

# CINERGIS

Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado  
em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc

ISSN 2177-4005 - Ano 18 - Volume 18 - Número 1  
Janeiro / Março 2017



**UNISC**  
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

# CINERGIS

Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc

ISSN 2177-4005 - Ano 18 - Volume 18 - Número 1 - Janeiro/Março 2017

## > EDITORES

### > Miria Suzana Burgos

*mburgos@unisc.br*

## > CONSELHO EDITORIAL

### > Adriana Lemos, PhD

Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

### > Adroaldo Gaya, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola Superior de Educação Física, Porto Alegre, RS, Brasil.

### > Alex Soares Marreiros Ferraz, PhD

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

### > Alexandre Igor Araripe Medeiros, PhD

Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil, Brasil.

### > Alisson Guimbala dos Santos Araujo, MSc

Associação Catarinense de Ensino, Joinville, SC, Brasil.

### > Andréia Rosane de Moura Valim, PhD

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

### > Antônio Marcos Vargas da Silva, PhD

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

### > Carlos Alberto Ferreira Neto, PhD

Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.

### > Carlos Ricardo Maneck Malfatti, PhD

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, PR, Brasil.

### > Cleiton Silva Correa, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

### > Cézane Priscila Reuter, MSc

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

### > Cleiton Chiamonti Bona, MSc

Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

### > Clarice Martins, PhD

Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

### > Clarissa Stefani Teixeira, PhD

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

### > Daniel Prá, PhD

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

### > David António Rodrigues, PhD

Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.

### > Fernando Copetti, PhD

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

### > Junior Vagner Pereira da Silva, PhD

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

### > Lenamar F. Vieira, PhD

Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

### > Luis Paulo Gomes Mascarenhas, PhD

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati, PR, Brasil.

### > Marcelo Faria Silva, PhD

Centro Universitário Metodista, Porto Alegre, RS, Brasil.

### > Marcus Marcus Peikriszwili Tartaruga, PhD

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, PR, Brasil.

### > Maria João Vaz da Cruz Lagoa, MSc

Instituto Superior da Maia, Castelo da Maia, Portugal.

### > Rodrigo Moreira, PhD

Universidade Luterana do Brasil, São Jerônimo, RS, Brasil.

### > Silvia Isabel Rech Franke, PhD

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

### > Thiago Medeiros da Costa Daniele, MSc

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

## > BOLSISTA DO PROJETO

Letícia Borfe

## > EDITOR DE LAYOUT

Alvaro Ivan Heming

*aih.alvaro@hotmail.com*

## > ELABORAÇÃO, VEICULAÇÃO E INFORMAÇÕES

Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc  
Departamento de Educação Física e Saúde  
e Mestrado em Promoção da Saúde (Prédio 42).

Av. Independência, nº 2293

Bairro Universitário Cep: 96815-900

Santa Cruz do Sul/RS

E-mail: *ppgps@unisc.br*

Foneone: (51) 3717 7603

ACESSE A REVISTA ON-LINE:

<http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/index>

Cinergis / Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc. [recurso eletrônico] Vol. 18, n. 1 (2017) Jan./Mar. - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017.

Dados eletrônicos.

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.unisc.br/edunisc>>

Trimestral

ISSN 2177-4005

Temas: 1. Educação Física - Periódicos. 2. Departamento de Educação Física e Saúde.

CDD: 796.05

# ÍNDICE

01 Editorial ..... 04

## ARTIGO ORIGINAL

02 Desafios dos alunos com deficiência visual no  
03 Ensino Superior: um relato de experiência ..... 05

04 A construção de identidade analisada mediante narrativas de vida:  
05 dois casos de indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis ..... 12

06 Prevalência de queixa álgica musculoesquelética  
07 em trabalhadores de empresa de bijuteria ..... 18

08 Modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas acompanhados  
09 pelas equipes da estratégia de saúde da família de um município mineiro ..... 24

10 Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado  
11 por profissional do Programa Mais Médicos ..... 29

12 Vulnerabilidades e risco em saúde: percepção dos idosos ..... 33

13 Bullying e o comportamento de jovens de  
14 escolas de ensino fundamental ..... 39

15 Relato de experiência e perfil das condições de saúde e fatores de risco da população  
16 masculina participante do projeto saúde do homem - Laranjeiras do Sul / PR ..... 45

17 Avaliação da qualidade de vida de participantes do projeto  
18 "Ginástica para todos no município de Guarapuava - PR ..... 49

19 Avaliação de  $VO_2$  máx em atletas de karatê: conhecimento da  
20 capacidade cardiorrespiratória e prescrição de exercício ..... 54

21 Dor lombar em mulheres sedentárias e praticantes de musculação ..... 58

## ARTIGO DE REVISÃO

22 Solidariedade intergeracional: perspectivas e representações ..... 63

23 O poder da vaidade e do autocuidado na qualidade de vida ..... 73

24 Efeitos fisiológicos decorrentes do exercício físico  
25 no organismo materno durante a gestação ..... 77

26 Práticas de educação popular em saúde na atenção  
27 primária: uma revisão integrativa ..... 81

## EDITORIAL

Socializamos o Volume 18, número 1 de 2017 da Cinergis, com artigos originais e de revisão, que trazem temáticas diversas, métodos quanti e qualitativos, com caráter multi e interdisciplinares, porém todos voltados para algum ou vários aspectos que focam vulnerabilidades, qualidade de vida, motricidade humana, entre outros, na busca da compreensão e promoção da saúde e bem estar do ser humano.

Na modalidade de artigo original, vamos encontrar, bullying e o comportamento de jovens de escolas de ensino fundamental; perspectivas e representações da solidariedade intergeracional; desafios dos alunos com deficiência visual no ensino superior; construção de identidade analisada mediante narrativas de vida de indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis; vulnerabilidades e risco em saúde na percepção dos idosos; avaliação da qualidade de vida de participantes de projeto ginástica para todos.

Também são encontradas temáticas voltadas para dor lombar em mulheres sedentárias e praticantes de musculação; prevalência de queixa algica musculoesquelética em trabalhadores de empresa de bijuteria e avaliação de VO2 máx em atletas de karatê para prescrição de exercício.

Com novos olhares são trazidos estudos sobre relação de experiência e perfil das condições de saúde e fatores de risco da população masculina participante de projeto Saúde do homem; concepções de gestantes sobre o pré-natal, realizado por profissional do programa mais médicos; modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas, acompanhados pelas equipes da estratégia de saúde da família.

Na modalidade de artigo de revisão, sinalizamos temáticas voltadas para o poder da vaidade e do autocuidado na qualidade de vida; efeitos fisiológicos decorrentes do exercício físico no organismo materno durante a gestação; práticas de educação popular em saúde, na atenção primária.

Agradecemos a todos os colaboradores: autores, revisores, pessoal técnico dos bastidores que permitem a conclusão da rede de produções multifacetadas, voltadas para a promoção da saúde e bem estar dos homens, mulheres, jovens e crianças.

Necessitamos a parceria de todos, inclusive para indicações a estrangeiros, como autores e revisores, para que possamos melhorar a internacionalização; isto é fundamental para avançarmos na qualificação do nosso periódico. Contamos com a parceria de todos.

Miria Suzana Burgos  
*Editora da Revista Cinergis*

## ARTIGO ORIGINAL

# Desafios dos alunos com deficiência visual no Ensino Superior: um relato de experiência

## *Challenges of the visually impaired students in higher education: an experience report*

Eduardo Gauze Alexandrino,<sup>1</sup> Daiane Souza,<sup>2</sup> Adriane Behring Bianchi,<sup>1</sup> Regiane Macuch,<sup>1</sup> Sonia Maria Marques Gomes Bertolini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Estudos Avançados (ESAP), Ivaiporã, PR, Brasil.

Recebido em: 14/08/2016 / Aceito em: 15/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
[eduardogauze@hotmail.com](mailto:eduardogauze@hotmail.com)

## RESUMO

O desenvolvimento histórico da Educação Especial e Inclusiva no Brasil é repleto de desafios e contradições entre a legislação, recursos e execução. **Objetivo:** investigar as dificuldades que uma ex-aluna, portadora de deficiência visual grave vivenciou durante a graduação em uma instituição de ensino superior pública. **Método:** trata-se de um estudo de caso descritivo-exploratório de caráter qualitativo. Como procedimento de coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada composta de nove questões relacionadas às experiências na infância, no ensino fundamental e no ensino superior, com ênfase nas amizades e dificuldades encontradas neste último período. **Resultados:** são muitas as dificuldades que um aluno portador de deficiência visual pode encontrar, durante o crescimento e na trajetória acadêmica. Dentre as citadas, destacam-se a falta de materiais de estudo e avaliação adequada (Braille), falta de acessibilidade no prédio da instituição, falta de comunicação entre os docentes e funcionários da universidade para resolução dos problemas, bem como a falta de compreensão e medidas da gestão para melhorar o atendimento educacional da aluna. Observou-se, no relato da ex-estudante que o diagnóstico dos recursos disponíveis e capacitação docente configuram-se como alicerce para garantir acesso, permanência e desenvolvimento no processo de ensino-aprendizagem de alunos com deficiência visual em instituições do ensino superior. **Considerações finais:** sugere-se, que as instituições de educação ampliem as discussões sobre o currículo e produção do conhecimento, bem como,

criem setores responsáveis para avaliar a acessibilidade do espaço físico, conselhos de acompanhamento do aluno matriculado, da mesma forma que ofereçam cursos de capacitação contínua para os docentes e equipe técnica sobre didática e interpretação da legislação vigente sobre Educação Inclusiva.

**Palavras-chave:** Educação Inclusiva; Deficiência Visual; Educação Superior.

## ABSTRACT:

*The historical development of Special and Inclusive Education in Brazil is full of challenges and contradictions between legislation, resources and execution. **Objective:** the study investigated the difficulties that a higher education student with severe visual impairment experienced during graduation at a public higher education institution. **Method:** this is a descriptive-exploratory qualitative study. As the data procedure a semi-structured interview was done, composed of nine questions related to childhood experiences in elementary school and higher education, with an emphasis on friendships and difficulties encountered in this last period. **Results:** there are many difficulties a student with a visual impairment can find during its growth and academic career. Among those cited include the lack of study materials and adequate assessment (Braille), lack of accessibility in the institution building, lack of communication between the teachers and staff of the university to solve problems, and lack of understanding and measures of management to improve the educational services of the student. There was the story of a*

*former student that the diagnosis of available resources and teacher training are configured as a foundation to ensure access, retention and development of process of teaching and learning of students with visual impairment in higher education institutions. Closing remarks: It is suggested that educational institutions broaden discussions about the curriculum and knowledge production and create sectors responsible for assessing the physical space accessibility, follow advice of the student enrolled in the same way that provide continuous training courses for teachers and technical staff for teaching and interpretation of the law about inclusive education.*

**Keywords:** *Inclusive Education; visual impairment; Higher Education.*

## INTRODUÇÃO

A educação brasileira vem passando por transformações. Em 2003, o país tinha cerca de 3,94 milhões de pessoas matriculadas em universidades. Em 2009 resultados obtidos por pesquisa divulgada pelo Governo Federal apontaram 5,95 milhões de matriculados em cursos de graduação, dos quais 4,43 milhões estavam em instituições privadas e 1,52 milhões inseridos de ensino superior público.<sup>1</sup> Em 2013, segundo o Ministério da Educação, foi registrado 7,3 milhões de alunos matriculados em aproximadamente 2,4 mil instituições de ensino superior, dos quais 71,4% eram de instituições privadas.<sup>2</sup>

Este fenômeno de aumento contínuo demonstra que jovens têm procurado melhorar sua qualificação profissional e pessoal.<sup>3</sup> No entanto, ao ingressar no ensino superior o indivíduo passa por transformações em seus vínculos sociais e educativos, na qual, a vivência no ensino superior pode representar a primeira experiência de independência.<sup>4</sup> Desse modo, quanto melhor a estrutura, gestão e corpo docente, melhor poderá ser a formação acadêmica.

Dentre os alunos ingressantes no Ensino Superior observa-se uma parcela considerável de alunos com necessidades especiais (NEE), fato este, que exige ações políticas de promoção da saúde voltadas à inclusão e permanência educacional desses estudantes. Entretanto, pesquisas realizadas pelo IBGE (2012) apontaram que muitas das Instituições de Ensino Superior brasileiras não dispõem de condições adequadas para que os estudantes com NEE possam ter pleno acesso ao conhecimento.<sup>6</sup>

A inclusão de pessoas com deficiência em cursos presenciais de graduação aumentou 425% nos últimos 10 anos no Brasil. Os resultados do último Censo da Educação Superior apontam que as matrículas de portadores de deficiência aumentaram quase 50% nos últimos 4 anos, sendo a maior parcela em cursos de graduação presenciais. Em 2010, eram pouco mais de 19 mil alunos, enquanto em 2013 foram contabilizados quase 30 mil acadêmicos.<sup>2</sup>

Este crescimento evidente e notável representa conquistas na inclusão educacional, entretanto, observam-se dificuldades nesta etapa do processo educacional, devido ao despreparo das instituições de ensino.<sup>5</sup> Os dados indicam que a quantidade de Instituições de

Ensino Superior que atendem alunos com deficiência, passou de 1.180 em 2000 para 2.378 em 2010, porém, somente 1.948 contam com estrutura de acessibilidade para estes estudantes.<sup>6</sup>

A Constituição Federal Brasileira (1988) estabelece a Educação como dever do Estado e direito de todos. Sendo assim, as Instituições Educacionais em toda sua estrutura de pesquisa, ensino e extensão devem buscar métodos e recursos para atender todos os alunos baseados no princípio da equidade. No entanto, pesquisas demonstraram que professores e instituições universitárias não conseguiram se adequar a este cenário devido à falta de planejamento, formação acadêmica disciplinar, falta de capacitação continuada dos gestores e das técnicas de acompanhamento dos alunos ingressantes.<sup>6,7</sup>

A discussão sobre a inclusão educacional está cada vez mais presente dentro da universidade e fora dela.<sup>8</sup> Isto quer dizer que, cada vez mais estudantes com NEE terão acesso ao ensino superior. Dessa forma, para integrar estes alunos, as Instituições de Ensino Superior devem estar preparadas para atendê-los adequadamente, sendo que, a capacitação docente e da equipe gestora, configuram-se como pilares fundamentais para isso.<sup>5,10</sup>

Existem diversos tipos de necessidades especiais: físicas, intelectuais e sensoriais.<sup>9</sup> Neste estudo, foi abordada a dificuldade específica de uma aluna com deficiência visual grave. A deficiência visual é uma limitação sensorial que pode anular a capacidade de ver, provocando transtornos em todas as estruturas da vida. Existem cerca de 135 milhões de deficientes visuais no mundo.<sup>11</sup> A deficiência visual grave associada a outros fatores pode diminuir as expectativas de uma vida profissional e empregabilidade, assim como comprometer a motivação pela procura ou conclusão dos estudos, inclusive no ensino superior.<sup>6,12</sup>

A deficiência visual é a limitação sensorial capaz de atingir uma gravidade a ponto de praticamente anular a capacidade de ver, abrangendo vários graus de acuidade visual. Sua classificação é composta por dois grupos: pessoas com baixa visão e pessoas cegas.<sup>11</sup> A baixa visão reduz as informações do ambiente. O comprometimento é maior quando a perda visual é central, pois o indivíduo não percebe detalhes e cores. A leitura e o reconhecimento de pessoas ficam comprometidos. Quando há perda visual periférica, a locomoção e a orientação espacial são prejudicadas.<sup>13</sup>

Diante do exposto, este relato descreve a experiência discente-acadêmica de uma aluna portadora de deficiência visual, durante a graduação em uma instituição de ensino superior pública. Este estudo justifica-se pela necessidade de compreensão dos sentimentos vivenciados por estudantes com deficiência visual, enquanto acadêmicos para contribuir na fundamentação e elaboração de políticas inclusivas eficazes capazes de garantir os direitos de acesso, de permanência e de sucesso acadêmico e profissional.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa foi composta por um indivíduo do sexo femini-

no (idade: 31 anos) portadora de deficiência visual grave, licenciada há 01 ano em História em uma instituição de ensino público do estado do Paraná, Brasil.

Como procedimento de coleta de dados foi realizado uma entrevista seguindo roteiro semiestruturado composto de nove questões que abordaram a auto-percepção dos aspectos clínicos da deficiência visual, experiências na infância e na escola e experiências no ensino superior, como preconceito, momentos marcantes e dificuldades no processo de formação.

A forma de tratamento dos dados utilizada foi baseada na "Análise de conteúdo" de Bardin (2008). Tal metodologia consistiu na leitura detalhada do material coletado e transcrito, por meio da identificação de conjuntos de palavras que tinham sentido para a pesquisa.<sup>13</sup>

A entrevista foi gravada em áudio em ambiente reservado. Antes de iniciar, a participante teve todas as informações pertinentes ao uso dos dados coletados e assegurado o sigilo da identidade com assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento, bem como espaço para fazer perguntas e sanar dúvidas sobre a participação no estudo. Após a transcrição das informações, o conteúdo em áudio foi destruído.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados foi utilizado à apresentação em duas sessões. Na primeira "Convivendo com o Glaucoma – diagnóstico, tratamento e dificuldades diárias" foi tratado os aspectos gerais do cotidiano do portador de deficiência visual. A segunda sessão "O deficiente visual no ensino superior – desafios cotidianos" trata especificamente das experiências de acesso e permanência da estudante em uma instituição de ensino superior.

### CONVIVENDO COM O GLAUCOMA – DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E DIFICULDADES

Inicialmente, foi perguntado sobre funcionamento e tratamento da patologia visual. Em seguida foi questionado sobre experiências de preconceito na infância e na adolescência vivenciados pela ex-estudante:

*"[...] Bom, eu tenho 31 anos. Atuo como professora da rede municipal de ensino em uma pequena cidade no interior do Estado do Paraná, e nasci com Glaucoma, que é uma patologia oftalmológica caracterizada pelo aumento da pressão intraocular [...] ela causa o endurecimento do globo e compressão do nervo ótico. As lesões causadas por esta enfermidade são progressivas e irreversíveis, e mesmo havendo diversos tipos de tratamentos para o seu controle, com o decorrer do tempo, pode levar a cegueira, como é o meu caso. [...] Quando eu nasci, em 1984, o Glaucoma ainda era uma patologia pouco conhecida, e o fato de eu pertencer a uma família de menores recursos, fez com que meu diagnóstico acontecesse bem tarde, dificultando minhas possibilidades de possuir uma visão normal. [...] Foi bem complicado, pois implicou em uma vida cheia de tratamentos, cuidados e restrições. Lembro da minha infância com várias cirurgias e muitas viagens em busca de tratamentos médicos, e apesar de tantas*

*complicações, sempre me senti uma criança normal".*

É comum observar notícias de *bullying* no ambiente escolar. Da mesma forma, é importante conhecer situações vivenciadas por portadores de necessidades especiais quanto ao preconceito para que medidas de contenção e prevenção possam ser adotadas. Desta forma, foi questionado sobre a ocorrência de preconceito durante a infância e adolescência e qual foi impacto na participante, como segue no relato a seguir:

*"[...] Acho que foi aos sete anos de idade que enfrentei pela primeira vez, o preconceito e a discriminação. Ao ingressar no Ensino Fundamental, por ter sido diagnosticada como deficiente visual, eu e minha família enfrentamos muitos obstáculos para que permanecesse no ensino regular. O mais marcante foi o fato de eu ter ficado retida na mesma série por dois anos, pois não havia apoio pedagógico da instituição, que por falta de informação, acreditava que a escola pública não era o melhor lugar para uma pessoa dita especial (RISOS) [...] Isso me marcou muito mesmo, porque tive que aprender desde pequena a me virar sozinha. Dentro do possível, minha vida escolar ocorreu normalmente. Tudo o que a escola não podia me prover, minha família e amigos estavam por perto pra me auxiliar".*

Segundo o relato, parece que o ensino básico não estava preparado para receber alunos com deficiência visual. O meio determina o efeito de uma deficiência sobre a vida cotidiana das pessoas.<sup>14</sup> A pessoa fica relegada à incapacidade, dependência e isolamento quando lhe são negados seus direitos e oportunidades, fato bem indicado pela participante quando ressalta que a própria escola pública acreditava não estar preparada para recebe-la como aluna. Sobre o isolamento devido à deficiência visual, a falta de incentivo e a falta de experiências significativas pode provocar dificuldades de interação e convivência podendo comprometer a formação cognitiva.<sup>15</sup>

Dentre as dificuldades citadas, foi perguntado se houve algum momento, em especial, que marcou sua vida, independente de ser no meio acadêmico ou não. O objetivo da questão foi verificar situações de resiliência e quais foram os fatores que podem ajudar ou dificultar tal fenômeno de superação, como segue abaixo no discurso da participante.

*"[...] As lesões do Glaucoma são irreversíveis, e mesmo estando sempre em busca de novas possibilidades de tratamento aos 19 anos de idade, sofri uma grande perda visual. [...] Esse momento mudou por completo a minha vida. Fui informada pelos médicos que só me restava 10% de visão, que não havia mais nada que pudesse ser feito e que eu deveria começar a me preparar para o inevitável, a cegueira. [...] Foi o momento mais difícil de toda a minha vida, tinha acabado de concluir o Ensino Médio, estava cheia de planos e de repente, eu nunca mais poderia dirigir, ver os preços dos produtos no mercado, ler os livros que eu tanto amava, nem ao menos ler o que eu mesma escrevia. Foi muito difícil. Fui vendo os meus sonhos todos desmoronarem e fiquei por um bom tempo sem criar expectativas a respeito da*

*vida. Mas Graças a Deus tudo passa, inclusive o luto de quem perde a visão, e com o apoio da família e amigos, aos poucos a gente vai se adaptando e voltando a vida normal”.*

Quando o processo da deficiência visual tem início na idade adulta, a questão da adaptação se torna complicada. A pessoa não consegue ter proveito nas atividades de lazer, fica insegura e muito receosa em relação as suas próprias capacidades. A área profissional e financeira é diretamente abalada por deficiência visual. Ao perder por completo e definitivamente a visão, as pessoas quase sempre iniciam um processo de fragmentação da sua autoestima, podendo causar depressão,<sup>16,17</sup> perda da capacidade de locomoção sozinha, escolher suas roupas, maquiarse e até mesmo a alimentação se torna um desafio.<sup>16</sup>

Assim como neste estudo, uma pesquisa com alunos com NEE consideraram importante aceitar a deficiência, possuir força de vontade para enfrentar as dificuldades e ter atitudes em direção à autonomia. 85% dos alunos salientaram o apoio e incentivo oferecido pela família para que pudessem estudar.<sup>18</sup> No estudo citado, a maioria dos relatos, houve prevalência do apoio da mãe, em relação aos outros membros da família.

Em seguida, foi questionada sobre como foi sua entrada no ensino superior e qual foi à reação e expectativas da família frente a este objetivo em fazer graduação, como segue.

*[...] “Voltei a estudar, fiz formação de docentes, juntamente com o curso de Braille e informática para pessoas cegas [...] busquei me aproximar de pessoas com as mesmas necessidades que eu, e descobri que tudo é possível, desde que tenhamos disposição para buscar por nossos objetivos [...] Foram três anos maravilhosos, onde cresci muito, pessoal e profissionalmente. No último ano do curso de Formação, em 2009, fui aprovada no vestibular de História! Foi um momento de grande alegria para todos, pois fui à primeira em minha família a ingressar em uma universidade pública estadual”.*

O direito e exercício da cidadania em sociedade passa pelo acesso integral a educação.<sup>17</sup> A família é o maior motivador para cultivar a autoestima, coragem, garra, autoconfiança e expectativa positiva para promover a resiliência. Os estímulos dos familiares devem ser dosados adequadamente para influenciar em um processo de dependência psicológica.<sup>9,18,19</sup>

## **O DEFICIENTE VISUAL NO ENSINO SUPERIOR DESAFIOS COTIDIANOS**

As informações nesta sessão destacam o processo de formação acadêmica da participante desta pesquisa, desde os aspectos positivos e dificuldades vivenciados nesta jornada. Estudos como este que abordem e discutam a experiência de alunos com algum tipo de deficiência no ensino superior são fundamentais para que as políticas de promoção da saúde possam ser melhoradas e efetivamente cumpridas.

*[...] “Meu primeiro ano como universitária foi marcado*

*por muitos conflitos. [...] pelo que notei, acredito que fui a primeira aluna com deficiência visual em estado já avançado, que realmente se dispôs a estudar naquela instituição! [...] Eu queria os mesmos direitos e deveres que os meus colegas de turma, mas a universidade parecia ter dificuldades em procurar se adaptar a minha necessidade”.*

O princípio da equidade dispõe que as pessoas possuem necessidades distintas e, para tanto, precisam de recursos distintos para alcançar objetivos pessoais. Evidencia-se uma grande lacuna entre as diretrizes legais existentes e a efetivação do acesso e permanência dos alunos com deficiência na educação superior.<sup>20</sup> A permanência do aluno na universidade implica em um trabalho constante em frequência, participação, dedicação e vigilância cotidiana das obrigações acadêmicas.<sup>10</sup> As experiências tem mostrado que este processo requer continuidade e interdisciplinaridade de todos que participam do processo educacional.

De acordo com o relato, observou-se que a participante foi à primeira egressa com deficiência visual a prosseguir os estudos naquela instituição pública citada. Tal fato evidencia uma situação nova naquele momento, tanto para os alunos quanto para os funcionários. A ex-aluna relatou sobre a surpresa das demais pessoas da instituição de ensino superior sobre a sua presença e objetivo no local, como segue:

*[...] “Era uma novidade para todos, nem eu, nem meus professores sabíamos direito como lidar com aquela situação. Lembro-me de ter ouvido muitos comentários do tipo: “Você não acha muito querer fazer uma faculdade? Você não precisa se incomodar com essas coisas, não vai usar mesmo. Porque não escolher uma coisa mais simples?”.*

O relato demonstra o despreparo do meio frente uma situação até então atípica para aquela instituição. O indivíduo se vê relegado à incapacidade e dependência, quando lhe são negadas os direitos e oportunidades.<sup>15</sup> O reconhecimento e inclusão de pessoas com deficiências no Brasil são recentes.<sup>7</sup> A garantia de acesso do aluno na graduação em Instituição de Ensino Superior (IES) tem amparo na regulamentação da Lei N° 7.853, de 24 de outubro de 1989, que consolidou as diretrizes de proteção e dispõe a “Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência”.

*[...] “No primeiro dia de aula, fui acompanhada de minha irmã e uma amiga. Levei mais de duas horas até conseguir chegar a sala onde iria estudar, pois antes era necessário conversar com os responsáveis pela instituição. Após algum tempo de espera, fui recebida pela vice-diretora que me informou rispidamente que, segundo o seu entendimento, eu não teria direitos a nem um tipo de apoio pedagógico, que a constituição me amparava somente em relação a acessibilidade [...] Naquela IES, acessibilidade, significou naquele momento colocar uma aluna com deficiência visual para estudar em uma sala afastada do centro da instituição, cujo percurso para chegar até ela era todo esburacado e mal iluminado, e além disso, ainda havia uma série de*

*escadarias que eu deveria subir sozinha”.*

Observa-se no relato da participante que o cumprimento dos aspectos de acessibilidade significou apenas a admissão da aluna com deficiência visual através de vestibular na instituição. A admissão é apenas o trato inicial do processo de inclusão na Educação. A acessibilidade se efetiva neste processo quando envolve a adaptação ideal da estrutura física através de profissionais técnicos e capacitados para tais adaptações. Outro ponto essencial para efetiva acessibilidade é a formação continuada dos recursos humanos das instituições de ensino. Esta formação prepara os profissionais da Educação para atendimento dos alunos com NEE, de uma forma que estimule o desenvolvimento de seu potencial.

É dever do Estado garantir acessibilidade aos alunos com necessidades especiais. A Portaria Nº 3.284/2003 do Ministério da Educação e Cultura expõe a responsabilidade e exigência das universidades públicas e privadas na garantia de condições básicas de acesso e permanência dos alunos com necessidades educacionais especiais físicas e sensoriais. A Organização Mundial da Saúde dispõe que um indivíduo com qualquer necessidade ou deficiência seja considerado um cidadão.<sup>22</sup> A inclusão social é o exercício da cidadania. A Organização das Nações Unidas destaca que pessoas com deficiência têm a participação de cidadão na sociedade, com os mesmos direitos e deveres dos demais membros.<sup>12</sup>

Sobre o aspecto de garantias e direitos supracitados, a ex-estudante relatou as algumas das dificuldades e situações vivenciadas durante a formação:

*“[...] A princípio fui bem recebida por meus professores, até ganhei um gravador de áudios de um deles. Mas, quando informei que precisaria de ajuda para chegar até a sala, que não poderia ler textos em tinta, não fazia cópias e que todas as minhas avaliações precisariam ser adaptadas. Passei a ser ignorada e até mesmo rejeitada por alguns deles. Não culpo ninguém pelas situações de constrangimento, descaso e abandono que vivenciei naquele lugar, sei que o novo as vezes assusta, assim como também sei que ali existiam muitas pessoas que eram por mim, pessoas sem as quais eu não teria conseguido. Mas foi grande a minha luta, passei meu primeiro mês de aula em reuniões, discussões e brigas, fui pressionada e muito, muito discriminada! Quando percebi que somente o diálogo não seria o suficiente para solucionar meus problemas acadêmicos, passei a protocolar requerimentos exigindo adaptações imediatas, todos baseados na LDB. [...] A instituição não poderia me negar determinados recursos por escrito, porque isso seria contra a Lei, Eu passei a ser reconhecida como uma acadêmica daquela instituição. Consegui a transferência da sala de aula para um lugar acessível, material didático digitalizado, autorização para utilizar recursos de informática em sala de aula e o direito de fazer avaliações com o meu próprio computador”.*

Em um estudo sobre as condições de acesso e permanência do aluno com deficiência numa IES Federal os resultados convergem para o despreparo, tanto da instituição, quanto dos profissionais para proporcionar o atendimento adequado às necessidades especiais dos

alunos. É interessante que a IES invista em uma política institucional de construção de práticas inclusivas de Tecnologias Assistidas na promoção e equalização de oportunidades.<sup>23</sup> As medidas potencializadoras do processo de inclusão tratam da formação continuada de professores, a adaptação do currículo, a produção e adequação de recursos pedagógicos, e comissões encarregadas em desenvolver meios e práticas inclusivas.<sup>24</sup> Embora, uma pessoa com baixa visão não seja cega, ela necessita de uma série de recursos para que suas condições de vida possam se assemelhar as mesmas condições das pessoas ditas normais.<sup>11,14</sup>

*“[...] Como os problemas mais graves com a universidade haviam sido solucionados, acreditei que poderia prosseguir meu curso com tranquilidade, mas não foi isso o que aconteceu, pois eu raramente recebia os conteúdos das aulas com antecedência. [...] muitas vezes cheguei a recebê-los dias depois da avaliação ter sido ministrada. Os professores acusavam o responsável por produzir o material, o responsável acusava os professores. E como se toda esta situação não fosse ruim, ainda havia professores que nunca se lembravam das minhas avaliações e não adaptavam os trabalhos”.*

Em um estudo realizado com graduandos deficientes visuais, os mesmos relataram atitude de despreparo dos professores, onde na percepção daqueles alunos os docentes se portavam de modo complacente, cobrando menos destes alunos.<sup>18</sup> Em outra pesquisa, os dados apontaram para a influência de fatores internos ao aluno, valores e crenças, que podem colaborar para a permanência e conclusão do curso em IES. No entanto, precisam estar relacionados com a adequação do meio estrutural e operacional.<sup>22</sup> A avaliação sobre a permanência do aluno com deficiência no ensino superior é praticamente inexistente. Entretanto, o acesso tem sido considerado nas avaliações de novas graduações pelo MEC.<sup>2</sup>

Em meio tantas dificuldades, questionou-se sobre algum momento marcante durante trajetória no ensino superior. A estudante citou duas situações descritas a seguir:

*“[...] RISOS! Foram muitos momentos marcantes [...] Sempre me lembro de duas situações inesquecíveis: A primeira é de um professor que esqueceu minha avaliação e queria pôr todo custo que eu a fizesse como os meus colegas, pois, se eu andava pela faculdade, escrever um texto não seria tão difícil [...] Eu me recusei a fazer, pois não havia a mínima possibilidade de conseguir e ele se enraivou, se recusou a me avaliar e me colocou pra fora da sala”.*

Existe necessidade de formação para receber alunos com deficiência visual, assim como criar um núcleo de apoio para facilitar os recursos para atender a demanda.<sup>7</sup> As políticas devem pensar em capacitação do corpo docente e equipe pedagógica continuamente, pensar em métodos alternativos de avaliação e disposição dos recursos de trabalho.<sup>21</sup>

A postura do professor do ensino superior, perante alunos com deficiência deve ser totalmente prática e reflexiva, de modo a não excluir nem proporcionar benefícios demasiados. Ela deve estimular as potencialidades que este aluno possui. Sua abordagem pedagógica será

efetiva com a clareza sobre a condição da pessoa com necessidade especial, suas habilidades, fragilidade e planejamento com os recursos disponíveis.<sup>5,9</sup>

*"[...] O segundo caso é ainda mais surpreendente, um professor, ao perceber que havia esquecido minha avaliação, me entregou uma cópia da avaliação dos meus colegas e me pediu para me retirar da sala, em horário de aula e procurar uma pessoa para ler a prova para mim. Fiquei tão indignada que respondi a avaliação toda em braille e entreguei para ele com os seguintes dizeres: "professor, por favor, procure alguém para ler a avaliação para o senhor" (RISOS). Hoje somos bons amigos. [...] A cada semestre minhas condições de ensino ficavam mais difíceis, problemas com acessibilidade, material didático, iluminação, professores. Eu estava no 3º ano a ponto de desistir, quando decidi procurar a promotoria pública e falar sobre as situações de descaso as quais eu estava sendo exposta [...] a partir de então, eu tive um pouco mais de qualidade no acesso e permanência ao ensino superior".*

As pessoas cegas se utilizam constantemente de seus sentidos remanescentes, tato, audição, olfato e paladar para poder realizar suas tarefas diárias, e tem no Sistema Braille, seu principal meio de leitura e escrita. Em um estudo de doutorado realizado com pessoas que adquiriram cegueira foi constatado a importância do Braille nesses desdobramentos do aprender a leitura e escrita.<sup>25</sup> Da mesma forma, existem diversas tecnologias que viabilizam a educação no ensino superior para pessoas com deficiência visual, principalmente na área de Interação Humano-Computador,<sup>26</sup> entretanto, poucos dos recursos avaliados na tese são conhecidos ou foram aprimorados para implementação nas IES.

Estudantes relataram que professores, previamente avisados sobre a inserção de alunos com deficiência mostraram maior preparação. Os alunos destacaram que os docentes atendiam as suas solicitações, realizando modificações para minimizar a dificuldade relatada. Os graduandos daquele estudo ainda relataram que a ajuda dos colegas de turma é fundamental.<sup>18</sup>

Os resultados desta pesquisa vão de encontro aos relatados na literatura. A estudante deste estudo evidenciou ter sido muito importante a presença de amizades verdadeiras dentro da sala de aula, bem como o auxílio de alguns professores do curso, como segue:

*"Durante os quatro anos de graduação, vivenciei situações que honestamente, nem eu mesma sei como pude suportar, mas, nem tudo foi ruim, conheci pessoas incríveis, como a moça que a partir do 3º ano foi incumbida de providenciar meu material didático, ela muitas vezes procurava os professores para que nada atrasasse, e sempre me aconselhava quando eu tinha problemas. [...] Minhas duas queridas amigas de graduação que liam os textos para me ajudar a estudar quando eu não recebia o material a tempo. Meus professores de filosofia e história antiga, que me preparavam avaliações orais, e ainda ficavam discutindo os conteúdos comigo na hora das provas. O coordenador de curso, que nunca mediu esforços para me ajudar. [...] Foram tantas as pessoas que aderiram a minha luta, nem tenho como citar, mas agradeço aos professores que se empenhavam para me*

*ceder material didático alternativo, quando a instituição não conseguia me prover, as pessoas que liam para mim na sala, até mesmo a turma que me acompanhava na espera do ônibus, pois eu não residia na mesma cidade onde situava a universidade".*

Em um estudo desenvolvido com alunos com NEE, 75% referiram-se à importância de sair com amigos para realizar atividades de lazer. As mais citadas foram: ir ao cinema, barzinhos, shopping, viajar e conversar. Desses, 50% consideraram a importância de pedir ajuda a colegas e professores para conseguir realizar tarefas e 50% possuíam planos profissionais.<sup>18</sup> Por último, a participante relatou sua própria percepção sobre sua passagem na instituição.

*"[...] Sei que não pude desenvolver nem um projeto dentro da instituição, não consegui obter a formação acadêmica que desejava, e isso me prejudicou muito profissionalmente, mas, o que realmente importa, é que... [...] quando uma outra pessoa com deficiência visual ingressar na mesma IES onde eu me graduei, ela terá um norte a seguir. O que eu planejo para a minha vida, deste momento em diante, é mostrar para as pessoas que todos somos iguais, e independente de ter uma necessidade especial a mais que os outros, todos temos os mesmos direitos, e que devemos sempre fazê-los acontecer!".*

As pessoas com deficiência, que tradicionalmente eram expectadores, agora entram em cena, assumindo vez e voz.<sup>22</sup> Este fato é constatado, como demonstra o relato final da ex-estudante. O fenômeno da concretização da Educação Inclusiva vai exigir novas posturas dos gestores, professores, técnicos, alunos e dos próprios alunos com NEE.<sup>22,23</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam que o aluno com deficiência visual se depara com diversas dificuldades no decorrer de sua formação acadêmica e profissional. Dentre as destacadas nesta pesquisa, a falta de materiais de estudo e avaliação adequados (Braille), falta de acessibilidade e espaços adequados no prédio da instituição, falta de comunicação entre os docentes e funcionários da universidade para resolução dos problemas, bem como a falta de compreensão e medidas da gestão para melhorar o atendimento à aluna, foram as mais relevantes.

Tais resultados corroboram com os verificados na literatura. Destacam-se ainda, as dificuldades como, formação continuada de professores, adaptação do currículo, produção do conhecimento e adequação de recursos pedagógicos, além da implantação de comissões nas IES encarregadas de desenvolver recursos de inclusão.

Observou-se no relato da ex-estudante que o diagnóstico dos recursos disponíveis e capacitação docente configuram-se como alicerce para garantir acesso, permanência e desenvolvimento de ensino-aprendizagem de alunos com deficiência visual em IES. Desse modo, sugere-se que as instituições públicas e privadas criem setores responsáveis em avaliar o espaço físico para acessibilidade, conselhos de acompanhamento do aluno matriculado, da mesma forma que ofereçam cursos de

capacitação contínua para os docentes e equipe técnica, quanto à disponibilização de materiais, avaliação e ensino para alunos com NEE.

Por fim, tendo em vista o relato de experiência e alicerçados pela literatura, acredita-se que pode ocorrer semelhanças em relação à precariedade no atendimento às NEE de estudantes por parte de IES de forma geral, com lacunas, tanto a estrutura, quanto na formação dos recursos humanos. Tal cenário reflete o conflito entre o ideal democrático de igualdade e a desigualdade vivenciada pela sociedade atual e exige atenção relativa ao cumprimento das leis e de políticas públicas efetivas para atender à demanda por equidade no atendimento aos sujeitos com NEE na sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial/Universidade Federal do Ceará. Os alunos com deficiência Visual: baixa visão e cegueira. Brasília, 2010. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=7105-fasciculo-3-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7105-fasciculo-3-pdf&Itemid=30192)
2. Brasil. Ministério da Educação / Censo da Educação Superior. 2014. [http://portal.inep.gov.br/visualizar/-/asset\\_publisher/6AhJ/content/matriculadas-no-ensino-superior-crescem-3-8](http://portal.inep.gov.br/visualizar/-/asset_publisher/6AhJ/content/matriculadas-no-ensino-superior-crescem-3-8)
3. Lemos AHDC, Costa AMD. Dimensão Simbólica da Empregabilidade: Mercado, Políticas Públicas e Organização Social do Trabalho. *Sociedade, Contabilidade e Gestão* 2013;7(2):85-103.
4. Mielke GI, Ramis, TR, Habeyche EC, Oliz, MM, Tessmer MGS, Azevedo MR, Hallal PC. Atividade física e fatores associados em universitários do primeiro ano da Universidade Federal de Pelotas. *RBAFS* 2012;15(1):57-64. doi: 10.12820/rbafs.v.15n1p57-64.
5. Souza SRC, Búrigo CCD. A política institucional de inclusão educacional: um processo a se constituir. *Revista de Educação* 2015;24(46):77-91. doi: 10.15599/2358-9299/cogeime.v24n46p77-91.
6. Regiani AM, Souza Mól G. Inclusão de uma aluna cega em um curso de licenciatura em Química. *Ciênc Educ*. 2013;19(1):123-134. doi: 10.1590/S1516-73132013000100009.
7. Hayashi C, Machado, D Eto M, Yamanha S, Ausec I. Deficiência Visual No Ensino Superior: capacitação docente para a inclusão. III SIES - Seminário sobre Inclusão no Ensino Superior – UEL. Londrina, 2012. [www.uel.br/eventos/sies/pages/arquivos/O11%20-%20NAC.pdf](http://www.uel.br/eventos/sies/pages/arquivos/O11%20-%20NAC.pdf)
8. Duarte ER, Rafael C, Filgueiras J, Neves C, Ferreira M. Estudo de caso sobre a inclusão de alunos com deficiência no Ensino Superior. *Rev Bras Educ Espec* 2013;19(2):289-300. doi: 10.1590/S1413-65382013000200011.
9. Lima PA. Educação inclusiva e igualdade social. São Paulo: AVERCAMP, 2006.
10. Ferreira SL. Ingresso, permanência e competência: uma realidade possível para universitários com necessidades educacionais especiais. *Rev Bras Educ Espec* 2007;13(1):43-60. doi: 10.1590/S1413-65382007000100004.
11. Bravo Filho VTF, Ventura RU, Brandt CT, Sarteschi C, Ventura MC. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. *Arq Bras Oftalmol* 2012;75(3):161-165. doi: 10.1590/S0004-27492012000300002
12. Brumer A, Pavei K, Mocelin DG. Saindo da “escuridão”: perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. *Sociologias* 2004;6(11):300-27. doi: 10.1590/S1517-45222004000100013.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2008.
14. Sá ED, Campos IM, Silva MBC. Atendimento educacional especializado: deficiência visual 2007; MEC, SEESP. [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae\\_dv.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_dv.pdf)
15. Who. World Health Organization. World report on disability. World Health Organization; 2011. [www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
16. Pintanel AC, Gomes GC, Xavier DM. Mães de crianças com deficiência visual: dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(2):86-92. doi: 10.1590/S1983-14472013000200011.
17. Garcia, MRCS. Cegueira congênita e adquirida: implicações na saúde mental e resiliência. [Dissertação]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. 2014.
18. Masini E, Bazon F. A inclusão de estudantes com deficiência no ensino superior. *Rev Psicol Educ*. 2005. <http://flacso.redelivre.org.br/files/2012/07/424.pdf>
19. Grunspun H. Criando filhos vitoriosos: quando e como promover a resiliência. São Paulo: Atheneu, 2006.
20. Silva HM, Souza SMC, Prado F, Ribeiro AL, Lia C, Carvalho RL. A inclusão de estudantes com deficiência no ensino superior: Revisão de literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 2012;10(2):332-42. doi: 10.5892/ruvrv.2012.102.332342.
21. Vargas GMS. A inclusão no ensino superior: a experiência da disciplina Prática Pedagógica-prática de Ensino de uma turma de alunos cegos e com baixa visão. *Ponto de Vista: revista de educação e processos inclusivos* 2006;(8):131-38. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/viewFile/1124/1459>.
22. Guerreiro EMBR, Almeida MA, Silva Filho JH. Avaliação da satisfação do aluno com deficiência no ensino superior. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior* 2013;19(1) <https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/viewFile/1124/1459>.
23. Rocha TB, Miranda TG. Acesso e permanência do aluno com deficiência na instituição de ensino superior. *Rev Educ Esp* 2009;22(34). doi: 10.5902/1984686X.
24. Pacheco RV, Costas FATP. Processo de inclusão de acadêmicos com NEE na Universidade Federal de Santa Maria. *Rev Educ Esp* 2006;27:151-69. doi: 10.5902/1984686X4360.
25. Mendes F. Constituição de sujeitos com cegueira adquirida e a aprendizagem da leitura e escrita braille. [Tese]. Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2014. [www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/24022015\\_122600\\_fatima.pdf](http://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/24022015_122600_fatima.pdf)
26. Carvalho, JOFD. Soluções tecnológicas para viabilizar o acesso do deficiente visual à Educação a Distância no Ensino Superior. Tese de Doutorado. Universidade de Campinas. Campinas; 2001. <http://oscar.pro.br/pdfs/TeseOscar.pdf>

**Como citar:** ALEXANDRINO, Eduardo Gauze et al. *Desafios dos alunos com deficiência visual no ensino superior: um relato de experiência*. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8076>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8076>.

## ARTIGO ORIGINAL

# A construção de identidade analisada mediante narrativas de vida: dois casos de indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis

*Identity construction analysed through life stories: two cases of individuals that belong to vulnerable groups*

André Guirland Vieira,<sup>1</sup> Cláudio Schubert,<sup>1</sup> Dóris Cristina Gedrat,<sup>1</sup> Gehysa Guimarães Al-ves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil.

Recebido em: 18/08/2016 / Aceito em: 27/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
doris.cristina10@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** identificar as diferenças no discurso de uma dupla de jovens adultos, um do sexo feminino, outro do masculino, ambos adotados tardiamente, na fase da pré-adolescência. **Método:** estudo de casos múltiplos, a partir da transcrição das entrevistas feitas na pesquisa de Vieira, analisaram-se as narrativas de vida correspondentes, comparando-as quanto à normalização dos fatos narrados. **Resultados:** a jovem havia produzido uma narrativa coerente, segundo Vieira, que expressa unidade entre os acontecimentos que ela conta em sua história de vida. Ele, no entanto, não havia atingido coerência suficiente em sua narrativa. A presente investigação encontrou, na narrativa do jovem pesquisado, sinais de impossibilidade para normalizar as experiências, uma vez que associava afetos demasiadamente intensos a certos eventos narrados. Já, na narrativa da jovem, observou-se conhecimento consciente a respeito da falta de normalidade de certos eventos narrados, sobre os quais ela já elaborou seu posicionamento e fala a respeito. **Considerações finais:** conclui-se que, enquanto uma narrativa coerente demonstra que o narrador procura apresentar-se ao mundo como uma pessoa normal, sabendo seguir as restrições em relação ao que é aceitável ou não como o objeto de uma história, isso é muito difícil para quem não consegue construir uma narrativa coerente.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Humano; Promoção da Saúde; Narrativa; Coerência; Vulnerabilidade; Identidade.

