lhe foram determinados pelo fato de que, possivelmente, ele tenha tido contato anterior com o remo, pois sua terra natal é Hamburgo, cidade da Alemanha onde esta prática é bastante difundida, e de onde os barcos utilizados para o esporte foram importados.

Ao fundar a sociedade ginástica, Alfredo Schütt foi um líder no movimento de manutenção da memória cultural alemã em Porto Alegre. Para Assmann (1995), a especialização dos portadores da memória desenvolve uma autoridade sobre a mesma. Ao criar um espaço onde a memória cultural poderia ser cultivada, este ato proporcionou a Schütt tornar-se uma autoridade quanto à preservação da identidade cultural teuto-brasileira.

Neste sentido, ao o escolherem como presidente da associação de remo, a comissão fundadora expôs o desejo de o *Ruder Club* Porto Alegre seguir os passos da primeira associação fundada por teuto-brasileiros na cidade. O presidente de uma associação é seu representante oficial, uma das suas principais representações. Seu estatuto define as regras e as normas de funcionamento, o que permite os elaboradores imprimirem a sua maneira de ver o mundo.

A comissão de elaboração do estatuto era composta por somente teuto-brasileiros – Alfredo Schütt, Felix H. Kessler e Fernando Ingwersen. Estes indivíduos carregavam consigo a herança da memória cultural de seus antepassados alemães, destarte, retratava seus costumes, hábitos, práticas e normas de conduta. Para Assmann (1995) o caráter vinculativo do conhecimento preservado na memória cultural, possui como um de seus aspectos, o aspecto normativo, na sua função de elaboração de regras de conduta. Logo, os autores do estatuto transferem para as normas da associação a sua maneira de ser, “o modo de ser alemão” (SILVA, 2006).

Silva (2005) vê a identidade teuto-brasileira como resultado de um processo de assimilação, sincretismo cultural ou como um produto de uma ideologia étnica. Onde os agentes, construtores desta identidade, arquetam fronteiras delimitadoras por meio de traços

⁵ A. Shütt, Félix H. Issler, B. Roechring, Júlio Issler, Fernando Ingwersen, Alberto Bins, Otto Hasche, Luiz Koehler, Gustavo Knoblauch, H. Von Schwerin, A. Voelker, C. Goeden Jr., O. Teichmann, Júlio Issler Fº e John Day (DAUDT, 1952).

definidos pelo próprio grupo para estabelecer contraste. Para tanto, se utilizam de símbolos identitários que fundam a crença em uma origem comum, resgatados na memória cultural.

Inspirados em uma revista alemã, esta associação esportiva visava a que o exercício do remo fosse praticado com os métodos técnicos da Alemanha, para tanto também ministravam as ordens nos treinamentos em alemão. Condição que não assenta com a afirmação de Hofmeister (1979) de que não havia preocupação com exclusivismos étnicos. Toda a comunicação interna da associação era em dialeto alemão, ação que obrigava a quem frequentasse o ambiente dominar a linguagem. Havia, assim, um trânsito constitutivo entre o social e o individual, pois a memória individual é produzida na medida em que participa de uma memória coletiva (HALBWACHS, 2006). Desta maneira, o idioma era revivificado na memória dos indivíduos que participavam do coletivo, perpetuando-o.

Como os métodos técnicos para a prática do remo eram importados da Alemanha, os fundadores determinaram que de lá também fosse a origem dos barcos, ação que demandaria alto valor financeiro. Para efetuar tal projeto, segundo uma entrevista concedida por Alberto Bins e reproduzida por Pimentel (1945), o capital financeiro para a encomenda dos barcos foi emprestado pela sua mãe, “a viúva Elisa Bins” (AMARO JÚNIOR, 1942, p. 43).

Até o início do século XX, esta marcante atuação feminina foi uma das poucas participações ativas de mulheres no remo. Neste período as mulheres tinham pouca representação no cenário esportivo porto-alegrense. Sua ação estava limitada a, normalmente, acompanharem seus pais e maridos nas arquibancadas (MAZO; SILVA; LYRA, 2010). No remo, além de espectadoras nas regatas, elas se materializaram no cenário, como madrinhas das embarcações e ao emprestarem seus nomes para os barcos.