## ABSTRACT

**Objective:** the aim of this investigation was to look for differences in the discourse of two young adults, one female and one male, both adopted in late adolescence, trying to find a relation between a coherent narrative and the narrator's capacity to normalize facts he/she narrates, according to Sacks (1984). **Method:** multiple case study, based on the transcriptions of the interviews made in Vieira (2012), the correspondent life narratives were analyzed and compared as for the normalization of narrated facts. **Results:** she had produced a coherent narrative, according to Vieira (2012), expressing unity in her life happenings. On the other hand, he had not been able to reach coherence enough. The present research found signals of inability to normalize experience in the male young adult's narrative, according to Sacks (1984), once he attributed too intense emotions to certain events. The lady showed to be consciously aware about the lack of normality of some narrated events, about which she could talk normally. **Closing remarks:** the conclusion is that a coherent narrative shows that the narrator tries to present herself/himself to the world as a normal person, because she/he knows and follows the restrictions to what is acceptable or not as the object of a story, while the person who cannot build a coherent narrative also faces great difficulties in normalizing her/his experiences.

**Keywords:** Human Development; Health promotion; Narrative; Coherence; Vulnerability; Identity.

## INTRODUÇÃO

O estudo das narrativas psicológicas prevê a reorganização significativa da própria história como elemento fundamental na construção da resiliência e a pesquisa etnometodológica da Análise da Conversa preconiza que os atores sociais constroem e mantêm um mundo em comum porque têm o domínio da linguagem natural. É através da narrativa que o indivíduo torna compreensível para si mesmo o que acontece de excepcional em sua vida cotidiana, organizando sua experiência e memória de acontecimentos. Nessa perspectiva, intentou-se encontrar uma conexão entre a coerência narrativa e a capacidade do autor desta narrativa para colocar-se como uma pessoa normal, entendendo o conceito de normalidade segundo Sacks,<sup>1</sup> para quem normalizar a experiência é apresentar uma visão do mundo como uma pessoa normal faz.

Este texto inicia mostrando como se relaciona a narrativa com a construção da identidade, focalizando a narrativa e a identidade de indivíduos com experiência de adoção, considerando ser este o perfil dos participantes da pesquisa. Na sequência, apresentam-se as noções de Sacks,<sup>1</sup> quanto ao processo de normalizar experiências em narrativas de vida, as quais embasam a hipótese deste trabalho, a saber, de que existe uma relação entre a narrativa coerente e a capacidade para narrar experiências como uma pessoa normal faz. Assim, após uma breve explicação do que se entende por narrativa coerente no contexto de histórias de vida, passa-se à descrição dos objetivos, metodologia e resultados da pesquisa.

Para Bruner,<sup>2</sup> os seres humanos constroem significado a partir dos sistemas simbólicos já dados na cultura. Estes sistemas simbólicos constituem uma espécie de kit de ferramentas que os homens utilizam para construir suas representações do mundo. A narrativa é uma dessas ferramentas: “filosoficamente falando, meu ponto de vista em relação à narrativa é construtivista – uma visão que tem como premissa que a principal função da mente é a construção do mundo, quer seja através das ciências ou das artes”<sup>3</sup> (p. 11). A representação de nossa experiência de vida é, portanto, uma narrativa, e nós utilizamos a narrativa como uma ferramenta, a fim de organizar nosso contato com o mundo em termos de uma experiência inteligível.

Do mesmo modo que a experiência do sujeito com o mundo é organizada narrativamente, a própria interioridade também o é. A identidade é, portanto, o resultado de um processo sociocultural de construção de significado. A identidade não é um núcleo isolado de consciência contido em nossa cabeça, mas é construído interpessoalmente. Ela é definida em termos de significados, tanto pessoal como coletivos, ambos em maior ou menor grau definidos pela cultura. Cada cultura possui uma representação do que significa pessoalidade, de modo que o significado da identidade é negociado entre o indivíduo e a cultura na qual ele está inserido. Nesta negociação observamos a função do kit de ferramentas de que nos fala Bruner,<sup>3</sup> o indivíduo constrói narrativas sobre si mesmo a partir de narrativas culturalmente dadas: tragédias, comédias, novelas, romances ou *bildungsroman*, nas quais ele assume o lugar de protagonista em um processo de autoconstrução. Essas narrativas possuem, portanto, uma função

organizadora da identidade. A vida também imita a arte.

McAdams e McLean<sup>4</sup> toma como ponto de partida a proposição de que o desenvolvimento de uma história de vida é um marco no processo de aquisição de uma identidade psicossocial madura. A adolescência seria o momento do desenvolvimento humano no qual convergem as habilidades cognitivas construídas ao longo da infância para produzir uma narrativa autobiográfica coerente<sup>5-8</sup> e as demandas socioculturais para um posicionamento dentro da sociedade,<sup>9,10</sup> as quais culminam na necessidade e na possibilidade de construção de uma identidade socioculturalmente situada. Segundo McAdams e McLean,<sup>4</sup> essa identidade organiza-se na forma de uma história de vida. Na adolescência as pessoas, em nossa sociedade moderna, iniciam um processo de revisão do passado, compreensão do presente e planificação do futuro, a partir da elaboração de narrativas autobiográficas, as quais têm uma função de construir um mínimo de unidade e propósito a suas próprias vidas e ao mundo. As histórias de vida são co-construídas com as pessoas que a cercam, bem como com o contexto sociocultural no qual elas vivem. Essas histórias situadas, para utilizar o termo cunhado por McLean, Pasupathi e Pals,<sup>11</sup> são não apenas o que constroem e mantêm, mas também a própria forma da identidade de seu autor. Tais narrativas têm a função de construir uma configuração integrativa do *self* no mundo adulto. Elas têm a capacidade de integrar diacronicamente os diferentes episódios e situações de vida vividas ao longo dos anos, em histórias carregadas de sentido. Elas têm também a capacidade de organizar as crenças e posicionamentos diante da vida em termos de um processo de mudança e transformação: antes pensava e agia de tal modo, enquanto que hoje penso e ajo diferente. As histórias de vida têm também uma função de integração sincrônica, organizando os diferentes papéis sociais, as diversas formas de relacionamento, os sentimentos e pensamentos, de maneira que eles possam ser vistos e entendidos como partes da mesma configuração do *self*.

Os jovens que foram adotados defrontam-se com o desafio de desenvolver um sentido de *self* como pessoas adotadas.<sup>12-14</sup> Von Korff & Grotevant<sup>14</sup> referem-se a esse processo de desenvolvimento como o da formação de uma identidade de (ser) adotado. Durante a adolescência, os jovens começam a refletir sobre o significado de ser adotado e a integrar suas reflexões e experiências em uma identidade narrativa significativa e coerente. Segundo Von Korff & Grotevant,<sup>14</sup> a identidade narrativa de ser adotado é construída, quando os jovens começam a refletir sobre o significado de terem crescido cuidados por famílias adotivas, enquanto permanecem geneticamente relacionados às famílias biológicas. Ela surge no momento em que esses jovens conseguem lidar com essas questões, organizando lealdades em relação a suas famílias e respondendo às demandas sociais, através da percepção dos outros em relação a terem sido adotados.

Carsten<sup>15</sup> e Yngvesson<sup>16</sup> mostram, a partir de estudos etnográficos, que a identidade narrativa de jovens adultos adotados é marcada pelo sentimento de uma ruptura com o passado. Esta ruptura provoca nessas pessoas o movimento de busca que Carsten chamou de ‘knowing where you’ve come from’. Através da procura dos pais biológicos os adotados procuram recuperar

um sentido perdido de continuidade entre o passado, o presente e o futuro. Yngvesson<sup>16</sup> mostra o caráter cultural desta rutura, sedimentada, tanto na legislação sobre adoção internacional, como nas nacionais, nas quais o processo de adoção envolve simultaneamente a integração total na família adotiva e o corte de laços com a família biológica. O apagamento do parentesco biogenético e a construção de uma família adotiva em seu lugar produzem uma família 'as-if', como se fosse biogenética. No caso do grupo estudado por Yngvesson, que envolve pessoas de origem latina e africana adotadas, quando crianças, por famílias suecas, a questão da construção da identidade radicaliza-se, tornando-se um fenômeno sociocultural.

É através da narrativa que vamos tornar compreensível para nós mesmos o que acontece de excepcional nas nossas vidas cotidianas, organizando nossa experiência e nossa memória de acontecimentos humanos.<sup>2</sup> Ao construirmos narrativas, segundo Sacks,<sup>1</sup> tendemos a normalizar a experiência para apresentarmos uma visão do mundo como uma pessoa normal faz. Narrar é essencial para ser normal, comum, ordinário. Mas, ser normal, como coloca Sacks, dá trabalho. É um trabalho social, que realizamos constantemente nas nossas vidas cotidianas. Para apresentarmos uma visão do mundo como uma pessoa normal faz, há uma série de restrições em relação ao que pode ou não ser objeto de uma história. Um exemplo de Sacks: se, ao voltar para casa, uma pessoa descreve, com detalhes, as diferentes tonalidades da grama ao longo da estrada, o ouvinte certamente vai estranhar e tentar interpretar o porquê desse relato, ou vai achar que a pessoa é estranha, ou pretenciosa – ele poderá até ficar com ciúmes e a pessoa perder um amigo. Esses, para Sacks, seriam os custos de não ser ordinário, ou de, no caso, tentar ver sua vida como um poema épico. Também, há emoções mais ou menos permitidas em relação às diferentes experiências: normalmente, não se tem um ataque de nervos por que se viu uma batida de carro. Não se pode atribuir mais emoção a um determinado evento do que o considerado normal. Assim, as pessoas monitoram as experiências que vivem em relação às características que fariam dessas experiências narrativas contáveis ou não, o que acaba por interferir na vivência da própria experiência. Dessa forma são armazenadas experiências de modo que se tenha o que contar quando a oportunidade surgir.

Esta pesquisa investigou a forma como dois indivíduos adotados entre os nove e os 12 anos normalizam, ou tentam normalizar suas experiências ao construir narrativas de vida. Considerando sua condição de adotados e as consequências psicológicas que tal condição origina, partiu-se do pressuposto de que, se essa experiência não tiver sido suficientemente integrada à vida cotidiana, ela não aparecerá como uma experiência normal na narrativa, e esta não terá um grau satisfatório de coerência. Aplicando a teoria de Sacks,<sup>1</sup> um indivíduo adotado pode atribuir emoções exageradas a fatos que lembrem ou se relacionem à experiência de adoção e, inclusive, ver sua vida como um poema épico, não conseguindo narrar como uma pessoa ordinária, ou normal

faria. A habilidade ou não de normalizar os eventos que conta sobre sua vida está relacionada à construção da identidade do adotado.

Identidade não é algo que emerge na adolescência de maneira acabada, mas está sempre sendo construída e reconstruída. Ela pode ser entendida como uma narrativa aberta, nunca totalmente concluída, ou como uma antologia de histórias mais ou menos integradas e coerentes acerca da vida de uma pessoa, uma espécie de 'antologia do *self*'. O caráter distintivo dessas narrativas é sua tendência à unidade e à coerência.<sup>17</sup>

A construção da singularidade do indivíduo aparece na história de vida como a interpretação subjetiva das experiências passadas, unida à integração seletiva dos aspectos culturais onde o indivíduo vive. Na história de vida, encontram-se reunidos, tanto os traços disposicionais e as características de adaptação, como os eventos singulares à trajetória de vida do sujeito e à história sociocultural na qual ele está inserido.<sup>18</sup> Um indivíduo que consegue integrar suas experiências e com elas formar uma unidade conseguirá narrar sua história de vida de maneira coerente.

Para Mishler,<sup>19</sup> lembramo-nos do nosso passado e continuamente o re-historiamos, variando a significância relativa de diferentes eventos de acordo com a pessoa em quem nos transformamos, descobrindo conexões das quais não estávamos previamente cientes, reposicionando-nos a nós mesmos a aos outros em nossas redes de relações. Em suma, o ato de narrativizar reatribui significado aos eventos em termos de suas consequências, isto é, de como a história se desenvolve e termina coerentemente.

O mesmo autor menciona os pontos de virada,<sup>A</sup> exemplos marcantes de algo que acontece o tempo todo, isto é, do processo contínuo no qual nos engajamos para reconstruir o significado de nossas experiências passadas e para refazer a nós mesmos de modos grandes e pequenos. O processo de re-historiação, que tanto marca, quanto resulta desses incidentes importantes que são os pontos de virada, constitui uma característica geral de nossas múltiplas identidades, cada uma arraigada a um conjunto diferente de relações que formam a matriz de nossas vidas. Cada um dos nossos "eus" parciais é um personagem em uma história diferente, na qual somos posicionados de modos diferentes em nossas relações com os outros, que constituem nossos diversos mundos sociais.

Uma narrativa coerente é aquela que, no momento histórico em que se encontra o indivíduo e, apesar do seu contínuo processo de re-historiação, consegue dar sentido e unidade a uma história de vida que narra, tanto as experiências positivas, quanto as dificuldade pelas quais o indivíduo passou. No caso de um indivíduo adotado, sua re-historiação sempre terá de passar pelo fato de ter sido afastado dos pais biológicos e de ter sido criado por outras pessoas. Dependendo do ponto em que ele se encontra ao narrar sua história de vida, eventos relacionados à sua adoção terão sido integrados com certa normalidade entre os restantes, ou ainda estarão vinculados à forte carga de emoção, o que o impedirá de construir uma narrativa coerente e,

A - Segundo Mishler (2002, p. 107) pontos de virada são incidentes que muitas vezes ocorrem de modo repentino e inesperado e que podem ser relatados em histórias de vida e em entrevistas de pesquisa clínica.

também, de normalizar os fatos de sua vida.

Considerando a hipótese de que haja uma relação entre a coerência das narrativas construídas e a capacidade de as pessoas normalizarem as experiências nas histórias de vida que contam, esta pesquisa teve como objetivo verificar se há diferença entre uma narrativa de vida coerente e uma narrativa de vida que não alcança coerência no modo como o narrador normaliza suas experiências ao contá-las, adotando-se a noção de normalização de experiências de Sacks.<sup>1</sup>

## MÉTODO

Utilizaram-se os dados do corpus da pesquisa de Vieira (2012), sobre a identidade narrativa de jovens com experiência de adoção. O banco de dados utilizado nesta pesquisa é o mesmo de uma pesquisa realizada em Portugal, onde a coleta foi feita. Como em Portugal não existe legislação de comitê de ética, Vieira<sup>17</sup> não fez indicação de CEP e, dessa forma, aqui também não se faz indicação de CEP.

Vieira aplicou o modelo tridimensional de coerência global de narrativas de vida de Habermas & Diel,<sup>20</sup> Habermas & de Silveira<sup>21</sup> e Habermas, Ehlert-Lerche & de Silveira<sup>22</sup> para a atribuição de coerência ou incoerência às narrativas. Foram selecionadas as narrativas de dois indivíduos com experiência de adoção tardia, entre os nove e os doze anos de idade – Beatriz e Beno. Conforme as conclusões de Vieira,<sup>17</sup> Beatriz produziu uma narrativa satisfatoriamente coerente, enquanto a de Beno não alcançou um grau satisfatório de coerência.

A partir das duas narrativas e das conclusões de Vieira,<sup>17</sup> sobre seu grau de coerência, procurou-se, nesta pesquisa, a existência de uma correlação entre a coerência narrativa e sinais indicativos quanto à capacidade que o autor da narrativa demonstra para normalizar as experiências que conta, segundo Sacks.<sup>1</sup>

Além da teoria de Sacks,<sup>1</sup> a análise das narrativas utilizou o método da Análise da Conversa Etnometodológica. Foram transcritos alguns trechos das narrativas de Beatriz e de Beno, nas quais se detectam elementos que apontam para a normalização, ou falta de norma-

lização dos fatos que eles narram. As transcrições apresentadas neste trabalho foram feitas segundo as convenções de Jefferson<sup>23</sup> (Tabela 1). Fonte: Jefferson<sup>23</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme já apontara Vieira,<sup>17</sup> a narrativa de Beno não alcançou índices satisfatórios de coerência, o que, segundo McAdams,<sup>18</sup> reflete o caráter conflituoso, contraditório e ambíguo da identidade de Beno. Por outro lado, na narrativa de Beatriz observa-se que a experiência da adoção encontra-se integrada e os afetos, embora intensos, estão organizados em uma construção de sentido que transforma sua história de vida em aprendizagem.<sup>17</sup>

Beatriz demonstra conhecimento consciente a respeito da falta de normalidade de certos eventos narrados, sobre os quais ela já organizou seus pensamentos e fala a respeito, sem fingir que são normais. Ou seja, Beatriz já é capaz de normalizar os eventos que conta<sup>1</sup> uma vez que alcançou uma unidade entre os fatos de sua existência e, assim, também consegue construir uma narrativa coerente. Isso pode ser observado nos excertos 1 e 2:

Excerto 1 – transcrição de fala da narrativa de Beatriz *tudo o que vem de trás né: são coisas que: nunca vou esquecer como é óbvio mas são coisas que ficam para sempre (.) e: por muito mais que eu sei que tenho a situação resolvida (.) sempre que conto sou capaz de chorar ou sou capaz de ↓ pronto me lembrar dessas coisas mas hã lembro perfeitamente de meus pais....* (Fonte: transcrição das falas gravadas em Vieira (2012) - 29.00).

Excerto 2 – transcrição de fala da narrativa de Beatriz *quando eu dizia e falava-se na escola ai o teu pai o teu pai (.) eu sentia necessidade de dizer (.) olha (.) eu não tenho pai (.) pronto. >mas as pessoas passavam a: criar coisas ai morreu não morreu teve um acidente.< coisas completamente ridículas. que eu se calhar sentia bem melhor. não é se calhar. é mesmo. eu sentia melhor dizer é isso (.) eu sou adotada e: minha mãe é sozi: nha não tinha problema absolutamente nenhum (.) nunca*

Tabela 1 - Convenções de Transcrição.

[texto]	Colchete	Indica sobreposição de vozes.
=	Fala colada	Indica que não há espaço entre a fala de um interlocutor e a fala do interlocutor seguinte.
(1.8)	Pausa	Medida em segundos ou décimos de segundos. Representa a ausência de fala ou vocalização.
(.)	Micropausa	Equivale a menos de 0.2 segundos de ausência de fala ou vocalização.
,	Vírgula	Entonação contínua.
.	Ponto final	Indica entonação descendente e final.
?	Ponto de interrogação	Indica entonação ascendente.
-	Hífen	Indica interrupção abrupta da fala em curso.
:	Dois pontos	Alongamento de vogal ou consoante.
>texto<	Sinais de menor	Indicam fala mais rápida em relação à fala anterior e posterior.
<texto>	Sinais de maior	Indicam fala mais lenta em relação à fala anterior e posterior.
°texto°	Grau	Indica fala mais baixa em relação a anterior e posterior.
TEXTO	Maiúsculas	Volume mais alto em relação ao contexto anterior e posterior.
<u>Texto</u>	Sublinhado	Indica sílaba, palavra ou som acentuado.
↑↓	Setas	Indicam aumento ou diminuição na entonação.
Hhh		Indicam expiração audível.
(texto)	Parênteses	Indica dúvidas do/a transcritor/a.
xxxx		Cada x indica uma sílaba que não foi possível de se transcrever.
((texto))	Parênteses duplos	Comentários do/a transcritor/a
(hhh)	Riso	Indica pulsos de riso.

Fonte: Jefferson<sup>23</sup>

*sentí discriminação nenhuma (.) nenhuma mesmo. claro que as pessoas perguntavam ai o que aconteceu (.) mas eu não me importava nada em contar. é o que eu digo (.) tipo: é algo que me vai me acompanhar para o resto de minha vida. não é por que: nada não é nada que: uma coisa que: nada vai apagar não é: a memória não apaga isto e: eu sei o que vivi e sei o que passei (.) e se calhar sou uma pessoa difere:nte por aquilo que passei . eu sou mais não sou mais que ninguém não me considero mais que ninguém. mas claro que - ao lado de amigas minhas não é (.) >se calhar tenho outras< - não é se calhar (.) tenho outra história de vida (.) e sei que sou outra pessoa por essa história de vida (.) >não estou a dizer que sou uma pessoa melhor ou pior<. (.) pronto. mas tenho a minha história e tenho: a minha = as minhas coisas (.) e são coisas que vão me acompanhar para sempre né (.) pronto. portanto. de amigos nunca senti assim discriminação nenhuma= nenhuma mesmo (.) hã: as pessoas claro perguntaram sempre o que é que se o que é que se tinha passado (.) como é que foi como é que não foi hã aquelas perguntas de praxe mesmo. eu dizia . (não sei não há mal ou nunca xxxx). hã: nem nunca: soube (.) de ninguém que falasse mal (1.0) nunca senti nada: em relação: hã à adoção. nunca senti (.) nunca senti (.) em nenhum aspecto de minha vida que: sou adotada (.) não: não sinto pronto (.) não é uma coisa que:: (1.0) que eu sinta (.) não sinto nada disso. nunca senti. (Fonte: transcrição das falas gravadas em Vieira (2012)- 16.09).*

No excerto 1, Beatriz demonstra domínio sobre o tema da adoção e sobre suas emoções em torno dele, ao dizer que tudo o que aconteceu jamais será esquecido por ela e que, por vezes, ela chora em função disso. Ou seja, ela compreende e sabe que não foi agradável ser adotada, mas já integrou essa experiência entre os fatos de sua vida, e agora tal experiência aparece como algo que narra como se fosse muito natural, inclusive admite que isso sempre causará dor e mágoa a ela.

No excerto 2, a pesquisada demonstra tamanha normalização de suas experiências que, com ênfase e naturalidade, afirma nunca ter sido discriminada por amigos, quanto à sua situação de adotada. Observa-se, na transcrição de sua fala, que ela se refere a esse assunto com objetividade, sem hesitações, com pausas definidas e sem alteração na tonalidade e volume da voz.

A narrativa de Beatriz demonstra o que propõem Baerger & McAdams<sup>24</sup> e Adler, Wagner & McAdams,<sup>25</sup> ou seja, que uma narrativa autobiográfica coerente está relacionada, tanto ao bem estar como a uma abertura a novas experiências e à capacidade pessoal para desenvolver-se.

Ao contrário da narrativa de Beatriz, a forma circular própria de Beno ao narrar sua história demonstra que ele não conseguiu ainda construir um sentido para sua experiência de vida. Dessa forma, a sua narrativa é entrecortada por conjeturas a respeito do porquê de ter sido abandonado por seus pais biológicos e colocado para adoção, conforme excertos 3 e 4:

Excerto 3 – transcrição de fala da narrativa de Beno  
*mas por exemplo ainda há pouco tempo eu fiquei mal porque (.) teve:: UMAS pessoas estavam comigo: e: disser. e eu tava a brincar a dizer que: (1.0) que era adotado lá de ator co(hhh)nhecido (.) e que e::: mmm*

*e::: >depois eles perguntaram se eu era adotado< daí eu comecei a falar da minha história: de vida e:: (.) isso aí trouxe-me assim marcas que eu não queria tocar nestas feridas (.) mas tive que tocar e passei u:m tempo mal. (.) a pensar nestas coisas só queria sair daqui e:: e pronto. (.) estragar a minha vida. (Fonte: transcrição das falas gravadas em Vieira<sup>17</sup>- 11.33).*

Excerto 4 – transcrição de fala da narrativa de Beno  
*eu agora falo abertamente disto só que:: às vezes inda:: > pronto às vezes custa um bocado tocar nessa ferida< e:: e quando::: e lá na escola:: como a escola e::: é muito pequena e lá sabe-se tudo, e:: não sei ↓ contar i::sso (.) pra muitas pessoas pode:: (2.0) quer dizer > pelo menos para mim, podem me magoar .< e podem me ver de maneira diferente e:: e eu não quero isso:: > quero ser uma pessoa normal< não é? já passei pelas minhas dificuldades mas (.) não quero ser mai::s acarinhado (.) do que os outros só porque sou adotado e porque:: porque > agora estou numa família nova é isso< (2.0) ° quero ser normal° (2.0) aconteceu mas já foi e agora:: hoje tenho minha nova vida que:: (xxxxxx ) (1.0) > espero que seja assim até o fim.< (Fonte: transcrição das falas gravadas em Vieira<sup>17</sup>- 27.37).*

O fato de ter sido adotado é algo muito difícil de aceitar, assim, Beno atribui emoções demasiadamente intensas, quando se refere a isso, como mostra o excerto 3, no qual ele relata sua reação quando as pessoas no curso de teatro vêm a saber sobre sua adoção e comentam. Para ele, isso foi motivo de querer desistir da faculdade, quando, para seus colegas, provavelmente era apenas um fato novo, sem o poder de colocar Beno em qualquer outra categoria que não fosse a de colega, como já era. Isso, nos termos de Sacks,<sup>1</sup> revela a falta de capacidade para normalizar experiências. Beno está tão envolvido com este assunto ainda, que não consegue se desvincular dele e aumenta sua importância em situações nas quais sua adoção não é o tópico tratado, quando o fato de ele ter sido adotado não tem importância nenhuma na atividade que está sendo realizada.

Isso aparece também no excerto 4, quando, novamente, ele fala da escola (faculdade), dizendo que simplesmente contar sobre a adoção já o coloca numa posição muito delicada frente aos colegas, o que pode magoá-lo e, mais adiante, afirma querer ser uma pessoa normal. Ele é tão incapaz de normalizar experiências ao narrá-las, que chega a deixar implícito que uma pessoa adotada não é normal. Observa-se, também, mediante a transcrição de sua fala, que esse assunto causa alteração de volume e tonalidade na voz, alongamentos e alteração na velocidade com que fala, como se isso alterasse bastante seu estado emocional, causando alterações na forma como se expressa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depreende-se do presente estudo, haver uma relação entre a forma como um indivíduo que conta sua história numa narrativa coerente e um que não consegue atingir coerência em sua narrativa em relação à capacidade do narrador de normalizar as experiências contadas, para apresentar uma visão do mundo como uma pessoa normal faz. Enquanto uma narrativa co-

erente demonstra que o narrador fez e faz o esforço social necessário para se apresentar ao mundo como uma pessoa normal, sabendo seguir as restrições em relação ao que pode ou não ser objeto de uma história, isso é muito difícil para quem não consegue construir uma narrativa coerente. Este comete deslizes, como dar importância demasiada a fatos que não se espera serem tão importantes nos eventos narrados, produzindo uma narrativa sem coerência.

Esta pesquisa contribui para a psicologia cognitiva, ao investigar a formação da identidade através da análise de narrativas produzidas por indivíduos pesquisados, e para a promoção da saúde, na esfera mental, ao abordar um grupo vulnerável, os adotados. Simultaneamente, presta sua contribuição para o campo do desenvolvimento humano, uma vez que a qualidade de vida de grupos vulneráveis passa pelo desenvolvimento de sua capacidade para re-historiar seu passado e para atingir o poder de contar uma história de vida em que haja unidade de significado, na qual os indivíduos veem-se como pessoas capazes de integrar suas experiências dolorosas em uma vida próspera e feliz.

Como perspectivas futuras, almeja-se a ampliação dessa investigação a outros grupos vulneráveis, além dos adotados. Pretende-se, por exemplo, investigar em grupos que vivem em periferias e outros locais desprestigiados, como quilombos, quais são as questões que os impedem de melhorar sua qualidade de vida e desenvolver-se livremente, através da análise de narrativas por eles construídas e de histórias que eles mesmos produzam. Essas podem ser fontes importantes para a criação de situações e atividades que os auxiliem a romper barreiras sociais e psicológicas na busca de sua realização.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos, em nome do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, à Fundação Ulbra (FULBRA) e à Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) por possibilitar-nos a participação, através do Fundo de Apoio à Participação em Eventos Científicos e Tecnológicos (FAPECT), no II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde e consequente publicação deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Sacks Harvey. On doing "being ordinary". Em J. M. Atkinson e J. Heritage. (Eds.). Structures of social action: studies in conversation analysis 413-440. Cambridge: University Press. 1984.
2. Bruner J. Acts of meaning. Cambridge: Harvard University Press. 1990.
3. Bruner, J. Life as narrative. Social research 1987;54(1):11-32.
4. McAdams DP, McLean KC. Narrative identity. Current Directions in Psychological Science 2013;22(3):233-8.
5. Fivush R. Remembering and reminiscing: How individual lives are constructed in family narratives. Memory Studies.2008;1(1):49-58.
6. Fivush R, Baker-Ward L. The search for meaning: Developmental perspectives on internal state language in autobiographical memory. Journal of Cognition and Development 2005;6(4):455-62.
7. Fivush R, Buckner JP. Gender and self in children's autobiographical narratives. Applied Cognitive Psychology 1998;12:407-29.
8. Fivush R, Haden C. A. Autobiographical memory and the construction of a narrative self: Developmental and cultural perspectives. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.
9. Habermas T. How to tell a life: The development of the cultural concept of biography. Journal of Cognition and Development 2007;8(1):1-31.
10. Habermas T, Bluck S. Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. Psychological Bulletin 2000;126(5):748-69.
11. McLean KC, Pasupathi M, Pals JL. Selves creating stories creating selves: A process model of self-development. Personality and Social Review 2007;11:262-78.
12. Grotevant, H. D. Coming to terms with adoption: The construction of identity from adolescence into adulthood. Adoption Quarterly 1997;(1):3-27.
13. Von Korff, L. A. Pathways to narrative adoptive identity formation in adolescence and emerging adulthood. Tese de doutorado não publicada, Faculty of the Graduate School of the University of Minnesota, 2008.
14. Von Korff L, Grotevant HD. Contact in Adoption and Adoptive Identity Formation: The Mediating Role of Family Conversation. J Fam Psychol 2011;25(3):393-401. doi: 10.1037/a0023388.
15. Carsten, J. Knowing where you've come from: rupture and continuities of time and kinship in narratives of adoption reunions. Journal of Royal Anthropological Institute 2000;6:687-703.
16. Yngvesson B. Parentesco reconfigurado no espaço da adoção. Cadernos Pagu 2007;29:111-38.
17. Vieira AG. A Construção Narrativa da Identidade em Jovens Adotados. Tese de Pós-Doutorado, Universidade do Porto, 2012.
18. McAdams DP. The redemptive self: Narrative identity in America today. Em D. R. Beike, J. M. Lampien e D. A. Behrend (Eds.), The self and memory (pp. 95-115). New York: Psychology Press, 2004.
19. Mishler Elliot. Narrativa e Identidade: a mão dupla do tempo. Em L.P.M. Lopes e L.C. Bastos. Identidades. Recortes multi e interdisciplinares. Campinas: Mercado de Letras 2002; 97-119.
20. Habermas T, Diel V. Three dimensions of global coherence: Global rating scales. Frankfurt: Goethe University, 2005.
21. Habermas, T. & de Silveira, C. The development of global coherence in life narratives across adolescence: temporal, causal and thematic aspects. Developmental Psychology 2008;44:707-21.
22. Habermas, T., Ehlert-Lerche, S., de Silveira, C. The development of the temporal macrostructure of life narratives across adolescence: Beginnings, linear narrative form, and endings. Journal of Personality 2009;77(2):527-59.
23. Jefferson, Gail. Transcript notation. Em J. M. Atkinson e J. Heritage. (Eds.). Structures of social action: studies in conversation analysis ix-xvi. Cambridge: University Press, 1984.
24. Baerger DR, McAdams DP. Life story coherence and its relation to psychological well-being. Narrative Inquiry 1999;9:69-96.
25. Adler, J. M., Wagner, J. W., McAdams, D. P. Personality and the coherence of psychotherapy narratives. Journal of Research in Personality 2007;41:1179-98.

Como citar: VIEIRA, André Guirland et al. A construção de identidade analisada mediante narrativas de vida: dois casos de indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8142>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8142>

## ARTIGO ORIGINAL

# Prevalência de queixa algica musculoesquelética em trabalhadores de empresa de bijuteria

## *Prevalence of musculoskeletal pain in jewelry company workers*

Tamiris Augusta de Noronha,<sup>1</sup> Hélcio Balbino dos Santos,<sup>2</sup> Kelly Christina de Faria,<sup>1</sup> César Augusto França Abraão,<sup>3</sup> Gisélia Gonçalves de Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário do Cerrado (Unicerp), Patrocínio, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Centro Universitário do Planalto de Araxá (Uniaraxá), Araxá, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil.

Recebido em: 13/08/2016 / Aceito em: 08/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
helciosantos@uniaraxa.edu.br

## RESUMO

O setor de bijuteria é crescente, nos últimos três anos, com média de 10% ao ano. Os trabalhadores desta área empresarial, respeitando claro os diversos setores, estão sujeitos a inúmeros distúrbios musculoesqueléticos, podendo acometer diversas áreas do corpo, principalmente, quando os trabalhadores se encontram expostos a fatores de risco como posturas inadequadas, repetitividade, uso de força excessiva e a exposição a vibrações. **Objetivo:** identificar a prevalência de queixa algica musculoesquelética em trabalhadores de empresa de bijuteria. **Método:** estudo de natureza quantitativa, observacional analítica, com pesquisa de campo com a aplicação de questionário sócio demográfico e o diagrama de Corlett. Participaram do presente estudo 30 trabalhadores (24 mulheres e 6 homens) de uma empresa de bijuteria situada no interior do estado de Minas Gerais. **Resultados:** mostraram que 86,6% dos funcionários relata algum quadro de dor como decorrência do trabalho repetitivo, com predominância do sexo feminino. Os resultados evidenciaram que no setor de colagem, a postura de trabalho sentada, a jornada de trabalho a partir de 9 horas diárias, o período final da jornada de trabalho relacionou com maior número de pontos de dor e ao parâmetro intensidade, sobremaneira nas regiões da coluna cervical e lombar. Há um pequeno índice de procura ao serviço médico e baixa taxa de automedicação. **Considerações finais:** os resultados denotam uma relação entre sexo feminino, idade, postura de trabalho, tipo de trabalho, número de horas trabalhadas, áreas corporais, intensidade e período do dia com a dor musculoesquelética em trabalhadores do setor de bijuterias. Ainda que existam achados sintomatológicos sugestivos desta relação, há uma diversidade metodológica e pequeno número de estudos que avaliam a dor neste grupo de trabalhadores.

**Palavras-chave:** Saúde ocupacional; Indústria de bijuterias; Dor musculoesquelética

## ABSTRACT

*The jewelry industry is growing, the last three years with an average of 10% per year. The workers of this business area, respecting of course the various sectors, are subjected to countless musculoskeletal disorders and can affect many areas of the body, especially when workers are exposed to risk factors such as inadequate posture, repetitivity, excessive use of force and exposure the vibrations. **Objective:** identify the prevalence of musculoskeletal pain complaints in jewelry company employees. **Method:** study, analytical observational field research with the application of demographic questionnaire and Corlett diagram. The study included 30 employees (24 women and 6 men) of a jewelry company located in the state of Minas Gerais. **Results:** showed that 86.6% of employees reported some pain framework due to repetitive work, especially women. The results showed that the bonding industry, sitting working posture, working hours from 9 hours per day, the final period of working hours were associated with greater number of pain points and parameter intensity greatly in regions cervical and lumbar spine. There is a low rate of demand for medical service and low self-medication rate. **Closing remarks:** the results show a relation between female gender, age, working posture, type of work, hours worked, body areas, intensity and time of day with musculoskeletal pain parameter workers jewelry sector. Though there symptomatology suggestive findings of this relationship, there is a methodological diversity and small number of studies that evaluated pain in this group of workers.*

**Keywords:** Occupational Health; Jewelry Industry; Skeletal Muscle Pain.

## INTRODUÇÃO

Indubitavelmente a temática Saúde do Trabalhador, após o advento da Revolução Industrial, tem sido foco de muitos estudos, tanto pelas questões econômicas, como pelos debates inerentes ao processo saúde-doença ocupacional. A sociedade industrializada, através do uso de tecnologias e equipamentos avançados, requer ao trabalhador uma mão de obra automatizada e repetitiva que, associada ao mercado de trabalho intenso, competitivo e com altas pressões, pode levar esse trabalhador a desenvolver entre outros sintomas, alguns distúrbios osteomusculares.<sup>1</sup> Associada à atividade laboral intensa, no cenário atual existe uma tendência do trabalhador se tornar sedentário pela falta de tempo, para cuidar da sua saúde e praticar algum tipo de atividade física, repercutindo nas condições biopsicossociais do trabalhador.<sup>2</sup>

Há um duplo papel do trabalho, pois além de proporcionar o sustento e uma melhor qualidade de vida e para promover o desenvolvimento dos indivíduos e favorecer a valorização e auto-realização, quando realizado sob condições e ambientes inadequados, pode prejudicar a saúde, causar doenças e a levar à morte.<sup>3</sup>

A saúde do trabalhador está diretamente ligada a fatores econômicos, tecnológicos, sociais e organizacionais associados ao perfil de produção e consumo, além dos fatores de risco de natureza física, química, mecânica, biológica e ergonômica, que se encontram nos processos produtivos.<sup>4</sup> Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) vinculam-se diretamente à realização de atividades ocupacionais e às condições de trabalho.

As lesões por esforço repetitivo (LER) são manifestações relativamente comuns do sistema musculoesquelético em trabalhadores associadas à presença de vários sintomas tais como a fadiga, dor, parestesia e sensação de peso, de forma lenta ou progressiva.<sup>5</sup>

No geral, as patologias causadas pelas LER/DORT não são de difícil tratamento, o que, em muitos casos, não se aplica a condições crônicas, por exemplo. No entanto, pode gerar quadro algico, perda da função e edema dentre outros sinais e sintomas. São responsáveis por uma importante e significativa parcela de incapacidade funcional, absenteísmo e decréscimo da modernidade, bem como de aumento da encargos previdenciários.<sup>6</sup>

Atividades laborais executadas em linhas de produção segmentadas, em que o trabalhador exerce uma atividade repetitiva e por longos períodos, associadas a cargas tensionais, são fontes potenciais etiológicas a serem investigadas na gênese dos distúrbios musculoesqueléticos.<sup>7</sup>

Neste contexto, os trabalhadores do setor de joias e bijuterias constituem um público vulnerável ao desenvolvimento de LER/DORT, uma vez que a linha de produção das mesmas exige esforços e cargas sustentadas, em ambientes muitas vezes não ergonômicos.<sup>8</sup> Na fabricação de joias predomina a utilização do trabalho manual, centrado em atividade repetitiva, sobretudo nos processos de montagem, soldagem e colagem.<sup>9</sup>

Neste sentido, identificar o perfil algico destes trabalhadores é uma forma inicial de identificar possíveis fatores etiológicos, de necessidades de mudanças laborais que aperfeiçoem a produção, mas principalmente na criação de um ambiente laboral saudável, ou

seja, é uma questão básica de se pensar e de se agir em relação à promoção da saúde dos trabalhadores do setor de joias e bijuterias. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil algico dos trabalhadores de uma indústria de bijuterias no interior de Minas Gerais, enquanto estratégia de promoção de saúde, dentro da perspectiva da criação de ambientes favoráveis à saúde, preconizada pela carta de Otawa.<sup>10</sup>

## MÉTODO

Tratou-se de um estudo de natureza quantitativa, transversal, observacional analítica com pesquisa de campo. O cenário da pesquisa foi à cidade de Patrocínio, município localizado na região do Alto Paranaíba no oeste do estado de Minas Gerais, que possui uma extensão territorial de 2.867,39 km<sup>2</sup> e população total de 86.467 habitantes. Os dados foram coletados na Empresa Flávia Caldeira, especializada na fabricação e vendas de bijuterias no comércio de atacado e varejo, com atuação nacional, mediante consentimento prévio, através da assinatura de um termo de autorização.

A pesquisa foi composta por 30 participantes (24 mulheres e 6 homens) dos setores de criação e design, montagem e colagem das peças, fundição do metal bruto, qualidade da produção, administrativo e vendas atacado e varejo. Foram excluídos do estudo, os funcionários que não trabalhavam diretamente com a montagem das bijuterias e/ou que não permanecessem na mesma posição por longos períodos, neste caso, os setores de cobrança e limpeza.

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos. Para caracterização dos participantes foi utilizado um questionário semi-estruturado elaborado pela equipe. Este questionário foi subdividido em três partes: a primeira para caracterização dos participantes; a segunda acerca das informações relativas ao trabalho e a terceira, sobre as características da dor.

Para a identificação do local da dor e desconforto auto-declarado foi aplicado o diagrama de Corlett, Wilson e Manenica.<sup>11</sup> Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de trabalho, setor de trabalho, postura de maior prevalência e local do quadro algico. A coleta de dados foi efetivada no mês de setembro de 2014. Os dados foram avaliados através da estatística descritiva, apresentados em percentuais, média e desvio padrão e demonstrado em gráficos e tabelas. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética CEP-UNICERP, com aprovação sob protocolo nº 20131450FISO4, respeitando os aspectos éticos em pesquisas com seres humanos.

Cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual eram informados os objetivos, justificativa, procedimentos de coleta de dados e fins acadêmicos, bem como foram respeitados todos os aspectos éticos determinados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, resguardando os direitos éticos em pesquisas com seres humanos.

## RESULTADOS

Dos 30 participantes da pesquisa, 24 (80%) são representados pelo sexo feminino e 6 representados

pelo sexo masculino (20%), 26 trabalhadores (86,6%) sentem algum tipo de dor. No que se refere à idade dos funcionários, houve uma amostra diversificada, tendo uma variação de 16 a 59 anos. A média de idade no sexo feminino foi de  $28,04 \pm 10,78$  anos; enquanto no masculino  $24,83 \pm 4,31$  anos.

Para análise dos dados, todos os participantes da pesquisa que compõem o quadro funcional da fábrica de bijuteria pesquisada foram agrupados em setores, sendo que 12 (40%), a maioria encontrou-se no setor de colagem; enquanto 5 (16,6%) no setor de fundição, 4 (13,3%) no setor de montagem, 6 (20%) nos setores de vendas, estoque e designer (2 - 6,6% em cada setor), finalizando o quadro de funcionários com o setor de criação, administrativo e qualidade com 1 funcionário em cada um destes setores (3,3%, cada).

Em relação ao tempo de trabalho observamos que 10 (33,3%) funcionários possuem um tempo inferior a 12 meses de trabalho, 40% representando dos funcionários, com tempo de 1 a 5 anos de trabalho, 6 (20%) de 6 a 10 anos e 2 (6,6%) estão na empresa há 11 anos ou mais.

Quanto à jornada de trabalho, observou-se que 11 (36,6%) funcionários trabalham 8 horas diárias, 14 (46,6%) 9 horas por dia, 3 (9,9%) 10 horas diárias e 2 (6,6%) 12 horas por dia. É importante ressaltar que, além da jornada de trabalho 18 (60%) funcionários afirmaram realizar horas extras. Questionados quanto à realização de outros trabalhos fora do horário na empresa, apenas dois indivíduos o fazem, sendo que um trabalha com salão de beleza (3,3%) e outro com artesanato (3,3%).

Analisando as posturas mantidas durante a jornada de trabalho, 23 funcionários (76,7%) da amostra se mantém sentada, durante a jornada de trabalho, e 7 (23,3%) de pé.

Os participantes relataram 104 queixas álgicas, ressaltando que muitos têm múltiplas regiões de dor. Os principais segmentos com queixas de dor, considerando todos os setores de trabalho foram o pescoço e as costas com 20 relatos (19,2%), 13 (12,5%) ombros, 8 (7,7%) mencionam os punhos, 9 (8,6%) dores nas pernas, 6 (5,8%) dores nas mãos, 5 (4,8%) descrevem os braços, a região do quadril e a lombar, 3 (2,9%) relatam dor no antebraço e 2 (1,9%) no tornozelo.

Ao analisar por setor, os participantes que trabalham na colagem apresentaram maior quadro algico, seguidos pelos trabalhadores das áreas de montagem,

fundição, estoque e designer. Com um total de 86 (82,7% das 104 queixas) de relato de dor foram encontrados nos setores, o membro mais acometido pelas dores e desconfortos foi o membro superior com 70 relatos (67,3%); já, os membros inferiores representaram 16 relatos (15, 3%).

Em relação à região mais acometida, observou-se o pescoço com 19 queixas (18,3%) seguido pelas queixas de dor nas costas que totalizaram 16 (15,4%), a dor ombro 13 (12,5%), e apenas 3 (2,9%) da amostra alegaram sentir dores no antebraço. Já o membro inferior teve 16 (15,3%) relatos e o segmento mais acometido foram as pernas com 9 casos representando (8,6%), 5 (4,8%) de dores no quadril e lombar e 2 (1,9%) de dor no tornozelo (Tabela 1).

No setor de vendas, qualidade, criação e administrativo, houve um total de 18 relatos de locais dolorosos (17,3% das 104 queixas totais). Nesses setores o membro superior também foi o mais atingido. Os segmentos mais acometidos foram o pescoço, as costas e o punho com 3 relatos cada, representando 2,9% em cada região anatômica, 1 (0,96% para cada menção à área de dor) mencionou dores no ombro, no braço, antebraço e na mão. Os membros inferiores com 5 relatos sendo a região do quadril e lombar e as pernas mais atingidos com 2 relatos (1,92%) cada, e 1 (0,96%) de dores no tornozelo (Tabela 2).

Em relação à intensidade da dor ou desconforto que sentem no dia-a-dia, 2 (6,7%) relatam uma dor ou desconforto insuportável, 2 descrevem ser muito grave (6,7%), 3 (10%) citam uma dor grave, 11 (36,7%) moderada, 8 (26,6%) dor leve e 4 (13,3%) não sentem nenhuma dor ou desconforto.

Em relação ao período do dia em que os sujeitos são acometidos de dores e desconfortos, 2 (6,7%) mencionaram sentir dores do período da manhã, 21 (70%) no período da tarde, 6 (20%) à noite e 1 (3,3%) de madrugada.

Apesar das queixas dolorosas, uma pequena quantidade de funcionários relata que já buscou auxílio médico. Do total, 8 (27%) relatam ter recorrido a algum profissional da saúde para alívio das dores, 22 (73%) não buscaram auxílio.

Dentro desse contexto verificou que a automedicação foi referida por 7 (23%) que alegaram tomar medicamentos, quando sentem muitas dores, e 23 (77%) afirmaram que não se automedicam.

**Tabela 1** - Relação dos principais setores de trabalho e as regiões do corpo com quadro algico (colagem, montagem, fundição, estoque e designer).

Queixa Principal	Local				Total
	Membros superiores	%	Membros inferiores	%	
Dor no pescoço	19	18,3%	-	-	19
Dor nas costas	16	15,4%	-	-	16
Dor no ombro	13	12,5%	-	-	13
Dor no punho	8	7,7%	-	-	8
Dor na mão	6	5,8%	-	-	6
Dor no braço	5	4,8%	-	-	5
Dor no antebraço	3	2,9%	-	-	3
Dor na perna	-	-	9	8,6%	9
Dor no quadril e lombar	-	-	5	4,8%	5
Dor no tornozelo	-	-	2	1,9%	2
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>-</b>	<b>86</b>

**Tabela 2** - Relação dos setores de trabalho e as regiões do corpo com quadro algico (vendas, criação, qualidade e administrativo).