Elisa Bins iniciou a tradição ao batizar o primeiro barco do *Ruder Club* Porto Alegre, seguida por Olga Englert, que batizou o segundo. Estas duas senhoras fizeram parte do grupo de mulheres teuto-brasileiras⁶ que confeccionou, manualmente, a bandeira da associação. A representação feminina, no cenário do remo, era restrita a apoiar a organização masculina, assim como acontecia na sociedade porto-alegrense de então, quando não era permitido às mulheres circularem para além de seu ambiente doméstico e familiar, onde praticavam prendas domésticas. Porém, com o associativismo esportivo as mulheres puderam, paulatinamente, ultrapassar o ambiente doméstico e alcançar espaços visíveis, como nos eventos nas sedes das associações de remo.

⁶ Elisa Bins, Olga Englert, Anna Christoffel, Clothilde Christoffel, Sinhá Bastian, Elisa Issler e Malvina Issler (RIO GRANDE DO SUL SPORTIVO, 1919).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro clube de remo do Brasil foi organizado por um grupo de teuto-brasileiros, que tinha como referência uma revista alemã especializada no remo e, assim, fundou em 1888, o *Ruder Club Porto Alegre*. Além do seu nome de batismo em idioma (dialeto) alemão, também o “alemão” foi a língua oficial para a comunicação interna entre os sócios. Neste espaço, além de ser um ambiente de socialização, os teuto-brasileiros exerciam sua identidade cultural com representações alemãs e construíram um identidade clubística pautada no seu germanismo.

REFERÊNCIAS

AMARO JÚNIOR, J. **Almanaque Esportivo do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Tipografia Esperança, 1942.

ASSMANN, J. Collective Memory and Cultural Identity. **New German Critique**, n. 65, Cultural History/Cultural Studies. Spring - Summer, 1995, p. 125-133.

BACELLAR, Carlos de A. P. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). **Fontes Históricas**. São Paulo: Contexto, 2008.

BARROS, J. Fontes Históricas: revisitando alguns aspectos primordiais para a Pesquisa Histórica. *Mouseion*, n. 12, mai-ago/2012a.

BARROS, José D'Assunção. A fonte histórica e seu lugar de produção. **Cadernos de Pesquisa do CDHIS**, Uberlândia, v. 25, n. 2, jul./dez., 2012b.

DAUDT, J. **Brasileiros de cabelos loiros e olhos azuis**. Porto Alegre: Catos, 1952.
HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006.

HOFMEISTER, C. **Pequena História do Remo Gaúcho**. Porto Alegre: CORAG, 1979.

MARSHALL, F. Memória cultural, conceito e projeto. IN: **Memória Cultural Polonesa**, de Tiago Haewicz (org.), Porto Alegre, Ed. Vidrúguas, 2008.

MAZO, J. **A emergência e a Expansão do Associativismo Desportivo em Porto Alegre (1867-1945): espaço de representação da identidade cultural brasileira**. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto). Universidade do Porto, Portugal, 2003.

MAZO, J.; SILVA, C.; LYRA, V. **As mulheres no cenário do associativismo esportivo em Porto Alegre/RS na transição do século XIX para o XX: Alternativas de sociabilidade e lazer para elas**. *Revista Licere*, Belo Horizonte, v.13, n.3, 2010.

MAZO, J. **Banco de dados das associações esportivas e de educação física de Porto Alegre/Rio Grande do Sul (1867 – 1945)**. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2010.

PIMENTEL, F. **Aspectos Gerais de Porto Alegre**. Imprensa Oficial. Porto Alegre, 1945.

RIO GRANDE DO SUL SPORTIVO. Álbum comemorativo. Porto Alegre. Oficinas gráficas da Livraria do Globo, 1919.

SILVA, H. A identidade teuto-brasileira pensada pelo intelectual Aloys Friederichs. **Revista Anos 90**, Porto Alegre, v. 12, n. 21/22, p.295-330, jan./dez. 2005.

SILVA, H. **Entre o amor ao Brasil e o modo de ser alemão: a história de uma liderança étnica (1868 – 1950)**. São Leopoldo: Oikos, 2006.

SILVA, C. F. ; MAZO, J. Z. . Associativismo esportivo porto-alegrense: uma história de manifestação da instrumentalidade do esporte. *Movimento* (Porto Alegre. Online), v. 21, p. 377-389, 2015.