Queixa Principal	Local				Total
	Membros superiores	%	Membros inferiores	%	
Dor no pescoço	3	2,9%	-	-	3
Dor nas costas	3	2,9%	-	-	3
Dor no ombro	3	2,9%	-	-	3
Dor no punho	1	0,96%	-	-	1
Dor na mão	1	0,96%	-	-	1
Dor no braço	1	0,96%	-	-	1
Dor no antebraço	1	0,96%	-	-	1
Dor na perna	-	-	2	1,92%	2
Dor no quadril e lombar	-	-	2	19,2%	2
Dor no tornozelo	-	-	1	0,96%	1
<b>Total</b>	<b>13</b>	-	<b>5</b>	-	<b>18</b>

## DISCUSSÃO

Ao se abordar a questão da dor, deve-se entendê-la como uma condição multifatorial e visto como resultado não apenas de um quadro de lesão tecidual, mas numa possível ameaça ao organismo.<sup>12</sup> No caso dos trabalhadores ligados ao setor de bijuteria, esta condição também se aplica uma vez que parâmetros intrínsecos (sexo, idade, doenças pregressas, fatores psicossociais dentre outros) e extrínsecos (ergonomia, organização, atividade a ser executada, horas trabalhadas, outros empregos concomitantes, etc.) influenciam na gênese e no controle da mesma.<sup>13</sup>

No presente estudo, observou-se um espectro amostral muito variável em relação ao parâmetro idade. Este é um fator, dentre outros, que de acordo com alguns trabalhos é positivamente correlacionado com a dor, sobretudo pelo déficit de oxigenação tecidual e a redução na condição de hidratação articular em pessoas mais velhas.<sup>14</sup>

Houve uma maior expressão do sexo feminino nesta pesquisa. Os distúrbios musculoesqueléticos acometem mais as mulheres que os homens, dados que podem ser explicados pelo fato de que as mulheres estão presentes nas tarefas repetitivas e monótonas e, ainda a diferença de massa muscular e composição corporal, podem representar um fator de risco predisponente de sintomatologia dolorosa.<sup>15</sup>

As especificidades da atividade laboral e o tempo de execução da mesma também são parâmetros a serem considerados na investigação do quadro algico. Observou-se no presente estudo que 46,6% dos participantes exercem cerca de 9 horas diárias de trabalho. Levando em conta o tipo de trabalho realizado na empresa,<sup>16</sup> considera como fator de risco, a obrigação em manter um ritmo de trabalho acelerado devido a incentivos salariais por maiores produtividades, trabalho repetitivo sem períodos de pausas para descanso, jornadas prolongadas de trabalho, realizações de horas extras e o número insuficiente de funcionários.

O fator carga horária associada ao tipo de atividade executada pode promover inúmeras adaptações cinético-funcionais que podem ser entendidas pelo próprio corpo, como benéficas à realização da tarefa la-

boral, mas que culminem em desequilíbrios musculares (força e flexibilidade) e adaptações posturais traduzidos fisicamente como dor.<sup>17</sup>

Outro fator importante nesta investigação da dor desta população, é a questão da postura de trabalho e o tipo de atividade executada. Observou-se, na presente pesquisa, que indivíduos que trabalham mais tempo sentados (23 - cerca de 76,7%) e no setor de colagem (12 - 40%) sentem mais dor, tanto nos parâmetros de intensidade, quanto na quantidade de locais de dor avaliados, através do diagrama de Courlet. Na função de vendedor, por exemplo, houve um número menor de relatos de dor comparado ao setor de colagem, visto que nesta função ocorrem mudanças posturais com maior frequência, de sentado para de pé, bem como uma movimentação maior do corpo.

Múltiplos fatores podem estar relacionados a estes números. A manutenção prolongada na postura sentada aumenta a sobrecarga axial na coluna vertebral, favorecendo a desidratação discal; dificulta a retirada de metabólitos e se, associada aos movimentos repetitivos dos membros superiores, levando a quadros de hipóxia tecidual, fadiga periférica, insuficiência muscular e claro, dor.<sup>18</sup>

Os resultados do presente estudo corroboram com estas observações uma vez que trabalhar sentado por longos períodos foi responsável por cerca de 82,7% das queixas algicas. Mais uma vez, o setor de colagem apresentou os dados mais expressivos na intensidade e números de áreas de dor.

Nas atividades que exigem uma boa visualização, assim como o setor de montagem e colagem, existe a tendência de aproximar à cabeça e fletir a coluna cervical, a fim de aproximar os olhos do produto a ser fabricado, gerando uma tensão no local.<sup>19</sup> Tendo em vista que o processo colagem e montagem de bijuteria são realizados na posição sentada, dois autores relatam que a permanência na postura sentada por até seis horas com pequenos intervalos em pé, podem causar dores, fadiga e até mesmo alterações posturais.<sup>20</sup> A flexão também contínua da coluna lombar, sobremaneira associada aos movimentos torcionais e rotacionais, também gera um aumento da pressão. Estes achados também reforçam a relação da postura sentada com os locais de dor, já que

quadros algícos mais intensos foram observados nos trabalhadores, que exercem sua atividade na posição sentada, com maiores queixas nas regiões de pescoço e costas (38,4% das queixas totais).

Corroborando com esse estudo,<sup>21</sup> dores nos membros superiores ocorrem quando se trabalha por muito tempo sem apoio e isso ocorre, principalmente, com o uso de ferramentas manuais, agravando ainda, quando são realizados movimentos repetitivos com as mãos ou quando há aplicação de força, como é comum em muitas das atividades laborais dos trabalhadores do setor de bijuteria.

Em contrapartida, em outras funções, como no caso do vendedor, por exemplo, houve um número menor de relatos de dor comparado ao setor de colagem, visto que nesta função ocorrem mudanças posturais com maior frequência, de sentado para de pé, bem como uma movimentação maior do corpo.

Indubitavelmente, a dor é o sintoma mais descrito por estes profissionais, podendo oscilar seus efeitos entre leves, moderados, chegando a níveis intensos, o que compromete a qualidade de vida das pessoas. No presente estudo 11 (36,7%) funcionários sentem dores moderadas, principalmente observadas ao final do dia de trabalho, relacionado, provavelmente, à fadiga do sistema musculoesquelético, após a execução de uma mesma função por um longo período, exigindo demasiadamente uma determinada estrutura corporal.<sup>7</sup>

Apesar da manifestação quanto a alta ocorrência de sintomas musculoesqueléticos, na população estudada, 27% relatam ter procurado algum profissional da área da saúde por causa desses sintomas. Esses resultados evidenciam que a população estudada está comprometida pelos sintomas musculoesqueléticos, apesar de não ser possível afirmar que esses trabalhadores possuem LER/DORT, pela complexidade no diagnóstico desses desgastes.

Outro fator a ser abordado dentro do questionário é a automedicação;<sup>22</sup> o trabalhador aprende a conviver com a dor e se automedicam, ou seja, faz o uso de medicação sem prescrição médica. Uma amostra de 7 (23%) sujeitos relatou fazer o uso de medicamentos analgésicos antes e durante a jornada de trabalho, amenizando as dores para que consigam realizar suas funções e, após a jornada, em seu momento de descanso, a fim de aliviar os sintomas para que possam dormir.

O que se observa é que existe sim um número expressivo de participantes que sentem e convivem com a dor. Todavia, ainda que exista uma relação entre distúrbios musculoesqueléticos, fatores de risco ergonômicos e efeitos metabólicos e fisiológicos, esta relação não está bem estabelecida, já que pode ser e/ou sofre inúmeras influências, fato que dificulta assertividade entre estes fatores e a dor na população estudada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com o estudo que a dor musculoesquelética está presente, quase que na totalidade dos funcionários, sobretudo em nível moderado de intensidade. Alguns setores laborais que envolvam atividades repetitivas de membros superiores, postura sentada e jornada de trabalho prolongada ( $\geq 9$  horas diárias), como o setor de colagem, por exemplo, apresentam

índices maiores de dor, mormente no pescoço e região de coluna lombar, principalmente ao final da jornada de trabalho. Os resultados evidenciam que ainda que seja encontrado um nível considerado de queixas algícas, a maioria dos participantes não busca ajuda médica e não faz automedicação.

A avaliação da dor musculoesquelética em trabalhadores do setor de bijuterias é uma condição que merece ser investigada. Todavia, entende-se como uma condição multifatorial; com uma diversidade de metodologias empregadas, em uma série não muito extensa de trabalhos sobre o tema. Desta forma, ainda que exista a sugestão de aspectos organizacionais, biomecânicos e psicossociais, tem-se uma certa dificuldade de estabelecer e compreender claramente a relação destes fatores com a dor.

## REFERÊNCIAS

1. Roman-Liu D, Bugajska J, Tokarski T. Comparative Study of Upper Limb Load Assessment and Occurrence of Musculoskeletal Disorders at Repetitive Task Workstations. *Ind Health* 2014;52(6):461–470. doi: 10.2486/indhealth.2013-0232.
2. Dean E, Söderlund A. What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? *BMC Musculoskeletal Disorders* 2015;16:87. doi: 10.1186/s12891-015-0545-y.
3. Sanches EM, Cutolo LRA, Soares P, Silva RM. Organização do trabalho, sintomatologia dolorosa e significado de ser portador de LER/DORT. *Psicol. Argum* 2010;28(63):313-324.
4. Fischer FM. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):401-6.
5. Alcântara MA, Nunes GS, Ferreira BCMS. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil dos trabalhadores em benefício previdenciário em Diamantina (MG, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(8):3427-3436. doi: 10.1590/S1413-81232011000900010.
6. Macdonald W, Oakman J. Requirements for more effective prevention of work-related musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskeletal Disord* 2015;16:29. doi: 10.1186/s12891-015-0750-8.
7. Salve UR. Prevalence of musculoskeletal discomfort among the workers engaged in jewelry manufacturing. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2015;19(1):44-55. doi: 10.4103/0019-5278.157008.
8. Batiz EC, Nunes JIS, Olga Licea OEA. Prevalence of muscle-skeletal symptoms for load workers. *Production* 2013;23(1):168-177. doi: 10.1590/S0103-65132012005000030.
9. Gonçalves JM, Camarotto, JA. Estratégias operatórias frente ao trabalho repetitivo. *Production* 2015;25(1):190-200. doi: 10.1590/S0103-65132013005000087.
10. Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá, 1986.
11. Corlett N, Wilson J, Manenica I. *The ergonomics of working postures*. London: Taylor & Francis, 1986.
12. Bonica JJ. The need of a taxonomy. *Pain* 1979;6(3):247-8. doi: 10.1016/0304-3959(79)90046-0
13. Mesquita CC. Musculoskeletal Disorders in Workers-risk factors: What Can We Do? *Occup Med Health Aff* 2013;1(3):1-4. doi: 10.4172/2329-6879.1000113
14. Kinge JM, Knudsen AK, Skirbekk V, Vollset SE.

- Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services. *BMC Musculoskeletal Disorder* 2015;16:75. doi: 10.1186/s12891-015-0536-z.
15. Choobineh A, Daneshmandi H, Tabatabaee SH. The Prevalence Rate of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Iranian Female Workers. *Women's Health Bull* 2015;2(4): e27334. doi: 10.17795/whb27334.
  16. Epiphany EB, Vilela JRPX. *Perícias Médicas - Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 394p
  17. Delioiacono Nancy. Musculoskeletal Safety for Older Adults in the Workplace. *Workplace Health Saf* 2015;63(2):48-53. doi: 10.1177/2165079915570299.
  18. Akodu A, Akinfeleye A, Atanda L, Giwa S. Work-related musculoskeletal disorders of the upper extremity with reference to working posture of secretaries. *South African Journal of Occupational Therapy* 2015;45(3):16-22. doi: 10.17159/2310-3833/2015/v45n3/a4.
  19. Renner Jacinta Sidegun. Prevenção de Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho. Porto Alegre: Boletim da Saúde 2005;19(1):73-80. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br>>. Acesso em: 04 out. 2014.
  20. Rego ARON, Scartoni FR. Alterações Posturais de Alunos de 5a a 6a séries do Ensino Fundamental. *Fit Perf J* 2008;7(1):10-5. doi: 103900/fpj.7.1.10.p.
  21. Picoloto D, Silveira E. Prevalência de Sintomas Osteomusculares e Fatores Associados em Trabalhadores de uma Indústria Metalúrgica de Canoas - RS. *Ciênc. Saúde Coletiva [online]* 2008;3(2):507-516. doi: 10.1590/S1413-81232008000200026.
  22. Aquino D S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciênc. Saúde Coletiva [online]* 2008;13(suppl):733-736. doi: 10.1590/S1413-81232008000700023.

**Como citar:** NORONHA, Tamiris Augusta de et al. Prevalência de queixa algica musculoesquelética em trabalhadores de empresa de bijuteria. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8112>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i3.8112>.

## ARTIGO ORIGINAL

## Modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas acompanhados pelas equipes da estratégia de saúde da família de um município mineiro

*Medication use mode of people with chronic diseases accompanied by the work teams of the family health strategy from a municipality of Minas Gerais, Brazil*

Nádia Camila Rodrigues Costa Caixeta,<sup>1</sup> Elias de Sousa Tonelini,<sup>2</sup> Douglas Cardoso Brandão,<sup>3</sup> Ricardo Ferreira Nunes,<sup>3</sup> Salvador Boccaletti Ramos,<sup>1</sup> Glória Lúcia Alves Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), Patos de Minas, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Brasília (UNB), Brasília, DF, Brasil.

Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 26/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016

[nadiac.caixeta@gmail.com](mailto:nadiac.caixeta@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar o modo de uso dos medicamentos prescritos aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atendidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (EqSF), de um município mineiro. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado com 34 famílias (52 indivíduos com DCNT). Os dados foram coletados por meio de entrevista domiciliar, através do aplicativo droidSURVEY, disponibilizado em tablets e dispositivos móveis de smartphones para armazenamento dos dados. Para a análise estatística utilizou-se o software R, versão 3.3.0. **Resultados:** nas visitas domiciliares, resultaram em 52 indivíduos portadores de DCNT, sendo 37% considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso devido ao desacordo posológico. Desses, 19% usavam a medicação com a dose diferente da receita médica, 59% faziam uso dos medicamentos em horários distintos do prescrito, 22% relataram falta de entendimento da prescrição médica. **Considerações finais:** o modo de uso dos medicamentos prescritos foi avaliado como inadequado, assim, sugere-se às EqSF analisar as dificuldades encontradas e propor estratégias mais efetivas de incentivo à adesão ao tratamento. No entanto, o envolvimento entre a EqSF e os familiares no cuidado aos indivíduos portadores de DCNT é essencial para manutenção sistemática da terapia medicamentosa.

**Palavras-chave:** Uso de Medicamentos; Doença crônica; Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Objective:** to assess the use mode of the prescribed drugs to patients with chronic non-communicable diseases (CNCDS), assisted by the Family Health Strategy (EqSF) work teams from a municipality of Minas Gerais, Brazil. **Method:** this is a descriptive and cross-sectional study, held with 34 families (52 individuals with CNCDS). Data were collected through home interviews, through droidSURVEY application, available on tablets and mobile phones for data storage devices. Statistical analysis was performed using the R software, version 3.3.0. **Results:** the home visits resulted in 52 individuals with CNCDS, in which 37% were considered non-adherent to the medication treatment due to the dose disagreement. 19% of these used the medication with a different dosage from the prescription; 59% were using the medications at different times of the prescribed ones; 22% reported misunderstanding the prescription. **Concluding remarks:** the using mode of prescribed drugs was evaluated as inappropriate, therefore, it is suggested to the Family Health Strategy work teams (EqSF) to analyses the difficulties detected and propose more effective strategies encouraging the treatment compliance. However, the engagement between the EqSF and the family members when it comes to the people with CNCDS care is crucial for the drug therapy systematic maintenance.

**Keywords:** Drug utilization; Chronic disease; Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, associado ao envelhecimento da população. Correspondem a 72% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis, principalmente os idosos.<sup>1</sup>

Após o diagnóstico da doença crônica, é indispensável a adesão ao tratamento, pois o não seguimento do plano terapêutico poderá repercutir de forma negativa sobre a saúde das pessoas acometidas por essas enfermidades, impossibilitando a resolubilidade do tratamento.<sup>2</sup>

A não adesão ao tratamento é considerada um fenômeno complexo e multifatorial, estando relacionados ao paciente, ao sistema e equipe de saúde, à doença, ao tratamento, ao uso de medicamentos, a problemas sociais e a fatores socioeconômicos.<sup>2</sup>

Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de doenças crônicas varia de 30% a 50%, sendo mais evidente no tratamento medicamentoso, tendo como fator desencadeador o número de medicamentos consumidos.<sup>3</sup>

No âmbito da Atenção Primária da Saúde (APS) nacional e da estratégia de saúde da família (ESF), faz-se necessária a orientação ao indivíduo portador de DCNT quanto ao uso correto dos medicamentos, escolha do local adequado e seguro para armazenamento e conferência da data de validade.<sup>4</sup>

Estudiosos defendem que o insucesso da farmacoterapia e o controle das doenças crônicas podem estar relacionados principalmente ao medicamento. Na pesquisa realizada por Mastroianni et al.,<sup>4</sup> verificou-se a presença de medicamentos em 91,1% dos domicílios visitados. Desses, 75,8% eram armazenados em locais inadequados e 7,5% usavam o medicamento de forma diferente da receita médica.

As visitas domiciliares preconizadas para as EqSF se caracterizam como uma atividade externa à unidade de saúde com o objetivo de conhecer e avaliar as necessidades das famílias cadastradas e do ambiente onde vivem. Essas informações são fundamentais para se conhecer melhor o ambiente familiar, facilitar a identificação de problemas relacionados, inclusive quanto aos medicamentos e prevenção dos agravos das DCNT.<sup>5,6</sup> Nesse cenário em que se identificam as principais barreiras associadas ao uso inadequado dos medicamentos, caberia às EqSF promover a adesão ao tratamento, de modo a garantir aos pacientes uma compreensão da necessidade do tratamento para o controle da DCNT.<sup>2</sup>

Percebe-se um interesse crescente pela prevenção e controle das DCNT e de seus fatores de risco. Assim, acredita-se que o conhecimento das experiências familiares com a medicação possa dar visibilidade as fragilidade e fortalezas desse cuidado, a fim de fornecer subsídios para os serviços de saúde públicos implementarem ações na perspectiva da promoção em saúde.

Diante deste contexto, o objetivo deste trabalho foi avaliar o modo de uso dos medicamentos prescritos aos portadores de DCNT, atendidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (EqSF) de um município mineiro.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, que buscou avaliar o modo de uso dos medicamentos prescritos aos portadores de DCNT, atendidos pelas EqSF de um município mineiro. Essa pesquisa atendeu às recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, obtendo autorização do CEPE da Universidade de Franca - UNIFRAN (número de parecer: 1.250.044).

O campo da pesquisa foi o município de Presidente Olegário, no interior de Minas Gerais, que se encontra a 423Km da capital mineira, Belo Horizonte e conta com uma população de aproximadamente 18.577 habitantes.<sup>7</sup> O cenário da pesquisa foram os domicílios de indivíduos portadores de DCNT, cadastrados pelas unidades da ESF do município citado, que abrange seis equipes de Saúde da Família.

A amostra foi definida utilizando-se o cálculo de amostragem de proporção, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%), totalizando 34 famílias. A escolha dos domicílios foi de modo aleatório e estratificado, considerando as seis microáreas da ESF. Adotou-se como critério de inclusão, participantes moradores nos domicílios escolhidos, com idade acima de dezoito anos para responder o questionário e que aceitaram representar a família e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles moradores que não atenderam os entrevistadores em até três tentativas.

Após autorização das Secretarias Municipais de Saúde e coordenadores das unidades de saúde e antes do início da coleta de dados, a pesquisadora apresentou o projeto aos profissionais das EqSF com a finalidade de esclarecer sobre o conteúdo do mesmo e solicitar a colaboração dos profissionais.

Após a identificação dos domicílios, a pesquisadora, juntamente aos ACS visitaram as famílias para as entrevistas. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE para iniciar a coleta de dados. E, para assegurar aos participantes o sigilo e anonimato, cada família foi identificada com as iniciais do nome do município (PO – Presidente Olegário) e o número do prontuário da família. Em caso de repetição do número do prontuário, acrescentou-se uma letra do alfabeto, na sequência.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário composto de questões fechadas, o qual foi importado para o aplicativo droidSURVEY com a finalidade de coletar os dados usando tablet ou dispositivos móveis de smartphones, para evitar erros com a digitação dos dados. Esse software não precisa de conexão com a internet enquanto está realizando a pesquisa. Os dados foram armazenados de forma segura no tablet ou dispositivos móveis de smartphones, em seguida, com conexão à internet, os dados foram enviados automaticamente ou por transferência manual para o website e possibilitou a visualização e análise dos dados pelo computador.

Na visita domiciliar, foi solicitado aos indivíduos portadores de DCNT que mostrassem os medicamentos em uso para tratamento das DCNT e as receitas médicas, prescritas pelo médico da EqSF. Cada indivíduo foi questionado quanto ao modo de uso de cada medi-

camento e o entrevistador verificava na última receita médica (com data de emissão inferior a seis meses) o nome do medicamento, dosagem e modo de uso; para conferência do relato e posterior classificação.

O modo de uso dos medicamentos prescritos foi classificado segundo Mastroianni et al.<sup>4</sup> Considerou-se o modo de uso adequado, aquele em que o conjunto de medicamentos declarado pelo indivíduo fosse o mesmo prescrito na receita médica. Já para o modo de uso inadequado dos medicamentos foram considerados aqueles que estavam em desacordo posológico (ou seja, quando a frequência ou dose mencionada pelo morador estivessem diferentes da receita médica) e aqueles em que houve o relato da interrupção do tratamento.

Para classificação do modo de uso inadequado, o entrevistador registrou a situação encontrada no momento da entrevista, tais como: dosagem errada, horário incorreto, troca de medicação por opção, não toma todos os medicamentos prescritos, não entendeu como tomar, não tem ajuda de um familiar, fica o dia todo sozinho, não quer tomar a medicação, não acredita no tratamento, não aceita o diagnóstico, só toma quando está em crise, não tem o medicamento ou outro.

Na análise estatística, as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absoluta (N) e relativa (%). As associações entre a variável 'classificação do modo de uso dos medicamentos' e as variáveis socioeconômicas foram estimadas por meio do teste Qui-Quadrado considerando um nível de significância igual a 0.05. A comparação entre a proporção de pessoas que tomam todos os medicamentos seguindo a prescrição médica e a proporção de pessoas que tomam ao menos um medicamento fora das prescrições foi feita por meio do teste binomial com nível de significância de 0.05 (5%). Todas as análises foram feitas utilizando o software R, versão 3.3.0.<sup>8</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As visitas domiciliares foram realizadas em 34 residências, resultando em 52 indivíduos portadores de DCNT atendidos pela EqSF e que faziam uso de medicamento para tratamento das doenças crônicas. Os dados da pesquisa caracterizaram-se por 29 mulheres (56%), 31 casados (60%), 21 idosos com idade entre 70 e 79 anos (40%), 46 relataram ter baixa escolaridade (46%), além de 44 apresentarem baixa renda salarial (85%), sendo que essas variáveis não obtiveram significância estatística por meio do teste Qui-Quadrado ( $p > 0,05$ ).

As DCNT predominantes nos participantes foram hipertensão arterial sistêmica (77%), diabetes mellitus (25%), doença mental (15%) e hipotireoidismo (12%), apresentando co-morbidades em vários indivíduos.

Com base no teste comparativo binomial, dos 52 indivíduos portadores de DCNT, 19 foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso, representando uma prevalência de não adesão de 37%. Sendo o  $p > 0.05$  não houve diferença estatística significativa entre as proporções de indivíduos que seguiram a prescrição médica corretamente e aqueles que cometeram algum erro na tomada do medicamento prescrito.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),<sup>9</sup> o conceito de adesão pode ser definido como "o

**Tabela 1** - Distribuição das características socioeconômicas e prevalência da adesão ao tratamento de portadores de DCNT's atendidos pela Estratégia de Saúde da Família de Presidente Olegário, MG.

Características	Adesão				P
	Sim (n = 33)		Não (n = 19)		
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Homens	13	25	10	19	0.525
Mulheres	20	38	9	17	
<b>Estado civil</b>					
Casados	18	35	13	25	0.288
Viúvos	9	17	2	4	
Divorciados	4	8	1	2	
Solteiros	2	4	3	6	
<b>Idade</b>					
40 - 49 anos	1	2	4	8	0.3582
50 - 59 anos	5	10	3	6	
60 - 69 anos	6	12	4	8	
70 - 79 anos	14	27	7	14	
Mais de 80 anos	7	13	1	2	
<b>Escolaridade</b>					
Não alfabetizado	7	13	4	8	0.2384
Menos de 4 anos	18	35	6	12	
Entre 4 a 7 anos	8	15	7	13	
Entre 8 a 10 anos	0	0	1	2	
Mais de 11 anos	0	0	1	2	
<b>Renda salarial</b>					
Sem rendimento	1	2	1	2	0.6911
Menos de 1 salário mínimo	3	6	3	6	
Entre 1 e 3 salários mínimos	29	56	15	29	

comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento da dieta ou mudanças de estilo de vida correspondente às recomendações de um profissional da saúde".

Existem vários métodos para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico das DCNT. Os métodos diretos são utilizados para quantificar o fármaco no sangue ou seus metabólitos na urina ou ainda por utilizar um composto traçador associado ao medicamento em uso. Já os métodos indiretos utilizam relato do paciente, avaliação pelo médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, monitorização eletrônica da medicação, resposta clínica e entrevista clínica.<sup>10</sup>

O método utilizado neste estudo foi o relato do paciente, que consistiu em solicitar ao indivíduo que respondesse algumas perguntas, previamente definidas ao entrevistador. Ele foi utilizado por ser de fácil aplicação e ter a possibilidade de estimar as barreiras de adesão ao tratamento.<sup>11</sup>

A não adesão ao tratamento farmacológico foi classificada em 37% dos portadores de DCNT em função da situação encontrada durante a entrevista, estando em desacordo com a posologia prescrita aqueles indivíduos que estavam em uso da dose do medicamento diferente da prescrição (19%) e em horários também distintos do prescrito (59%). Um fato importante é que 22% dos indivíduos relataram falta de entendimento da prescrição médica, principalmente quando se referia aos idosos que moravam sozinhos.

Na literatura levantada, os autores evidenciaram

que o perfil sócio demográfico, o próprio paciente, o relacionamento do paciente com o profissional de saúde, o serviço de saúde, o tratamento e os medicamentos como sendo as principais causas a interferirem no processo de adesão ao tratamento e aos medicamentos.<sup>2,12</sup>

Quanto ao sexo, observou-se que 17% das mulheres e 20% dos homens faziam uso dos medicamentos em desacordo com a prescrição médica. Apesar de ser verificada tendência para a não adesão ao tratamento farmacológico dos homens quando comparado as mulheres, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos para a não adesão ( $p = 0.525$ ), evidenciando que ambos não aderem ao tratamento. No entanto, historicamente, os homens apresentam maior desconhecimento sobre o seu tratamento, enquanto que as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e desenvolvem maiores relações com o serviço de saúde, principalmente por serem donas de casa e possuírem maior flexibilidade de tempo.<sup>13</sup>

Sobre a variável renda salarial, verificou-se que 4% dos entrevistados encontravam-se desempregados, 12% relataram ter renda inferior a um salário mínimo e 85% possuía condição financeira compreendida entre um e três salários mínimos. Acredita-se que o fator salarial possa ter influenciado a não adesão ao tratamento, devido ao custo de certos medicamentos com indisponibilidade da dose prescrita para acesso gratuito pelo SUS e a falta de adequação da prescrição médica.<sup>14,15</sup>

Referente a escolaridade, 29% dos entrevistados possuía o tempo de escolaridade entre quatro e sete anos, 46% relataram ter frequentado menos de quatro anos de estudos e 21% se diziam analfabetos. No estudo realizado por Barreto et al.,<sup>3</sup> constatou-se que os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) que possuíam oito anos ou menos de estudo apresentaram chance 1,3 vezes maior de não aderirem a farmacoterapia. Desta forma, sugere-se que a baixa escolaridade possa estar associada a dificuldade em compreender a prescrição médica e a importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle das doenças crônicas (DC).

Outra característica evidenciada na população em estudo foi a faixa etária, em que 10% relataram ter entre 40 e 49 anos, 16% entre 50 e 59 anos, 20% entre 60 e 69 anos, 40% entre 70 e 79 anos e por fim 15% apresentaram ter mais de 80 anos de idade. Não houve significância estatística ( $p = 0.3582$ ) entre as idades e ao uso correto dos medicamentos, mostrando que em todas as idades os indivíduos não aderem ao tratamento. Contrapondo o estudo, Barreto et al.<sup>3</sup> e Busnello et al.<sup>16</sup> afirmaram que o aumento da idade etária associado à maior probabilidade de seguimento ao tratamento recomendado, no entanto existe um fator associado que são os lapsos da memória nos idosos. O esquecimento pode apontar como causa do uso incorreto dos medicamentos e logo a não adesão ao tratamento.<sup>17,18</sup>

Já os pacientes com idade inferior a 60 anos, apresentaram auto percepção de "boa saúde", se sentem menos vulneráveis e demonstraram menor aceitação do tratamento como alternativa de prolongamento da vida.<sup>3</sup> Devido à ausência de sintomas de algumas DC, o paciente jovem constrói um conceito distorcido sobre a doença e demonstra-se menos preocupado e desor-

ganizado com os medicamentos, fazendo uso de forma incorreta.<sup>2</sup> Apesar do jovem parecer ter melhor capacidade para compreender as orientações dos profissionais de saúde, ele dá menos importância ao tratamento.<sup>19</sup>

No caso do estado civil, não houve diferença significativa ( $p = 0.288$ ) entre os casados, viúvos, divorciados e solteiros quando comparados ao uso correto dos medicamentos, cometeram erros ao tomar os medicamentos prescritos.

Segundo a literatura, a DC poderá acarretar limitações no estilo de vida dos pacientes, tornando-os tristes, insatisfeitos e depressivos. Assim sendo, o envolvimento de um membro da família no tratamento da DC poderia facilitar a adesão do paciente à terapia medicamentosa.<sup>3</sup>

Observa-se que a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso através da abordagem quantitativa pode ter sido restringida pelas especificidades das respostas quanto ao modo de uso dos medicamentos. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas com delineamento qualitativo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de uso dos medicamentos prescritos foi avaliado como inadequado o que poderá desencadear efeitos indesejáveis ou prejudiciais à saúde dos portadores de DCNT. Assim, sugere-se às EqSF analisar as dificuldades encontradas e propor estratégias mais efetivas de incentivo à adesão ao tratamento. No entanto, isso não é o suficiente. Faz-se necessário o envolvimento entre a equipe de saúde e os familiares, no cuidado aos indivíduos portadores de DCNT, visando a manutenção sistemática da terapia medicamentosa.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Silva AP, Avelino FVSD, Sousa CLA, Valle ARMC, Figueiredo MLF. Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online* 2016; 8(1):4047-4055. doi: 10.18066/revunivap.v20i35.182.
3. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2015;68(1):60-7. doi: 10.1590/0034-7167.2015680109p.
4. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica* 2011;29(5):358-64. doi: 10.1590/S1020-49892011000500009.
5. Cardoso CK, Malheiros RT, Torres OM, Silveira MPT. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva. *Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada* 2013;34(2):263-

268. doi: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewPDFInterstitial/2431/1411](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewPDFInterstitial/2431/1411).
6. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-americana Enfermagem* 2004; 12(5):721-6. doi: 10.1590/S0104-11692004000500004.
  7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. <http://www.ibge.gov.br/http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315340>
  8. R Core Team (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>
  9. Organização Mundial de Saúde (OMS). Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action[Internet]. Geneva. OMS. 2003.199p.
  10. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic Saúde Doenças* 2001;2(2):81-100.
  11. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging* 2005;22(3):231-55.
  12. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med* 2015;13(1):75-84.
  13. Dourado CS, Macedo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de Joao Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Sci Health Sci* 2011;33(1):9-17. doi: 10.4025/actascihealthsci.v33i1.7708.
  14. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Neto JE. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2010;26(12):2389-98. doi: 10.1590/S0102-311X2010001200017.
  15. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil; um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2014;30(4): 815-26
  16. Busnello R, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. *Arq Bras Cardiol* 2001;76:349-51. doi: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7605/7605001.pdf>.
  17. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(7):1885-1892. doi: 10.1590/S1413-81232012000700028.
  18. Rocha CH, Oliveira SA, Ferreira C, Faggiani FT, Scroeter G, Souza AC, DeCarli G, Morrone FB, et al. Adesão a prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008;13(3):703-10. doi: 10.1590/S1413-81232008000700020.
  19. Kungäs H, Lahdenperä T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Adv Nurs* 1999;29(4):832-9. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00962.x.

**Como citar:** CAIXETA, Nádia Camila Rodrigues Costa et al. *Modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas acompanhados pelas equipes da estratégia de saúde da família de um município mineiro. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8140>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8140>.*

## ARTIGO ORIGINAL

# Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do Programa Mais Médicos

*Pregnant women conception about prenatal care performed by professional of "More Doctors" program*

Carine Amabile Guimarães,<sup>1</sup> Narciso Vieira Soares,<sup>1</sup> Juliane Pereira Dorneles,<sup>1</sup> Eduarda Batista Kreuning<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo, RS, Brasil.

Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 15/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
dudabatistak@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** identificar as concepções de gestantes sobre o pré-natal, realizado pelos médicos do Programa Mais Médicos, em uma UBS. **Método:** trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório com uma abordagem qualitativa. Participaram do estudo 14 gestantes atendidas pelo SUS. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista individual com um questionário norteador com questões abertas e fechadas, sendo realizadas na sala de consulta de enfermagem da Unidade Básica de Saúde, no período de junho e julho de 2016. Os dados foram analisados por meio da análise temática. **Resultados:** na análise dos dados elencaram-se as categorias "Concepções sobre o atendimento recebido pelos profissionais do Programa Mais Médicos na realização do pré-natal"; "A escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo como diferencial na atenção ao pré-natal na UBS". **Considerações finais:** o estudo evidenciou que o atendimento realizado pelos profissionais do PMM alicerçam-se nos princípios do SUS, em que o acolhimento e o vínculo são priorizados e a escuta qualificada representa um diferencial na interação profissional usuária.

**Palavras-chave:** Atenção ao Pré-natal; Programa Mais Médicos; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Objective:** identify the views of pregnant women on prenatal care performed by doctors of the More Doctors program in a Brazilian basic health unit (UBS). **Method:** this is an exploratory study with a qualitative approach. The study included 14 pregnant women attended by Brazilian public health system (SUS). Data were collected using an individual interview with a

guiding questionnaire with open and closed questions, held in the nursing consultation room between June and July 2016. Data were analyzed by thematic analysis. **Results:** data analysis results in two categories: "Conceptions about care provided by professionals of "More Doctors" in performing prenatal"; "A qualified listening, welcoming and bonding as a differential in attention to prenatal care at UBS." **Closing remarks:** the study showed that services provided by professionals are founded by SUS principles, in which the host and the bond are prioritized and qualified listening is a differential in the professional-user interaction.

**Keywords:** Prenatal Care; More Doctors Program; Public Health.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) que está presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades. É neste atendimento que 80% dos problemas de saúde são resolvidos, assim a Atenção Básica (AB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) constituem-se nos principais elementos que incidem na mudança paradigmática do modelo de atenção à saúde vigente.<sup>1</sup>

A consulta de pré-natal é a única forma de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, minimizando os riscos para mortalidade infantil e materna, além de fatores biológicos são abordados aspectos psicossociais, preventivos e as atividades educativas. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade

dos cuidados. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª e 36ª semanas e semanais a partir da 36ª semana.<sup>2,3</sup>

A escassez ou ausência de profissionais médicos, interfere nesse processo, na medida em que aumenta a dificuldade em agendar uma consulta. Outro fator que interfere no atendimento à gestante é a distância de sua residência ao serviço de saúde, o que pode acarretar a ausência dessas usuárias aos serviços de saúde.

Foi com intuito de melhorar o acesso e propiciar um atendimento integral e igualitário que ocorreu a implantação do Programa Mais Médico pelo Governo Federal. Esse Programa nasceu em 2013, como uma política pública que responde ao diagnóstico identificado na Pnab, que é a consolidação e a valorização da atenção básica junto à população e aos profissionais de saúde. Faz parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, visando a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.<sup>1-4</sup>

O programa tem como objetivo resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também criar condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.<sup>4</sup>

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.<sup>1</sup>

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Com a implantação do Programa no município, as consultas de pré-natal, antes realizada em um único local no município (Centro de Apoio), começaram a ser descentralizadas para as unidades básicas e estratégias da saúde da família e passaram a ser realizadas por clínico geral do programa. Este estudo alicerça-se na seguinte questão norteadora: Qual o grau de satisfação das gestantes em relação ao pré-natal, realizado por médicos do Programa Mais Médicos. O objetivo foi avaliar o grau de satisfação das gestantes, quanto ao pré-natal realizado pelos médicos do Programa Mais Médicos.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório descritiva com uma abordagem qualitativa que busca avaliar o grau de satisfação das gestantes, quanto ao pré-natal realizado pelos médicos do “programa mais médicos”, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Santo Ângelo. Participaram do estudo 14 gestantes atendidas pelo SUS, que atenderam aos critérios de inclusão: ser pacientes do SUS, com diagnóstico de gravidez aceitar participar; estar em pleno domínio de

suas faculdades cognitivas. Como critérios de exclusão: não ser gestante, não aceitar participar do estudo. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista individual com um questionário norteador, com questões abertas e fechadas, sendo realizada na sala de consulta de enfermagem da Unidade Básica de Saúde em estudo no período de julho e agosto de 2016. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática das falas e envolveu as etapas de leitura e releitura do conteúdo dos dados narrativos para identificar temas e padrões relevantes.

Visando atender os aspectos éticos da pesquisa e tendo como base à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo. O mesmo obteve parecer favorável CAAE: 54096516.2.0000.5354. Aos sujeitos da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que continha esclarecimentos sobre sua livre participação, preservação do anonimato e respeito à liberdade do sujeito em não participar da pesquisa. Garantia do anonimato mediante a utilização de pseudônimos, para identificação dos sujeitos. Onde foi assegurado às participantes que sua participação não teria nenhuma influência, quanto ao atendimento na rede básica de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados emergidos mediante entrevistas com as gestantes, foram submetidos ao processo de análise, obtendo-se a seguinte categoria temática:

### **Concepções sobre o atendimento recebido pelos profissionais do Programa Mais Médicos na realização do pré-natal.**

Nesta categoria, as gestantes apresentam suas concepções sobre o atendimento recebido na realização do pré-natal com os profissionais do Programa Mais Médicos na UBS, as quais avaliam como excelente atendimento, apresentando como diferencial a escuta atenciosa, a cortesia e paciência em esclarecer dúvidas. As afirmações, a seguir, confirmam essa percepção:

“Excelente atendimento, me senti bem segura em relação à médica, ela avalia a gestante como um todo. Vê a mãe após o parto e não só o bebê”. (G7)

“Fui bem atendida, me senti acolhida e segura desde o primeiro momento”. (G6)

“Os médicos estrangeiros são muito atenciosos dedicados eles têm interesse em te ajudar, tu vê isso. A doutora daqui foi muito, muito querida comigo. Quando eu fiquei sabendo que era cubana não me senti segura, mas aí, na primeira consulta mudei completamente de idéia”. (G 4)

Nos discursos das gestantes evidencia-se aprovação e aceitação pelo atendimento realizados pelos profissionais do PMM, destacando-se os aspectos que

envolvem o diálogo, a segurança e a cumplicidade que emergiu nessa relação terapêutica profissional/gestante. A escuta qualificada e o acolhimento são importantes tecnologias leves, que podem ser utilizadas como diferencial no processo de cuidado pré-natal com qualidade.

Um estudo que teve como objetivo discutir como os usuários percebem o acesso às unidades básicas de saúde, por meio do acolhimento, considera que “ao se trabalhar com a tecnologia das relações durante o atendimento, o acolhimento constitui-se como uma das primeiras ações a serem desenvolvidas por toda a equipe, no momento de receber o usuário na unidade de saúde.”<sup>5</sup>

O estudo aponta que a existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários denota um grau de responsabilidade da UBS com a população, constituindo-se em uma relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde.

Nos relatos, as participantes avaliam o atendimento recebido antes da implantação do PMM como insatisfatório, centrado prioritariamente na doença, não levando em consideração outras dimensões vivenciadas pela gestante nesse período.

“Antes do programa nunca teve esse atendimento no pré-natal, as médicas cubanas têm um olhar para a mãe também, não só para o bebê, porque no convênio, se o bebê está bem, a mãe não importa”. (G7)

“A atenção durante as consultas é o diferencial, porque no meu convênio não duravam mais de dez minutos. [...] Teve exames que ela pediu que meu médico do convênio não sabia do que se tratava, me senti segura”. (G7)

As afirmações anteriores evidenciam que o modelo biomédico predominava nos atendimentos às gestantes na UBS, antes da chegada desses profissionais. Tal modelo não considera o ser humano em sua totalidade, na medida em que se preocupa apenas com os aspectos biológicos do atendimento, na medida em que se preocupa apenas com o exame físico da gestante. Na concepção das entrevistadas, o atendimento realizado pelos profissionais do PMM se processa a partir de um enfoque sistêmico, considerando a saúde como resultante de múltiplos fatores, sociais, ambientais, econômicos e subjetivos, dentre outros.

Um estudo<sup>5</sup> que teve como objetivo conhecer o modelo de atenção à saúde, utilizado na assistência pré-natal, em unidades de Estratégia de Saúde da Família, considera relevante o processo de trabalho dos profissionais de saúde por serem “capazes de transformar a realidade de sua produção, como forma de qualificar e humanizar a assistência, bem como de fazê-la mais resolutive, na medida em que prioriza a escuta como instrumento de trabalho, visando tornar as necessidades de cada indivíduo como centro de sua prática”.

A presença da gestante, na UBS, pode ser utilizada como espaço/momento para a educação em saúde, pois “é preciso empoderar as mulheres sobre questões referentes aos seus direitos, sobre o seu corpo, condutas e procedimentos, para que se possa dar voz ativa à população e que essa busque uma assistência digna”.<sup>5,6</sup>

## **A escuta qualificada, o acolhimento e o vínculo como diferencial na atenção ao pré-natal na UBS**

As gestantes deixam transparecer em seus discursos que os profissionais do PMM, em seu processo de atendimento buscam atender de maneira qualificada, fortalecendo o vínculo e ampliando seu olhar para aspectos subjetivos que envolvem a gravidez, conforme percebido nas manifestações a seguir:

“Ela sentou comigo, me explicou tudo sobre a evolução da gravidez, sobre o tipo de parto e não apenas os resultados dos exames. Ela se preocupa comigo”. (G14)

“Eu tive aqui um atendimento melhor do que o do meu convênio”. (G 3)

As gestantes avaliam como excelente o atendimento recebido no atendimento prestado pelos profissionais do PMM, reconhecendo como diferencial a disponibilidade e o interesse profissional pelo seu caso em especial. Cada usuária é respeitada em sua individualidade e autonomia, buscando-se fortalecer o vínculo e o acolhimento conforme preconizam os princípios do SUS.<sup>7</sup> Um estudo, que buscou discutir como os usuários do município de Fortaleza (CE), percebem o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento, que os autores observaram que “a falta de informações para os usuários sobre o funcionamento dos serviços de saúde ofertados promovem um déficit de conhecimento e causam, algumas vezes, a procura de informações nos consultórios de atendimento dos profissionais de saúde”.<sup>5</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou que os atendimentos realizados pelos profissionais do PMM alicerçam-se nos princípios do SUS, em que o acolhimento e o vínculo são priorizados e a escuta qualificada representa um diferencial na interação profissional usuária. Acredita-se que a atitude adotada por esses profissionais no atendimento às gestantes, pode consolidar novos modos de fazer a prática na Atenção Básica, em que são priorizados aspectos que ultrapassam o modelo biomédico.

O tempo dispensado às consultas, a atenção às usuárias, segurança e o esclarecimento das dúvidas, durante o atendimento, também ficou evidente nas falas, inclusive a diferença desse atendimento aqueles que recebiam de profissionais brasileiros, mesmo os de atendimento privado.

O estudo terá continuidade na medida em que faz parte de um projeto de iniciação científica e outros achados poderão subsidiar novas análises, sobre a avaliação da atuação dos profissionais do PMM na UBS.

## **REFERÊNCIAS**

1. Alberti GF, Schimith MD, Budó MLD, Neves GL, Rosso LF. Atributo do primeiro contato na atenção básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica

- do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* 2016;25(3). doi: 10.1590/0104-07072016004400014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
  3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
  4. Brasil. Lei 12.871 que institui o Programa Mais Médicos. Brasília. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). > Acesso 10 de fevereiro de >.
  5. Coelho MO, Jorge MSB, Araujo OME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana* 2009;33(3):440-52.
  6. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Minasi JM, Carvalho VF. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. *Texto Contexto Enferm* 2016;25(1). doi: 10.1590/0104-0707201600003680013.
  7. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gulmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GG. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;6(10). doi: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.

**Como citar:** GUIMARÃES, Carine Amabile et al. *Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do programa mais médicos*. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8144>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8144>.

## ARTIGO ORIGINAL

# Vulnerabilidades e risco em saúde: percepção dos idosos

## *Vulnerability and health risk: elderly perception*

Tuanna Agne,<sup>1</sup> Luciane Baierle Lorenzatto,<sup>1</sup> Maria Assunta Busato,<sup>1</sup> Junir Antônio Lutinski<sup>1</sup><sup>1</sup>Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Ciências da Saúde. Universidade Comunitária, Chapecó, SC, Brasil.

Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 19/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016

tuanna@unochapeco.edu.br

## RESUMO

**Objetivo:** conhecer as percepções dos idosos referentes às vulnerabilidades e riscos de saúde a que estão expostos. **Método:** trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, através de entrevista semiestruturada, composta por uma questão fechada e três questões abertas. Participaram da entrevista 25 idosos, no município de Caxambu do Sul, SC. **Resultados:** predominou o sexo feminino, faixa etária entre 60 e 69 anos e escolaridade de nível fundamental incompleto. Quanto à percepção dos riscos, o agrotóxico, a aposentadoria insuficiente, distúrbios alimentares e trabalho forçado foram predominantes nas categorias. Todos os participantes referiram ter pelo menos uma doença crônica. **Considerações finais:** na percepção dos idosos, as vulnerabilidades e riscos à saúde a que estão expostos são: a) risco ambiental (agrotóxico); b) risco socioeconômico (aposentadoria insuficiente e gasto com medicação); c) risco nutricional (distúrbios digestórios); d) risco ocupacional (trabalhos forçados). Foi possível perceber que os idosos apresentam uma concepção ampliada de saúde, não a considerando como mera ausência de doenças, mas identificando a influência de diversos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e econômicos relacionados ao risco em saúde.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Doenças crônicas; Empoderamento; Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** know the elderly perceptions regarding the vulnerabilities and health risks they are exposed. **Method:** this is a descriptive exploratory study through semi-structured interviews, consisting of one closed question and three open questions. We interviewed 25

seniors in the city of Caxambu do Sul, SC, Brazil. **Results:** subjects are mainly female, aged between 60 and 69 years and incomplete primary education level. As for the risks perception pesticides, insufficient retirement, eating disorders and forced labor were prevalent in all categories. All participants reported having at least one chronic disease. **Closing remarks:** it was revealed that the elderly have an expanded concept of health, not considering as mere absence of disease, but identifying the influence of various biological, psychological, social, political and economic risk related to health. But there has been a conformist for the situation they are in and a difficulty in putting into practice the knowledge they have.

**Keywords:** Aging; Chronic diseases; Empowerment; Health Education.

## INTRODUÇÃO

A demografia brasileira está em processo de transição e os idosos representam o segmento de maior aumento populacional. Esse fator se justifica, em parte, pelos maiores investimentos em saúde pública nas últimas décadas e reduções na taxa de fecundidade e mortalidade.<sup>1,2</sup> Para analisar esse processo de envelhecimento, faz-se um comparativo temporal: em 2000, os idosos no Brasil correspondiam a 14,2 milhões e em 2010 passaram para 19,6 milhões, representando 9,98% da população total. As estimativas para 2030 indicam que os idosos atingirão 41,5 milhões e em 2060 serão aproximadamente 73,5 milhões de idosos no Brasil.<sup>3</sup>

Diante desse cenário crescente, as alterações do envelhecimento predispõe o desenvolvimento das vulnerabilidades, tanto as de natureza biológica, socioeconômica, quanto psicossocial. Essas alterações fisiológicas quando associadas às condições de educação, renda e saúde levam ao adoecimento e dificuldade de

enfretamento dessa nova etapa.<sup>4</sup>

Portanto, vulnerabilidade é um termo frequentemente utilizado para designar a suscetibilidade das pessoas a desenvolver problemas e danos de saúde.<sup>5</sup> Considera-se vulnerável uma pessoa cuja capacidade de realizar as atividades normais de vida diária ou para promover seu próprio cuidado e proteção está prejudicada por alterações mentais, emocionais ou físicas.<sup>6</sup> O conceito de risco em saúde aparece interligado à vulnerabilidade, e refere-se a algo que pode ser danificado, quebrado ou afetado em função de determinada exposição.<sup>7</sup>

Esses conceitos conexos ao envelhecimento, cada vez mais, fazem parte do interesse de pesquisadores, profissionais e estudiosos para identificar e empoderar os idosos que estão expostos a eventos adversos e ou propensos a danos ao bem-estar e à saúde.<sup>7</sup>

As discussões acerca do envelhecimento e da velhice foram ampliadas nos últimos anos e como reflexo disso, o número de pesquisas e estudos sobre esse tema aumentou de forma substancial, sobretudo, nas últimas duas décadas.<sup>8</sup> No entanto, a vida desses seres humanos não tem melhorado na mesma proporção que esse conhecimento tem sido produzido, o que gera reflexões em torno do que se pesquisa e com que finalidade.<sup>8</sup>

Então, ao pesquisar na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), no mês de maio de 2016, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) presentes no título, resumo e assunto: "vulnerabilidade" and "risco" and "idoso" e seus sinônimos, localizaram-se oito artigos disponíveis no idioma inglês, português e espanhol, entre os anos 2011 a 2016,<sup>4,9-15</sup> e apenas um estudo<sup>4</sup> aborda a percepção do idoso sobre sua condição de vida e vulnerabilidade. Isso demonstra que há uma lacuna de produção na literatura referente aos temas citados acima. Enfatiza-se a importância desses estudos, que buscam dar voz aos idosos, permitindo-lhes colocar em pauta suas reais necessidades e os aspectos que muitas vezes permanecem sub-referidos nos serviços.

Considerando a vulnerabilidade dos idosos e a importância em reconhecer as necessidades de enfrentamentos dos riscos de saúde apresentados, este estudo teve por objetivo conhecer as percepções dos idosos referentes às vulnerabilidades e riscos em saúde a que estão expostos.

## MÉTODO

Esta pesquisa é de natureza exploratória descritiva e visa à busca de informações para conhecer a percepção dos idosos sobre as vulnerabilidades e riscos em saúde a que estão expostos, salientando os problemas de saúde autorreferidos.

Os idosos, participantes do estudo, residem na zona rural e urbana no município de Caxambu do Sul – SC localizado na região oeste de Santa Catarina. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,<sup>16</sup> a estimativa populacional para o município, no ano de 2016 é de 4028 habitantes e de acordo com dados do Sistema de Informação Básica, em dezembro de 2015 estavam cadastradas 844 pessoas acima dos 60 anos. A produção econômica de Caxambu do Sul é basicamente agrícola, caracterizada por pequenas propriedades com mão de obra familiar.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de

entrevista semiestruturada, composta por uma questão fechada e três questões abertas. Foram entrevistados idosos, que estavam presentes nas atividades do Centro de Convivência do Idoso da cidade, no mês de maio de 2016. Os idosos que aceitaram responder à pesquisa, receberam informações do pesquisador referente às intenções, objetivos, procedimento de coleta de dados dessa pesquisa e garantia da preservação da identidade.

Os resultados foram dispostos no programa Microsoft Office Excel (2007). Para análise dos dados, das questões fechadas calculou-se a frequência de ocorrência do evento. Nas análises das questões abertas, as informações foram dispostas em categorias temáticas de conteúdo, que segundo Minayo,<sup>17</sup> que consiste na descoberta de núcleos de sentido evidenciados a partir das perguntas.

Este estudo deriva de uma atividade de ensino na disciplina de Vulnerabilidades e Riscos em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unochapecó e respeitou os requisitos da Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil.<sup>18</sup>

## RESULTADOS

Participaram do estudo 25 idosos, residentes na cidade Caxambu do Sul - SC. O perfil sociodemográfico dos participantes idosos corresponde, em sua maioria, 76% (n=19) sexo feminino, predominando 48% (n=12) a faixa etária entre 60 e 69 anos, 40% (n=10) entre 70 e 79 anos e 12% (n=3) idosos acima de 80 anos. Quanto ao nível de escolaridade 80% (n=20) não completaram o Ensino Fundamental, 8% (n=2) não concluíram o Ensino Médio, na mesma proporção (8%) apresentam Ensino Superior Completo e 4% (n=1) concluiu o Ensino Fundamental.

Os dados referentes à percepção dos idosos sobre o risco de saúde estão subdivididos em categorias intituladas risco ambiental, socioeconômico, nutricional e ocupacional, como demonstra a Tabela 1. Na categoria ambiental, 52% (n=13) identificaram o uso de agrotóxico como o principal agente lesivo à saúde. No risco socioeconômico, 36% (n=9) relacionaram que a aposentadoria é insuficiente para suprir as necessidades, e os gastos com medicamentos não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) corresponderam a 28% (n=7) dos entrevistados. Os riscos nutricionais foram mencionados por 32% (n=8). Na percepção dos riscos, 52% (n=13) dos idosos elencaram o trabalho forçado como um risco ocupacional.

São apresentados na Tabela 2, os motivos que predisõem os riscos de saúde no domínio ambiental, socioeconômico nutricional e ocupacional. Os mais citados na categoria do risco ambiental foram o descuido e/ou desinteresse da população. No risco socioeconômico, os idosos não identificaram os motivos. Por outro lado, na questão nutricional destacaram a ansiedade como um risco à saúde.

Na Tabela 3 são apresentados os fatores que reduziram os riscos de saúde no domínio ambiental, socioeconômico nutricional e ocupacional, segundo a percepção dos idosos. Nos riscos ambientais 20% (n=5) abordaram a importância de usar equipamentos para aplicar agrotóxicos. Nos riscos socioeconômicos 8% (n=2) gostariam de receber ajuda dos filhos e na

**Tabela 1** - Percepção de idosos do município de Caxambu do Sul, SC, sobre o risco de saúde no domínio ambiental, socioeconômico nutricional e ocupacional, maio de 2016.

Variável	Categoria	Frequência	%
Risco ambiental	Agrotóxico	13	52
	Outros ou não respondeu	12	48
Risco socioeconômico	Aposentadoria insuficiente	9	36
	Gasto com medicação	7	28
	Analfabeto	2	8
	Residir sozinha	2	8
	Não respondeu	9	36
Risco nutricional	Distúrbios ou problemas digestório	8	32
	Outro ou não respondeu	15	68
Risco ocupacional	Trabalho forçado	13	52
	Outros ou não respondeu	12	48

Fonte: Pesquisa com população idosa no município de Caxambu do Sul – SC, 2016.

**Tabela 2** - Motivos que predispõem os riscos de saúde no domínio ambiental, socioeconômico nutricional e ocupacional envolvendo idosos do município de Caxambu do Sul, SC, maio de 2016.

Variável	Categoria	Frequência	%
Risco ambiental	Descuido da população	3	12
	Necessidade de produzir	10	40
	Outros ou não respondeu	12	48
Risco socioeconômico	Não respondeu	25	100
Risco nutricional	Ansiedade	3	12
	Outro ou não respondeu	20	88
Risco ocupacional	Necessidade de trabalhar	8	32
	Outros ou não respondeu	17	68

Fonte: Pesquisa com população idosa no município de Caxambu do Sul – SC, 2016.

**Tabela 3** - Fatores que reduziriam os riscos de saúde no âmbito ambiental, socioeconômico nutricional e ocupacional, segundo relatos de idosos do município de Caxambu do Sul, SC, maio de 2016.

Variável	Categoria	Frequência	%
Risco ambiental	Utilizar equipamentos para proteção	5	20
	Outros ou não respondeu	20	80
Risco socioeconômico	Ajuda dos filhos	2	8
	Retomar os estudos	1	4
	Trabalhar mais	2	8
	Não respondeu	20	80
	Melhorar alimentação	8	32
Risco nutricional	Outro ou não respondeu	17	68
	Não ter o que fazer	5	20
Risco ocupacional	Tomar medicação	2	8
	Outros ou não respondeu	20	80

Fonte: Pesquisa com população idosa no município de Caxambu do Sul – SC, 2016.

mesma proporção de 8% relataram a necessidade de 'trabalhar mais' para contribuir na renda familiar. Nos riscos nutricionais 32% (n=8) apresentam informações sobre a importância da alimentação saudável. Essa porcentagem equivale aos idosos que citaram apresentar distúrbios ou problemas (Tabela 1). E nos riscos ocupacionais 20% (n=5) aceitam a condição que se encontram como evidencia a fala 'não tem o que fazer'.

Referente às comorbidades autorreferidas, 100% (n=25) apresentaram pelo menos uma doença crônica. Neste tópico os idosos poderiam informar mais de uma variável. A prevalência de doenças referiu-se, 84% (n=21), às doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, arritmias cardíacas, trombose, colesterol), 68% (n=17) às doenças osteomusculares (osteoporose, artrose, artrite e alterações na coluna vertebral), 16% (n=4) às doenças digestórias (gastrite

e úlceras estomacais) e 16% (n=4) às doenças neurológicas leves (ansiedade e depressão).

## DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional brasileiro é um desafio para a saúde pública, em decorrência do crescimento acelerado em um contexto de desigualdades sociais, economia frágil, índices de pobreza, precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros.<sup>19</sup> Nesse cenário social, o idoso torna-se vulnerável predispondo à suscetibilidade de doenças ou agravos porque o sistema de saúde não consegue atender integralmente às novas demandas da população.

Portanto, para adaptar-se é preciso conhecer e estudar o processo de envelhecimento, no mundo con-

temporâneo e no contexto da realidade local.<sup>8</sup> Assim, facilitará ao profissional de saúde, a compreensão do idoso na sociedade, podendo ainda, estabelecer um perfil da população e adequar os serviços de saúde, a partir da necessidade, garantindo o atendimento integral.

### Perfil dos idosos entrevistados

A população idosa no Brasil caracteriza-se por uma maior representação feminina que pode ser justificada pela maior expectativa de vida das mulheres.<sup>4</sup> Rodrigues e Neri,<sup>20</sup> explicam que as mulheres, geralmente, têm maior adesão aos tratamentos e incluem no cotidiano as informações dadas pelos profissionais de saúde, como medidas preventivas para patologias. Essas afirmações demonstram que os dados obtidos em Caxambu do Sul, SC, onde 76% dos participantes idosos eram do sexo feminino, estão de acordo com as pesquisas.<sup>4,20</sup>

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que 80% (n=20) não completaram o Ensino Fundamental, configurando o baixo nível de escolaridade. Esses dados podem ser justificados pela dificuldade de acesso ao ensino quando jovens, falta de incentivo dos pais ou ainda, exigências para trabalhar e aumentar a renda da família. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Jacobson et al.,<sup>21</sup> no município de pequeno porte, no Espírito Santo, onde 88% dos entrevistados são analfabetos ou possuem apenas ensino fundamental completo. Outro estudo realizado por Busato et al.,<sup>4</sup> em um município do Rio Grande do Sul, também de pequeno porte, apontou prevalência de 95% dos entrevistados apresentando ensino fundamental incompleto. Pode-se inferir, portanto, que o nível de escolaridade pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade dos idosos, como enfatiza Luz et al.<sup>19</sup> A falta de instrução entre os idosos possui estreita relação com as dificuldades na saúde, como exemplos, o manuseio de medicamentos, seguimento de dietas, prescrições e outros.

Referente à prevalência de doenças crônicas, os participantes deste estudo (n=25) referiram apresentar pelo menos uma doença. Essa elevada ocorrência é explicada por Veras<sup>22</sup> e Mendes,<sup>23</sup> que consideram a idade como um dos fatores de risco para desenvolver comorbidades. O IBGE também relaciona a idade à predisposição de desenvolver doenças e as pesquisas estimam que 85% dos idosos apresentem, pelo menos, uma doença crônica.<sup>24</sup> Importante salientar que as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem monitoramento e controle contínuo por longos períodos.<sup>25</sup> Malta, Neto e Silva Júnior,<sup>25</sup> afirmam que as doenças crônicas atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos, baixa escolaridade e renda. Os resultados desta pesquisa corroboram com outro estudo,<sup>25</sup> ao demonstrar que as doenças cardiovasculares foram as mais citadas pelos idosos.

### Vulnerabilidades e riscos em saúde

As vulnerabilidades e os riscos foram percebidos pelos idosos, e ainda, relacionaram os motivos que os predispõem a esses riscos à sua saúde. Ao indagar o idoso sobre os problemas ambientais, a resposta citada, mais frequentemente, foi o uso de agrotóxicos. Percebeu-se que os idosos utilizam e/ou utilizaram o agrotóxico como um evento corriqueiro em suas

vidas, comumente sem proteção, mesmo recebendo informações dos setores de saúde e agricultura sobre a importância dos equipamentos de proteção. Os idosos justificaram ao final da entrevista que há uma 'necessidade de produzir' e 'a planta não sobrevive sem veneno'. Percebe-se que a maioria compreende que está em situação de risco e vulnerável aos malefícios dos agrotóxicos.

Sobre o uso de agrotóxicos, dados do Sistema de Informação Morbidade Hospitalar do SUS (SIH / SUS), de abril de 2015 a abril de 2016, demonstram que o município de Caxambu do Sul, SC apresentou 55 das internações ocorridas por Lesões de Envenenamento e outras consequências e causas externas.<sup>26</sup> Nesses dados não estão inseridos o número de consultas na atenção básica em decorrência dos sinais e sintomas de envenenamento o que poderia aumentar a incidência dos casos.

Os dados desse estudo corroboram com outras pesquisas que demonstram a aplicação de agrotóxicos como uma prática comum em muitas propriedades brasileiras. Pesquisa no Rio de Janeiro, em comunidades rurais, constatou em 2005, que 92,5% utilizavam agrotóxicos.<sup>27</sup> No Espírito Santo, 60% dos entrevistados relataram uso de agrotóxico.<sup>28</sup>

Quanto aos riscos socioeconômicos, considerou-se a aposentadoria insuficiente (36%) e os gastos com medicamentos (28%). Busato et al.,<sup>4</sup> salienta que, frequentemente, os idosos são portadores de doenças crônicas e precisam dispor de parte considerável de seu orçamento, aos cuidados necessários a essa condição. A pesquisa realizada por Luz et al.,<sup>19</sup> revelou que os maiores gastos dos idosos são com alimentação, seguidas de expressivos gastos com saúde/medicamentos.

Em relação aos riscos nutricionais, os participantes que referem algum distúrbio alimentar ou problema gastrointestinal relataram como 'solução' melhorar a alimentação. Para Abreu et al.,<sup>29</sup> diversos fatores podem afetar a nutrição dos idosos, tais como: depressão, isolamento social, pobreza, desintegração social, dependência para realizar atividades da vida diária e comprometimento da capacidade cognitiva. Geib<sup>30</sup> complementa que a transição dos padrões de consumo alimentar, somada ao sedentarismo, aponta para um aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade, condições que contribuem para o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades, prevalentes nos idosos.

### Doenças crônicas e o empoderamento

Para Focchesatto et al.,<sup>31</sup> as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são predominantes nos idosos e constituem como importante risco à saúde. Nas pesquisas<sup>11,14</sup> os fatores que predispõem as doenças no envelhecimento são o sexo masculino, baixa renda, polimedicação, sedentarismo e percepção negativa da qualidade de vida. Essas variáveis contribuem aos maiores índices de vulnerabilidade, incapacidade e dependência.

Pode-se ainda, associar a alimentação, uso de serviços de saúde, incluindo a hospitalização com a predisposição ao desenvolvimento de doenças crônicas. Todos esses fatores descritos são denominados de Determinantes Sociais da Saúde e interferem nos estilos e hábitos de vida da população.<sup>32,33</sup> Portanto, identificar os Determinantes Sociais da Saúde de uma determinada região contribuirá na construção de políticas públicas de

saúde e sociais mais abrangentes e adequadas às necessidades dos idosos e favorecer o empoderamento.<sup>34</sup>

Os determinantes que merecem atenção são aqueles que podem ser potencialmente alterados pela ação baseada em informações. Cabe mencionar a educação em saúde que utiliza as estratégias de conscientização da população, com ênfase no público vulnerável, para instigar-lhes a responsabilidade sobre sua saúde.<sup>33</sup>

Para isso, a comunicação entre profissional de saúde e paciente é muito importante para estabelecer um compartilhamento de informação, tornando esse paciente autônomo à negociação diante do tratamento e das condições que favorecem o autocuidado. A essa relação chamamos de empoderamento.<sup>35</sup> Essa terminologia é mencionada desde a Carta de Ottawa em 1986, como a peça-chave na promoção da saúde.<sup>36</sup>

Empoderar é o domínio sobre suas vidas, é adquirir conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde e assumir responsabilidades sobre sua condição clínica.<sup>37</sup> O empoderamento do paciente e o autocuidado são, portanto, a forma mais eficaz para lidar com as doenças crônicas, permitindo que o paciente tome uma consciência crítica em relação a seus problemas de saúde, ou seja, a capacidade de intervir na realidade.<sup>38</sup> Taddeo et al.,<sup>37</sup> complementa que o problema não é apenas se o paciente controla a própria doença, mas como consegue gerenciar sua vida apesar da enfermidade.

Portanto, com o aumento da longevidade, o desafio é viver mais, de forma mais saudável e com maior qualidade de vida, o que aponta para a importância do desenvolvimento de políticas públicas que propiciem a autonomia, independência e um viver saudável.<sup>39</sup> Identificar os idosos mais vulneráveis, atuar sobre os determinantes sociais da saúde e empoderar o idoso perante sua condição de saúde, podem ser essenciais para auxiliar os gestores na adequação dos serviços de saúde e políticas de saúde, priorizando recursos para ações preventivas, postergando agravos e consequentemente diminuindo custos.<sup>34</sup>

Neste estudo, é possível perceber que os idosos apresentam uma concepção ampliada de saúde, não considerando a saúde como mera ausência de doenças, mas identificando a influência de diversos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e econômicos relacionados ao risco em saúde, porém observa-se um conformismo pela situação em que se encontram e uma dificuldade em colocar em prática os conhecimentos que possuem. Sugere-se, então, que os idosos sejam instigados a refletir sobre as vulnerabilidades e riscos a que estão expostos, como isso afeta a sua condição de saúde e então estimulados ao autocuidado, tornando-se então empoderados.

Este estudo contribui para que a equipe de saúde discuta sobre o entendimento a cerca da compreensão que os idosos têm sobre os riscos e vulnerabilidade a que estão expostos e a partir disso fazer o planejamento das intervenções necessárias para a melhoria da qualidade de vida desse público, com características tão peculiares.

Os dados referentes às doenças crônicas apontam à necessidade de se trabalhar de forma mais eficaz a promoção da saúde em todas as fases de vida dos indivíduos, buscando garantir o envelhecimento com qualidade de vida e autonomia para gerenciar suas escolhas, pois se sabe que o desenvolvimento dessas doenças tem forte ligação com os hábitos adquiridos ao longo da vida.

Está prevista uma devolutiva dos achados desta pesquisa ao gestor de saúde do município de Caxambu do Sul/SC, e espera-se que a partir dos relatos, os profissionais discutam, no âmbito multiprofissional, as inovações das práticas em saúde para auxiliar os idosos nas estratégias de enfrentamento dos riscos em saúde. Essa conduta poderá contribuir na prevenção ou detecção precoce de problemas de saúde, trabalhando em consonância profissional e paciente no autocuidado. Sugere-se que essas intervenções sejam específicas para o perfil socioeconômico do grupo e incluam outros setores da sociedade, pois, de acordo com Silva,<sup>40</sup> são necessários esforços coletivos que possam minimizar as situações de vulnerabilidade da população idosa brasileira, favorecendo, assim, o alcance do envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção dos idosos, as vulnerabilidades e riscos à saúde a que estão expostos são: a) risco ambiental (agrotóxico); b) risco socioeconômico (aposentadoria insuficiente e gasto com medicação); c) risco nutricional (distúrbios digestórios); d) risco ocupacional (trabalhos forçados). Como fatores que reduziram riscos foram citados: a) no risco ambiental (equipamento de proteção); b) no socioeconômico (ajuda dos filhos e trabalhar mais); c) no risco nutricional (melhorar a alimentação); d) no risco ocupacional (não ter o que fazer).

## REFERÊNCIAS

1. Biolchi CS, Portella MR, Colussi EL. Vida e Velhice aos 100 anos de idade: percepções na fala dos idosos. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento 2014;19(2):583-98.
2. Brasil, Secretaria dos Direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília, 2010.
3. Ibge - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudanças Demográficas no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as Projeções da População. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
4. Busato MA, Gallina LS, Téó CRPA, Ferretti F, Pazzagnol M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidades em idosos. Revista Baiana de Saúde Pública 2014;38(3):625-35. doi: 10.5327/Z0100-0233-2014380300010.
5. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP 2009;43(esp 2):1326-30. doi: 10.1590/S0080-62342009000600031.
6. Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: US preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med 2013;158(6):478-86. doi: 10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00588.
7. Salmazo-Silva H, Lima-Silva TB, Barros TC, Oliveira EM, Ordonez TN, Carvalho G, et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. Revista Temática Kairós Gerontologia 2012;15(6):97-116.
8. Ferretti F, Sá CA, Borges VC. Envelhecimento: um fenômeno contemporâneo, complexo e multidimensional. In: Sá CA, Ferretti F, Busato MA (Orgs). Ensaio contemporâneo em saúde: ambiente e envelhecimento numa perspectiva interdisciplinar. Chapecó: Argos, 2013.
9. Fontes AP, Botelho MA, Fernandes AA. A funcionalidade dos

- mais idosos ( $\geq 75$  anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013;16(1):91-107.
10. Bartoloni L, Blatt G, Insua I, Furman M, González MA, Hermann B, et al. A population-based study of cognitive impairment in socially vulnerable adults in Argentina. The Matanza Riachuelo Study. Preliminary Results. *Dement. neuropsychol. Dement neuropsychol* 2014;8(4):339-44. doi: 10.1590/S1980-57642014DN84000006.
  11. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM, Rosset-Cruz I. Classification of Family Risk in a Family Health Center. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21(5):1088-95. doi: 10.1590/S0104-11692013000500011.
  12. Silva HS, Gutierrez BAO. Dimensões da qualidade de vida de idosos moradores de rua do município de São Paulo. *Saude soc* 2013;22(1):148-59. doi: 10.1590/S0104-12902013000100014.
  13. Alexandre TS, Corona LP, Nunes DP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):379-89. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004754.
  14. Alberte JSP, Rusalleda RMI, Guariento ME. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev Soc Bras Clin Med* 2015;13(1):32-9.
  15. Monteiro L, Antoni C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. *Temas psicol* 2014;22(4):941-51. doi: 10.9788/TP2014.4-20.
  16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010/2011. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
  17. Minayo MCS. *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
  18. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
  19. Luz EP, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva LAA, Silva FP, Kohler J, et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(2):303-14. doi: 10.1590/S1809-98232014000200008.
  20. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2012;17(8):2129-39. doi: 10.1590/S1413-81232012000800023.
  21. Jacobson LSV, Hacon SS, Alvarenga L, Goldstein RA, Gums C, Buss DF, et al. Comunidade pomerana e uso de agrotóxicos: uma realidade pouco conhecida. *Cienc Saude Coletiva* 2009;14(6):2239-49. doi: 10.1590/S1413-81232009000600033
  22. Veras R. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(4):779-86. doi: 10.1590/S1809-98232011000400017.
  23. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Coletiva* 2010;15(5):2297-305. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.
  24. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2013
  25. Malta DC, Neto OLMN, Silva Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde* 2011;20(4):425-38. doi: 10.5123/S1679-49742011000400002.
  26. Brasil. Sistema de Informação de Morbidade Hospitalar do SUS. DATASUS. 2016. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsc.def>.
  27. Castro JSM, Confalonieri Ulisses. Uso de agrotóxicos no Município de Cachoeiras de Macacu (RJ). *Cienc saude coletiva* 2005;10(2):473-82. doi: 10.1590/S1413-81232005000200025.
  28. Carneiro FF (Org.) Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrgio. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.
  29. Abreu WC, Franceschini SCC, Tinoco ALA, Pereira CAS, Silva MMS. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da terceira idade de Viçosa (MG). *Rev Baiana de Saúde Pública* 2008;32(2):190-202.
  30. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc Saude Coletiva* 2012;17(1):2012. doi: 10.1590/S1413-81232012000100015.
  31. Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(4):779-95. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14150.
  32. Badziak RPF, Moura VEV. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *R. Saúde Públ Santa Catarina* 2010;3(1):69-79.
  33. Oliveira MJL, Santo EE. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. *Caderno Saúde e Desenvolvimento* 2013;2(2):7-24.
  34. Maia FOM. Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
  35. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saude Soc* 2014;23(4):1356-69. doi: 10.1590/S0104-12902014000400019.
  36. Opas - Organização Panamericana de Saúde. Carta de Ottawa. Primeira conferência Internacional sobre promoção de saúde. OPAS; 1986. Disponível: [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf).
  37. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciencia Saude Coletiva* 2012;17(11):2923-30. doi: 10.1590/S1413-81232012001100009.
  38. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20(4):1088-95.
  39. Mari FR, Alvez GG, Aerts DRGC, Camara S. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016;19(1):35-44. doi: 10.1590/1809-9823.2016.1412.
  40. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2010;14(35):867-77. doi: 10.1590/S1414-32832010005000034.

**Como citar:** AGNE, Tuanna et al. *Vulnerabilidades e risco em saúde: percepção dos idosos*. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8122>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8122>.

## ARTIGO ORIGINAL

# Bullying e o comportamento de jovens de escolas de ensino fundamental

## *Bullying and behavior of schoolchildren from elementary school*

Gehysa Guimarães Alves,<sup>1</sup> Guilherme Anziliero Arossi,<sup>1</sup> Marina Flávia Haas,<sup>1</sup> Ana Maria Pujol Vieira dos Santos,<sup>1</sup> Maximiano Ferreira Tovo<sup>1</sup><sup>1</sup>Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Torres, RS, Brasil.Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 26/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
[guilhermeclinica@gmail.com](mailto:guilhermeclinica@gmail.com)

## RESUMO

Bullying é um termo utilizado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou um grupo de indivíduos, com o propósito de intimidar ou agredir o outro para satisfação pessoal e demonstração de poder. **Objetivo:** descrever a frequência de bullying e seus fatores associados. **Método:** estudo descritivo de série de casos no qual a população estudada foram alunos do sexto ao nono ano do ensino fundamental de cinco escolas gaúchas da Rede ULBRA de ensino fundamental. Para a coleta dos dados, foram utilizados questionários autoaplicáveis, de modo a caracterizar comportamento, idade e série escolar. Além disso, foi aplicado o questionário Kidscape, com perguntas objetivas relacionadas ao bullying e o quanto este interfere em suas vidas. Os dados quantitativos foram analisados com estatística descritiva. Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a análise de conteúdo temática. **Resultados:** 34% já haviam sofrido Bullying e 17% afirmaram já ter agredido ou intimidado alguém. Na questão, "se sentem felizes", 84,9% dos entrevistados referiram que sim. Apenas 13,2% referiu que se sentiam menos ou muito menos que de costume. Para os jovens, a felicidade está relacionada a ter família, amigos, lazer e viver bem a vida. Sobre ter perdido a confiança em si próprio, percentual aproximado de alunos respondeu que sim (9,4%); também referiram que "sentem-se pouco capazes de resolver problemas". 66% referiram "sentir prazer nas atividades que realizam," e 24,5% referiram "sentir-se sob pressão em seu dia a dia". Além disso, 22,6% apontaram que conseguem se "concentrar menos no último ano", 18,9% perde "sono com preocupações". **Considerações finais:** conclui-se que o bullying é um fenômeno complexo, interdisciplinar e está relacionado com a autoconfiança, com as relações familiares e com sentir-se feliz.

**Palavras-chave:** *Bullying; Violência; Saúde Escolar.*

## ABSTRACT

*Bullying is a term used to describe acts of physical or psychological violence, intentional, repeated, and performed by an individual or a group of individuals with the purpose of intimidating or harming the other for personal satisfaction and demonstration of power. **Objective:** to describe the frequency of bullying and its associated factors. **Method:** descriptive study of case series in which the population studied were students from the sixth to ninth grade of five private elementary school from Southern Brazil. Data were collected using self-administered questionnaires to characterize behavior, age and grade. In addition we applied the questionnaire Kidscape with objective questions related to bullying and how this interferes with their lives. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics. For the analysis of qualitative data we used the thematic content analysis. **Results:** 34% had experienced bullying and 17% said they had assaulted or bullied someone. In the question "do you feel happy" 84.9% of respondents said yes. Only 13.2% reported that they felt less or much less than usual. For young people happiness is related to be family, friends, leisure and living life well. About having lost confidence in himself significant percentage of students answered yes (9.4%); also they said it "feel barely able to solve problems." 66% said they "feel pleasure in activities they perform," and 24.5% said they "feel under pressure in their daily lives." In addition, 22.6% said they are able to "focus less on last year", 18.9% lost "sleep with concerns." **Closing remarks:** it is concluded that bullying is a complex, interdisciplinary phenomenon and is related to the self-confidence, family relationships and feel happy.*

**Keywords:** *Bullying; Violence; School Health.*

## INTRODUÇÃO

A agressividade nas escolas é um problema universal. O bullying - termo de origem inglesa<sup>1</sup> - representa um tipo de violência que ocorre durante a infância e a adolescência.<sup>2</sup> Compreende todas as condutas de agressão/vitimização que ocorrem entre pares, de forma intencional e repetida, sem motivação evidente, adotada por um ou mais estudantes contra outro(s), na qual há o abuso de alguém mais forte, para com alguém mais fraco, causando dor e angústia. Assim, o bullying é executado dentro de uma relação desigual de poder.<sup>1,3,4</sup> Este fenômeno começou a ser estudado na Suécia, na década de 1970. No Brasil, na década de 1990, o bullying passou a ser discutido. No entanto, foi a partir de 2005 que o tema passou a ser objeto de reflexão e pesquisa e seus resultados divulgados em artigos científicos. Embora os estudos sobre o bullying escolar no Brasil sejam recentes, o fenômeno é antigo e preocupante, sobretudo em função de seus efeitos nocivos. Em muitos países, o bullying nas escolas e a violência juvenil tornaram-se grandes preocupações. Incidentes como o massacre em Erfurt, Alemanha, em 2002, no qual 18 pessoas foram mortas e os suicídios de adolescentes, devido ao assédio moral, na Escócia, em 2002, têm aumentado a conscientização pública sobre estas questões.<sup>1</sup>

Ele pode se apresentar na forma de uma agressão física, verbal ou pode incluir outros comportamentos, objetivando manter o outro fora do grupo. Atualmente, há fenômenos mais recentes como o Cyberbullying, que se caracteriza por enviar mensagens pejorativas por e-mail ou telefone móvel, colocar/enviar imagens embaraçosas sobre uma pessoa nas redes sociais, usar o nome de outra pessoa para espalhar mentiras na Internet.<sup>4-8</sup>

Na prática de Bullying há um padrão repetitivo de comportamento que visa lesar alguém, procurando manter um desequilíbrio de poder. O agressor sente satisfação em magoar repetidamente o seu alvo, pois assim constrói a sua própria noção de poder, acreditando que o alvo é mais fraco física, mental e/ou emocionalmente.<sup>6,9</sup> Pode ser cometido por um ou vários estudantes que agem contra uma única vítima.<sup>4,6</sup>

Fatores econômicos, sociais e culturais, aspectos inatos de temperamento e influências familiares, de amigos, da escola e da comunidade, constituem riscos para a manifestação do bullying, que pode causar impacto na saúde e desenvolvimento de crianças e adolescentes.<sup>1</sup> Existem três elementos que caracterizam o bullying: repetição, prejuízo e desigualdade de poder.<sup>6</sup> No que diz respeito à sua personalidade, as vítimas tendem a ser ansiosas e inseguras, com baixa autoestima e têm tendências depressivas que persistem na adolescência e início da idade adulta, mesmo depois que a agressão tenha parado. Isso pode conduzir ao insucesso na escola e sintomas psicossomáticos.<sup>7,9</sup> Quanto ao agressor, este se caracteriza por ser tipicamente popular, tende a envolver-se em uma variedade de comportamentos antissociais, tem características impulsivas e geralmente entende sua própria agressividade como qualidade, é geralmente mais forte que seu alvo, sente prazer e satisfação em dominar, controlar e causar danos e sofrimentos a outros.<sup>1,3</sup> As vítimas de bullying geralmente sentem-se feri-

das, assustadas, sozinhas e tristes, percebendo a escola como um lugar de medo, estresse e violência.<sup>8</sup> As testemunhas são aqueles que não se envolvem diretamente em Bullying, mas são envolvidos como espectadores. A maioria não consegue apoiar ou auxiliar a vítima por não saber o que fazer, por ter medo de se tornar a próxima vítima ou por medo de fazer algo errado e causar problemas ainda maiores.<sup>6</sup> A presença de público, com frequência, incentiva os ataques.<sup>10</sup>

Os efeitos negativos do bullying não afetam apenas a vítima, mas também a família, a escola e até mesmo a sociedade, uma vez que estudos longitudinais têm demonstrado que crianças que são maltratadas são mais propensas a desenvolver comportamento antissocial, como o vandalismo, abuso de drogas e ataques violentos na vida adulta,<sup>11-13</sup> bem como baixa autoestima e menos empatia com outras pessoas.<sup>14</sup> No entanto, também afetam as testemunhas que os agressores, pois apontam para uma maneira de viver a vida.

A escola, por sua vez, proporciona a experiência de relações de hierarquia e convívio com as diferenças. É um local de aprendizagem, no qual são estabelecidas ordens e normas para que os alunos aprendam e auxiliem na formação do indivíduo.<sup>4,6</sup> No entanto, em função de concentrar muitas crianças e adolescentes, também é um território propício à prática do Bullying. Contudo, essa prática não está restrita à escola, podendo surgir também em outros espaços, tais como o percurso para a escola, campos de férias, clubes desportivos, no ciberespaço, entre outros. Considerando-se que a maioria dos atos de bullying ocorre fora da visão dos adultos, que grande parte das vítimas não reage ou fala sobre a agressão sofrida, pode-se entender porque professores e pais têm pouca percepção do bullying, subestimam a sua prevalência e atuam de forma insuficiente para a redução e interrupção dessas situações.<sup>1,5</sup> Quando há consciência dos professores e pais sobre a existência do bullying, o ambiente escolar consegue ser mais protetor, uma vez que os professores se empenham em tentar combatê-lo.<sup>5</sup>

Em função da importância do tema, este trabalho objetiva descrever a frequência de bullying (violência escolar) e seus fatores associados, em adolescentes de ensino fundamental.

## MÉTODO

Este é um estudo descritivo que envolve 53 alunos com idades entre 12 a 15 anos, de ambos os sexos, do sexto ao nono ano, do ensino fundamental, de cinco escolas gaúchas privadas de ensino fundamental.

A equipe de pesquisa visitou as escolas e, após consentimento da direção, entregou para os alunos que poderiam fazer parte do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que seus pais assinassem. Foi combinado o dia de retorno para a realização da entrevista. Assim, foram incluídos no estudo todos os alunos que estavam presentes na sala de aula no dia da coleta de dados e que tinham levado o TCLE, assinado pelos responsáveis.

Para a coleta dos dados, foram utilizados questionários autoaplicáveis, que levantaram variáveis sobre

comportamento violento, percepção de felicidade, idade e série escolar. Além disso, foi aplicado o questionário Kidscape com perguntas objetivas relacionadas ao bullying ([www.kidscape.org.uk](http://www.kidscape.org.uk)), e o quanto este interfere em suas vidas (transcendência do bullying).

Os instrumentos de coleta de dados foram digitalizados utilizando o software Epidata 3.1. e os dados quantitativos foram analisados através do software de análise estatística SPSS 17.0 for Windows. A análise dos dados quantitativos foi realizada por estatística descritiva. Em relação aos dados qualitativos, foi utilizada a análise de conteúdo temática.

Em relação aos aspectos éticos, as escolas participantes autorizaram a realização da pesquisa e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da ULBRA (CEP/ULBRA), sob o parecer 891.311.

## RESULTADOS

Dos 53 alunos investigados, a grande maioria tinha 13 ou 14 anos, perfazendo um total de 75,5% (Tabela 1). Quando perguntados se já haviam sofrido Bullying em algum momento de sua vida, 34% referiu que sim e nove alunos (17%) afirmaram já ter agredido ou intimidado alguém (Tabela 2).

**Tabela 1** - Idade dos alunos participantes da pesquisa.

Idade em anos	Frequência	%
12,00	2	3,8
13,00	17	32,1
14,00	23	43,4
15,00	11	20,8
Total	53	100,0
Média	13,8 anos	

**Tabela 2** - Ocorrência de bullying na escola.

Já sofreu bullying	Frequência	%	% válida
Não	33	62,3	63,5
Sim	18	34,0	34,6
Total	52	98,1	100
Ausente	1	2,9	
Total	53	100	
<b>Agressor. Você já agrediu, intimidou?</b>			
Sim	9	17,0	17,3
Não	43	81,1	82,7
Total	52	98,1	100
Ausente	1	1,9	
Total	53	100	

Ao serem questionados sobre sentimento de felicidade, 84,9% dos entrevistados referiram que se sentem felizes. Apenas 13,2% referiu que se sentia menos ou muito menos que de costume. Sobre ter perdido a confiança em si próprio, praticamente o mesmo percentual de alunos que respondeu que sim (9,4%), também referiram que se sentem pouco capazes de resolver problemas. Ao serem questionados sobre sua

participação em brigas, 18,9% referiram ter participado em, no mínimo, uma no último ano. No entanto, sobre sentirem prazer nas atividades que realizam, este percentual sobe para 66% e 24,5% referiram sentir-se sob pressão em seu dia a dia. Além disso, 22,6% apontaram que conseguem se concentrar menos no último ano, 18,9% perde sono com preocupações (Tabela 3).

**Tabela 3** - Descrição dos resultados obtidos.

Sente-se feliz?	Frequência	%	% válida
Mais que o de costume	27	50,9	51,9
O mesmo que o de costume	18	34,0	34,6
Menos que o de costume	3	5,7	5,8
Muito menos que o de costume	4	7,5	7,7
Total	52	98,1	100,0
Ausente	1	1,9	
Total	53	100,0	
<b>Tem perdido a confiança em você?</b>			
Não	39	73,6	76,5
Não mais que o de costume	3	5,7	5,9
Mais que o de costume	4	7,5	7,8
Muito mais que o de costume	5	9,4	9,8
Total	51	96,2	100,0
Ausente	2	3,8	
Total	53	100,0	
<b>É capaz de enfrentar problemas?</b>			
Mais que o de costume	22	41,5	43,1
O mesmo que o de costume	19	35,8	37,3
Menos que o de costume	5	9,4	9,8
Muito menos que o de costume	5	9,4	9,8
Total	51	96,2	100,0
Ausente	2	3,8	
Total	53	100,0	
<b>Sente prazer nas atividades que faz?</b>			
Mais que o de costume	15	28,3	31,3
O mesmo que o de costume	20	37,7	41,7
Menos que o de costume	9	17,0	18,8
Muito menos que o de costume	4	7,5	8,3
Total	48	90,6	100,0
Ausente	5	9,4	
Total	53	100,0	
<b>Sente-se sob pressão?</b>			
Não	26	49,1	52,0
Não mais que o de costume	11	20,8	22,0
Mais que o de costume	9	17,0	18,0
Muito mais que o de costume	4	7,5	8,0
Total	50	94,3	100,0
Ausente	3	5,7	
Total	53	100,0	
<b>Perdeu sono com preocupação?</b>			
Não	31	58,5	59,6
Não mais que o costume	11	20,8	21,2
Mais que o costume	8	15,1	15,4
Total	52	98,1	100,0
Ausente	1	1,9	
Total	53	100,0	
<b>Consegue se concentrar?</b>			
Mais que o de costume	15	28,3	28,8
O mesmo que o costume	25	47,2	48,1
Menos que o costume	12	22,6	23,1
Total	52	98,1	100,0
Ausente	1	1,9	
Total	53	100,0	

Em informações adicionais, os adolescentes, ao falar sobre o que entendem por felicidade, referiram que é sentir-se bem, estar bem consigo e com a vida. As questões mais apontadas pelos escolares foram ter amigos e família, diversão, amor e dinheiro, fazendo aquilo que se gosta com as pessoas que se ama. Discorreram sobre qualidade de vida possibilitada pelo dinheiro, que ajuda a ter comida e adquirir objetos novos. No entanto, é preciso ter educação, segurança, dormir bem e estar de bem com a vida. Salientaram também sobre a importância de se ter paz, saúde, respeito, tranquilidade e liberdade, praticar esportes, ajudar os outros, agir em busca dos seus sonhos e aproveitar cada minuto de seu viver.

## DISCUSSÃO

Na literatura encontram-se estudos que identificaram cerca de 30% de ocorrência de Bullying entre alunos do ensino fundamental,<sup>15,16</sup> dado semelhante ao encontrado em nossa pesquisa (34%). Os achados de Moura et al. (2011)<sup>17</sup> referiram valores menores, cerca de 17%, em alunos de Pelotas. Em Porto Alegre, no estudo de Bandeira e Hutz,<sup>6</sup> a prevalência de vítimas de Bullying foi de 23%, enquanto que em Grossi e Santos<sup>18</sup> foi de 70%, como vítimas ou agressores. Essa variabilidade nos dados de prevalência pode ser explicada pela limitação metodológica que os instrumentos de coleta de dados utilizados apresentam, que vão desde a heterogeneidade dos instrumentos, até o próprio conceito de Bullying.<sup>19</sup> Em revisão sistemática da literatura, a variabilidade da prevalência de Bullying encontrada no Brasil, se situa entre 10,2% a 31,1%.<sup>20</sup>

A Tabela 3 mostra que 9,4% dos participantes da pesquisa haviam perdido a confiança em si próprio, praticamente o mesmo percentual de alunos que referiram sentir-se pouco capazes de resolver problemas. Considerando que cerca de 30% dos alunos sofrem Bullying e apenas cerca de 10% relatam ter perdido a autoconfiança e se julgarem incapazes de resolver problemas, percebe-se que uma parcela destes alunos consegue lidar com a situação estressora do Bullying. Isso acaba influenciando significativamente o dia-a-dia dos que não conseguem lidar com este problema, o que pode ser explicado em função dos mecanismos de resiliência que cada jovem desenvolve, ajudando-os a lidar com esse tipo de violência. O estudo realizado por Bandeira e Hutz,<sup>6</sup> constatou que das vítimas de Bullying, 31,8% não se incomodaram com as atitudes dos colegas. A resiliência que cada um possui é um fator fundamental para que esses alunos consigam superar as possíveis consequências do Bullying.<sup>21</sup> Isso é importante, pois as vítimas se tornam cidadãos estressados, deprimidos, com baixa autoestima, podendo ocasionar doenças psicossomáticas e transtornos mentais. Isso indica a necessidade de programas de saúde do escolar, nos quais se busca a reflexão crítica desses jovens sobre os malefícios da violência, formas de preveni-la e a discussão sobre a cultura da paz.

Segundo Medeiros, Zequinão e Cardoso,<sup>22</sup> entre as características que tornam o indivíduo mais propenso a ser vítima de Bullying está a demonstração de problemas de coordenação motora, estando estes indivíduos mais predispostos a vulneráveis intimidações, tornando-os víti-

mas frequentes. Esse fato contribui para a redução da prática de atividades físicas, bem como a menor frequência às aulas de Educação Física escolar, o que contribui para maiores riscos à saúde desses indivíduos vitimados.

Em nosso estudo, 24,5% referiram sentir-se sob pressão. Estudo realizado salienta que o Bullying desperta em suas vítimas sentimentos de raiva e medo, levando a vítima a ficar assustada (38%) e preocupada (24%)<sup>18</sup>. Dessa forma, mesmo que a vítima desenvolva mecanismos de resiliência e mantenha sua autoconfiança e capacidade de resolver problemas, a violência sofrida contribui para criar um ambiente não-saudável dentro do ambiente escolar, com aproximadamente um terço dos alunos, sentindo-se sob pressão.

No que diz respeito aos agressores, o resultado aqui apresentado mostra que 17% dos participantes afirmaram já ter agredido ou intimidado alguém, dado semelhante aos encontrados por Bandeira e Hutz<sup>6</sup> – 15,9% - e por Calbo et al.<sup>23</sup> – 12,58%. Os meninos são a maioria dos agressores, numa proporção de dois agressores meninos a cada menina praticante de Bullying, o que pode ser observado, tanto em nosso estudo, quanto na literatura.<sup>20,23</sup>

Felicidade ou bem-estar subjetivo é o termo utilizado para referir-se ao pensamento ou sentimento dos indivíduos em relação às suas vidas. Por isso, se utiliza o termo subjetivo, já que fala sobre uma avaliação da qualidade de vida de cada sujeito e leva em consideração questões como seu trabalho, família e vida social, como é influenciado pelas emoções e humores experimentados no cotidiano. É, portanto, tanto uma avaliação cognitiva, como emocional.<sup>24</sup>

A percepção de felicidade expressa pelos escolares aponta esta avaliação da vida como algo externo a si próprio, pois a coloca na dependência de ter ou alcançar algo. Assim, fica condicionada ao “se .... então serei feliz”. Quando a pessoa acredita que a felicidade tem relação com o ter ou com o se....então, ela se coloca como expectadora de sua própria vida, idealizando este estado e se afastando do que é possível construir para si próprio.<sup>25</sup> Três aspectos são importantes quando se fala em felicidade ou bem estar subjetivo. São eles: este sentimento nem sempre é afetado por condições materiais, pois depende de valores individuais; ele tem sido considerado como resultado do balanço entre afetos positivos e negativos; e inclui o julgamento dos aspectos que envolvem a vida de cada um.<sup>26</sup> Quando se olha para a fala desses escolares, o que se percebe é que as condições materiais são muito importantes na vida desses adolescentes. É possível que isso ocorra em função de que não tenham condições muito favoráveis de vida, tendo o desejo de adquirir objetos, viajar, sair e se divertir e não conseguir em função de sua condição econômica e de sua falta de autonomia financeira, já que o dinheiro vem do trabalho da família e eles, em função da idade, ainda são muito dependentes. Contudo, não foi encontrada relação entre Bullying e condição socioeconômica, com sua ocorrência permeando as diferentes classes sociais.<sup>27</sup>

Esta percepção reforça a ideia de que a experiência de bem estar é interna a cada sujeito, sendo suas crenças e a maneira como vê a sua vida de fundamental importância para esta percepção. A proximidade com a

família pode ser considerado como fator protetor já que quando as relações são positivas propiciam apoio emocional.<sup>24</sup> Isto pode estar relacionado com a fala de grande parte dos adolescentes entrevistados que apontou a família como o principal fator. Na vida dos jovens, esses fatores determinam o estado de bem estar juntamente com a satisfação dos desejos, lazer e paz, referidos de alguma forma por esses escolares.<sup>28</sup>

Em estudo realizado, semelhante ao nosso, família, amizades, relacionamentos, sentimentos de paz, carinho, liberdade e segurança, atividades de lazer e satisfação com as necessidades materiais foram referidas pelos adolescentes entrevistados.<sup>24</sup> Percebe-se uma tendência dos jovens de relacionar a felicidade com sentir-se bem consigo próprio e com os outros e com ter e estar bem com sua família. Esta última pode ser considerada uma rede de apoio importante para este jovem reforçar sentimentos positivos frente a sua vida. Isto auxilia a pessoa a se conectar mais com sua potência, conhecer melhor seus desejos e agir na direção de sua realização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da amostra deste estudo ser relativamente pequena, seus achados apontam para a importância de se desenvolver ações que reduzam as situações de violência dentro da escola, envolvendo não somente professores e alunos, mas toda a comunidade escolar: funcionários, direção, pais e moradores do entorno da escola. Situações de violência não devem ser toleradas sob pena de estarem reforçando relações de poder desiguais e contribuindo para uma sociedade excludente e violenta. É preciso discutir questões que apontem para uma sociedade mais justa, mais solidária e mais democrática, na qual a cultura da paz permeie as relações que se estabelecem dentro e fora do ambiente escolar.

## REFERÊNCIAS

1. Lopes Neto Aramis A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr* 2005;81(5):164-172. doi: 10.1590/S0021-7557200500070000
2. Craig WM, Harel Y. Bullying, physical fighting and victimization. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. (editors). *Young peoples health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents. World Health Organization 2004*; (4):133-144.
3. Pearce JB, Thompson AC. Practical approaches to reduce the impact of bullying. *Arch Dis Child* 1998;79(6):528-31. doi: 10.1136/adc.79.6.528.
4. Cavalcanti AL. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. *Cien Saude Colet* 2009;14(5):1835-1842.
5. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying: Who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Educ Res*.2005;20(1):81-91. doi: 10.1093/her/cyg100.
6. Bandeira CdeM, Hutz CS. Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. *Psicol Esc Educ* 2012;16(1):35-44.
7. Olweus D. Victimization by peers: antecedents and long-term outcomes. In: Rubin KH, Asendorpf JB, eds. *Social Withdrawal, Inhibition and Shyness in Childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1993;315-341.
8. Castro DSOS, Silva NMRB. Bullying: uma outra guerra. *Rev Milit* 2010;(2501/2502):733-743.
9. DiBiase AT, Sandler PJ. Malocclusion, orthodontics and bullying. *Dent Update Lon* 2001;28(9):464-467.
10. Frick LT. As Relações Entre os Conflitos Interpessoais e o Bullying: Um estudo nos anos iniciais do Ensino Fundamental de duas Escolas. *Públicas Presidente Prudente [SP]: Universidade Estadual Paulista*, 2011.
11. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001;323:480-4. doi: 10.1136/bmj.323.7311.480.
12. Bender D, Lösel F. Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood. *Crim Behav Ment Health* 2011;(21):99-106. doi: 10.1002/cbm.799.
13. Vieno A, Gini G, Santinello M. Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *J Sch Health* 2011;81:393-9. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00607.x.
14. Olweus D, Limber S, Mihalic SF. *Blueprints for Violence Prevention, Book Nine: Bullying Prevention Program*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence; 2002. 109 p.
15. Malta DC, Silva MAI, Mello FCMD, Monteiro RA, Sardinha LMV, Crespo C, Porto DL. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Cien Saude Colet* 2010;15(2):3065-3076. doi: 10.1590/S1413-81232010000800011.
16. Do Nascimento KB, de Rosso Krug M, da Costa FTL, do Nascimento BB. Bullying entre escolares: Um estudo descritivo na cidade de Cruz Alta/RS. *Reflexão e Ação* 2013;21(1):196-218. doi: 10.17058/rea.v21i1.3418.
17. Moura DR, Cruz ACN, De Ávila Quevedo L. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *J Pediatr* 2011;87(1):19-23. doi: 10.2223/JPED.2042.
18. Grossi PK, Santos AM dos. Desvendando o fenômeno bullying nas escolas públicas de Porto Alegre, RS, Brazil. *Rev Portug Educ* 2009;22(2):249-267.
19. Vessey J, Strout TD, DiFazio RL, Walker A. Measuring the youth bullying experience: A systematic review of the psychometric properties of available instruments. *J Sch Health* 2014;84(12):819-843. doi: 10.1111/josh.12210.
20. Nesello F, Sant'Anna FL, Santos HG, Andrade SM, Mesas AE, González AD. Características da violência escolar no Brasil: revisão sistemática de estudos quantitativos. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2014;14(2):119-36. doi: 10.1590/S1519-38292014000200002.
21. Souza AP. *Bullying escolar – uma realidade ainda desconhecida [monografia de Graduação]*. Brasília: Centro Universitário do Distrito Federal, 2008.
22. Medeiros P, Zequinão MA, Cardoso FL. Bullying e a relação entre atividade física e coordenação motora: uma revisão sistemática. *Cinergis* 2014;15(3):158-162.
23. Calbo AS, Busnello FB, Rigoli MM, Schaefer LS, Kristensen CH. Bullying at school: aggressive behavior, victimization and prosocial behavior among peers. *Contextos Clinic* 2009;2: 73-80. doi: 10.4013/ctc.2009.22.01.
24. Camargo S, Abaid JLW, Giacomoni CH. Do que eles precisam para serem felizes? A felicidade na visão de adolescentes. *Rev*

- ABRAPE 2011;15(2):241-250.
25. Aerts D, Ganzo C. A felicidade possível. Porto Alegre. Bororó 2011. 25 p.
  26. Freire SA. Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2011.
  27. Tippett N, Wolke D. Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis. *Amer j pub health* 2014;104(6):48-59. doi: 10.2105/AJPH.2014.301960.
  28. Giacconi CH, Hutz CS. Escala multidimensional de satisfação da vida para crianças: estudos de construção e validação. *Estud psicol. Campinas* 2008;25(1):23-35. doi: 10.1590/S0103-166X2008000100003.

**Como citar:** AROSSI, Guilherme Anziliero et al. *Bullyng e o comportamento de jovens de escolas de ensino fundamental*. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8160>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8160>.

## ARTIGO ORIGINAL

# Relato de experiência e perfil das condições de saúde e fatores de risco da população masculina participante do projeto saúde do homem - Laranjeiras do Sul / PR

*Experience report and profile of the health conditions and factors of male population health risk man project participant - Laranjeiras do Sul/ PR*

Keullin Cristian Oliboni,<sup>1</sup> Fabiano Popia,<sup>1</sup> Marcieli Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Fronteira Sul, Laranjeiras do Sul, PR, Brasil.

Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 29/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016

[keullin.cris@hotmail.com](mailto:keullin.cris@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil das condições de saúde e fatores de risco dos participantes do projeto saúde do homem, do município de Laranjeiras do Sul/PR. **Método:** pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem quantitativa, junto a 430 homens atendidos em um programa de saúde do homem. Esses dados foram obtidos em relatórios trimestrais e através do Relatório Anual de Gestão. Os dados foram levantados de um total de 794 participantes no projeto, durante o período de setembro de 2013 a setembro de 2014. **Resultados:** aproximadamente, 28% dos homens tinham mais de 60 anos; hipertensão arterial (44,9%); doença mental (15,6%); diabetes (10,5%) e doença cardiovascular (8,6%). **Considerações finais:** verifica-se com este estudo, a necessidade de implementação de ações voltadas à promoção da saúde e ações mais consistentes e acessíveis para a efetivação de uma Política de Saúde do homem.

**Palavras-chave:** Política; Saúde; Homem.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the profile of health and risk factors of the participants of man's health project, the city of South Orange / PR. **Method:** a descriptive and exploratory research with a quantitative approach, along with 430 men met in a men's health program. These data were obtained from quarterly reports and through the Annual Management Report. The data were

collected from a total of 794 participants in the project during the period September 2013 to September 2014.

**Results:** approximately 28% of men over 60 years; hypertension (44.9%); mental illness (15.6%); diabetes (10.5%) and cardiovascular disease (8.6%). **Closing remarks:** it appears with this study, the need to implement actions aimed at health promotion and actions more consistent and accessible for the realization of a man's Health Policy.

**Keywords:** Policy; Health; Man.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1944, de 27 de agosto de 2009 e está voltada prioritariamente para a população masculina na faixa 20 a 59 anos que corresponde atualmente a 52 milhões de brasileiros. A PNAISH propõe qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, ou seja, promover, prevenir e assistir os homens compreendendo as suas particularidades.<sup>1</sup>

A PNAISH também reconhece que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio de atenção especializada, o que mostra a necessidade de fortalecimento e qualificação da atenção primária, pois os homens não buscam, como fazem as mulheres, os serviços de atenção básica, adentrando os sistemas de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Isso resulta em agravamento da morbidade pelo retardo na procura e maior custo para os sistemas de saúde.<sup>2</sup>

Verifica-se que a doença é considerada como sinal de fragilidade, onde os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, por isso o homem julga-se invulnerável, sendo exposto a condições de risco. À medida que há aproximação de características de sensibilidade, dependência e cuidado, os homens acreditam que estão predispostos a doenças, lesões e morte. Além disso, os homens sofrem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres. Em consequência disso, vivem menos do que elas. “Há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens”, tal construção e suas implicações na saúde devem ser interpretadas a partir da ótica relacional de gênero. A agressividade relaciona-se a masculinidade erroneamente, porém é concebida de forma natural pela sociedade, podendo assim, transformar-se em “um fator de risco” e “devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino e contribuir para o aumento de suicídios de jovens”.<sup>3</sup>

Com o objetivo de implementar a PNAISH, no Município de Laranjeiras do Sul, Paraná, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou um conjunto de ações de promoção da saúde direcionadas à população masculina. As atividades preliminares surgiram em agosto de 2013 através da “Campanha Agosto Azul”, preconizada pelo Ministério da Saúde. Neste ano, foram abordados os diversos assuntos sobre promoção de saúde e prevenção de doenças, além de oferecer os serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde. Para realização desta mobilização, formou-se uma equipe multidisciplinar denominada “Patrulha Azul”, composta por profissionais do sexo masculino, atuantes na Secretaria de Saúde. A ideia inicial consistia na campanha que fosse realizada de “homem para homem”, possibilitando uma melhor aproximação com este público.

Posteriormente, através de discussão e avaliação das ações realizadas, verificou-se a necessidade de um atendimento diferenciado, pois os homens procuravam poucas vezes, as Unidades de Saúde, afirmando que se sentiam envergonhados e ainda que a maioria das ações oferecidas pelos serviços de saúde são voltadas, especialmente, para outros públicos. Além de necessitarem de um horário diferenciado, pois no período de funcionamento das unidades de saúde (das 07:30 hs às 17:00h), quando este público encontra-se cumprindo sua jornada de trabalho.

Em setembro de 2013, foi colocado em prática o Projeto Saúde do Homem, atuando na lógica de facilitar o acesso da população masculina. Por variados motivos de gestão de materiais e de profissionais de saúde, foi definido que a Unidade de Saúde mais centralizada abriria no último sábado de cada mês, e ofereceria aos homens do município atendimento multiprofissional através da equipe da “Patrulha Azul”. Essa estratégia obteve êxito e a população aderiu a proposta. Esse movimento teve sequência, durante os meses de outubro e novembro de tal ano, oferecendo atendimento multiprofissional para mais de 100 homens em cada encontro.

No ano seguinte, verificou-se a necessidade de descentralizar esses atendimentos para todas as Uni-

dades de Saúde, seguindo a lógica da territorialização e os princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual está presente em 100% do território deste município. Buscou-se assim, não somente quantidade, mas sim, maior qualidade nos atendimentos. A partir daí, organizou-se um cronograma, abrangendo todas as unidades, ofertando atendimento por profissionais das ESFs e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), trabalhando na lógica do vínculo entre a equipe e o usuário e enfatizando o retorno deste paciente para dar sequência às orientações de saúde e tratamento quando necessário.

Após um ano da consolidação do Projeto, é notória a sua importância para o município, visto que a população se encontra extremamente satisfeita com a iniciativa. Porém, verifica-se a necessidade de avaliá-lo, pois até o momento não se tem dados concretos relacionados ao perfil da população masculina atendida pelo Projeto e nem uma linha de base para posteriores comparações das condições de saúde. Dessa forma, o presente trabalho tem o objetivo de descrever o perfil das condições de saúde e fatores de risco dos participantes do projeto saúde do homem, do município de Laranjeiras do Sul/PR.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência e uma pesquisa descritivo-exploratória de caráter quantitativo. Este estudo foi realizado no município de Laranjeiras do Sul, localizada no centro do Estado do Paraná. O Município conta com a cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família. As 11 equipes de saúde são distribuídas em dois centros de saúde, quatro unidades básicas na cidade e três unidades no interior do município, além de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um espaço físico destinado para as ações de Vigilância em Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial.

Os dados utilizados nessa pesquisa foram retirados dos relatórios trimestrais e do Relatório Anual de Gestão, que foi apresentado pela secretaria Municipal de Saúde e foi analisado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Dessa forma, os dados foram apresentados de forma agregada e sem identificação dos sujeitos. Por terem sido utilizados dados secundários, não houve necessidade de apresentação ao Comitê de Ética.

O presente estudo utilizou os dados referente aos meses de setembro, outubro e novembro de 2013 e março, maio, julho, agosto e setembro de 2014.

## RESULTADOS

Para o presente estudo, foi avaliado um ano de operacionalização do projeto de saúde do Homem. Durante esse período, foram realizadas sete ações no Município, com um total de 794 homens atendidos. Destes, foram levantados dados referentes aos fatores de risco à saúde de 430 homens, participantes do Projeto, os quais constam na tabela 1.

A tabela 1 mostra as condições clínicas existentes, segundo o auto relato dos homens atendidos. Do total de 794 homens atendidos, apenas obtivemos dados de

**Tabela 1** - Condições de saúde e fatores de risco, segundo auto relato, dos homens participantes do "Projeto Saúde do Homem" no Município de Laranjeiras do Sul, PR, 2013-2014.

Condição de Saúde Existente/fatores de risco	n (%)
Hipertensão Arterial	193 (44,9)
Doença Mental	67 (15,6)
Diabetes	45 (10,5)
Doença Cardiovascular	37 (8,6)
Doenças Gastrointestinais	26 (6)
Doença de Próstata	21(4,9)
Doenças Pulmonares	13 (3)
Outras condições Clínicas	28 (6,5)

430 homens. Os fatores de risco mais proeminentes são hipertensão arterial (44,9%); doença mental (15,6%); diabetes (10,5%) e doença cardiovascular (8,6%).

Cabe ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde de Laranjeiras do Sul, custeou a realização de 470 exames de Antígeno Prostático Específico (PSA), para diagnóstico de câncer de próstata, no período de setembro de 2013 a setembro de 2014. Os critérios utilizados para solicitação do exame foram idade maior de 50 anos; que não tenham realizado o exame nos últimos seis meses; histórico familiar e queixas de sintomas urinários. Destes 470 exames 36 (7,87%) encontravam-se com o Marcador Tumoral acima dos limítrofes ideais, caracterizando-se assim com alguma alteração na próstata.

## DISCUSSÃO

A realidade da maioria dos municípios brasileiros, incluindo o município de Laranjeiras do Sul, realizam ações que não conseguem atingir os homens; não são exclusivamente destinadas a eles, e ainda assim, os poucos que utilizam estes serviços primários, são idosos, captados, principalmente, pelos programas de acompanhamento a hipertensos e diabéticos. Isto demonstra que a parcela considerada produtiva, principal foco da PNAISH, sempre esteve fora do alcance das ações e serviços, sobretudo aqueles de prevenção e promoção da saúde, tornando crônicos alguns agravos evitáveis.

Para Gomes, Nascimento e Araújo,<sup>4</sup> os serviços de saúde podem ser considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde não se voltam para este segmento; além disso, o mercado de trabalho, geralmente, não garante formalmente à adoção de tal prática.

Ao observarmos os dados sobre a faixa etária dos homens atendidos, vemos que um dos objetivos do Projeto não vem sendo alcançado, pois a maioria dos beneficiados pelo atendimento e que aderiram ao projeto apresentam uma idade mais avançada e não é a população economicamente ativa, ou seja, que não conseguem se deslocar até a Unidade de Saúde em horário comercial. Sendo assim, é necessária uma reestruturação das ações para um melhor acompanhamento da população masculina no ambiente de trabalho.

Com relação aos dados de Hipertensão arterial, aproximadamente 44,9% dos homens atendidos apre-

sentavam hipertensão arterial, considerado um dos fatores de risco para Doenças Cardiovasculares. Sugere-se, a partir deste dado, uma ampliação das ações de promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, os quais podem prevenir ou em caso de já hipertenso, manter a estabilidade da pressão arterial.

Aproximadamente 66% dos homens participantes do projeto apresentavam sobrepeso e obesidade e que é superior aos dados encontrados pela Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico<sup>5</sup> mostra que o percentual de pessoas com excesso de peso superou, pela primeira vez, mais da metade da população brasileira, identificando que 51% da população acima de 18 anos está acima do peso ideal, sendo que entre os homens, o excesso de peso atinge 54%.

A prevalência de tabagismo relatada (29,4%) foi superior ao percentual atingido pela capital do estado que tem o segundo maior índice de fumantes entre as capitais, 20%. A pior taxa fica com Porto Alegre, onde 23% da população é dependente do cigarro. A partir desta análise, indica-se o fortalecimento dos Grupos Anti-tabaco já existentes no município, além da capacitação de novos profissionais, ampliando assim o acesso ao tratamento e acompanhamento para os homens que desejam deixar de fumar.

A ingestão de bebidas alcoólicas também foi superior (31,6%) aos dados fornecidos pelo levantamento da Vigetel, em que aponta que aumentou o consumo excessivo de bebidas alcoólicas no país, passando de 16,2% para 18% da população, entre 2006 e 2010. Entre os homens, a proporção passou de 25,5% para 26,8%. Tanto o hábito de fumar, quanto o exagero na bebida são indicadores importantes no monitoramento dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes, problemas cardíacos e acidente vascular cerebral hemorrágico.<sup>5</sup>

O sedentarismo esteve presente em 60% dos homens, que participaram do projeto e também foi superior aos dados do Vigetel que mostram que cerca de 50% dos homens são sedentários. O acompanhamento dos homens que apresentaram resultados alterados do exame PSA não pode ser analisado, tendo em vista que as informações individuais não foram analisadas nesse artigo.

Após identificar o perfil da população masculina participante do Projeto, se faz necessário observar os indicadores de mortalidade entre homens. Em Laranjeiras do Sul, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, no ano de 2013 ocorreram 244 óbitos, sendo que 140 eram homens (57,38 %). Destes, as seis principais causas de óbito informadas foram, em primeiro lugar com 20,71% causadas por Neoplasias, em segundo, com 20%, as Doenças do aparelho respiratório, em terceiro com 19,28% Doenças do aparelho circulatório, em quarto com 14,28% por Causas Externas, em quinto com 5% por Doenças do aparelho digestivo, em sexto e não menos importante, com 3,57% por Transtornos mentais e comportamentais.

A partir desta análise, pode-se fazer um comparativo entre os principais agravos que acometem a saúde dos homens atendidos pelo projeto e as principais causas de óbito. Verificando uma homogeneidade nas informações, em que os fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e IMC elevado, influenciam

no aparecimento das doenças crônicas do aparelho circulatório e respiratório as quais somam juntas, quase 40% das causas óbito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Saúde do Homem do município de Laranjeiras do Sul vem contribuindo para mudança deste cenário, oferecendo atendimentos de equipe multiprofissional e facilitando o acesso na Atenção Básica, buscando assim, diminuir a procura pela média e alta complexidade.

A partir dessa análise preliminar da saúde do homem no Município, sugere-se a ampliação de ações de promoção da saúde; reestruturação das ações do setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador, adequando-as e oferecendo condições para um melhor acompanhamento da população masculina no ambiente de trabalho; ampliação das ações de promoção da alimentação saudável e prática de atividade física; fortalecimento dos Grupos Anti-tabaco já existentes no município, além da capacitação de novos profissionais, ampliando assim o acesso ao tratamento e acompanhamento para os homens que desejam deixar de fumar; efetivação das ações de Educação em Saúde para população, além de maior esclarecimento sobre os malefícios do álcool; incentivo para um melhor acompanhamento dos pacientes que apresentam exame PSA alterado, pela equipe da Estratégia Saúde da Família, buscando manter o vínculo, mesmo que o acompanhamento seja direcionado para média e alta complexidade em outros municípios.

Uma das principais limitações desse estudo foi o elevado percentual de informações incompletas, as quais influenciaram significativamente e limitaram a realização de uma análise mais complexa. Dessa forma,

para otimização dos dados coletados propõe-se a implantação de um sistema de informação que irá armazenar e realizar o cruzamento dos mesmos, gerando relatórios e obtendo novos parâmetros para posteriores ações.

Sendo assim, o Projeto Saúde do Homem visa mudar essa situação, incentivando uma maior aproximação das equipes de saúde para com os homens de diferentes faixas etárias, buscando oferecer um olhar diferenciado a esta população, ampliando o acesso, oferecendo atendimentos em horário diferenciado e buscando facilitar a adesão destes usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, Brasília, 2008.
2. Carrara S, Russo J, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* 2009;19(3):659-78. doi: 10.1590/S0103-73312009000300006.
3. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(5):901-11.
4. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(3):565-74.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Como citar: OLIBONI, Keullin Cristian; PAPIA, Fabiano; PEREIRA, Marcieli. Perfil da população masculina participante do projeto Saúde do homem - Laranjeiras do Sul / PR. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8159>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8159>.

## ARTIGO ORIGINAL

## Avaliação da qualidade de vida de participantes do projeto "Ginástica para todos no município de Guarapuava - PR

*Quality of life evaluation of participants of project "Fitness for everyone" in the municipality of Guarapuava-PR*

Vinícius Müller Reis Weber,<sup>1</sup> William Messias Teixeira,<sup>1</sup> Carlos Ricardo Maneck Malfatti,<sup>1</sup> Luiz Augusto da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Educação Física, Guarapuava, PR, Brasil.

Recebido em: 24/08/2016 / Aceito em: 24/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
lasilva7@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a qualidade de vida de praticantes do projeto Ginástica para todos, desenvolvido pela secretaria de esportes do município de Guarapuava-PR. **Método:** para a análise da qualidade de vida dos participantes foi utilizado o questionário World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL); a amostra foi composta por 30 voluntárias do sexo feminino com idade de 18 a 66 anos, com média de  $34,73 \pm 11,5$  anos. **Resultados:** os resultados apontaram um maior índice da qualidade de vida (quanto mais próximo de 100% melhor o índice da qualidade de vida) nos domínios Físico e Relações pessoais, ambos com escores de 80,85% e menor pontuação no domínio Meio Ambiente, com escore de 66,75%. **Considerações finais:** a maioria das voluntárias que participam do projeto apresentam uma boa percepção da sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Exercício físico; Bem estar.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the quality of life of attendees of project "Fitness for everyone" developed by the sports department of the municipality of Guarapuava - PR. **Method:** quality of life of participants was assessed through the questionnaire World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL); the sample consisted of 30 female voluntary aged 18-66 years, mean age of  $34.73 \pm 11.5$  years. **Results:** the results showed a

higher index of quality of life (the nearest 100 % better the index of quality of life) in the fields "Physical and Personal Relations", both with scores of 80.85% and lowest score in the field "Environment" with a score of 66.75%. **Closing remarks:** we conclude that most of volunteers have a good perception of their quality of life.

**Keywords:** Quality of Life; Physical Exercise; Well-being.

## INTRODUÇÃO

A saúde e a atividade física estão interligadas e esta relação é fundamental para a melhoria da qualidade de vida. Sabe-se que a prática regular de exercícios é indicada para manutenção da saúde, pois um estilo de vida ativo pode prevenir o surgimento de diversas doenças, tanto de ordem física, quanto psicológica, além de manter o controle de algumas patologias.<sup>1,2</sup>

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".<sup>3</sup>

O sedentarismo é um dos fatores que contribui para a piora da qualidade de vida da população. O exercício físico pode ser uma estratégia para reverter o quadro da inatividade, sendo uma forma de lazer que proporciona bem-estar em meio a uma rotina estressante do cotidiano atual, uma atividade agradável trazendo benefícios a saúde dos praticante.<sup>4</sup>

Com o passar da idade, o organismo passa por alterações anatomo-fisiológicas, tais como: perda de

massa óssea e muscular, redução de força, baixa flexibilidade, lentidão na execução dos movimentos e oscilação corporal frequente na postura em pé, estando sujeitos a alterações posturais, em virtude dessas mudanças.<sup>5</sup>

A prática de atividade física promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento de densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbica, a melhora de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular.<sup>6</sup>

Parte da população não tem acesso a uma prática de atividade física orientada, seja por fatores socioeconômicos, e/ou indisponibilidade de tempo. Para contribuir com a prática e acesso às atividades físicas existem estratégias que priorizam as ações de promoção da saúde dos indivíduos, de forma integral e contínua, contando com a inclusão do profissional de Educação Física, para orientar e prescrever exercícios em grupos.<sup>7</sup>

Exemplo desta estratégia é o projeto da secretaria de esportes do município de Guarapuava, intitulado Ginástica para Todos, que proporciona a viabilização da qualidade de vida, no qual a população tem acesso a atividades com orientação profissional disponibilizado pela prefeitura. O projeto abrange exercícios multifuncionais. Durante as aulas há variação de estímulos, sendo utilizado circuitos, aulas de Jump, Step, ginástica localizada, atividades aeróbicas e alongamentos. A intensidade das aulas são definidas de acordo com a faixa etária e características do público presente.

Desse modo, observa-se que a qualidade de vida está totalmente ligada à capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção da saúde. Sendo assim, avaliar a qualidade de vida dos participantes é necessário para que se avalie a longevidade, saúde mental, controle cognitivo, entre outros fatores que estão associados ao dia-a-dia da população.<sup>8</sup>

Por fim, percebe-se que avaliar condições de vida, seja ela física, social ou mental, é necessário pois permite a implementação de novos meios para a melhora na qualidade de vida. No ideal de promover o bem estar, funciona como uma medida preventiva no processo de envelhecimento e possivelmente no aparecimento de doenças.<sup>9</sup>

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é analisar a qualidade de vida de praticantes do programa GINÁSTICA PARA TODOS, analisando os diversos fatores envolvidos no ideal de qualidade de vida, por meio do questionário de World Health Organization Quality of Life Group.

## MATERIAIS E MÉTODO

### Amostra

A amostra do estudo foi composta de 30 voluntárias. A idade mínima para participação no estudo foi de 18 anos de idade, com indivíduos do sexo feminino, que possuíam residência nos bairros do Xarquinho e Santana, Guarapuava-PR.

As participantes do programa Ginástica para Todos foram convidadas a participar da pesquisa por meio de visitas aos locais onde é praticado o programa, em que foram expostos os objetivos da mesma.

Critérios de inclusão: Homens e mulheres acima

de 18 anos de idade que participem regularmente dos programas de ginástica atividade física com orientação de um profissional de Educação Física. Critérios de exclusão: Indivíduos portadores de doenças neurológicas.

### Coleta de dados

Para a realização do presente estudo, foi requerida a autorização da Secretaria de Esportes do município de Guarapuava-PR, bem como a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), sob parecer de número 1.288.144.

Aos participantes solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tal documento obedece a todos os preceitos éticos apresentados pela Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.<sup>10</sup>

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2015. Para análise da qualidade de vida dos participantes, utilizou-se o World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL – abreviado) que desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural, para medir qualidade de vida em adultos (Apêndice A).

Após o esclarecimento da pesquisa, bem como a assinatura do termo de consentimento, a entrevista foi aplicada aos participantes do estudo após o agendamento prévio, com data e horário para a aplicação do instrumento. Nesse contexto, a coleta das informações foi realizada em uma sala reservada para tal, no sentido de não comprometer a privacidade e a confidencialidade dos dados.

### Análise estatística

A análise estatística realizada foi descritiva. Todos os resultados foram representados como média  $\pm$  desvio padrão.

## RESULTADOS

A faixa etária da população do estudo variou de 18 a 66 anos, com média de idade  $34,73 \pm 11,5$  anos. As participantes da pesquisa são na maior parte ativas, sendo que 46,6% praticam outras atividades além das realizadas no projeto, sendo caminhada ou musculação e em alguns casos ambas.

A percepção da qualidade de vida que tem como base a média das respostas da questão 1 e a satisfação com a saúde, que tem como base a média das respostas da questão 2 do questionário, apresentaram os seguintes valores respectivamente, 3,966 e 3,733, ambas sendo classificadas como regular, segundo a escala de análise do WHOQOL-BREF.<sup>11</sup>

Abaixo segue na tabela, resumidamente, os índices de qualidade de vida geral dos participantes. Nos domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente. (Tabela 1)

Segundo a tabela 1, observa-se que apenas o quesito meio ambiente apresentou valores abaixo do desejado, o qual teve sua qualificação intermediária. Já os demais domínios apresentaram uma média de 80% o qual é caracterizado como bom.

Os valores obtidos no questionário são demonstrados a seguir nas figuras apresentadas de 1 à 4. Todos os valores seguiram as referências da escala de análise

**Tabela 1** - Resumo das informações sobre os índices de qualidade de vida.

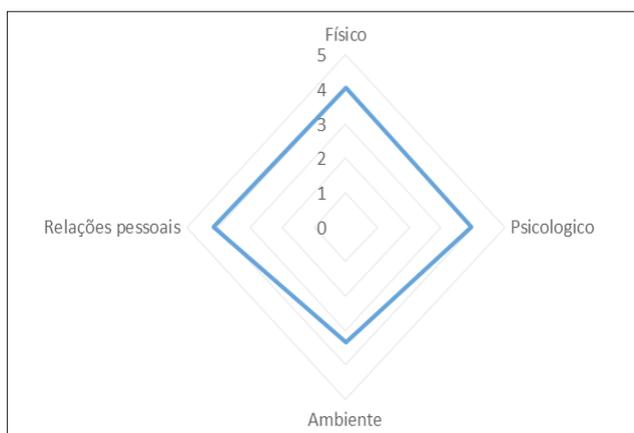
Domínio	Domínio	Domínio	Domínio
Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
80,85%	79,22%	80,85%	66,75%

\*Resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve

do WHOQOL-BREF.<sup>11</sup>

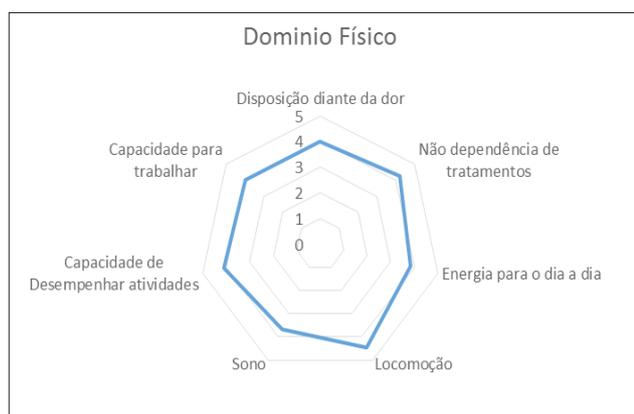
A figura 1 apresenta os resultados obtidos em relação aos quatro domínios de maneira geral (figura 1).

Os domínios Relações Sociais e Físico foram classificados como bom; os mesmos apresentaram média de valores entre 4 pontos; já, o Psicológico e o Domínio Ambiente como regular, com média de pontos abaixo de 4.



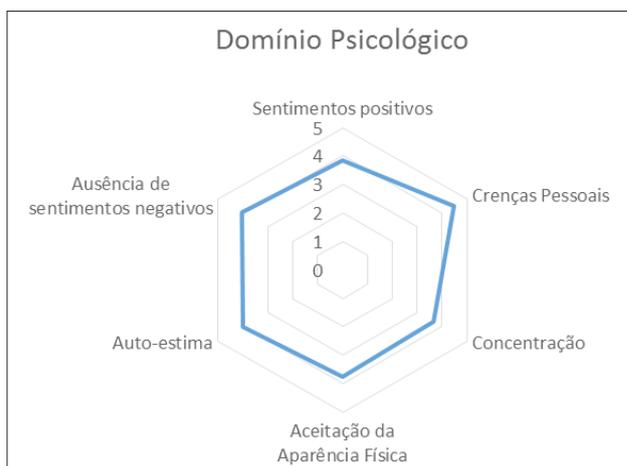
**Figura 1** - Escores relacionados aos domínios gerais das avaliações das entrevistadas do WHOQOL-BREF.

A figura 2 representa a classificação do domínio físico, em que o aspecto do Sono e Energia para o dia a dia foram regulares; valores apresentados abaixo de 4 pontos; a locomoção juntamente com a não dependência de tratamento e os demais aspectos obtiveram classificação boa (Figura 2)



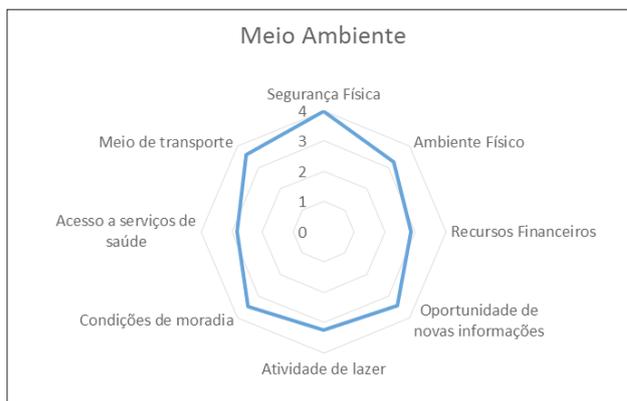
**Figura 2** - Média das avaliações das entrevistadas nas facetas do domínio físico do WHOQOL-BREF.

Os Aspectos Psicológicos da amostra estão expressos na Figura 3, de forma que as crenças pessoais e a autoestima demonstraram maiores escore, sendo classificados como bom, e os demais aspectos foram classificados como regular, bem como o domínio Psicológico de maneira geral.



**Figura 3** - Média das avaliações das entrevistadas nas facetas do domínio psicológico do WHOQOL-BREF.

O domínio Meio Ambiente apresentou o menor escore sendo 66,75%, os itens Acesso a serviços de saúde e Recursos financeiros obtiveram classificação intermediária, a qual necessita melhorar. A segurança física foi classificada como regular, bem próximo de boa (3,96) e os demais aspectos foram classificados como regular (Figura 4).



**Figura 4** - Média das avaliações das entrevistadas nas facetas do domínio ambiente do WHOQOL-BREF.

O domínio Relações pessoais apresentou classificação boa, principalmente em relação a vida sexual das participantes, o Apoio Social foi classificado como regular.



**Figura 5** - Média das avaliações das entrevistadas nas facetas do domínio relações pessoais do WHOQOL-BREF.

## DISCUSSÃO

A prática regular de atividade física tem sido apontada como elemento fundamental na manutenção da saúde, favorecendo e contribuindo com a longevidade.<sup>10</sup> O papel dos serviços de saúde, com relação à prática de atividade física e orientação sobre a saúde em geral, deve se pôr à disposição da comunidade com informações, conhecimento e os meios necessários para que estas práticas possam ser incorporadas ao cotidiano das pessoas, considerando suas diferentes condições, interesses e possibilidades.<sup>11</sup>

Observa-se que a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde pelas voluntárias teve prevalência regular, próxima de boa (3,9 e 3,7 respectivamente) segundo escala de avaliação WHOQOL,<sup>11</sup> 24 voluntárias (80%) descrevem sua percepção da qualidade de vida como boa/muito boa, já 6 participantes (20%) relatam como nem boa e nem ruim, ou inferior. Em relação à satisfação com a saúde, 21 voluntárias (70%) classificaram como boa/muito boa e 9 participantes (30%) apontaram como nem boa e nem ruim ou inferior.

Em pesquisa realizada por Machado perceberam que o grupo participante de atividade física obtiveram uma percepção boa ou muito boa da qualidade de vida. Estudos indicam que indivíduos fisicamente ativos apresentam uma boa percepção dos aspectos físicos da qualidade de vida, que estão relacionados com a capacidade para o trabalho, energia para o dia a dia e locomoção.<sup>14</sup>

Um importante estudo da área, feito por Sales,<sup>13</sup> realizado na cidade de São Roque do Canaã/ES, com uma amostra semelhante a do presente trabalho, foi observado que o domínio meio ambiente apresentou o menor escore em relação aos demais domínios, sendo este de 61,88%. Os achados do nosso estudo também evidenciaram que o domínio ligado ao meio ambiente obteve o menor escore de avaliação (66,75%); esse domínio é formado por questões relacionadas aos fatores externos tais como: segurança, recursos financeiros, saúde, atividades de lazer e transporte. Esses fatores estão diretamente relacionados à organização das políticas públicas no município e características pessoais e dos locais.

Na pesquisa realizada o domínio Físico apresentou o escore de avaliação de 80,85%, índice bastante elevado, porém no aspecto do sono e energia para o dia a dia foram classificados como regular, podendo estar relacionado com o estilo de vida altamente produtivo, com pouco espaço e oportunidades para realização de atividades de lazer, aspecto que também apresentou classificação regular, no domínio Meio Ambiente. Nota-se que é precisamente durante a fase adulta da vida que velhos hábitos exercem enorme influência sobre os comportamentos futuros, impactando desta forma a qualidade de vida ao longo dos anos.<sup>15</sup>

Estudo feito por Gordia<sup>16</sup> comparou a qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico, através do questionário WHOQOL-BREF encontrando as melhores médias em todos os domínios e qualidade de vida geral no grupo de idosas praticantes de atividade física. Estes resultados corroboram com os encontrados em nossa pesquisa, visto que o escore relacionado à qualidade de vida foi considerado bom, diferindo que em nosso estudo a população estudada era em sua maioria jovens ou de média idade.

Estudo, utilizando o WHOQOL-BREF, na avaliação da qualidade de vida, observou-se que a prática de atividade física teve um impacto positivo na saúde mental e física de mulheres de meia idade, atuando nos principais domínios da vida.<sup>17</sup> A atividade física tem apresentado impacto positivo na qualidade de vida, independentemente da idade, do sexo e do estado de saúde e tipo de atividade física realizada.<sup>18</sup>

Para benefícios adicionais de saúde, os adultos devem realizar atividades físicas de intensidade moderada aeróbica de 300 minutos por semana, ou 150 minutos de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa, associadas às atividades de fortalecimento muscular que devem envolver grandes grupos musculares em 2 ou mais dias por semana.<sup>19</sup>

A atividade física e o controle do peso corporal são essenciais na qualidade de vida, tendo a atividade física benefícios como um aumento da capacidade pulmonar, da força muscular e da mobilidade das articulações, redução dos níveis de colesterol e de pressão arterial, fazendo com que caiam consideravelmente os riscos de doenças cardíacas, mantém o diabetes sob controle e, ainda, melhora o humor. Além da obtenção de qualidades morais, como força de vontade, autodomínio, confiança e auto-estima.<sup>20</sup>

O presente estudo evidenciou que as mulheres que participam do programa Ginástica para Todos, possuem um estilo de vida ativo e apresentam bons resultados no questionário WHOQOL-BREF. Foi possível observar que a maioria das voluntárias apresentam uma boa percepção da sua qualidade de vida, porém fatores externos que não estão relacionados com a atividade física apresentaram menores escores, sendo este o Domínio Meio Ambiente e seus aspectos que também interferem na qualidade de vida geral. São necessárias novas pesquisas com um número amostral maior e com metodologia longitudinal para que se avalie a evolução das participantes do programa em questão.

## REFERÊNCIAS

1. Silva S M, Mazo G Z, Cardoso A S, Garcia G S. Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(2):197-208. doi: 10.1590/S1809-98232011000200002.
2. Amaral P N, Pomatti D M, Fortes V L F. Atividades físicas no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2007;4(1):18-27.
3. Fleck M P A, Chachamovich E, Trentini C M. Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003;37(6):793-9. doi: 10.1590/S0034-89102003000600016.
4. Silva D A S, Petroski E L, Reis R S. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. *Motriz* 2010;15(2):219-27.
5. Lima H C O, Aguiar J B, Paredes P F M, Gurgel L A. Avaliação dos benefícios da ginástica localizada sobre a postura e a flexibilidade de mulheres na terceira idade. *Rev Bras. Educ Fis Esporte* 2010;24(4):525-34. doi: 10.1590/s1807-55092010000400009.
6. Matsudo S M M. *Envelhecimento e Atividade Física*. Londrina.

- Midiograf; 2001.
7. Sobreira DA, Navarro AC. Parâmetros de inclusão do educador físico no programa saúde da família (PSF) para trabalhar na prevenção e tratamento de pacientes hipertensos. RBPFEEX 2010;4(22):421-8.
  8. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas (SP): Papirus; 1993. doi: 10.1590/S0103-166X2009000300003
  9. SANTOS, Sérgio Ribeiro dos et al . Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto 2002;10(6):757-64. doi: 10.1590/S0104-11692002000600002.
  10. Brasil. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de jun. 2013.
  11. Fleck M P A, WHOQOL – ABREVIADO Versão em Português. Porto Alegre – RS – Brasil. 2000
  12. Azevedo S F, Lopes A S, Borgatto A F, Guimarães A C A. Perspectiva do envelhecimento, atividade física e qualidade de vida de trabalhadores. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2014;25(1):60-9.
  13. Sales G P, Ferreira T F. Aplicação do questionário “Whoqol-bref” para avaliação da qualidade de vida nos participantes do projeto de promoção em saúde corra pela vida de São Roque do Canaã/ES. RBPFEEX 2011;5(28):366-74.
  14. Machado E R, Santini E, Filho A D R. Percepção da qualidade de vida por mulheres praticantes de treinamento de força versus praticantes de atividade física habitual. RBCEH 2013;10(2):161-9. doi: 10.5335/rbceh.2012.2759.
  15. Maciel E S, Vilarta R, Modeneze D M, Sonati J G, Vasconcelos J S, Vilela Junior G B, et al. The relationship between physical aspects of quality of life and extreme levels of regular physical activity in adults. Cad. Saúde Pública 2013;29(11):2251-60. doi: 10.1590/0102-311x00178512.
  16. Gordia P A, Quadros B M T. Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. Revista Digital. Buenos Aires 2007;11(6).
  17. Gonçalves A K S, Canario A C G, Cabral P U L, Silva R A H, Spylides M H C, Giraldo P C, Junior J E. Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional. Rev Bras Ginecol Obstet 2011;33(12):408-13. doi: 10.1590/S0100-72032011001200006.
  18. Potter R, Ellard D, Rees K, Thorogood M. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2011;26(10):1000-11. doi: 10.1002/gps.2641.
  19. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2011.
  20. Kamel D, Kamel J G N. Nutrição e atividade física. 2ª ed., Rio de Janeiro: Sprint, 1998.

**Como citar:** MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck et al. Avaliação da qualidade de vida de participantes do projeto ginástica para todos no município de Guarapuava-PR. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8136>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8136>.

## ARTIGO ORIGINAL

# Avaliação de $VO_2$ máx em atletas de karatê: conhecimento da capacidade cardiorrespiratória e prescrição de exercício

## *VO<sub>2</sub> max assessment in karate athletes: capacity of knowledge cardiorespiratory and exercise prescription*

Stefânia Morais Pinto,<sup>1</sup> João Paulo Clemente da Silva,<sup>1</sup> Stéfano Morais Pinto,<sup>1</sup> Sêmio Wendel Martins<sup>2</sup><sup>1</sup>Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil.<sup>2</sup>Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.Recebido em: 21/08/2016 / Aceito em: 27/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
ster2584@hotmail.com

## RESUMO

O exercício físico regular melhora o desempenho esportivo, a partir de intervenções que incrementam a capacidade aeróbia. **Objetivo:** conhecer a capacidade cardiorrespiratória dos atletas de Karatê da Federação Paraibana de Karatê Interestilos (FPBKI). **Método:** o estudo foi caracterizado como semi-experimental, com abordagem quantitativa; reuniu dados de 16 atletas de ambos os gêneros, com faixa etária entre 13 e 34 anos. Foram realizadas duas avaliações cardiorrespiratórias, uma ao mês de Julho de 2011 e outra ao mês de Novembro de 2011, com um período de intervenção de quatro meses. A intervenção foi realizada através de um programa de treinamento, que combina a corrida contínua e o treino intervalado, chamado de Fartlek, sendo desenvolvido o treinamento três vezes por semana, com duração de cinquenta minutos, com a intensidade de 70-80% da FC máxima e 70% do  $VO_2$  máx. **Resultados:** entre a primeira e a segunda avaliação foram notórias as diferenças dos níveis de capacidade cardiorrespiratória dos atletas avaliados. Os dados finais do  $VO_2$  máx mostraram que, na segunda avaliação, houve um aumento da aptidão física cardiorrespiratória de 0% para 13% no nível Excelente, de 6% para 44% do nível Boa, de 13% para 38% do nível Regular, a diminuição de 44% para 6% do nível Fraca, e de 38% para 0% do nível Muito Fraca. **Considerações finais:** de acordo com os resultados finais, podemos concluir que houve um aumento considerável no nível de capacidade cardiorrespiratória dos atletas de Karatê da FPBKI, representando desse modo um melhor desempenho na modalidade.

**Palavras-chave:** Atletas de karatê; Avaliação física;  $VO_2$  máx.

## ABSTRACT

*The regular exercise for better sports performance, by improving aerobic capacity. **Objective:** know the cardiorespiratory capacity of karate athletes Paraibana Karate Federation Interestilos (FPBKI). **Method:** the study characterized the longitudinal type with a quantitative approach, the survey gathered data from 16 athletes of both genders, aged between 13 and 34 years. two cardiorespiratory evaluations were carried out, one to the month of July 2011 and another to November 2011, with a four-month intervention period. Since the intervention carried out through a training program that combines the continuous running and interval training, called Fartlek, being developed training three times a week, lasting fifty minutes with the intensity of 70-80% HR and maximum 70% of  $VO_2$  max. **Results:** between the first and the second evaluation were notable differences in cardiorespiratory fitness levels of athletes evaluated, Final data  $VO_2$  max showed that in the second evaluation, there was an increase in cardiorespiratory fitness from 0% to 13% level Excellent of 6% to 44% of the good level of 13% to 38% of the regular level decreased from 44% to 6% of Low level, and 38% to 0% Very Low level. **Closing remarks:** therefore, according to the final results we can conclude that there was a considerable increase in the level of cardiorespiratory capacity of karate athletes FPBKI, representing thereby a better performance in the sport.*

**Keywords:** Karate Athletes; Physical Assessment;  $VO_2$  max.

## INTRODUÇÃO

O Karatê<sup>1</sup> é um esporte caracterizado com uma prática através da qual o karateca domina todos os movimentos do corpo como flexões, saltos e o balanço, aprendendo a movimentar os membros e o corpo para todas as direções, de modo livre e uniforme.

De acordo com Fernandes,<sup>2</sup> a capacidade cardiorrespiratória é caracterizada como a capacidade do organismo em se adaptar a esforços físicos moderados, envolvendo a participação de grandes grupos musculares, por períodos de tempo relativamente longos.

Exercícios aeróbios<sup>3</sup> incluem atividades de média e longa duração com intensidade variando de leve à moderada, de forma rítmica e dinâmica, que contribuem para o aumento do músculo cardíaco e os demais componentes do sistema cardiorrespiratório, melhorando e mantendo a aptidão. É importante esclarecer que a captação máxima de oxigênio é a referência da capacidade cardiorrespiratória, sendo esta, o produto do débito cardíaco máximo (litros de sangue/minuto) e da diferença arteriovenosa de oxigênio<sup>4</sup> (mL de O<sub>2</sub> por litros de sangue).

Fox<sup>5</sup> atribui ao VO<sub>2</sub> máximo, a função de medida mais representativa da aptidão cardiorrespiratória pois, geralmente, resume o que ocorre no sistema de transporte de oxigênio, podendo também ser chamado de potência aeróbia máxima. Desse modo, nos remete em saber que o VO<sub>2</sub> máx é a peça chave para a resistência aeróbia, uma vez muito solicitada como via energética no Karatê. Sendo o Karatê um esporte que necessita da via aeróbia como energia auxiliar e para a recuperação ativa, pós-exercício. Indagamos: será que os atletas estão no patamar ideal de VO<sub>2</sub> máx, enquadrando-se em um bom nível de condicionamento físico para o desempenho atlético?

Assim, o presente estudo tem por objetivo conhecer a capacidade cardiorrespiratória dos atletas de Karatê da Federação Paraibana de Karatê Interestilos (FPBKI). Desse modo, saberemos se estão enquadrados nos índices ideais para a aptidão física cardiorrespiratória, contribuindo assim para o ramo da avaliação cardiorrespiratória, pois, não é comum realizar estes testes, nos atletas de Karatê. Assim, poderemos somar para o desenvolvimento de futuros estudos sobre o tema.

## MÉTODO

O presente trabalho semi-experimental<sup>6</sup> foi realizado através de uma pesquisa longitudinal, caracterizada pela intervenção e acompanhamento,<sup>7</sup> utilizando-se uma abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada na pista de corrida (com 330 m de extensão), do Centro de Ensino da Polícia Militar da Paraíba (CEPM-PB), em João Pessoa-PB.

A amostra foi composta por 16 atletas, de forma não probabilística, de ambos os sexos, com idade entre 13 e 34 anos, que praticam Karatê, com a frequência de 3 (três) vezes por semana, com duração de, pelo menos, 6 horas semanais.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o Teste de 12 minutos pelo protocolo de Cooper,<sup>8</sup> em que foi aferida a maior distância possível em 12 minutos. O teste foi realizado em superfície plana. O

consumo máximo de oxigênio foi estimado pela fórmula: VO<sub>2</sub> máx (ml.kg.min) = D - 504/45; Onde: D = Distância em metros.

A coleta dos dados foi feita a partir da devida autorização institucional e do parecer de aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba. Nº: 0339.0.133.000.11.

Inicialmente, foi feita uma apresentação dos nossos objetivos com a pesquisa aos atletas, ao presidente da Federação Paraibana de Karatê Interestilos (FPBKI), aos diretores das associações, enfim a todos que foram envolvidos no estudo. Após, à disposição voluntária dos mesmos, foram aplicados os testes.

O plano de exercícios, utilizou como base, os dados coletadas (Idade, gênero, frequência cardíaca máxima, valor do VO<sub>2</sub> máx Relativo). Para aumentar positivamente os valores da aptidão cardiorrespiratória, utilizamos prescrições levando-se em consideração a duração, frequência e intensidade dos exercícios.<sup>9</sup> Diversos indicadores fisiológicos<sup>10</sup> podem ser usados para estimar a intensidade do esforço, tais como frequência cardíaca máxima (FC máx), consumo máximo de oxigênio (VO<sub>2</sub>máx). Assim, nosso programa de treinamento constou de um método que combina a corrida contínua e o treino intervalado, chamado de Fartlek, permitindo ao atleta correr uma determinada distância variando a intensidade, e ocasionalmente correr a níveis da intensidade elevada, sendo desenvolvido o treinamento três vezes por semana, com duração de cinquenta minutos, com a intensidade de 70-80% da FC máxima e 70% do VO<sub>2</sub> máx. De acordo com o ACSM,<sup>4</sup> para desenvolver e manter a aptidão cardiorrespiratória, a frequência de treinamento deve ser de três a cinco vezes por semana, duração de vinte a sessenta minutos de trabalho contínuo ou intermitente, intensidade que corresponda de 50 a 85% do consumo de oxigênio máximo ou entre 60 e 90% da frequência cardíaca máxima; método utilizado no presente estudo.

Este método<sup>11</sup> é utilizado preferencialmente na etapa de preparação, de forma a introduzir alguma variação, à monotonia do treino de corrida contínua. Este tipo de treino solicita fundamentalmente o sistema aeróbio, principalmente, no que diz respeito à capacidade cardiorrespiratória. Este tipo de treino<sup>12</sup> permite ao atleta adquirir noções de ritmo e a capacidade de correr mais rápido aproximando-se do esforço de competição, é uma forma de conciliar o aumento do volume de treino com a intensidade de corrida, compatível com a capacidade do atleta.

Os dados obtidos nas avaliações foram registrados em fichas individuais e tratados estatisticamente, em porcentagem, tendo como referência a tabela do nível de aptidão física de Cooper,<sup>8</sup> para homens e mulheres, utilizando os Softwares Microsoft Office Word e Excel 2007<sup>®</sup> como planilha estatística.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Constatamos a predominância do nível de aptidão cardiorrespiratória Muito Fraca com 38%, sendo O6 (seis) atletas, Fraca 44% à O7 (sete) atletas, Regular 13%, significando O2 (dois) atletas, Boa 6%, ou seja O1 (um) atleta, e Excelente 0% dos envolvidos no estudo (Figura 1).

### NÍVEL DE APTIDÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

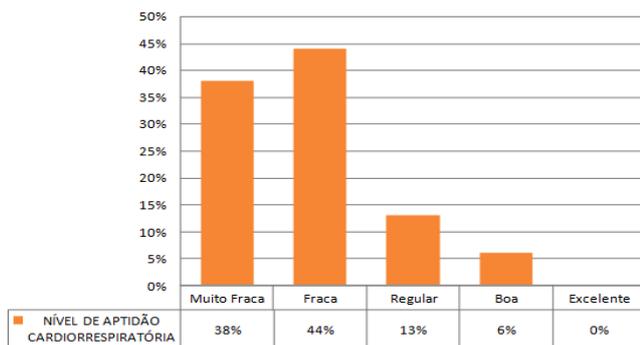


Figura 1 - Nível de aptidão cardiorrespiratória (pré-teste).

### NÍVEL DE APTIDÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

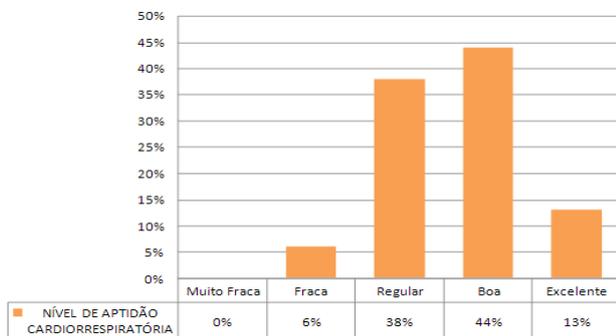


Figura 2 - Nível de aptidão cardiorrespiratória (pós-teste).

Após transcorrido o período de quatro meses entre a primeira e a segunda avaliação, com a intervenção do plano de trabalho, observamos as alterações positivas nos índices, Muito Fraca, ficando com 0%, Fraca com 6%, sendo apenas 01 (um), Regular 38% representando 06 (seis) atletas, Boa 44% sendo 07 (sete) atletas, Excelente 13%, ou seja 02 (dois) atletas envolvidos na pesquisa (Figura 2).

Segundo Alves,<sup>13</sup> os efeitos benéficos da atividade física planejada são logo evidenciados nos órgãos que compõem o sistema cardiorrespiratório, trazendo o aumento do consumo de oxigênio, manutenção da boa frequência cardíaca e volume de ejeção, aumento dos parâmetros ventilatórios funcionais, dentre outros.

Foi possível também observar a melhoria considerável da aptidão física dos atletas, confirmando a afirmação de Guedes e Guedes<sup>14</sup> quando referem-se à positiva relação entre atividade física e melhoria do índice de aptidão cardiorrespiratória.

Em um estudo de Alves,<sup>13</sup> com karatecas competidores versus não competidores, levando em consideração a intensidade do treino e do objetivo, foi constatado que a Frequência Cardíaca em atletas de competição são menores em relação aos atletas que não competem, pois seus treinamentos são mais intensos e assim os mesmos conseguem adquirir um melhor desempenho na sua atividade cardiorrespiratória.

Ainda o mesmo autor, evidenciou que trabalhos cardiorrespiratórios também aplicados com coerência e administrados após uma avaliação, resultaram em uma diferença bem significativa em atletas de competição e

atletas que não competem, porém, que os competidores têm uma função cardiorrespiratória bem melhor que aqueles que não competem; isso se deve à intensidade do treinamento programado.

Santos,<sup>15</sup> em seu trabalho de conclusão de curso em Educação Física, estudou a aptidão cardiorrespiratória de Policiais Militares, em que demonstrou um aumento significativo com o trabalho de intervenção, mostrando que o nível de 28,57% subiu para 57,14 % de excelente, 35,71% permaneceram acima da média, houve uma diminuição de 14,28 % para 7,14% no nível médio, de 21,42 % para 0% do nível abaixo da média e o índice fraco permaneceu em 0%, desde a primeira avaliação.

### Limitações

O esboço amostral empregado, envolvendo seleção não aleatória de indivíduos e sendo uma amostra pequena, fragiliza a validade externa do estudo, limitando algumas conclusões sobre a amostra estudada;

A ressalva do estudo da aptidão física cardiorrespiratória, sem levar em conta os demais níveis de atividade física, além do empregado no trabalho da modalidade remete a outros estudos com amostras maiores e utilização de demais protocolos para garantir mais ainda a fidedignidade da pesquisa.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após, analisar os resultados obtidos, foi mensurada a capacidade cardiorrespiratória de atletas de karatê, através de uma primeira avaliação, após transcorrido o período de intervenção, com o objetivo da melhoria dos valores, sendo levada em consideração a importância da avaliação física no início de um treinamento e depois de transcorrido o período de intervenção, para comparar as mudanças ocorridas. Foi observado um aumento relevante dos índices de 0% para 13% no nível Excelente, de 6% para 44% do nível Boa, de 13% para 38% do nível Regular; a diminuição de 44% para 6% do nível Fraca, e de 38% para 0% do nível Muito Fraca.

Desse modo, ficou evidente a importância de um treinamento voltado para a capacidade aeróbia, obtendo uma melhor aptidão cardiorrespiratória, através de protocolos e métodos de treinamento já existentes.

Portanto, de acordo com os resultados finais, podemos concluir que houve um aumento considerável no nível de capacidade cardiorrespiratória dos atletas de Karatê da FPBKI, representando desse modo um melhor desempenho na modalidade e servindo de fundamentação para futuros trabalhos com o tema, contribuindo assim para o ramo da avaliação cardiorrespiratória e para a modalidade.

### REFERÊNCIAS

1. Nakayama M. - O melhor do Karatê 2 – Fundamentos. 1º edição, São Paulo: Editora Cultrix, 1978.
2. Fernandes Filho, José - A Prática da Avaliação Física - 1. ed. Rio de Janeiro: Shape editora e promoções Ltda, 1999.
3. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ª ed. Londrina: Midiograf, 2003.

4. ACSM - American college of sports medicine. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
5. Fox EL, Matheus DK. Bases fisiológicas da Educação Física e dos Desportos. 3ª Ed. Editora interamericana, 2000.
6. Gaya Adroaldo. Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008. 304p.
7. Gil Antonio Carlos – Como elaborar projetos de pesquisa – 4ª Ed. -12ª. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009.
8. Cooper K. O programa aeróbico para o bem estar total. Rio de Janeiro: Nórdica, 1982.
9. Rondon MUPB, Forjaz CLM, Nunes N, Amaral SL, Barretto ACP, Negrão CE. Comparação entre a prescrição de intensidade de treinamento físico baseada na avaliação ergométrica convencional e na ergoespirometria. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro 1998;70(3):159–66.
10. Graef FI, Krueel LF. M. Frequência cardíaca e percepção subjetiva de esforço meio aquático: diferenças em relação ao meio terrestre e aplicações na prescrição do exercício – uma revisão. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Rio de Janeiro 2006;12(4):221-8.
11. Oliveira, S. Caracterização do treino de meio fundo em Portugal. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2010.
12. Colaço PA Formação do Jovem Corredor de Meio-Fundo. Revista Técnica da Federação Portuguesa de Atletismo. Dossier de Treino. 1:2-5, 2006.
13. Alves C Lima RCB. Impacto da atividade física e esportes sobre o crescimento e puberdade de crianças e adolescentes. Associação paulista de pediatria. 2009.
14. Guedes DP, Guedes JERP. Exercício Físico na promoção da saúde. Londrina: Midiograf, 1995.
15. Santos Rodrigo de Lima. Avaliação da capacidade cardiorrespiratória dos policiais militares. 36 f. Trabalho de conclusão de curso. Campina Grande – PB, 2010.

**Como citar:** PINTO, Stefânia Morais et al. Avaliação de VO<sub>2</sub> máx em atletas de karatê: conhecimento da capacidade cardiorrespiratória e prescrição de exercício. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/7870>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.7870>

## ARTIGO ORIGINAL

## Dor lombar em mulheres sedentárias e praticantes de musculação

### *Low back pain in sedentary women and active*

Amanda Benvenuti<sup>1</sup>, Altair Argentino Pereira Junior<sup>2</sup><sup>1</sup>Centro Universitário de Brusque (Unifebe), Brusque, SC, Brasil.<sup>2</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Recebido em: 28/08/2016 / Aceito em: 10/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016

[amandabenvenuti@hotmail.com](mailto:amandabenvenuti@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** identificar a presença de dor lombar em mulheres sedentárias e praticantes de musculação. **Método:** utilizou-se o questionário de *Oswestry*, para avaliação da dor lombar. Participaram vinte mulheres com faixa etária entre 50 e 60 anos, divididas em dois grupos. **Resultados:** Observou-se que as dores na região lombar acabam limitando parte das mulheres, na sua maioria sedentárias, até mesmo de ter uma vida sexual e social normal, além de limitá-las de locomover-se por longas distâncias ou ficar sentadas por um grande período de tempo. O grupo ativo mostrou sentir menor percentual de dor, ao realizar atividade do cotidiano. **Considerações finais:** no presente estudo, recomenda que a prática da musculação seja algo rotineiro na vida das mulheres, não apenas na faixa etária estudada, mas principalmente que, desde jovem, a mulher exercite-se com cargas, prevenindo um climatério com dores e desconfortos.

**Palavras-chave:** *Treinamento de Resistência; Sedentarismo; Mulheres; Lombalgia.*

## ABSTRACT

**Objective:** to identify the presence of low back pain in women sedentary and bodybuilders. **Method:** we used the *Oswestry* questionnaire for evaluation of low back pain. Subjects were twenty women aged between 50 and 60 years, divided into two groups. **Results:** we observed that low back pain limits several activities of women as, for example, having a sexual and normal social life, and limit them to move around by long distances or remain seated for a long period. The active

group showed smaller pain percentage when performing everyday activities. **Closing remarks:** we recommended that the practice of bodybuilding is something routine in the lives of women, not only in the age group studied, preventing a climacteric with aches and pains.

**Keywords:** *Resistance Training; Sedentary Lifestyle; Women; Low Back Pain.*

## INTRODUÇÃO

A dor lombar (DL) é uma situação comum nas sociedades industrializadas, constituindo-se em problema de saúde pública e incapacidade, principalmente para a população economicamente ativa.<sup>1</sup> Evidências de qualidade moderada apresentaram que, em qualquer região do Brasil, um em cada quatro brasileiros mais velhos sofrem de dor lombar.<sup>2</sup>

Por mais comum que seja a lombalgia, poucos estudos analisam a sua associação com fatores relacionados ao estilo de vida do indivíduo. O que mais encontramos são pesquisas relacionadas à sua prevalência, etiologia e formas de tratamento.<sup>3</sup>

A busca por um estilo de vida mais saudável, pela boa forma física ou até mesmo por um momento de relaxamento fora do stress do trabalho, está fazendo com que, cada dia mais, as salas de musculação se encham de alunos das mais variadas faixas etárias, com os mais variados objetivos e cada um com suas limitações, suas particularidades. Segundo Oliva, Bankoff e Zamai,<sup>4</sup> é comum encontrar nas academias, pessoas com lesões musculares/articulares causadas pela sobrecarga na musculação. Os autores ainda ressaltam que, embora a prática da musculação seja algo comum na sociedade

atual, devemos estar alertas com a execução dos exercícios que, na sua maioria, podem causar um aumento da sobrecarga na coluna lombar - exercícios estes que, se realizados de maneira errônea, podem vir a trazer dores nesta região e até graves patologias, como uma hérnia discal, por exemplo.

De acordo com Lopez et al.,<sup>5</sup> pessoas do sexo feminino tem um maior declínio funcional com o passar dos anos, relacionado à perda de massa muscular. A presença de mulheres acima de 50 anos nas academias, buscando a prática da musculação, é cada dia mais comum. Na maioria dos casos, por indicação médica, sabe-se que o exercício resistido, quando bem elaborado e realizado corretamente, pode trazer uma série de benefícios para o organismo de quem o pratica.<sup>6</sup>

Sabe-se que músculos paravertebrais e abdominais fracos, como também a baixa flexibilidade dos músculos da região lombar e posterior da coxa contribuem para o aparecimento de dores na coluna lombar. Quando a lombalgia já está instalada, a prática de exercícios direcionados tem apresentado bons resultados, quanto à diminuição da intensidade da dor, bem como na melhora da funcionalidade.<sup>7</sup> Estes exercícios podem trazer grandes benefícios se forem executados de maneira correta, com a orientação de um profissional qualificado e manipulando as cargas de acordo com a condição física do indivíduo.

A literatura nos apresenta evidências de que grupos ativos têm menor probabilidade de lesões e dores na coluna lombar, se comparados à grupos sedentários.<sup>8</sup>

No entanto, a postura corporal do praticante - principalmente de musculação - é algo que deve ser avaliada constantemente. Por ser uma modalidade onde se trabalha com sobrecargas, uma postura incorreta, durante a realização dos exercícios, pode trazer graves consequências para a coluna lombar. Para Watanabe et al.,<sup>9</sup> os músculos do tronco podem não ser capazes de funcionar adequadamente quando os indivíduos levantam um objeto que é muito mais pesado do que o esperado para seu corpo.

O presente estudo teve como objetivo analisar a presença de dor lombar, em mulheres com faixa etária de 50 a 60 anos, sedentárias e praticantes de musculação.

## MÉTODO

Foram avaliadas vinte participantes, do sexo feminino, com idade entre cinquenta e sessenta anos, divididas em dois grupos: Grupo A - dez mulheres sedentárias, com idade média de  $53,4 \pm 3,2$  anos. As mulheres sedentárias, selecionadas neste estudo, deveriam estar afastadas da prática de atividades físicas regulares por no mínimo um ano. Grupo B - dez mulheres,

idade média de  $55,9 \pm 4,1$  anos, praticantes regulares de musculação, com uma média de frequência de 3 vezes na semana, por um período mínimo de seis meses. Em ambos os grupos, foram determinados, como critério de exclusão, mulheres que apresentassem diagnóstico clínico de problemas lombares como: histórico de dor lombar crônica, hérnias de disco ou degeneração discal.

Foram selecionadas mulheres praticantes, apenas de musculação. Aquelas que citaram participar de outras atividades conjugadas com o exercício resistido como Zumba, Pilates, dança de salão e natação foram excluídas da amostra para que os resultados não fossem relacionados com nenhum outro tipo de atividade.

As avaliadas, moradoras da cidade de Brusque - Santa Catarina, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido com informações a respeito do artigo a ser realizado. As mesmas responderam ao questionário "Oswestry para avaliação da dor lombar", validado no Brasil, que consta de dez perguntas objetivas a respeito de atividades do cotidiano relacionando com possíveis dores na região lombar. As questões se apresentavam com determinados temas: intensidade da dor no momento da pesquisa; cuidados pessoais; levantar objetos; caminhar; sentar; ficar de pé; dormir; vida sexual; vida social e locomoção em carros/ônibus/taxi.

Após a coleta de dados, estes os resultados foram analisados através de estatística descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta os valores obtidos através da aplicação do questionário de Oswestry, nos dois grupos de participantes e também no total das participantes.

O estudo identificou que, no momento da pesquisa, a maior parte das entrevistas, tanto do grupo A - Sedentários, quanto do grupo B- Musculação, não apresentava dor lombar. Apenas duas participantes de cada grupo estavam com uma leve dor, outras duas do Grupo A com dor moderada e duas apresentavam dor razoavelmente intensa no momento em que respondiam ao questionário. Para Carey e Freburger,<sup>8</sup> nos dias atuais, a dor lombar é uma condição comum na população de todo o mundo. Os autores afirmam que 80% das pessoas apresentarão, em algum momento da vida, um episódio de dor nesta região.

Em dados adicionais, claramente pode-se observar que, um dos itens que mais teve divergência entre os grupos foi o que considerava os cuidados pessoais. Toda a amostra do Grupo B "cuida de si mesmo sem que a dor lombar aumente". Já, no Grupo A, 20% das entrevistadas "cuida de si mesma, mas sente muita dor ao fazer isso"; e 10% consegue cuidar de si mesma, porém muito lentamente devido à dor. Normalmente,

**Tabela 1** - Valores obtidos por meio do questionário Oswestry no grupo de sedentárias, e praticantes de musculação.

Faixas percentuais	Tipos de classificação	G. SED n (%)	G. MUS n (%)	GERAL n (%)
0-20%	Incapacidade mínima	5 (50)	9 (90)	14 (70)
21-40%	Incapacidade moderada	2 (20)	1 (10)	3 (15)
41-60%	Incapacidade intensa	3 (30)	-	3 (15)
61-80%	Aleijado	-	-	-
81-100%	Inválido	-	-	-

Legenda: G. SED: grupo sedentário; G. MUS: grupo musculação.

as crises de dor lombar iniciam por volta dos 35 anos e se agravam após os 60 anos. A perda de massa óssea inicia por volta dos 50 anos, sendo mais evidente nas mulheres, sendo o exercício um fator importante na prevenção desta condição<sup>10</sup>.

Levantar objetos pareceu ser mais fácil para mulheres praticantes de musculação, quando comparamos às sedentárias. Apenas 40% das sedentárias entrevistadas consegue levantar objetos pesados sem aumento da dor; 30% pode levantar objetos pesados, porém isto acentua a dor na lombar; 10% não consegue levantar objetos pesados por causa da dor, mas objetos leves se estiverem bem posicionados, as participantes relataram conseguir; e 20% delas consegue levantar apenas objetos muito leves. Das praticantes de musculação, 80% consegue levantar objetos pesados sem aumento da dor; 10% levanta objetos pesados apenas se estiverem bem posicionados, por exemplo, sobre uma mesa; e 10% pode levantar apenas objetos muito leves. O que está de acordo com o estudo de Rocha et al.,<sup>11</sup> que observaram que um programa de exercício físico atenuou o aumento dos níveis de adiposidade e a perda muscular associada à menopausa e ao envelhecimento em mulheres.

Para Carvalho,<sup>12</sup> a caminhada é uma atividade com baixo risco de lesão que está relacionada à muitos benefícios para a saúde, o que segundo ele, poderia ser promissor para indivíduos com lombalgia. No presente estudo, cem por cento das praticantes de musculação entrevistadas não sente dor na região lombar, ao caminhar qualquer distância. Já, as sedentárias mostraram ter mais dificuldade quando a questão é caminhar longas distâncias: 20% delas não pode caminhar mais que 1600 metros e 30% sente dor se caminha mais de 400 metros.

Das dez praticantes de musculação entrevistadas, sete conseguem sentar em qualquer tipo de cadeira, durante o tempo quiser, e as outras três conseguem permanecer sentadas o tempo que quiserem se a cadeira for confortável. Do grupo das sedentárias, quatro afirmaram conseguir permanecer sentada em qualquer tipo de cadeira, durante o tempo que quiserem e outras quatro afirmaram o mesmo, porém precisam de uma cadeira confortável; e duas mulheres não conseguem ficar sentadas por mais de meia hora sem que sintam dor.

A postura sentada repercute em fator de risco para a coluna vertebral, ela a afeta promovendo um desequilíbrio das estruturas de sustentação. Ao manter-se sentado em uma cadeira comum a lordose lombar retifica, enquanto que a porção posterior dos ligamentos tensiona-se, além de propiciar o aumento da pressão sobre os discos intervertebrais lombares.<sup>13</sup>

Para o Grupo A, ficar de pé sem que sintam dor na lombar é possível, apenas para quatro das entrevistadas; três se queixaram de dor ao ficar de pé; outras duas disseram não poder ficar mais de meia hora de pé, pois a dor aumenta e uma mulher afirmou não conseguir ficar de pé por mais de uma hora sem que a dor aumente. Já, para o Grupo B, sete mulheres conseguem ficar de pé o tempo que quiserem sem sentir dor; duas fazem isto, porém com aumento da dor; e apenas uma entrevistada se queixou de não conseguir ficar de pé por mais de uma hora. Uma possível explicação para o aumento da dor na região lombar ao ficar de pé, é a hipotonia da musculatura que fica nesta região, comum

em indivíduos sedentários, porém praticantes de musculação que não fazem exercícios específicos para esta musculatura, tendem a ter dor na lombar também.

O exercício físico, como recurso terapêutico para a prevenção e tratamento da dor lombar, tem recebido grande atenção nos últimos anos, o que pode ser explicado pelos consistentes relatos de que a fraqueza e a baixa resistência isométrica dos músculos eretores lombares da coluna estão associadas à etiologia da dor lombar.<sup>7,8</sup>

Apenas duas mulheres das dez entrevistadas no grupo das praticantes de musculação afirmaram ter o sono perturbado ocasionalmente pela dor lombar; as demais não apresentam perturbação no sono por causa da dor. No grupo das sedentárias, uma mulher afirmou ter o sono perturbado ocasionalmente pela dor e duas disseram não conseguir dormir mais de seis horas por causa da dor; as demais do grupo não apresentaram problemas com o sono devido à dor. Acredita-se este ser um tópico bastante relativo ao tipo de colchão e à posição em que a entrevistada dorme, já que teoricamente, a posição deitada é a que menor tensiona a região lombar.

Oliveira, Salgueiro e Alfieri<sup>14</sup> ressaltam que as posturas inadequadas associadas à repetição e ineficiência – fraqueza/hipotonia - muscular podem desencadear a lombalgia. É como uma cadeia de fatores que se interligam um com o outro: Hipotonia muscular gera vícios posturais maléficos para a saúde da coluna que com o passar do tempo podem levar o indivíduo a sentir dores, no caso na lombar que, em geral, é a região da coluna vertebral que mais sofre com este tipo de conduta.

A vida sexual e social das entrevistadas do Grupo B se mostrou completamente normal, segundo os resultados. Já, no Grupo A, 10% afirmou ter vida sexual normal, porém com um pouco de dor e 20% com muita dor lombar. Apenas metade das entrevistadas do Grupo A, tem vida social normal sem dor; 10% tem vida social normal, porém com aumento da dor e 40% tem vida social com limitações quando se trata de interesses que demandam mais energia.

Em um estudo sobre a intervenção fisioterapêutica no impacto da dor lombar crônica em idosos, Jorge et al.<sup>15</sup>, citam a dor lombar como uma das principais queixas entre os idosos. Os autores afirmam ainda que a dor está entre os principais fatores que limitam a possibilidade do idoso em manter seu cotidiano de maneira normal, prejudicando, de algum modo, a realização das atividades de vida diária bem como restringindo a convivência social.

Quando o assunto é locomoção (carro, ônibus, taxi), o Grupo A apresentou mais queixas em relação a dores na região lombar: três mulheres afirmaram ir a qualquer lugar, porém com aumento da dor e uma entrevistada disse ter dor intensa, conseguindo locomover-se por duas horas. No grupo B apenas uma mulher disse que pode ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor. Neste tópico, se aplica o mesmo princípio utilizado na questão que trata de ficar na postura sentada por um longo período de tempo. A compressão discal aumenta a tensão sobre os ligamentos da coluna lombar também, gerando um aumento da dor.

Segundo a escala "Oswestry para avaliação da dor lombar", das 20 mulheres entrevistadas, 14 (70%)

apresentam incapacidade mínima. Destas 14, 9 são praticantes de musculação e as outras 5 são sedentárias. No total, 3 mulheres (15%) apresentaram incapacidade moderada, sendo 2 sedentárias e 1 praticante de musculação. E, para incapacidade intensa, obteve-se 3 entrevistadas (15%), todas sedentárias.

Sabe-se que a inatividade física está relacionada direta ou indiretamente com dores na coluna. A hipotonia da musculatura lombar – presente em pessoas sedentárias - associada com postura inadequada é uma combinação perfeita para o surgimento da lombalgia.

Comparando os escores entre os grupos, pode-se ver que o grupo sedentário apresenta maior incapacidade em relação ao grupo praticante de musculação. Vale ressaltar a partir daí, a importância da prática de musculação para mulheres, principalmente na faixa etária estudada, fase do climatério - menopausa. Como já falado anteriormente, o fortalecimento da musculatura do corpo por um todo, auxilia na prevenção de dores, principalmente, na região lombar, que é comum ser afetada devido à sobrecarga que recebe diariamente. Jesus e Marinho<sup>16</sup> e Albino et al.,<sup>17</sup> afirmaram que o exercício físico ajuda a amenizar os principais fatores envolvidos na “síndrome da dor lombar”. Segundo os autores, dentre estes fatores estão a fraqueza muscular – da região abdominal, principalmente, e a baixa flexibilidade dorsal e de membros inferiores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao comparar as atividades da vida diária de mulheres sedentárias, com mulheres que praticam exercícios com cargas, nota-se nitidamente que as ativas conseguem realizar suas necessidades do cotidiano – caminhar, sentar, vestir-se, viajar, vida sexual, cuidados pessoais e socialização – com ausência, ou muito pouca dor na região lombar. Já, as sedentárias, mostraram-se ter uma maior restrição com relação às atividades diárias, pois a dor as limita de fazer parte das atividades e situações do cotidiano.

Com este estudo, pode-se ressaltar a importância da musculação para mulheres, principalmente, na faixa etária estudada – dos 50 aos 60 anos – que é uma fase crítica para a mulher, com a chegada da menopausa e com ela uma série de dores relacionadas à desgastes ósseos e perda de massa muscular.

O ideal seria que as mulheres nunca parassem de praticar exercícios físicos. Seria interessante que toda mulher praticasse algum exercício durante toda a vida – não necessariamente só musculação, mas principalmente ela, por ser uma das modalidades que mais traz benefícios, quando se fala de fortalecimento muscular e prevenção de lesões/dores provindas com a idade. Assim, quando chegada a fase do climatério, o corpo já se encontra ‘preparado’ para as mudanças – com músculos e ossos fortes, e conseqüentemente, articulações protegidas.

As mulheres sedentárias devem ter cuidados com a postura adotada no dia-a-dia, para prevenir episódios de dor lombar, no entanto, o ideal seria sair desse estado de sedentarismo e buscar atividades físicas que promovam fortalecimento dos grupos musculares, evitando assim, episódios de dor lombar. Já, as mulheres praticantes de musculação, devem manter seus treinos,

objetivando a manutenção do seu estado de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Meziat-Filho N, Silva GA. Disability pension from back pain among social security beneficiaries, Brazil. *Rev Saude Publica* 2011;45(3):494-502. doi: 10.1590/S0034-89102011000300007.
2. Leopoldino AAO, Diz JBM, Martins VT, Henschke N, Pereira LSM, Dias RC, Oliveira VC. Prevalence of low back pain in older Brazilians: a systematic review with meta-analysis. *Rev Bras Reumatol* 2016;56(3):258-269. doi: 10.1016/j.rbre.2016.03.011.
3. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C, Burstein R, Buchbinder R. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014;73(6):968-74. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204428.
4. Oliva OJ, Bankoff ADP, Zamai CA. Possíveis lesões musculares e ou articulares causadas por sobrecarga na prática da musculação. *RBAFS, Campinas* 1998;3(3):15-23.
5. Lopez P, Radaelli R, Rech A, Wilhelm EN, Pinto RS. Muscle quality, but not muscle thickness, is decreased in different age groups of active older women. *Rev bras cineantropom desempenho hum* 2015;17(3):347-356. doi: 10.5007/1980-0037.2015v17n3p347.
6. Lessa P, Oshita TAD, Valezzi M. Quando as mulheres invadem as salas de musculação: aspectos biossociais da musculação e da nutrição para mulheres. *Iniciação Científica Cesumar* 2007;9(2):109-117.
7. Soares P, Cabral V, Mendes M, Vieira R, Avolio G, Vale RGS. Efeitos do Programa Escola de Postura e Reeducação Postural Global sobre a amplitude de movimento e níveis de dor em pacientes com lombalgia crônica. *Rev Andal Med Deporte* 2016;9(1):23-28. doi: 10.1016/j.ramd.2015.02.005.
8. Carey TS, Freburger JK. Exercise and the Prevention of Low Back Pain. *JAMA Intern Med* 2016;176(2):208-209. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7636.
9. Watanabe M, Kaneoka K, Okubo Y, Shiina I, Tatsumura M, Miyakawa S. Trunk muscle activity while lifting objects of unexpected weight. *Physiotherapy* 2013;99(1):78-83. doi: 10.1016/j.physio.2011.09.005.
10. Liu BX, Chen SP, Li YD, Wang J, Zhang B, Lin Y, Guan JH, Cai YF, Liang Z, Zheng F. et al. The effect of the modified eighth section of eight-section brocade on osteoporosis in postmenopausal woman: A prospective randomized trial. *Medicine (Baltimore)* 2015;94(25):e991. doi: 10.1097/MD.0000000000000991.
11. Rocha SBR, Ogando BMA, Reis VMCP, Ávila WRM, Carneiro AG, Gabriel RECD, Moreira MHR. Impacto de um programa de exercício físico na adiposidade e na condição muscular de mulheres pós-menopáusicas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012;34(9):414-419. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000900005.
12. Carvalho AR. Alterações nas variáveis mecânicas e energéticas da caminhada decorrentes da dor lombar crônica inespecífica: estudo observacional transversal. 107 f. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
13. Estupiñan ZTG, García MFM, Correal FE. Low back pain perception from the prolonged use of a dynamic seat in sitting posture. *Rev Salud Pública* 2016;18(3):412-424. doi: 10.15446/rsap.v18n3.42897.

14. Oliveira JG, Salgueiro MMHAO, Alfieri FM. Lombalgia e estilo de vida. UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde. São Paulo 2014;16(4):341-344.
15. Jorge MSG, Zanin C, Knob B, Wibelinger. Physiotherapeutic intervention on chronic lumbar pain impact in the elderly. Rev Dor 2015;16(4):302-5. doi: 10.5935/1806-0013.20150062 .
16. Jesus GT, Marinho ISF. Causas de lombalgia em grupos de pessoas sedentárias e praticantes de atividades físicas. Ano 10, n. 92, Efdeportes, 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd92/lombal.htm> Acesso: 10 jul 2016.
17. Albino NT. Pilates e lombalgia: efetividade do transverso abdominal, capacidade funcional e qualidade de vida. Fisioterapia Brasil 2011;12(4):273-278.

**Como citar:** PEREIRA JÚNIOR, Altair Argentino; BENVENUTTI, Amanda. Dor Lombar em Mulheres Sedentárias e Praticantes de Musculação. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/7903>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.7903>.

## ARTIGO DE REVISÃO

# Solidariedade intergeracional: perspectivas e representações

## *Intergenerational solidarity: perspectives and representations*

Maria da Luz Leite Cabral,<sup>1</sup> Regiane da Silva Macuch<sup>2</sup><sup>1</sup>Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcabideche, Cascais, Portugal.<sup>2</sup>Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.

Recebido em: 29/08/2016 / Aceito em: 27/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016

[maria.cabral@essa.pt](mailto:maria.cabral@essa.pt)

## RESUMO

As mudanças demográficas, o envelhecimento populacional e a complexidade dos fenômenos sociais na contemporaneidade anunciam o distanciamento entre diferentes grupos etários. **Objetivo:** desmistificar preconceitos face à idade (idadeísmo) na sensibilização de maior solidariedade e convivências/interações entre gerações. **Método:** no percurso da intervenção comunitária, para entender o impacto de um Encontro no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações (AEEASE), validado a partir de quatro grupos (2 grupos de idosos e 2 grupos de jovens) num total de 100 intervenientes. A amostra foi constituída por dois grupos de 25 pessoas idosas; um que participou no encontro e outro que não participou e outros dois grupos de 25 jovens distribuídos de igual modo; todos da região do Porto, Portugal. Neste artigo, pretende-se refletir sobre a pertinência destes encontros na promoção da educação intergeracional impulsionadora de solidariedades e cidadania participativa. Partiu-se da aplicação de um questionário aos participantes e não participantes do Encontro. **Resultados:** os dados sugerem menor concordância no item do suicídio entre aqueles que participaram no encontro e proporcionalmente níveis mais elevados de concordância no item do idadeísmo. É de salientar o item do preconceito, em relação aos jovens, expresso no grupo das pessoas idosas, entusiasmado pela forma eloquente como a Coordenadora do encontro AEEASE falou a favor das pessoas idosas. **Considerações finais:** em suma, particularmente para as pessoas idosas, esta intervenção terá de ser alargada e sustentada no tempo e baseada no diálogo simétrico, para contribuir na desconstrução de estereótipos em relação aos jovens.

**Palavras-chave:** Solidariedade; Educação Intergeracional; Preconceito e Idadismo.

## ABSTRACT

Demographic changes, population aging and the complexity of social phenomena in contemporary announce the gap between different age groups. **Objective:** disincorporate prejudices against age (ageism) in awareness of greater solidarity and conviviality / interactions between generations. **Method:** in the course of community action to understand the impact of a meeting in the European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations (EYAASBG), validated from four groups (2 elderly groups and two youth groups) in total 100 players. The sample consisted of two groups of 25 elderly, who attended the meeting and another who did not participate, and two groups of 25 young people equally distributed, all in the region of Porto, Portugal. This article aims to reflect on the relevance of these meetings in promoting intergenerational driving education solidarities and participatory citizenship. It started from the application of a questionnaire to participants and non-participants of the meeting. **Results:** the data suggest less agreement on the suicide item among those who attended the meeting and proportionately higher levels of agreement on ageism item. It should be noted the prejudice of the item in relation to young people, expressed in the group of elderly, excited by the eloquent way the meeting Coordinator EYAASBG spoke in favor of the elderly. **Concluding remarks:** in short, particularly for the elderly, this intervention will have to be extended and sustained in time and based on symmetrical dialogue, to contribute to the deconstruction of

*stereotypes about young people.*

**Keywords:** *Solidarity; Intergenerational Education; Prejudice and Ageism.*

## INTRODUÇÃO

As mudanças populacionais, o aumento da longevidade e a diminuição da natalidade originam o envelhecimento da população e um maior distanciamento das trocas relacionais entre gerações. Os projetos de intervenção comunitária promotores de envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional revestem-se, por isso, de um interesse crescente.<sup>1</sup> Neste sentido, este estudo considera as suas aplicações na educação intergeracional, centralizada no desenvolvimento/partilha de saberes, atitudes e competências que proporcionam a interação e solidariedade intergeracionais. Desta forma, sustentamos a validade da intervenção socioeducativa que envolve dois grupos etários extremados, pessoas idosas institucionalizadas e jovens estudantes do ensino profissionalizante da região do Porto.

O motivo, subjacente a este estudo, reside no fato de entendermos quais são, habitualmente, os grupos em que as perspectivas e representações do preconceito, face à idade e face à solidariedade intergeracional, têm sofrido grande transformação ao longo do tempo. Não só por força das políticas sociais e educacionais praticadas, tendencialmente insuficientes e/ou inoperacionais, cada vez mais desarticuladas da sociedade, mas também por força da própria alteração profunda do tecido societal, que confere progressiva complexidade aos fenômenos sociais. A individualização,<sup>2</sup> porquanto de «*expressão neoliberal*», isola as pessoas destas faixas etárias, ao não promover situações ou oportunidades de interações/convivências e de solidariedades. A intervenção patenteada pelas instâncias responsáveis, provenientes de políticas sociais e educacionais, é tantas vezes orientada para dar resposta a situações concretas de ruptura, em que a situação de risco é iminente e/ou a retaguarda familiar nula ou inexistente. As lógicas do mercado de consumo da «*sociedade individualizada*» provocam, por conseguinte, algumas demandas na população e, acreditamos, em particular nos dois grupos alvo do nosso foco de interesse: os jovens e as pessoas idosas.<sup>2</sup>

A construção social a que estão sujeitos origina a perspectiva da *diferença* associada ao estatuto social, evidenciado e vivenciado, em função da faixa etária e/ou pela representação social em sociedade, das pessoas de idade mais avançada e dos jovens.<sup>3</sup> Além disso, permite-nos demonstrar o argumento supra referenciado, de que não obstante o discurso de conflitos geracionais, em particular num contexto socioeconômico, onde a disputa por recursos escassos está fenomenizada e comprometida, as lógicas políticas e as demandas governamentais promovem ou deveriam promover diferentes discursos sobre o ser-se Jovem ou Idoso na contemporaneidade. Sendo Portugal, um dos países da União Europeia com grande índice de envelhecimento, o incremento da população envelhecida origina desafios e exigências de várias ordens na sociedade atual. Estima-se que em 2050 será um dos países mais velhos do mundo.<sup>4</sup>

Para além disso, no contexto da crise econômica

atual em que frequentemente a informação da comunicação social e/ou opinião pública, sobre políticas e recursos públicos, a distribuição de riqueza, de bens e de serviços sugere muitas vezes o «*despesismo*» decorrente desta alteração demográfica e impulsionando a competição entre gerações.<sup>5</sup>

A ambição de garantir melhores condições e consequentemente melhor qualidade de vida a estes grupos etários, particularmente vulneráveis à pobreza, é muitas vezes determinada em função do número de pessoas ativas e de lógicas economicistas. Desta forma, a intervenção comunitária, no domínio da educação intergeracional poderá contribuir para combater preconceitos e cristalizações e potenciar/promover políticas de solidariedade intergeracional. Assim, o objetivo do estudo é descrystalizar preconceitos face à idade (idadismo) na sensibilização de maior solidariedade e convivências/interações entre gerações.

## Revisão da literatura/modelos

A teoria da solidariedade intergeracional foi desenvolvida por Bengtson e colegas,<sup>6</sup> focalizando-se nas relações entre filhos adultos e pais, sobretudo pessoas idosas. A solidariedade intergeracional não é, contudo, linear ou livre de tensões ou ambiguidades, motivada fundamentalmente por sentimentos partilhados a este respeito:

*The theoretical debate on the concept of intergenerational solidarity is centered on the too normative and too harmonious view on parent-child relations. The criticism is directed towards the conceptualization of intergenerational relations. The argument is that dimensions of solidarity cannot disclose a simultaneous occurrence of positive and negative feelings.<sup>7</sup>*

As relações intergeracionais são, assim, compreendidas em diferentes perspectivas, uma vez que prestam atenção ao mapeamento das dimensões na sociedade e sua conflitualidade. A Solidariedade Intergeracional familiar é uma construção multifacetada e multidimensional que se refere a seis dimensões de interação pai-filho<sup>6</sup> e que se abordam em seguida.

Quando falamos de solidariedade estrutural reportamo-nos à estrutura de oportunidades de estabelecimento de relações intergeracionais, bem como à proximidade geográfica dos membros da família. A solidariedade associativa constitui a frequência e os padrões de interação em vários tipos de atividades nas quais os membros da família se envolvem. A solidariedade afetiva representa o tipo e o grau de sentimentos positivos mantidos entre os membros da família, assim como o grau de reciprocidade desses sentimentos. No caso da solidariedade normativa, esta pode ser vista como a força de compromisso para executar as funções familiares e satisfazer as obrigações familiares. A solidariedade consensual é o grau de acordo sobre valores, atitudes e crenças entre os membros da família. Por fim, a solidariedade funcional é o grau de apoio e troca de recursos entre os membros da família. Em inúmeras publicações Bengtson e o seu grupo de pesquisa forneceram evidências empíricas, quanto à relevância das diferentes dimensões da solidariedade intergeracional.

O diálogo e a solidariedade geracional têm padrões diferenciados em diversos contextos e grupos sociais distintos, dada a própria complexidade das relações intergeracionais, que advém das transformações da e na sociedade. Na senda deste tema, há que referir que a solidariedade intergeracional de Bengtson e colaboradores é uma construção, que muitas vezes escamoteia a diversidade de experiências. Da mesma forma, *a solidariedade intergeracional é tradicionalmente operacionalizada uniformizando a diversidade da experiência familiar. Assim, ela não leva em consideração o modo como certos grupos de pessoas são muitas vezes privilegiados em detrimento de outros.*<sup>8</sup>

O aumento crescente da longevidade tem repercussões não só nas novas gerações, reflexo do tempo de vida de cada um, como no aumento das pessoas que atingem idade avançada. A solidariedade intergeracional ultrapassa por isso, em muito, o contexto familiar, e esta realidade torna complexa a rede de relações familiares, mas também sociais, na medida em que cresce a necessidade de solidariedade e cooperação social. Parece-nos importante salientar que, uma sociedade de e para *todas as idades pressupõe uma outra (com) vivência entre gerações e, claro, uma interação saudável entre idades. A maior longevidade humana constitui, já o dissemos, um desafio crescente à sociedade atual.*<sup>9</sup>

Ao estimular as potencialidades das pessoas idosas, sustenta-se a continuidade do respectivo contributo para o desenvolvimento da comunidade/sociedade: *neste sentido, a mudança está na própria família por meio da educação e da sensibilização para a importância de se discutir o relacionamento entre jovens e velhos.*<sup>9</sup>

Segundo Durkheim, tanto uma organização como uma sociedade só afirmam a sua realidade unitária e a sua existência na medida em que são assimiladas a uma divindade transcendental de ordem não humana, ou extra-humana, negando o seu caráter contingente, precário, compósito e evolutivo. Esta realidade bem entendida é apenas ilusória, tal como a unidade de grupo ou de uma organização. Uma outra forma de descrever a realidade organizacional, segundo Lévy, é defini-la como *"tecido discursivo"*, cuja trama (as regras) constitui a ordem simbólica, a história, e cujo fio (as representações, o sentido) constitui a ordem imaginária. Desta forma, torna-se claro que as exigências da sociedade no tecido familiar ocasionem alterações significativas nas vivências/convivências da solidariedade intergeracional: - os jovens, como afirmam Coimbra, Ribeiro & Fontaine,<sup>8</sup> - *são, provavelmente, o melhor exemplo de como as mudanças na industrialização, a emancipação e a secularização da Europa Ocidental influenciam atitudes e comportamentos pessoais, aumentando a autonomia e individualismo.*<sup>8</sup> Este modo de agir fomenta que, na atualidade, os jovens e as pessoas idosas não convivam, ora por conta da deslocalização, ora pela precariedade dos empregos, ocasionando a fragilidade das responsabilidades das famílias face às exigências da sociedade e das políticas sociais que pouco ou nada fazem para contrariar a tendência dos percursos de vida cada vez mais difíceis e solitários.

A articulação entre contextos sociais de vivência dos jovens e das pessoas idosas, bem como as políticas difundidas e operacionalizadas na manutenção e

construção da sua identidade e da participação cívica, não promovem, de uma forma geral, a convivência entre gerações. Ao contrário, a lógica econômico-produtiva põe em causa os objetivos enunciados nas políticas sociais e as responsabilidades reiteradas às famílias, dificultando a solidariedade intergeracional. Por isso, no contexto atual, refletir acerca de solidariedade intergeracional implica refletir acerca da cidadania e da participação. Igualmente, não podemos falar de cidadania sem falarmos de cidadãos/ãs e ser cidadão/ã, uma vez que, de acordo com Perrenoud, citando Le Robert é *a qualidade de cidadão* que está em causa. No entanto, ser cidadã(o) é um conceito que, ao longo dos tempos, se foi alterando: se na antiguidade ser cidadão era pertencer a uma nação, com a revolução francesa este conceito sofreu alteração e passou a ser - outorgada automaticamente na idade da *maioridade civil*. Deste modo, a cidadania, segundo este autor, é permanentemente produzida e habitada por uma conjuntura própria. Os direitos e os deveres resultantes da *condição de cidadão/ã* consideram-se unidos pelo vínculo a uma *comunidade particular*.<sup>10</sup> Para T.J. Marshall a cidadania é (...) *um status concedido aqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status (...).* no qual *todos (...)* *são iguais com respeito aos direitos e obrigações.*<sup>11</sup> No entanto, podemos considerar esta definição vaga, porque se refletirmos sobre o que é ser *membro integral* de uma comunidade, verificamos que varia de acordo com os valores dominantes de um determinado contexto.

Nas sociedades ocidentais e de um modo geral, podemos considerar que a cidadania é vista, pelo menos teoricamente, como um status universal e tem em conta três tipos de direitos - civis, políticos e sociais - bem como os deveres a eles associados. A educação, enquanto direito social de todos os cidadãos, é fundamental para a tomada de consciência dos seus direitos civis, do exercício dos seus direitos políticos e da reivindicação dos seus direitos sociais. Os direitos sociais são os mais relevantes no nosso estudo, pois referem-se ao direito mínimo de bem-estar econômico e à segurança, ao direito de participar nas mais variadas interações sociais e educativas promotoras de cidadania. Assim, ao aludir às questões resultantes do estatuto social das pessoas idosas na sociedade, intimamente ligadas à solidariedade intergeracional, há que distinguir entre *cidadania atribuída* e *cidadania reclamada* que surgem pelos processos de globalização e necessidade de se reestruturar os processos identitários dos sujeitos.<sup>3</sup> Na *pós-modernidade*,<sup>2</sup> passamos de uma *cidadania atribuída* outorgada pelo Estado-Nação, para uma *cidadania reclamada* fundada por diferentes grupos sociais, entre eles o grupo das pessoas idosas e dos jovens. Na cidadania atribuída, o que estava em jogo era a igualdade política, social e cultural, enquanto que na cidadania reclamada, o que está em causa é o direito do sujeito à diferença, o direito a ter voz, o direito à pluralidade. Tal como Marshall<sup>11</sup> também Stoer e Magalhães,<sup>3</sup> consideram que o trabalho da escola/educação é fundamental para o desenvolvimento e reconhecimento da cidadania e da participação.

A pós-modernidade veio trazer um nova perspec-

tiva, uma nova ontologia social e, com ela, surgiram mudanças no modo como as relações sociais entre os grupos e os indivíduos eram legitimadas. Ao contrário da modernidade, o corpo social não é homogêneo e, como tal, os projetos de cidadania terão que ser repensados, tendo em conta a identidade e o sentimento de pertencer ao grupo.<sup>2</sup>

Deste modo, expressões como velhice e velho, ao refletirem um significado pejorativo, foram substituídas por Terceira Idade e Idosos, para não ofender o pudor social. Estas são expressões anacrônicas que não existem por si mesmas e, sendo construções sociais, são igualmente portadoras de uma cultura. Neste sentido, o que existe é o ser humano pleno a caminho de sua autorrealização, como pessoa humana, como indivíduo inimitavelmente único e como cidadão/ã. Neste sentido, a definição de velhice segundo Karsz<sup>12</sup> alude à *representação ideológica sob a qual as pessoas cronologicamente idosas são reconhecidas enquanto ilustrações animadas da velhice e por outro lado desconhecidas enquanto sujeitos de desejos inscritos em classes sociais*<sup>12</sup>

Esta construção social do que significa ser velho alterou-se, ao longo dos tempos, no seu significado, valor e função social. Ela pode ser definida de acordo com os novos conceitos/definições de idade, portanto a velhice invisível, inerente às Sociedades Tradicionais Ocidentais em que a condição de ser velho estava associada à função patrimonial (séc. XIX e início do séc. XX), a solidariedade para com os idosos era familiar, privada e realizada no espaço doméstico. O espaço público (instituições e lares) destinava-se à velhice desprotegida. O envelhecer não era condição para aquisição de um novo estatuto social. A esta segue-se a velhice visível, inscrita nas Sociedades Industriais e pós Industriais, fruto de um modelo forte de estratificação, segregação etária, de acordo com o ciclo produtivo e na construção social do grupo de *idosos* associada à reforma. A velhice visível, como refere Giddens<sup>13</sup> é uma das *«consequências da Modernidade»*, resultante das transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas. Estas condições determinam que socialmente se começasse a equacionar a velhice como uma situação problemática a necessitar de resolução coletiva. A velhice, enquanto fenômeno social, *é um produto da construção social resultante do confronto de ideias e de interesses entre grupos sociais e entre gerações de modo a obter poder de manipulação sobre as classes de idades*.<sup>13</sup> Apesar de ao longo da história da humanidade muito se tenha falado sobre a idade, o preconceito associado à idade é uma realidade, e o idadismo ganha nova importância na sociedade atual. Em consideração, Neto,<sup>14</sup> adverte que os *estereótipos etários são sistemas de crenças que se atribuem a membros de grupos de diferentes idades, simplesmente pelo facto de pertença a esses grupos*.<sup>14</sup> Atualmente, o preconceito face à idade manifesta-se individualmente e institucionalmente, pelo que urge a definição de um plano de ação com abrangência e eficácia. A alteração demográfica ocasionou mudança na solidariedade e na interdependência das gerações e classes que, de algum modo, estavam na base de funcionamento do Estado, colocando em causa os mecanismos de financiamento e de sobrevivência do Estado Providência.

Portanto, a política social ao procurar atenuar as desigualdades sociais, principalmente, nos grupos de maior vulnerabilidade, neste contexto de crise econômica evidencia os grupos de fragilidade relacional traduzida na escassez de laços e de contatos. O grupo de idosos é, neste sentido, um grupo dos constantemente excluídos, ora do mundo de trabalho pela sua idade (consequentemente de menor importância social), ora pela falta de poder de consumo (baixos rendimentos, baixo consumo). Os idosos são também muitas vezes excluídos da própria família, que lhe providencia uma retaguarda fragilizada e/ou mesmo nula. Esta debilidade é fomentada pela economia de mercado desregulada e pela inexistência efetiva de um Estado Providência com poder de regular os déficits dos cidadãos/ãs. Este conceito está de tal forma enraizado na nossa sociedade que, por um lado, se teme envelhecer, existindo a obrigação de não parecer velho (para não se tornar incompetente e incapaz aos olhos dos outros) e, por outro, se tratam as pessoas idosas como crianças e associados exclusivamente a papéis sociais de menor relevo. Para além disso, *perante a crise económica e a consequente escassez de recursos, aumenta a probabilidade de maior competição do que solidariedade entre gerações*.<sup>8</sup>

Portanto, modelos políticos e educativos de assimilação, integração e inclusão refletem concessões sobre a diferença/diversidade que espelham a ideia de que a diferença é pensada não como desvio exótico, mas numa preocupação *«exclusivamente ocidental»*.<sup>3</sup> Da mesma forma, as políticas sociais no modo como contemporaneamente se configuram na atual *sociedade de risco*, estão fundadas no princípio da *gestão do risco e de responsabilidade individual*.<sup>15</sup> Parece evidente, tal como Beck defende, que não é uma opção que alguém possa escolher ou rejeitar no decurso de disputas políticas. Ocorre na continuidade dos processos de modernização autonomizados, que são cegos e surdos aos seus próprios efeitos e ameaças. (...) Cada vez mais os conflitos sociais não são tratados como problemas de ordem (que por definição são orientados para a clareza e para a capacidade de decisão), mas como problemas de risco. Estes problemas de risco são caracterizados por terem soluções ambíguas (...) face a uma crescente falta de clareza (...).<sup>3</sup>

Torna-se urgente melhor compreender e acionar novos espaços de proximidade e partilha entre gerações, de modo a contrariar a perda de contato evidenciada, baseada em meros relacionamentos superficiais, bem como reconsiderar a aposta numa educação intergeracional, centralizada no desenvolvimento/partilha de saberes, atitudes e competências que proporcionem a interação geracional, no sentido de associar gerações díspares no desenvolvimento de novas relações/afinidades. Ao facilitar uma melhor compreensão de cada geração, é possível desmistificar e desconstruir alguns dos estereótipos associados à idade, e desta forma construir uma sociedade melhor. Até porque, associados a estes estereótipos, surgem, como causas e consequências, não só as supra enunciadas questões da inclusão e exclusão, mas também as questões da pobreza e desigualdade. Este funcionamento do mundo político (da vida em sociedade) em ligação conjuntural às políticas em vigor, insinua que *as regras são nor-*

*malmente impostas pelo capital e transformam hábitos, costumes e a cultura dos povos de uma forma global, fenômenos que vão desde a transformação da intimidade à reinvenção das tradições e ao culto do efêmero.*<sup>3</sup>

## MÉTODO

Este estudo teve como ponto de partida a organização de encontro intergeracional, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, possibilitando a oportunidade de centrar a intervenção/investigação em dois públicos-alvo que permitiam efetivamente cruzar as duas realidades que se pretendia estudar, bem como as implicações da educação intergeracional centralizada no desenvolvimento/partilha de saberes, atitudes e competências. Organizar, implementar e compreender o impacto do Encontro de intervenção comunitária AEEASE, influente no envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional, é, assim, o objetivo central do nosso estudo.

A intervenção visou sobretudo questionar, desafiar e confrontar o porquê e o sentido das práticas intergeracionais e, ao mesmo tempo, investir na sua transformação/modificação e melhoria. A avaliação do seu impacto ocorreu por meio da comparação dos estereótipos em relação à faixa etária de jovens e idosos, que participaram e não participaram no encontro intergeracional, procurando entender o discurso sobre a representação do envelhecimento e as várias perspectivas, afim de refletir sobre questões relativas ao envelhecimento, ao preconceito face à idade e as interações/convivências entre gerações. Ao reiterarmos a importância da aprendizagem ao longo da vida, o intercâmbio geracional é um pressuposto estabelecido ao longo da história da humanidade. Por conseguinte, esta troca de saberes, a partilha e a reflexão entre pessoas idosas e jovens permite lançar o debate sobre a temática, visando as preocupações, os desafios e a sensibilização para a pertinência do assunto do envelhecimento ativo na perspectiva demográfica que se vislumbra e a importância da solidariedade intergeracional nas sociedades atuais afim de contrariar o egocentrismo crescente.

No âmbito desta investigação, mais do que agenciar respostas categóricas ou comprovar um conjunto de suposições representadas inicialmente, pretendeu-se levantar questões e enigmas que possam vir a configurar uma problemática sustentada na complexidade dos fenômenos sociais e na reflexão crítica em torno de questões de solidariedade intergeracional, mas, e também, nas inter-relações com a temática da exclusão/inclusão social. O trabalho de intervenção/investigação desenvolveu-se em torno das representações e perspectivas que, de modo geral, são veiculadas na opinião pública (e na academia) sobre envelhecimento, a carecer posicionamento político. A procura do entendimento da dimensão do impacto, que a construção do envelhecimento e da evolução demográfica, comprovado nas sociedades ocidentais, tem sobre as representações dos jovens em relação às pessoas idosas e vice-versa. Importa compreender a consequência das alterações nos modos de vida, sentidos e significados destes grupos etários; e particularizar a (falta de) convivência e (de) solidariedades intergeracionais e delinear intervenções

que contrariem essa consequência. A explanação sobre as consequências, os sentidos e significados destes grupos etários em confronto com uma sociedade cada vez mais individualista. A consequência deste fenômeno social, quer por falta de interações, quer pelo fato de estarem tantas vezes associados/classificados, como socialmente excluídos. Portanto, os marginalizados da e na sociedade atual e de consumo são consequentemente, banidos por força da lógica produtiva do capitalismo. A articulação entre contextos sociais de vivência das pessoas idosas e dos jovens é, por isso, urgente, refletindo simultaneamente acerca das políticas difundidas e operacionalizadas que possam promover a manutenção e construção da sua identidade e a sua participação cívica. Pretende-se, por isso, contrariar, por meio da intervenção comunitária, a lógica econômico-produtiva que põe em causa os objetivos enunciados nas políticas sociais e as responsabilidades reiteradas das famílias que não facilitam ou mesmo dificultam a solidariedade intergeracional.

A aplicação do questionário neste estudo teve como objetivo explorar as representações das relações intergeracionais de jovens e pessoas idosas. Desenvolveu-se por meio de duas estratégias, no grupo dos jovens. O mesmo foi auto administrado coletivamente, isto é, foi entregue no final de uma aula, onde os alunos puderam preencher de forma autônoma.

No caso das pessoas idosas, foi administrado individualmente, sob forma de entrevista, na presença da investigadora e recolha de informação para o estudo, afim de que se pudesse constituir como possibilidade de expressão de expectativas, opiniões e sentimentos que pudessem ser cuidadosamente elaborados. Tanto no caso dos jovens, como no caso das pessoas idosas, a administração do questionário foi antecedida de consentimento informado elaborado e aplicado dentro das normas da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Faculdade do Porto.

As perguntas foram preparadas e codificadas para que os intervenientes, selecionassem obrigatoriamente uma das opções que lhes foram propostas, o que permitiu a conversão em estudos mais consistentes e elaborados. Assim, o inquérito por questionário de administração direta, no caso dos jovens, e de *administração indireta*, no caso das pessoas idosas, uma vez que foi completado pela investigadora, na sequência das respostas dos grupo estudo, respeitou, todavia, a confidencialidade das respostas.

A aplicação dos questionários, no caso específico das pessoas idosas, permitiu uma interação verbal entre a profissional/investigadora e os intervenientes em posição de face a face, necessária para facilitar a ligação e perspectivar a maneira *mais real e mais realista de explorar a relação de comunicação*, pois consente aos intervenientes que se expressem de forma livre, e segundo este autor, *longe de serem instrumentos nas mãos do pesquisador, eles conduzem de alguma maneira a entrevista e a densidade e a intensidade do seu discurso*.<sup>16</sup> O período de aplicação dos instrumentos decorreu nos meses de março, abril e maio de 2013, tendo sido administrados 105 questionários, 5 dos quais foram anulados por se encontrarem incompletos. Os principais obstáculos à regência do instrumento

foram a dificuldade em conciliar com a disponibilidade dos jovens, e a necessidade de acompanhamento no momento da resposta ao instrumento por parte das pessoas idosas, porque achavam as perguntas muito parecidas e em alguns casos incompreensíveis, atingindo por vezes uma duração média de 25 minutos.

O trabalho de intersubjetividade decorrente desta técnica de investigação consiste de acordo com Bourdieu, em acrescentar uma nova perspectiva ao modo como se lê um determinado fenômeno social em contexto; daí a necessidade de *um conhecimento prévio*, passível de ser reinterpretado pela realidade que é socialmente construída.

A dinâmica da investigação apresenta um plano que se inscreve em misto/específico no âmbito da investigação/ação, onde um conjunto amplo de questões consideradas relevantes para o estudo é analisado e compreendido. Este método visa analisar/compreender o fenômeno social relativo às populações alvo – jovens e pessoas idosas - desta pesquisa, a partir das informações que os/as intervenientes foram facultando. Ainda assim, os inquéritos por questionários podem manifestar alguns limites/problemas, quando aplicados e não tendo em conta *rigor na amostra, formulação clara e unívoca das perguntas, correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo do entrevistado, atmosfera de confiança no momento da administração do questionário, honestidade e consciência profissional dos entrevistadores*.<sup>17</sup>

O inquérito por questionário utilizado organizou-se por tópicos sob a forma de itens, sendo constituído por perguntas pré-codificadas, em que a escala de resposta apresenta um formato de Likert. Portanto, constituiu-se como um instrumento adequado para coleta de dados que visa a obtenção de conhecimento científico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O instrumento utilizado neste estudo foi a Escala de Idadismo adaptada por Neto.<sup>14</sup> A escala original era composta por 29 itens que analisavam as componentes cognitiva e afetiva do idadismo. A adaptação portuguesa é composta por 25 itens.<sup>14</sup> Para o nosso estudo, foi elaborada uma nova versão da escala: para além da dirigida aos jovens, que avalia as suas representações em relação a pessoas idosas, foi adaptada uma escala para as pessoas idosas, em que são avaliadas as suas representações em relação aos jovens. Os itens de ambas as versões são idênticos em termos de conteúdo. As opções de resposta apresentam-se numa escala de Likert de 7 pontos (1 – fortemente em desacordo e 7 – fortemente de acordo).

O termo idadismo pode ser definido de forma breve, como o preconceito e a discriminação perante pessoas idosas ou, de uma forma mais abrangente, como o preconceito e discriminação em relação a qualquer grupo etário. Neto alerta para o fato do preconceito em relação à idade assumir uma forma abrangente e para o qual é importante definir um plano de ação, em particular em algumas sociedades, em que o contato intergeracional é menos frequente e presente no, *modo como os jovens e os adultos percebem os idosos pode variar segundo as sociedades em virtude de va-*

*riáveis tais como: tradições, estrutura familiar, grau de contacto íntimo com os idosos e modernização*.<sup>14</sup>

A escolha deste instrumento foi motivada pelas suas comprovadas qualidades psicométricas, pela sua fácil aplicabilidade nos mais diversos contextos e populações e por se adequar ao objetivo do nosso estudo. Analisar se uma intervenção que promove relações intergeracionais pode fazer diminuir o preconceito e discriminação dos participantes/intervenientes face a uma faixa etária/geração contrastante. Parte da amostra foi obtida entre os participantes do Encontro Intergeracional que ocorreu na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal, de onde recolheram-se dados junto de 25 jovens, estudantes de um curso profissional de animação sociocultural de uma Escola Secundária e junto de 25 pessoas idosas residentes de uma instituição, ambas da região do Porto, Portugal. A outra metade da amostra foi selecionada nas mesmas instituições, tendo-se procurado controlar o fato de não terem participado em intervenções desta natureza. Deste modo, para o caso dos jovens, foi escolhida outra turma que não participou no encontro e, no caso dos/as pessoas idosas/as, um grupo que também não tivesse participado no referido encontro. O grupo de pessoas idosas foi, assim, constituído por 50 participantes com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos. O grupo de jovens foi constituído por 50 estudantes do ensino secundário com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos.

A amostra estudada é representativa da população teórica (amostra independente), embora seja uma amostragem não aleatória intencional e de conveniência, permitindo a garantia da representatividade do grupo propositadamente relacionado para o estudo correlacional de forma a explicar um determinado fenômeno. A partir deste estudo comparado vamos tentar aferir qual o incentivo/estímulo que este tipo de iniciativas promotoras de solidariedade intergeracional, pode determinar para o entendimento/representações dos preconceitos face à idade (escala do idadismo de Fabroni).

Assim sendo e tendo em conta os objetivos da investigação, contactou-se a direção da Estrutura Residencial, onde os idosos residiam por haver um conhecimento profissional com a instituição e com uma Escola Secundária, ambas da região do Porto. As duas instituições em causa demonstraram disponibilidade e interesse na realização do trabalho, particularmente atendendo a que, em função das motivações destes públicos, quando das interações/convivências, os corrobóveis resultados do estudo poderiam constituir material de reflexão.

A intervenção visou sobretudo questionar, desafiar e confrontar o significado e o sentido das práticas de educação intergeracional e, ao mesmo tempo, investir na sua transformação e melhoria. A avaliação do seu impacto deu-se sobretudo por meio da comparação dos estereótipos em relação à faixa etária de jovens e idosos que participaram e não participaram de um encontro intergeracional.

Este estudo busca interpretar o discurso sobre a representação do envelhecimento e as várias perspectivas, afim de refletir sobre questões relativas ao envelhecimento e ao preconceito face à idade. Numa

fase inicial, procedemos a uma análise exploratória aos dados, de forma a analisar as qualidades psicométricas do instrumento de medida: Escala de Idadismo de Fabroni, adaptada por Neto.<sup>14</sup> Pretendíamos, deste modo, averiguar a existência de condições para a utilização dos dados recolhidos por meio deste instrumento. Para o efeito, e mais especificamente, analisamos a consistência interna do instrumento de medida, tendo concluído que a mesma era muito boa: alfa de Cronbach de .798.

Foram observadas diferenças significativas em função da participação no encontro, no grupo dos jovens: aqueles que participaram no encontro apresentaram níveis mais baixos de idadismo ( $M=2,55$ ;  $DP=,48$ ), do que os que não participaram ( $M= 2,21$ ;  $DP=,31$ ) [ $t(48) = 3,01$ ;  $p= ,004$ ]. No entanto, não foram observadas diferenças significativas, em função da participação no encontro, no geral [ $t(98) = 1,30$ ;  $p= ,20$ ], nem no grupo de idosos em particular [ $t(48) = -1,12$ ;  $p= ,27$ ]. No nosso entender, o reforço do diálogo intergeracional e da solidariedade possíveis na educação intergeracional, passa por relações horizontais de importância e de interação. Uma vez que os vínculos sociais constituem uma componente do objetivo de alcançar «uma sociedade para todas as idades», o que *implica uma análise da sociedade numa perspetiva mais ampla e em que sobressai o papel que movimenta as relações entre as diferentes gerações*.<sup>4</sup> Deste modo, facilmente se compreenderá o decréscimo do preconceito dos jovens em relação aos idosos, mas não dos idosos em relação aos jovens, ao mesmo tempo mais ausentes no conteúdo do discurso/diálogo e menos envolvidos na discussão.

Num dos itens incluídos na escala - relativo ao suicídio ser mais trágico na outra faixa etária - o grupo (jovens e idosos) que participou no encontro apresentou níveis mais baixos de concordância ( $M=2,70$ ;  $DP=1,15$ ), por comparação com o grupo (jovens e idosos) que não participou ( $M= 3,32$  ;  $DP=1,15$ ) [ $T(98)=2,70$ ;  $p= ,008$ ].

Este item espelha, na nossa perspetiva, o impacto mais dramático que pode ter a desproporção entre as aspirações e as satisfações nas sociedades contemporâneas. O que está subjacente é o valor, a importância e a dignidade da vida humana dos membros pertencentes a cada uma das gerações. De uma forma geral, seria de esperar que, tanto as pessoas idosas, como os jovens dessem maior importância à perda de uma pessoa mais nova. E, pelo fato de esta não ter cumprido o seu papel social, e pelo culto do jovem e do produtivo e pela correlativa inexistência de um estatuto social dignificante para as pessoas idosas. Importa referir que, tal como fundamentamos teoricamente neste estudo, a educação intergeracional pode produzir impacto/impulso e estímulo neste domínio, ao questionar e enfraquecer uma organização da existência social orientada por costumes e hábitos de uma comunidade. Assim, as lógicas de competição numa comunidade não têm que permanecer em permanente destaque pelo desgaste do tecido social que o mesmo reporta. Dito de outro modo, a valorização de um outro grupo, da alteridade, no caso extremo da vida, de uma faixa etária e geração, não tem que depender da desvalorização do próprio grupo a que se pertence, mas antes do entendimento de que uns e outros desempenham papéis importantes na sociedade.

Os jovens apresentam, no global, níveis mais baixos

de preconceito em relação às pessoas idosas ( $M=2,38$ ;  $DP=,44$ ), quando comparados com os níveis de preconceito, em relação aos jovens apresentados pelas pessoas idosas ( $M= 2,65$  ;  $DP=,38$ ) [ $T(98)=-3,36$ ;  $p= ,001$ ].

A diferença ilustrada pode resultar, no nosso entender, da percepção das pessoas idosas relativamente ao fato da sociedade/comunidade os acomodar num lugar de pouca importância e significância e, muitas vezes, de exclusão social. Com a sua passagem à reforma (aposentadoria), passam a uma vida considerada inativa, não produtiva e muitas vezes isolada. Ao longo deste estudo, fomos dando conta do lugar que a sociedade/comunidade tem para este grupo etário, o que pode promover a internalização por parte das próprias pessoas idosas da imagem da velhice e do processo de envelhecimento. Este confronto a que estão sujeitos habitualmente, mina a confiança das pessoas idosas em lidar com as interações em sociedade com outras faixas etárias: sabem que a sociedade não os vê como agentes e ativos e essa imagem tem repercussões inevitáveis na sua autoimagem e no acesso à participação cívica. Esta «*armadilha cultural*» facilita a confrontação das expectativas que os outros criam sobre si, não otimizando as suas competências e capacidades. Este reforço da representação que a sociedade determina para as pessoas idosas parece contribuir para uma cristalização defensiva por parte das pessoas idosas das representações que têm em relação aos jovens. Por outro lado, iniciativas como a do Ano Internacional, no âmbito do qual foi desenvolvido o encontro, podem também ter contribuído para o decréscimo do preconceito apresentado pelos jovens que constituem a amostra, independentemente de terem participado ou não no encontro.

Os resultados sugerem que intervenções que visem promover a solidariedade intergeracional, ainda que muito balizadas no tempo como foi o caso do nosso encontro, podem ser particularmente eficazes no caso dos jovens: aqueles que participaram apresentaram representações significativamente menos negativas dos idosos, um menor preconceito, por comparação com os que não participaram.

Há também que sublinhar que, no grupo das pessoas idosas, uma intervenção assim circunscrita no tempo não teve qualquer impacto significativo nos seus níveis de preconceito em relação aos jovens. Conforme o referido, para este resultado muito pode ter contribuído a mensagem geral da intervenção, que focou a solidariedade intergeracional pela via do enaltecimento de um grupo que se acredita menos privilegiado e em maior risco de exclusão – as pessoas idosas – em detrimento do outro grupo em intervenção – os jovens. Esta mesma mensagem do encontro e do Ano Internacional no geral, poderá ter também contribuído para dois dos outros resultados encontrados: a menor concordância com o fato de o suicídio ser mais dramático na outra faixa etária entre aqueles que participaram no encontro e os níveis mais elevados de idadismo, enquanto preconceito em relação a outra faixa etária (neste caso os jovens), nas pessoas idosas. Os resultados sugerem, deste modo, que este tipo de encontro pode combater algum preconceito face à idade, e em particular para as pessoas idosas. Este tipo de intervenção terá, por um lado, que ser mais alargado e sustentado no tempo

e, por outro, mais baseado no diálogo simétrico, para contribuir para a desconstrução de estereótipos em relação aos jovens, no grupo das pessoas idosas. Como refere Jacob,<sup>18</sup> *o envelhecimento da população é um dos maiores êxitos da humanidade, porém é também um dos seus maiores desafios, devido às suas consequências sociais, económicas e políticas.*<sup>18</sup>

Os desafios salientados pelo autor supracitado reconhecem, a nosso ver, a importância da solidariedade intergeracional, enquanto pressuposto de uma sociedade de e para todas as idades. É feito, neste contexto, um grande desafio à educação intergeracional e à intervenção comunitária. O envelhecimento da população e as especificidades da população idosa têm, em nosso entender, enorme interesse pelas projeções demográficas e pela necessidade de se compreender e intervir neste processo contínuo, universal e irreversível. O estudo do envelhecimento, nas suas dimensões biológica, psicológica e social, é um *campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e explicação das mudanças típicas no processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais.*<sup>18</sup> Jacob destaca a gerontologia como o conhecimento que analisa os acontecimentos ligados à idade, ao envelhecimento e à velhice, aludindo a que *o envelhecimento (...) representa a dinâmica da passagem do tempo e a velhice inclui como a sociedade define as pessoas idosas.*<sup>18</sup> Muitas são as teorias associadas ao envelhecimento e ao seu processo. No entanto, estamos certos que a que mais se manifesta neste grupo populacional é a teoria da Desinserção.<sup>19</sup> Esta teoria considera que, com o envelhecimento, vai havendo uma distância entre a pessoa idosa e a sociedade, o que leva a perda de poder e consideração no seio da comunidade. E neste sentido, deve estimular-se a sensibilização para educação intergeracional, com o intuito de uma aprendizagem integral em termos de estratégia educativa e de desenvolvimento humano e social.

É este o foco fundamental da nossa investigação que se pretende poder constituir um contributo para uma educação plural baseada numa cidadania participativa. Este estudo procurou, assim, apresentar-se como um incentivo à educação intergeracional centralizada no desenvolvimento/partilha de saberes, atitudes e competências que proporcionam a interação e solidariedade intergeracional.

Importa reiterar a inexistência de uma política global e integral para a terceira e quarta idades, onde se encontram por resolver as *questões da participação e da cidadania plena e ativa como um domínio a priorizar no combate à pobreza e à exclusão social.*<sup>20</sup> Daí resultam as questões da exclusão, permanecendo como um fenómeno multidimensional, não apenas por causa das múltiplas orientações que inspira. Mas, também, pela forma *como descreve a natureza multifactual da privação social nas sociedades avançadas, assim como a forma como os processos de negligência e marginalização crónicos (...) se tornam sintomas de injustiça social.*<sup>3</sup> Esta questão é fundamental quando se pensa na complexidade das relações interpessoais e intergeracionais nos dias de hoje. No entanto, cumpre-nos, enquanto cidadãos/as de pleno direito uma ação mais fiscalizadora/vigilante, para que os princípios pensados

em prol desta faixa etária se realizem e não fiquem senão no papel. Ou seja, que estes princípios orientadores de e para a qualidade das políticas do Estado, se pratiquem, no desígnio de ser menos frequente a despersonalização, a desinserção familiar e comunitária, a massificação e a rotina.

A pessoa idosa, com projetos existenciais, continua ativa e integrada na sociedade, mantendo, para além da imagem biótica, a imagem relacional, auto e hetero-pessoal, e integrada numa sociedade com voz, vontade, veto, cidadania e participação. A categoria social de idosos não é homogênea nem está afastada da realidade, uma vez que cada pessoa idosa tem uma história de vida, determinada pelo seu património genético e psicossocial. O que se pretende é que a pessoa idosa seja sinónimo de uma pessoa que contribuiu e contribui para a sociedade, e que se mantém em sociedade, visível e com voz, reforçando uma atitude cívica e de forte consciência social. Almeja-se que o desenvolvimento das sociedades passe não apenas pela criação de condições para as pessoas sobreviverem e dialogarem sobre os seus problemas. Da mesma forma, para viverem de pleno direito e assumindo uma posição de empoderamento (*empowerment*) político quanto às suas vidas e à sua comunidade, participando ativamente na resolução e prevenção dos mesmos, com um estatuto de diferença/alteridade que não se converta em menoridade, mas antes em mais-valia por toda a sapiência conquistada pela vida experienciada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste artigo possibilitou a reflexão em torno de uma Intervenção Comunitária no âmbito da Educação Intergeracional, tendo em conta os dois grupos envolvidos. Concluímos que essa reflexão poderia contribuir para o entendimento das perspectivas e das representações do envelhecimento e da juventude e para a importância/autoridade da solidariedade intergeracional. Nos pressupostos motivacionais para o encontro sobressaía há muito tempo a vontade de envolver vários grupos etários num momento de partilha em contexto universitário, para levar a cabo uma tertúlia/roda de conversa sobre Educação Intergeracional. O intuito era promover um espaço de interação, na lógica de aprendizagem ao longo da vida e de solidariedade entre gerações e avaliar o seu impacto na desconstrução de estereótipos associados à idade.

O momento de riqueza e partilha que este encontro suscitou, também parcialmente refletidos nos resultados obtidos, pareceu-nos ser, efetivamente, a grande mais-valia do encontro. O seu carácter idiossincrático foi de não se ter falado das ou pelas pessoas idosas, mas com as pessoas idosas. Por outro lado, a bandeira erguida, a principal mensagem, foi do enaltecimento da pessoa idosa. Foi, assim, promovida uma maior reflexão e debate em torno do envelhecimento e das pessoas idosas, em detrimento dos jovens. Este parece ser o principal motivo por detrás do fato das pessoas idosas que participaram no encontro não terem apresentado níveis de preconceito mais baixos em relação aos jovens, do que os que não participaram no encontro, ao contrário do impacto percebido decorrente da participação

no encontro por parte dos jovens.

A finalidade deste estudo passou por aplicar os conhecimentos adquiridos, no sentido de melhorar a performance e a intervenção em contexto educativo, adquirir competências teóricas, metodológicas e técnicas, conjugando teoria e prática. Além disso, desenvolveu-se uma atitude de intervenção socioeducativa na comunidade, para além do sentido de transformação e mudança social. Possibilitou a consideração sobre o modo como nos vemos e nos revemos na ação, verificando a existência de obstáculos que frustram os objetivos e intenções educativas. Quer nas tutorias, quer em debate interpares, foi possível ir identificando e discutindo as situações educativas de caráter intergeracional que possam promover a solidariedade entre as gerações, usufruindo da oportunidade de amadurecer e avançar no sentido pretendido, assim como ir confrontando os próprios estereótipos e preconceitos impostos pelo viés da paixão pelo envelhecimento e pelas pessoas idosas.

O objetivo foi fazer um estudo comparativo de dois grupos de jovens e pessoas idosas que participaram e não participaram no encontro, aferindo, deste modo, o impacto que este tipo de intervenção tem no preconceito face à idade, uma vez que acreditamos que a educação intergeracional no campo da intervenção comunitária se reveste da maior importância na aplicação a este domínio. A vida em comunidade na contemporaneidade está complexificada, originando representações e perspectivas díspares em diferentes gerações pela falta de interação e convivência. Os nossos resultados sugerem que a intervenção comunitária, no domínio da educação intergeracional poderá, efetivamente, contribuir para combater preconceitos e cristalizações e potenciar/promover políticas de solidariedade intergeracional. A espécie humana distingue-se pelo fato de se estabelecer no seio de relações sociais, transversalmente, numa gama de conexões e interações, enquadrada numa construção coletiva enraizada culturalmente. A cultura aparece, então, como quadro de referência, como provedora de um conjunto de recursos, de oportunidades, mas também de constrangimentos para as mais variadas condições pessoais, sociais, psicológicas. Estes recursos, oportunidades e constrangimentos são característicos de um dado momento espaço-temporal, de um determinado contexto, onde se partilham valores, ações e recursos de uma comunidade.

As situações constrangedoras a que a pessoa idosa e os jovens estão sujeitos, na sociedade contemporânea, são tanto mais agravantes, quanto maior for a falta de solidariedade intergeracional suscitada pelo individualismo e pelas vidas estressantes a que nos habituamos. Importa debater sobre quem é o protagonista da vida de cada um e qual o papel das comunidades, das famílias e das pessoas na sociedade atual. São determinantes do envelhecimento ativo, identificado na II Assembleia Mundial das Nações Unidas, os *fatores sociais, pessoais, de saúde e serviços sociais, meio físico, económicos, e comportamentais*. Estes são os requisitos para o alcance duma abordagem holística e integrada na sua concepção e, por conseguinte, na consolidação de uma sociedade mais humanizada, baseada em princípios de solidariedade intergeracional.

Portanto, o profissional, seja do campo social,

da educação ou da saúde, poderá e deverá, assim, ter um papel interventivo fundamental neste domínio. Para tal, é importante que tenha consciência da perspectiva dominante das culturas em que está integrado para que possa refletir acerca das mesmas e das respectivas implicações e possa assim estar disponível para conhecer outras perspectivas. Pois, enquanto profissional da relação, têm de ter a capacidade de uma multiplicidade de olhares face à realidade tendo em conta as especificidades dos intervenientes. Fomenta-se, assim, a possibilidade de refletir sobre conceitos que estão presentes no dia a dia sob outras perspectivas, que nunca havíamos ponderado de um ponto de vista educativo, sociológico ou das ciências biológicas, sociais e humanas, o que se comprovou ser uma provocação ainda mais desafiante. Emerge, assim, a importância e a contribuição deste estudo para o crescimento académico, profissional e pessoal.

Este manuscrito divulga a impressionabilidade dos sentidos e interpretação que tentamos dar à solidariedade intergeracional: perspectivas e representações. O próprio título do nosso estudo, *Envelhecimento: perspectivas, representações e solidariedade intergeracional*, espelha a intencionalidade de um estudo comparativo entre jovens e pessoas idosas, relativamente às suas perspectivas e representações sobre o envelhecimento. De algum modo espelha o enviesamento que pode ter estado subjacente a este estudo comparativo, concedendo o enaltecimento das pessoas idosas, proporcionalmente aos jovens. O que se pretendia era comparar os preconceitos recíprocos entre estas duas faixas etárias, sendo entendidas ambas as direções de preconceito como barreiras a uma efetiva solidariedade intergeracional.

É importante realçar que, apesar das dificuldades verificadas, há que valorizar a oportunidade de permanecer e agir com autonomia, durante todo o processo de investigação, assim como desenvolver lógicas e práticas de exercício. O questionar de modos de atuação em Educação Intergeracional, da e na Intervenção Comunitária, com o objetivo de promover a solidariedade e a educação intergeracional permitiu adquirir-se competências teóricas, metodológicas, técnicas e humanas de forma a questionar as práticas, tendo a oportunidade de conhecer as representações sociais das pessoas idosas e dos jovens. Nesse sentido, valorizamos o enfoque nas potencialidades que, em conjunto, desenvolvemos e consolidamos em termos educativos, na interpeleção com estas pessoas.

O percurso de estudo permitiu o desenvolvimento de uma reflexão e de uma intervenção que se pretende mais consciente das suas próprias limitações mas também das potencialidades, ainda não exploradas em termos educativos nestes contextos. Este modo de perceber esta realidade profissional e institucional, pretende de algum modo alcançar a transformação social, numa sociedade que se deseja mais interveniente, humana e solidária.

Tendo em conta a multirreferencialidade das Ciências de Educação que aproxima o sujeito e o objeto, proximidade que a epistemologia de escuta aponta no sentido da emancipação – grande impulsionadora da procura de sentido e de significado para as escolhas dos participantes deste estudo, ao tentar conhecer um

determinado lugar (contexto), a partir dos olhos dos outros, estamos a dar-lhes oportunidade de se implicarem no processo de conhecimento e tornarem-se, também, agentes do seu próprio desenvolvimento, contribuindo para que se constitua uma cidadania cada vez mais plena.

Neste estudo, muito ficou por desenvolver e conhecer no âmbito da solidariedade e no que respeita aos grupos de pessoas idosas e de jovens, e muito poderá fazer-se no futuro, embora se saliente a finalidade da ação no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações (AEEASE). Identificou-se uma possibilidade de ampliação deste campo de estudo, como uma oportunidade de investigação e intervenção educativas, muito pertinente e pouco explorada. Para além das modificações na intervenção, seria interessante também em estudos futuros avaliar o impacto da mesma noutras variáveis para além do preconceito, como é o caso das práticas de solidariedade intergeracional, no contexto familiar e social.

A avaliação deste impacto ganharia também mais sustentabilidade com um desenho experimental, com coleta de dados antes, imediatamente após e passados seis meses da intervenção. Deste modo, poderia ser possível averiguar a manutenção dos possíveis ganhos de uma intervenção comunitária.

Ainda neste sentido, um trabalho neste sentido no Brasil também pode ser muito bem vindo para se compreender melhor as relações quanto às políticas públicas sobre as intergeracionais presentes no país.

## REFERÊNCIAS

1. Cabral M. Envelhecimento: Perspetivas e Representações e Solidariedade Intergeracional [Ageing: Perspectives, Representations and Intergenerational Solidarity]. Master Dissertation. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Porto University, 2013.
2. Bauman Z. A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009.
3. Stoer SR, Magalhães AM. O Lugar da Cidadania. In Stoer SR; Magalhães AM. A Diferença Somos Nós - A gestão da mudança social e as políticas educativas e sociais (pp. 62-101). Porto: Edições Afrontamento, 2005.
4. Relatório do Desenvolvimento Humano. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência Publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Camões, Instituto da Cooperação e da Língua, Portugal, Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2014.
5. Oliveira D. O problema não é o despesismo do Estado. Expresso, 02/03, 2012. [http://expresso.sapo.pt/blogues/opiniao\\_daniel\\_oliveira\\_antes\\_pelo\\_contrario/o-problema-nao-e-o-despesismo-do-estado=f708413](http://expresso.sapo.pt/blogues/opiniao_daniel_oliveira_antes_pelo_contrario/o-problema-nao-e-o-despesismo-do-estado=f708413)
6. Bengtson VL, Roberts REL. Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family* 1991;53(4):856-70.
7. Steinbach Anja. Intergenerational Solidarity and Ambivalence: Types of Relationships in German Families. Department of Sociology, School of Humanities and Social Sciences, Chemnitz University of Technology, Reichenhainer Str 2005;41:115-27.
8. Coimbra S, Ribeiro LA, Fontaine AM. Intergenerational Relations European Perspectives on Family and Society. *Intergenerational Solidarity in an ageing world: Sociodemographic determinants of intergenerational support to elderly parents*, 2013;205-22.
9. Palmeirão CMGC. A interação geracional como estratégia educativa: um contributo para o desenvolvimento de atitudes, saberes e competências entre gerações. Tese de Doutoramento apresentada à FPCE-UP, 2007.
10. Perrwoud P. Escola e Cidadania - O Papel da Escola na Formação para Democracia. Porto Alegre: Artmed, 2005.
11. Marshall TH. Cidadania, Classe social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.
12. Karsz Saul. Déconstruire la Vieillesse. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, 1998.
13. Giddens Anthony. Modernidade e identidade pessoal. Oeiras: Celta Editora.1994.
14. Neto F. Idadismo. In Lima ME, Pereira ME. (Org.) Estereótipos, preconceitos e discriminação – perspectivas teóricas e metodológicas. 279-31, 2004.
15. Neves Tiago. Mediação Comunitária e Mudança Social. *Cadernos de Pedagogia Social*, 45-60, 2009.
16. Bourdieu P. A Miséria do Mundo. Metrópolis: Vozes Editora, 1997.
17. Quivy R; Campenhoudt LV. Manual de Investigação em Ciências Sociais (5ª Edição ed.). Lisboa: Gradiva, 2008.
18. Jacob Luis. Animação de Idosos. Coleção Geriatria e Gerontologia. Porto: Mais Leitura Editora, 2013.
19. Cumming E, Henry WE. Growing old, Nueva York, Basic Books, 1961.
20. Neves TC, Isabel SMR. Ação Local no Combate à Pobreza e Exclusão Social. Porto: Livpsic, 2010.

Como citar: CABRAL, Maria da Luz Leite; MACUCH, Regiane da Silva. *Solidariedade intergeracional: perspectivas e representações*. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8393>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8393>.

## ARTIGO DE REVISÃO

# O poder da vaidade e do autocuidado na qualidade de vida

## *The power of vanity and self care in quality of life*

Katiane Aparecida Soaigher,<sup>1</sup> Fábio Ricardo Acencio,<sup>1</sup> Diógenes Aparício Garcia Cortez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.

Recebido em: 13/08/2016 / Aceito em: 27/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016

[katianeas@hotmail.com](mailto:katianeas@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** realizar uma revisão da literatura sobre a influência da vaidade e do autocuidado para a qualidade de vida. **Método:** estudo de revisão em que as buscas foram realizadas nas bases de dados Scielo, Portal de Periódicos CAPES, LILACS, e Google Acadêmico. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2016, em periódicos nacionais e internacionais. As palavras chave utilizadas na pesquisa foram: estética; promoção da saúde; indústria cosmética; autoconceito; autoimagem; vaidade. **Resultados:** os artigos consultados mostraram que a aparência tem relação nos diversos aspectos do sucesso, poder humano, sendo a vaidade e autocuidado fatores importantes na construção da imagem. **Considerações finais:** devemos ser vistos não apenas como um corpo, mas como indivíduos providos de inteligência e sentimentos. Quando sabemos administrar nossa relação com a vaidade e autocuidado, preservando nossa saúde física e emocional, poderemos então ter um trunfo a mais no jogo das relações.

**Palavras-chave:** Estética; Promoção da Saúde; Indústria Cosmética; Autoimagem.

## ABSTRACT

**Objective:** conduct a literature review on the influence of vanity and self-care for the quality of life. **Method:** the searches were conducted in Scielo databases, Portal CAPES, LILACS, and Google Scholar. Articles published between 2010 and 2016 in national and international journals were selected. **Results:** the articles consulted showed that the appearance is related to the various aspects of successful human power, and vanity and self-care are important factors in image building. **Closing remarks:** we must be seen not only as a body, but as individuals provided intelligence and

feelings. When we manage our relationship with vanity and self-care preserving our physical and emotional health, then we can be an asset to more in the game of relationships.

**Keywords:** Esthetics; Health Promotion ; Cosmetic Industry; Self Concept.

## INTRODUÇÃO

Somos avaliados a todo o momento e nossa aparência pode refletir características das quais não imaginamos.

A vaidade que é uma preocupação com a aparência física, é um pecado necessário nos dias atuais. Indivíduos que não estejam dentro dos padrões estabelecidos no seu meio, podem ter dificuldades nos diversos relacionamentos. Quem é visto como belo tem maior facilidade de encontrar parceiros sexuais, além de ter maiores oportunidades de trabalho, claro que nem sempre, como principal meio de sucesso profissional, mas é um fator que agrega positivamente.<sup>1</sup>

Características físicas não devem ser vistas como prioridades na escolha de um bom profissional, mas conceitos pré estabelecidos são inerentes ao ser humano e precisamos estar preparados para esses julgamentos que também fazemos.<sup>2</sup>

Os padrões estabelecidos pela sociedade não devem ser vistos como uma regra a ser seguida, pois desse modo, os indivíduos que não se encaixam ou não tem condições financeiras para alcançar esse encaixe podem sofrer com isso. A questão é que características como elegância e autocuidado são vistas como positivas. Os padrões estéticos mudam a todo o momento e de tribo para tribo, portanto não há a possibilidade de se encaixar em todos os meios. Isso pode gerar insatisfações constantes e não é o que os profissionais éticos da beleza esperam.<sup>1</sup>

Os ideais de beleza são construídos socialmente e, junto com eles, surgem necessidades de nos vermos de determinada forma.<sup>3</sup> O belo é associado ao forte, ao bom, ao sucesso. A aceitação social torna as pessoas mais seguras, mais confiantes. A vaidade cobrada do homem é diferente à cobrada pela mulher. Enquanto a mulher deve ser delicada e sensual, o homem deve ser forte e sofisticado.<sup>4</sup>

Beleza pode estar relacionada a diversos fatores, como gestos agradáveis, harmonia, comportamento social, enfim, não apenas características propriamente ditas, mas modos de se expressar.<sup>5</sup> E pode ser dita como características que agradem determinado grupo.<sup>6</sup> Beleza pode ser ainda a busca pela novidade, pela expressão do estilo de vida.<sup>7</sup> A busca pela beleza não deve ser vista como negativa, já que pode trazer uma sensação de libertação, de satisfação, de valorização do sujeito consigo mesmo, de julgamento positivo do sujeito.<sup>8</sup>

Este trabalho tem por objetivo fazer uma análise da literatura para entender como a vaidade e o autocuidado podem ser promissores para uma melhor qualidade de vida.

## MÉTODO

As buscas foram realizadas nas bases de dados Scielo, Portal de Periódicos CAPES, LILACS, e Google Acadêmico. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2016, podendo ser escrito em português e inglês. As palavras chave utilizadas na pesquisa foram: vaidade, estética, qualidade de vida, autocuidado, e promoção da saúde, também com descritores em inglês. No sistema de categorização foram utilizados os seguintes: o prazer de se cuidar; a linha tênue entre o querer do sujeito e a cobrança da mídia; o promissor mercado da beleza; qualidade de vida e beleza; estilo de vida e promoção da saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das categorias estabelecidas, foram sintetizadas considerações a partir da literatura selecionada.

### O prazer de se cuidar

Cuidar é algo comum do ser humano e quando nos cuidamos, nos valorizamos. Esse autocuidado gera prazer quando controlado, quando o ato de se cuidar esteticamente não se torna o centro da vida do indivíduo. Da mesma forma, quem não se cuida perde o prazer de se ver bem. Com o olhar crítico da sociedade, sabemos como é importante estar aparentemente bem. O autocuidado, quando controlado, é um afeto consigo mesmo, uma satisfação.<sup>9</sup>

Para a construção desse autocuidado consumimos produtos e serviços, que se tornam necessários, conforme nosso convívio social. É importante pensar nos limites entre o autocuidado com a imagem corporal e a saúde. Muitos dos procedimentos indicados pela mídia extrapolam os limites fisiológicos do corpo. Os profissionais da beleza devem sempre estar atentos ao bem estar e segurança de seus pacientes. E os usuários sempre buscando informações prévias em fontes de

informação confiáveis para vir com perguntas prévias, antes dos procedimentos, podendo então escolher melhor por qual profissional optar.<sup>10</sup>

Quando sabemos nos cuidar e procurar métodos adequados para as disfunções estéticas que nos incomodam podemos nos sentir mais satisfeitos. Mesmo que a diferença estética não seja tão visível, o saber se cuidar e gostar de se cuidar influenciam positivamente a autoimagem.<sup>5</sup>

### A linha tênue entre o querer do sujeito e a cobrança da mídia

O estilo de vida das pessoas pode mudar conforme o que a sociedade cobra e a sociedade nem sempre é acolhedora. A mídia nos influencia a todo o momento e cabe a nós sabermos como lidar com isso. Os padrões inalcançáveis e os produtos ditos como necessários são vistos nos diversos meios.<sup>11</sup>

O padrão de beleza da magreza trouxe e ainda traz sérias consequências na saúde física e mental, principalmente de adolescentes. Agora a vigorexia parece ser um novo problema que é a busca por um corpo extremamente definido com os músculos em evidência. Os meios de comunicação precisam estar atentos à forma que transmitem suas mensagens, para não afetar de forma negativa o bem estar da população. Uma alimentação equilibrada, é um dos principais meios de alcance da beleza saudável.<sup>12</sup>

É importante que os profissionais da beleza saibam detectar quando seus pacientes têm uma relação saudável com o corpo ou não. Equipes multidisciplinares com psicólogos e nutricionistas se fazem necessárias muitas vezes para intervenções efetivas sem prejuízos emocionais.<sup>13</sup>

### O promissor mercado da beleza

Com essa percepção, o mercado estético cresce a cada dia, e surgem oportunidades para a indústria cosmética e os demais profissionais da área. As mulheres estão no mercado de trabalho, sendo exigidas quanto à sua aparência e os homens entendem que vaidade não é apenas para as mulheres. Além da procura por tratamentos estéticos, cresce o uso da cosmetologia em casa, exercícios físicos, procura por cirurgias estéticas e por informação nos diversos meios de comunicação.<sup>14</sup> Os usuários se tornam sofisticados e estão sempre à procura de tendências.<sup>15</sup>

A medicina antienvelhecimento é uma inovação que busca anos de produtividade e independência.<sup>16</sup> A juventude eterna não é possível, e as pessoas precisam saber lidar com isso, agora o cuidado com a pele é essencial para demonstrar cuidado e higiene.<sup>6</sup>

Mesmo as mulheres com condições financeiras inferiores investem em produtos de beleza, mesmo que só possam consumir produtos mais básicos como de higiene. E muitas vezes optam por produtos de marcas reconhecidas, buscando status. Já que a mídia tem influência na beleza vaidade e padrões estéticos, é preciso o cuidado de quem faz uso desses meios entender que a sexualidade muitas vezes exagerada deve ser controlada, já que muitas crianças e adolescentes podem ver isso de maneira não saudável.<sup>17</sup>

## Qualidade de vida e beleza

Não existe um consenso para definir qualidade de vida, no entanto, pode-se entender como bem estar físico e mental, satisfação, lazer, enfim, a qualidade de vida irá depender do que é importante para cada indivíduo. Por mais difícil que seja mensurar qualidade de vida existem testes específicos para isso e a busca por essa mensuração é grande, já que QV vem sendo cada vez mais discutida por ser essencial à promoção da saúde.<sup>18</sup>

Quando pensamos na relação entre qualidade de vida e beleza é necessário entender que cada indivíduo anseia por objetivos diferentes, e tem expectativas diferentes no alcance da beleza. Um exemplo extremo são as modelos de passarela ou manequim que tem exigências rígidas quanto às medidas corporais. Nesse caso é preciso maior cuidado, pois a qualidade de vida pode ser prejudicada devida tamanha cobrança.<sup>19</sup>

Um exemplo muito importante na prevenção da beleza e qualidade de vida é o uso do fotoprotetor e da atividade física. O fotoprotetor é essencial para manter a integridade da pele e atua na prevenção de linhas de expressão, hiperpigmentação e em todo o processo de envelhecimento da pele. Além de ser essencial na prevenção de neoplasias cutâneas. Já, a atividade física que é essencial para a manutenção do peso corporal e ganho de massa muscular atua positivamente no sistema cardiovascular, controle da pressão arterial, entre outros benefícios nos demais sistemas corporais.<sup>20</sup>

Cirurgias estéticas quando feitas por profissionais habilitados podem ser a chave para uma melhora de qualidade de vida. Como é o caso da cirurgia para orelha de abano, que traz mais confiança e satisfação com a aparência.<sup>21</sup> Recente estudo feito com pacientes submetidas a reconstrução mamária mostrou que 93,75% se sentiam muito satisfeitas, melhorando aspectos emocionais e sexuais, resgatando a feminilidade.<sup>22</sup>

Pacientes com problemas estéticos dentários, após o tratamento melhoram sua socialização e autoconfiança através do sorriso, tendo melhores oportunidades.<sup>23</sup>

## Estilo de vida e promoção da saúde

O estilo de vida influencia a autoimagem corporal e o autocuidado, já que condições financeiras melhores propiciam o acesso aos tratamentos estéticos. Além disso, indivíduos com maior nível de escolaridade tendem a entender melhor as mudanças corporais e a busca por procedimentos adequados.<sup>24</sup> O corpo nos ajuda na construção da nossa imagem, e nos tempos contemporâneos é comum o aumento por atividade de lazer e fotografias que nos expõe ainda mais. Isso pode interferir positivamente ou não na nossa relação com nosso corpo. Com o aumento da exposição, se torna maior o medo dos possíveis julgamentos, no entanto pode se tornar mais um incentivo para a busca de um corpo saudável.<sup>25</sup>

Ainda existem grupos que entendem transtornos de autoimagem como um estilo de vida. Como é o caso de um grupo de jovens com anorexia que se motivam a continuar com esse transtorno, podendo ser visto como um protesto no papel da mulher ocidental.<sup>26</sup>

Os cuidados na juventude nada mais são que a

procura de retardar as disfunções estéticas do futuro.<sup>27</sup> Pensando em indivíduos idosos, a degradação dos sistemas corporais é constante e com o sistema tegumentar não é diferente. As mulheres, principalmente, podem sofrer muito com essas alterações, interferindo na sua qualidade de vida. Daí a importância do autocuidado. O que pode acontecer também é a avaliação negativa do autocuidado. Muitas vezes indivíduos que se vêem na necessidade de melhorar a aparência física, quando o fazem, não tem um por retorno ou apoio de quem está a sua volta. Ainda quem possui traços ditos como belo podem sofrer um pré-julgamento de inutilidade ou falta de eficiência.<sup>28</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 28 artigos consultados mostraram que a aparência tem relação nos diversos aspectos do sucesso e "poder humano", sendo a vaidade e autocuidado fatores importantes na construção da imagem. O ser humano é complexo, e suas relações imprevisíveis. O uso da beleza para a busca de poder e sucesso é válida, já que é um dos recursos disponíveis e passíveis de mudança.

Devemos ser vistos não apenas como um corpo, mas como indivíduos providos de inteligência e sentimentos. Quando sabemos administrar nossa relação com a vaidade e autocuidado, preservando nossa saúde física e emocional, poderemos então ter um trunfo a mais no jogo das relações.

## REFERÊNCIAS

1. De Avelar CFP, Veiga RT. Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade/How to understand women's vanity using self-esteem and personality/Cómo entender la vanidad femenina utilizando la autoestima y la personalidad. *Revista de Administração de Empresas* 2013;53(4):338.
2. Goetz ER, Kanan LA, Bergamaschi R. O mercado de trabalho e a beleza. *Revista UNIPLAC* 2014;2(1).
3. Pinheiro MCT, Figueredo PDMV. Padrões de beleza feminina e estresse. *Revista CADE* 2012;11(1).
4. Tan Y, Shaw P, Cheng H, Kim KK. The construction of masculinity: A cross-cultural analysis of men's lifestyle magazine advertisements. *Sex Roles* 2013;69(5-6):237-249. doi: 10.1007/s11199-013-0300-5.
5. Santos ID, Jesus PBRD, Brandão EDS, Oliveira EB, Silva AVD. Repercussões do acometimento cutâneo na vida das pessoas: sociopoetizando a autoimagem e a autoestima. *Rev Enferm. UERJ* 2014;22(2):157-62
6. Schlösser A, Camargo BV. Representações sociais da beleza física para modelos fotográficos e não modelos. *Psico* 2014;46(2):274-82. doi: 10.15448/1980-8623.2015.2.17725.
7. Changsong LI. Impact of Beauty Fashion on Contemporary Chinese Youth. *Canadian Social Science* 2013;9(6):15. doi: 10.3968/j.css.1923669720130906.2988
8. Teixeira FLS, Freitas CMSM, Oliveira CI. A beleza feminina como poder: desvendando outros sentidos para a construção estética de si. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte* 2014;36(2).
9. Da Costa VF, Jaeger FP. Do hidratante ao sapatinho de cristal: A relação da mulher com o consumo de produtos usados

- no autocuidado. *Diálogo* 2014;(31):117. doi: 1018316/2238-9024.16.28.
10. De Almeida Pereira DA, Doimo LA, Kowalski M. Discurso estético do corpo—o auto cuidado de mulheres. *CSONline-Revista Eletrônica de Ciências Sociais* 2010;(6).
  11. Kaur K, Arumugam N, Yunus NM. Beauty product advertisements: A critical discourse analysis. *Asian social science* 2013;9(3):61.
  12. Witt JDSGZ, Schneider AP. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciência & saúde coletiva* 2011;16(9):3909-16.
  13. De Andrade, D. D. On norms and bodies: findings from field research on cosmetic surgery in Rio de Janeiro, Brazil. *Reproductive health matters* 2010;18(35):74-83. doi: 10.1016/S0968-8080(10)35519-4.
  14. Strehlau VI, Claro DP, Neto SAL. A vaidade impulsiona o consumo de cosméticos e de procedimentos estéticos cirúrgicos nas mulheres? Uma investigação exploratória. *Revista de Administração* 2015;50(1):73. doi: 0.5700/rausp1185.
  15. Luo W. Aching for the altered body: Beauty economy and Chinese women's consumption of cosmetic surgery. In *Women's Studies International Forum* 2015; 38.
  16. Ellison KL. Age transcended: A semiotic and rhetorical analysis of the discourse of agelessness in North American anti-aging skin care advertisements. *Journal of aging Studies* 2014(29):20-31.
  17. Vandenbosch L, Eggermont S. Understanding sexual objectification: A comprehensive approach toward media exposure and girls' internalization of beauty ideals, self objectification, and body surveillance. *Journal of Communication* 2012;62(5):869-87. doi: 10.1111/j.1460-2466.2012.01667.x
  18. Campos MO, & Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2014;32(2):232.
  19. Lisboa SDC, Delevatti RS, Krue LFM. Padrões de Beleza, Saúde e Qualidade de Vida em Modelos de Passarela—uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2016;19(3):241-6.
  20. Purim KSM, Leite N. Fotoproteção e exercício físico:[revisão]. *Rev Bras Med Esporte* 2010;16(3):224-9. doi: 10.1590/S1517-86922010000300014.
  21. Hornos A. Correção de orelha de abano por técnica combinada: análise de resultados e alteração da qualidade de vida. *Rev. bras. cir. Plást* 2013;28(3):406-415.
  22. Colombo FGE. Avaliação do grau de satisfação de pacientes submetidas a reconstrução mamária. *Rev Bras Cir Plást* 2013;28(3):355-60.
  23. Miguel JAM, Palomares NB, Feu D. Life-quality of orthognathic surgery patients: the search for an integral diagnosis. *Dental press journal of orthodontics* 2014;19(1):123-37.
  24. Skopinski F, de Lima Resende T, Schneider RH. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):95-105. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14006.
  25. De Castro AL. Indústria da beleza: uma abordagem sócio-antropológica do culto ao corpo na cultura contemporânea. *Latitude* 2013;4(1).
  26. Bittencourt LJ, Almeida RA. Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida? *Psicologia & Sociedade* 2013;25(1).
  27. Simili IG, Souza MC. A beleza das meninas nas "dicas da Barbie". *Cadernos de Pesquisa* 2015;45(155):200-217. doi: 10.1590/198053142878.
  28. Baroni EDRV, Biondo-Simões MDLP, Auersvald A, Auersvald LA, Montemor Netto MR, Ortolan MCAB, Kohler JN. Influence of aging on the quality of the skin of white women: the role of collagen. *Acta Cir Bras* 2012;27(10):736-40. doi: 10.1590/S0102-86502012001000012.

**Como citar:** SOAIGHER, Katiane Aparecida; CORTEZ, Diógenes Aparício Garcia. O poder da vaidade e do autocuidado na qualidade de vida. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8218>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8218>.

## ARTIGO DE REVISÃO

## Efeitos fisiológicos decorrentes do exercício físico no organismo materno durante a gestação

*Physiological effects of physical exercise resulting in body mother during pregnancy*

Fábio Ricardo Acencio,<sup>1</sup> Katiane Aparecida Soaigher,<sup>1</sup> Maria Theodora Ferracini Del Col,<sup>2</sup> Diógenes Aparício Garcia Cortez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama, PR, Brasil.

Recebido em: 24/08/2016 / Aceito em: 26/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
dagcortez@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** identificar os benefícios fisiológicos que a prática de exercício físico pode proporcionar ao organismo materno, baseados em testes já realizados. **Método:** estudo de revisão de literatura, com buscas realizadas nas bases de dados Scielo, Portal de Periódicos Capes, LILACS e no Google Acadêmico. Foram selecionados 32 artigos publicados entre 1999 a 2014 em inglês e português encontrados por meio das palavras-chave: efeitos fisiológicos do exercício físico; gestante; organismo materno. **Resultados:** os estudos demonstraram que o exercício físico durante a gestação pode melhorar o sistema cardiovascular, a circulação sanguínea, favorece uma melhor captação, transporte e utilização do oxigênio. Pode prevenir o surgimento da diabetes gestacional e reduzir a taxa de glicose. O exercício realizado na água é fisiologicamente mais apropriado para gestantes, pois no meio líquido, o corpo se livra naturalmente do excesso de água e sal. **Considerações finais:** os artigos selecionados mostram a importância da prática de atividade física, durante a gestação, para a promoção da saúde da mãe e da criança.

**Palavras-chave:** Gravidez; Movimento; Pressão Arterial; Circulação Sanguínea; Fenômenos Fisiológicos Cardiovasculares.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the physiological benefits that physical exercise can provide the maternal organism, based on tests already carried out. **Methods:** literature

review study, with searches conducted in Scielo databases, Capes Portal, LILACS and Google Scholar. We selected 32 articles published between 1999-2014 in English and Portuguese found by keywords: physiological effects of physical exercise; pregnant; maternal organism. **Results:** studies have shown that exercise during pregnancy can improve the cardiovascular system, blood circulation, promotes better capture, transport and use oxygen. May prevent the development of gestational diabetes and reduce the rate of glucose. The exercise carried out in water is physiologically more suitable for pregnant women, as in the liquid medium, the body naturally free of excess water and salt. **Final considerations:** the selected articles show the importance of physical activity during pregnancy, for the promotion of mother and child health.

**Keywords:** Pregnancy; Movement; Blood pressure; Blood circulation; Cardiovascular Physiological Phenomena.

## INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, o corpo da mulher sofre diversas modificações fisiológicas, estruturais, e motoras para proporcionar o espaço para o desenvolvimento do feto.<sup>1</sup> Em décadas passadas era recomendado que a gestante não praticasse exercício físico e até mesmo deixasse de fazer atividades do seu dia a dia. Porém a visão dessa prática de atividade, durante a gestação, está mudando, devido a estudos desenvolvidos a fim de estimular a gestante a praticar atividade física para proporcionar benefícios na promoção da saúde, na qualidade de vida e na prevenção e controle de diversas doenças.<sup>2</sup>

A gestante antes de iniciar um programa de exercícios físicos, deverá ser encaminhada por seu médico obstetra para uma avaliação clínica geral. Apesar de o exercício físico apresentar inúmeras vantagens para gestante, é imprescindível o acompanhamento médico durante sua execução. Assim, a atividade física direcionada à gestante deve sempre ser feita por um profissional habilitado e capacitado e sempre acompanhado pelo médico.<sup>3</sup>

Existem algumas contra indicações ao qual a gestante poderá estar absolutamente ou relativamente contra indicada para a prática de exercício físico. O profissional que irá trabalhar com a prática de atividade física voltada para a gestante deve estar ciente de como trabalhar com as contra indicações estabelecidas pelo médico, a fim de evitar futuros problemas e situações de risco, tanto para a mãe, quanto para a criança.<sup>4</sup>

Assim, o objetivo deste estudo é, através de revisão de literatura, identificar os benefícios fisiológicos que a prática de exercício físico pode proporcionar ao organismo materno, baseados em testes já realizados.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão com buscas nas bases de dados Scielo, Portal de Periódicos Capes, LILACS e no Google Acadêmico. Foram selecionados artigos publicados entre 1996 e 2014, visando a relevância dos autores, podendo ser escritos em português e inglês. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: efeitos fisiológicos do exercício físico; gestante; organismo materno. Foram avaliados 32 artigos, na qual somente 16 atenderam a proposta do trabalho.

## RESULTADOS

### Exercício físico e efeitos fisiológicos no organismo materno durante a gestação

A prática de atividade física parece intensificar as adaptações metabólicas próprias da gravidez. Uma atividade física regular é capaz de manter ou melhorar o condicionamento físico, proporciona benefícios fisiológicos extras, tanto para a mãe, quanto para o processo gestacional, portanto inúmeros benefícios são proporcionados pela prática de atividade física durante a gestação, reduzindo inúmeros riscos gestacionais, como diabetes, doenças hipertensivas entre outras.<sup>5</sup>

Quando se pratica exercícios apropriados ocorre uma melhora nas condições cardiorrespiratórias. O sangue que é transportado para a placenta é responsável para o fornecimento de oxigênio e nutrição ao bebê e um sistema cardiovascular saudável será muito benéfico para esse transporte, portanto o coração da gestante deve ser mais forte para bombear mais sangue para o feto e para seu próprio organismo.<sup>6</sup>

Com a prática de exercício físico, a gestante consegue manter seus níveis glicêmicos e induzindo aos receptores de insulina, a sensibilização e aumento da glicose sanguínea assim, prevenindo à *Diabetes Mellitus*. No sistema respiratório, ocorre uma melhor captação, utilização e transporte de oxigênio além de melhorar o processo de oxigenação do feto e a irrigação da placenta.<sup>7</sup>

Em decorrência da gestação, o sistema circulatório sofre grandes alterações, como aumento no volume sanguíneo, frequência cardíaca (FC) e débito cardíaco (DC) bem como a redução da pressão arterial (PA), em repouso. Neste período ainda ocorre à redistribuição do fluxo sanguíneo para os órgãos esplânicos, aumento do consumo de oxigênio. A prática de exercício físico na gestação necessita de uma redistribuição importante de sangue para fora dos órgãos esplânicos e na direção do músculo que estão sendo trabalhados.<sup>2</sup>

A frequência cardíaca na gestante aumenta em média 16 batimentos por minuto, que no estado não gravídico é em torno de 70 bpm; entre a 20 – 24 semanas de gestação, aumenta em torno de 4 bpm; entre 28 – 32 semanas aumenta em torno de 12 bpm e entre a 38 – 40 semanas em torno de 14 bpm.<sup>8</sup>

Quando o exercício físico é realizado na água, pode-se verificar que um programa regular de condicionamento aquático poderá preparar o coração e o sistema circulatório, para lidar com a demanda de sangue, que aumenta de 25% a 50% durante a gestação, devido o fato de o coração bater um pouco mais rápido do que batia antes da gravidez. Além disso, ajuda a reduzir a pressão sanguínea, pois na água o corpo se livra, naturalmente, do excesso de água e sal que causam a retenção de água no organismo materno, causando edemas e desconforto além de pressão alta.<sup>6,9</sup>

Quando comparada à prática de exercício físico na água e fora da água, observa-se que o meio aquático é mais propício para a gestante. Fato verificado em um estudo referente à PA e ao consumo de oxigênio (VO<sub>2</sub>) realizado com dez grávidas (27 a 29 semanas de gestação) e dez mulheres não grávidas. O estudo utilizou dois testes cardiopulmonares em uma bicicleta ergométrica (água e terra), na FC correspondente ao oxigênio (O<sub>2</sub>), num período de 30 min cada. A PA foi aferida a cada 5 minutos e a FC e o O<sub>2</sub>, a cada 20 minutos. Em relação às respostas cardiovasculares, não foram encontradas respostas significativas entre as mulheres grávidas e não grávidas. Porém, o grupo grávida apresentou diferenças significativas em relação à PAS, a PAD e a PA durante os exercícios na água e na terra. No grupo das mulheres não grávidas houve uma PAS significativamente menor e PAD e PA com resultados significativos entre os exercícios na água e na terra. Em relação ao O<sub>2</sub> não foi encontrado diferenças significativas entre os grupo grávida e não grávida e entre os exercícios realizados em terra ou água. Após o período de 5 minutos de recuperação, a PA e o O<sub>2</sub> foram semelhantes ao valores pré-exercício. Após o teste, pode-se concluir que o exercício na água é fisiologicamente mais apropriado e as mulheres apresentam uma menor resposta da PA na água, quando comparada a exercícios realizados em terra.<sup>10</sup>

Durante a gestação, não ocorre aumento da FC em repouso, para o momento após as aulas de hidroginástica da gestante, no segundo e terceiro trimestre de gestação. Pesquisa com 15 mulheres no segundo e 15 mulheres no terceiro trimestre gestacional evidenciou que, no segundo trimestre, houve uma redução significativa da FC antes do exercício e após o exercício em meio aquático, sendo que no terceiro trimestre a redução da FC não foi considerada estatisticamente significativa.<sup>9</sup>

Estudo realizado para determinar o consumo de VO<sub>2</sub> e o índice de esforço percebido foi realizado, durante o exercício aquático e terrestre, em um estudo com 7 gestantes no último trimestre de gravidez e 7 não gestantes com o objetivo de comparar o índice de esforço percebido (IEP) e o consumo de oxigênio (VO<sub>2</sub>), durante o exercício aquático e terrestre, na intensidade do primeiro limiar ventilatório. Não foram encontrados diferenças significativas para o VO<sub>2</sub> e para o IEP comparados aos exercícios aquáticos e terrestres. Além disso, não encontraram diferenças significativas entre gestantes e não gestantes, concluindo que o uso IEP pode ser usado para prescrição de exercício, tanto em meio aquático, quanto em terrestre para gestante e não gestante, quando realizado na intensidade do primeiro limiar ventilatório.<sup>10</sup>

Na gestação, a mulher apresenta alterações nas suas funções pulmonares. Ocorre um aumento de 10 a 20% no consumo de oxigênio; a combinação de capacidade residual funcional e aumento do consumo de oxigênio resultam em uma reserva de oxigênio mais baixa se não adequadamente compensada; a reserva de oxigênio poderia ser ainda mais reduzida durante exercício pesado e potencialmente levar a hipóxia.<sup>11</sup>

O sistema respiratório pode sofrer importantes adaptações podendo levar a alterações nos volumes e nas capacidades pulmonares. Acredita-se que, com o crescimento uterino, as modificações na posição de repouso do diafragma e na configuração da parede torácica interfiram na força dos músculos respiratórios inspiratórios e expiratórios. Um estudo foi feito para correlacionar os valores de volume corrente, volume minuto e a presença de dispneia pós-esforço, com a pressão inspiratória máxima (PI<sub>máx</sub>) e correlacionar a diástase dos músculos retos abdominais (DMRA), com a pressão expiratória máxima (PE<sub>máx</sub>), durante o terceiro trimestre de gestação. Este estudo mostrou que as mudanças fisiológicas ocorridas no sistema respiratório, durante o terceiro trimestre de gestação, não ocasionaram alterações nos mecanismos das forças musculares inspiratórias e expiratórias.<sup>12</sup>

Em outro estudo, a função pulmonar foi avaliada através da espirometria, antes e após a realização de uma sessão do protocolo aquático, com 16 gestantes, foi realizado em piscina coberta e aquecida, com temperatura entre 30°C a 34°C, com duração de 50 minutos. Antes e após as sessões, foram verificados os sinais vitais de frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e aplicação da escala de Borg. As gestantes foram submetidas à espirometria antes e após o protocolo. De acordo com os resultados encontrados, pôde-se observar uma tendência positiva na função pulmonar, após a realização de um protocolo de exercício físico aquático.<sup>13</sup>

Durante o exercício ocorre a liberação de glicose pelo fígado e de ácido graxo do tecido adiposo, porém, para que ocorra essa constante produção de glicose, ocorre interação delicada entre aumento da atividade simpato adrenal e neuro-humoral, resultante do declínio da concentração plasmática de insulina e aumento da concentração de noroepinefrina, cortisol, glucagon e hormônios do crescimento. Na prática de exercícios leves, os depósitos de energia mobilizados são provenientes, predominantemente de gordura, à medida que

auge o nível de exercício, existe maior contribuição de carboidratos.<sup>14</sup>

Fato observado em estudo realizado com ratas, portadoras de diabetes, submetidas ao exercício, sendo um grupo não praticante, um grupo praticante desde o primeiro dia de gestação e o outro praticante de atividade a partir do sétimo dia de gestação totalizando 13 ratas induzidas à atividade física, neste caso, a natação. Conclui-se que, não houve alterações em relação aos níveis de glicemia em nenhum dos grupos, após o início das atividades, porém, o grupo de ratas que iniciou a atividade no sétimo dia de gestação obteve uma diminuição nas taxas de triglicerídeos, colesterol total e VLDL comparados ao grupo não praticante.<sup>15</sup>

Quando os exercícios são realizados de forma contínua, pode-se observar um declínio nas taxas de glicose, fato comprovado no estudo realizado para examinar os efeitos da intensidade e duração do exercício sobre as respostas capilares de glicose em mulheres grávidas, com baixo e alto risco para diabetes mellitus gestacional. Foram utilizados no estudo gestantes entre a 16 e 20 semanas de gestação, em exercícios de baixa intensidade 30% da frequência cardíaca de reserva, sendo utilizado grupo de baixo risco (n = 12) e alto risco (n = 11) e exercícios de intensidade vigorosa 70% da frequência cardíaca de reserva, com grupo de baixo risco (n = 12) e alto risco (n = 11). O exercício era realizado de três a quatro vezes por semana, com o tempo gradualmente aumentado em cada sessão de 25 – 40 minutos de caminhada. As concentrações de glicose capilar era medida uma vez por semana pré e pós-exercício. O estudo demonstra que em mulheres de baixo risco, independente da intensidade e duração do exercício, a diminuição de glicose foram significativos e semelhantes. Redução nas concentrações de glicose foi observada, após 25, 35 e 40 minutos de caminhada nas gestantes de alto risco na intensidade 30%, com o declínio mais perceptível entre os 35 e 40 minutos. Na intensidade de 70%, a diminuição foi mais significativa, após 25 e 35 minutos da atividade. E com o aumento do tempo de exercício, as concentrações de glicose mostraram-se atenuadas a declinar. Os autores chegaram à conclusão que para obter um melhor declínio das concentrações de glicose, as mulheres grávidas devem caminhar por 25 min/sessão em intensidade vigorosa ou por 35-40 min/sessão em baixa intensidade, se eles estão em risco de diabetes mellitus gestacional, e pelo menos, 25 min em intensidade baixa ou vigorosa se eles são de baixo risco para diabetes mellitus gestacional.<sup>16</sup>

## DISCUSSÃO

Durante a gestação, ocorrem muitas mudanças fisiológicas no organismo materno, que podem ser controladas, melhoradas e podem até prevenir o surgimento de certas doenças comuns na gestação, através da prática de atividade física. O exercício físico proporciona muitos benefícios para a gestante, desde que de forma planejada e com acompanhamento de profissionais habilitados e capacitados.<sup>1,6,13</sup>

Nota-se melhora no sistema cardiovascular, com melhora da circulação sanguínea, bombeando mais sangue e oxigênio, não só para o feto, mas para os

músculos da mãe. Ocorrendo um controle da PA e da FC, a PA pode sofrer alterações, durante a gravidez, podendo ter seu valor aumentado durante a mesma e com a prática da exercício físico, esses valores tendem a diminuir ou manter-se em níveis apropriados ao estado de gravidez.<sup>2,6,9</sup>

Verifica-se nos estudos, que o exercício na água é fisiologicamente mais apropriado, pois o corpo se livra, naturalmente, do excesso de água e sal, que causam a retenção de água no organismo materno, causando edemas e desconforto, além de PA alta, além diminuir o impacto dos movimentos sobre as articulações do corpo.<sup>10</sup>

Com relação ao sistema respiratório, o exercício físico favorece uma melhor captação, transporte e utilização do oxigênio, tanto para o feto, quanto para os músculos. Os estudos evidenciaram que a prática de exercício físico é benéfica para melhorar a dificuldade respiratória durante a gestação, devido à dificuldade na transferência dos gases, entre a atmosfera e as células.<sup>11,12</sup>

No sistema endócrino, com a prática de exercícios físicos contínuos, pode-se perceber que ocorre um declínio da taxa de glicose e que uma única sessão de exercício físico não é capaz de baixar essa taxa. A prática de atividade física, durante a gestação, pode prevenir o surgimento da diabetes gestacional e reduzir a taxa de glicose, em gestantes portadoras de diabetes, quando associadas a uma dieta balanceada.<sup>14,15</sup>

Porém, poucos trabalhos trouxeram resultados conclusivos em relação ao exercício físico na gestação. Novos estudos devem ser feitos para termos melhores resultados, a fim de obtermos mais informações para uma melhor formação para grupos multidisciplinares que trabalham com essa população.

Assim, é de suma importância que o profissional de Educação Física busque informações necessárias e condizentes para a realização do seu trabalho e que potencialize juntamente com o médico da gestante, informações necessárias para que promova um trabalho personalizado e efetivo, sem causar nenhum risco à saúde da mãe ou da criança.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos selecionados mostram a importância da prática de atividade física, durante a gestação, para a promoção da saúde da mãe e da criança. Fazem-se necessários novos estudos para estabelecer parâmetros mais específicos da prática de atividade física, durante a gestação.

## REFERÊNCIAS

1. Azevedo RA, Mota MR, Silva AO, Dantas RAE. Exercício físico durante a gestação: prática saudável e necessária. *Universitas: Ciências da Saúde* 2011;9(2):53-70. doi: 10.5102/ucs.v9i2.1410.
2. Nascimento SL, Godoy AC, Surita FG, Silva JLP. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(9):423-31. doi: 10.1590/S0100-720320140005030.
3. Verderi Érica. Gestante: elaboração de programa de exercícios. 2. ed. São Paulo: Phorte. 2009. 36 p.
4. Powers SK, Howley ET. Fisiologia do Exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 6. ed. Barueri: Manole. 2009. 377-8 p.
5. Passos VC, Vasconcelos GAR. Respostas fisiológicas maternas e fetais ao exercício. 2008. Disponível em: <[http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/maternais\\_fetais\\_gabriela.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/maternais_fetais_gabriela.htm)>. Acesso em: 29 Jun. 2014.
6. Rodrigues VD, Silva AG, Câmara CS, Lages RJ, Ávila WRM. Prática de exercício físico na gestação. *Revista Digital – Buenos Aires* 2008;126(13).
7. Nogueira Luise Fernanda. Benefícios do exercício físico para gestantes nos aspectos fisiológicos e funcionais. 2009. p. 46. Monografia - Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina, 2009.
8. Rezende Filho Jorge. Obstetrícia. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.
9. Dias MA, Araújo JA, Lima SO, Oliveira CCC. Comportamento da frequência cardíaca de gestantes praticantes de hidroginástica. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2014;13(1):145-51. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.15285.
10. Finkelstein I, Figueiredo PAP, Alberton CA, Bgeginski R, Stein R, Kruehl LFM. Respostas cardiorrespiratórias durante e após o exercício de água em mulheres grávidas e não grávidas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011;33(12):388-94. doi: 10.1590/S0100-72032011001200003.
11. Chicayban LM, Dias SAAN. Análise da função pulmonar em gestantes e não gestantes. *Perspectivas OnLine* 2010;4(15):144-150.
12. Silva NC, Ferreira EG. Encontro internacional de produção científica cesumar, 5., 2009, Maringá. Anais eletrônicos. Maringá: Cesumar, 2009. Disponível em: <[http://www.unicesumar.edu.br/Epcc2009/anais/nubia\\_cavalcante\\_silva.pdf](http://www.unicesumar.edu.br/Epcc2009/anais/nubia_cavalcante_silva.pdf)>. Acesso em 18 Julho de 2014.
13. Artal R, Wiswell RA, Drinkwater BL. O exercício na gravidez. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
14. Volpato GT, Damasceno DC, Campos KE, Rocha R, Rudge MVC, Calderon IMP. Evaluation of the effect of physical exercise in the metabolism of pregnant diabetic rats. *Rev Bras Med Esporte* 2006;12(5):205-9. doi: 10.1590/S1517-86922006000500001.
15. Ruchat SM, Davenport MH, Giroux I, Hillier M, Batada A, Sopper MM, McManus R, Hammond JA, Mottola MF. Effect of exercise intensity and duration on capillary glucose responses in pregnant women at low and high risk for gestational diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 2012;28(8):669-78. doi: 10.1002/dmrr.2324.
16. Lemos A, Caminha MA, Melo Junior EF, Dornelas de Andrade A. Avaliação da força muscular respiratória no terceiro trimestre de gestação. *Rev Bras Fisioterapia* 2005;9(2):151-6.

Como citar: ACENCIO, Fábio Ricardo et al. Efeitos fisiológicos decorrentes do exercício físico no organismo materno durante a gestação. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8143>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8143>.

## ARTIGO DE REVISÃO

# Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa

## *Practices of popular education in health in primary care: an integrative review*

Bruna Cardoso Pinheiro,<sup>1</sup> Cléria Maria Lobo Bittar<sup>2</sup><sup>1</sup>Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.<sup>2</sup>Universidade Franca (Unifran), Franca, SP, Brasil.Recebido em: 12/08/2016 / Aceito em: 25/09/2016 / Publicado em: 18/10/2016  
[bruna\\_cardoso\\_pinheiro@hotmail.com](mailto:bruna_cardoso_pinheiro@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** analisar práticas e ações de educação popular em saúde desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde brasileira e de que forma estas práticas se coadunam com os princípios e eixos estratégicos propostos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa, sobre práticas e ações de educação popular em saúde no âmbito da atenção primária e como estas se coadunam com os princípios propostos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). A busca foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados 8 estudos. **Resultados:** a partir da análise do conteúdo, emergiram as categorias temáticas “Caracterização das práticas e ações de Educação Popular em Saúde na Atenção Primária”, “Estratégias e recursos adotados no desenvolvimento das práticas”, “As práticas de Educação Popular em Saúde e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)” e “Entraves e desafios à sistematização e ampliação das propostas de Educação Popular em Saúde”. Foram observados diferentes níveis de articulação das práticas e ações de educação popular em saúde, a partir dos princípios e eixos estratégicos da PNEPS, no que se refere à participação popular, aumento do controle social e da gestão participativa. **Considerações finais:** conclui-se que, para que a PNEPS seja efetivamente implementada é necessário formar recursos humanos sob essa nova lógica, assim como avaliar as práticas que vem sendo desenvolvidas sob a metodologia da educação popular.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze popular education practices and health actions carried out under the primary Brazilian health and how these practices are consistent with the principles and strategic priorities proposed by the People's Education Nacional Policy in Health. **Method:** this is an integrative review about practices and actions of popular health education under Brazilian primary health care and how these practices are consistent with the principles proposed by the National Policy of Popular Education in Health (PNEPS-SUS). **Results:** the search was conducted in the databases of the Latin American Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Through the content analysis emerged the themes “Characterization of the practices of Popular Education in Health in Primary Care”, “Resources and strategies adopted in the development of practices”, “The practices of Popular Education in Health and the National Policy of Popular Education in Health (PNEPS-SUS)” and “Obstacles and challenges to the systematization and expansion of the proposals of Popular Education in Health”. Different levels of articulation of the practices and actions of popular education in health, based on the principles and strategic priorities of the PNEPS, regarding public participation, increased social control and participatory management were observed. **Closing remarks:** we concluded that for PNEPS to be effectively implemented it is necessary to train human resources under this new logic, and assess the practices that have been developed under the methodology of popular education.

**Keywords:** Health Education; Primary Health Care; Public Health.

## INTRODUÇÃO

A educação em saúde pode ser pensada como “um campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população”.<sup>1</sup>

Isso implica considerar toda ação de saúde como uma ação educativa, visto que processos de promoção, prevenção, cura e reabilitação são também processos pedagógicos, na medida em que as relações estabelecidas com o outro interferem direta ou indiretamente em seus modos de pensar, sentir e agir.<sup>2,3</sup>

Até a década de 1970, as ações educativas frente aos problemas de saúde da população se traduziam na forma de normas de conduta, que deveriam ser seguidas à risca pela população, tais como aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas específicas ou se responsabilizar pela redução de comportamentos de risco para a saúde.<sup>1,4,5</sup>

Com a emergência das Comunidades Eclesiais de Base, de movimentos populares e de profissionais da saúde, insatisfeitos como o modelo de saúde até então vigente, as práticas de educação em saúde começaram a sofrer uma grande transformação. Muitos profissionais, norteados pelo método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, se organizaram junto a grupos populares e começaram a esboçar novas formas de se fazer e pensar saúde, atuando junto às comunidades locais e desenvolvendo serviços comunitários, desvinculados do aparato estatal. Nesse sentido, a educação popular em saúde emergiu, como uma estratégia de construção da participação popular não apenas no âmbito da saúde, mas da vida social como um todo.<sup>1,6,7</sup>

Embora a educação popular em saúde, tenha surgido, inicialmente, enquanto prática informal e itinerante, ela começou a se estruturar enquanto movimento articulado, através da criação da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, em 1991, durante o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, realizado na cidade de São Paulo. A partir de 1998, a ANEPS passou a ser denominada de Rede de Educação Popular e Saúde, passando a congregar todos aqueles interessados em construir um sistema de saúde mais democrático, e participativo e propondo a educação popular, não enquanto uma prática a mais no setor de saúde, mas como eixo estruturante de uma proposta de mudança do próprio modelo de atenção em saúde.<sup>6</sup>

No âmbito ministerial, inicialmente, a Educação Popular em Saúde esteve articulada à Política de Educação Permanente para o SUS, coordenada pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGETS). A partir de 2005, ela foi inserida na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, o que promoveu mudanças significativas no campo institucional, fortalecendo sua identidade enquanto projeto de democratização do SUS.<sup>8</sup>

Em 2009 foi criado o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), que reúne representantes de diferentes setores, incluindo a sociedade civil, os movimentos populares, representantes de áreas técnicas do Ministério da Saúde e instituições ligadas ao SUS.<sup>8</sup>

Finalmente, em julho de 2012 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de

Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), que somente em 2013 foi apresentada no Grupo Técnico de gestão da Comissão Intergestores Tripartite para discussão e pactuação na CIT.<sup>9</sup>

São definidos seis princípios teórico-metodológicos pela PNEPS, sendo eles: *diálogo* – compreendido, enquanto encontro intersubjetivo de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente; *amorosidade* – que envolve dimensões como acolhimento, afetividade e humanização, já em construção no SUS, não devendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado; *problematização* – que propõe a construção de relações dialógicas e de práticas em saúde, alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade; *construção compartilhada do conhecimento* – entendida enquanto construção de práticas e de conhecimentos de forma participativa e criativa; *emancipação* – que envolve um processo coletivo e compartilhado de superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência; e *compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular* – entendido enquanto compromisso com a construção de uma sociedade mais justa, democrática, igualitária e culturalmente diversa.<sup>10</sup>

O texto da PNEPS-SUS também traz alguns eixos estratégicos para sua implementação, sendo eles: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; intersectorialidade e diálogos multiculturais<sup>10</sup>.

Considerando a importância da educação popular em saúde, enquanto instrumento de articulação dos princípios e diretrizes defendidos pelo SUS, incluindo universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social, este artigo objetivou analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, práticas e ações de educação popular em saúde, que vem sendo desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde brasileira, e de que forma estas práticas se coadunam com os princípios e eixos estratégicos propostos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

## MÉTODO

Optou-se pela revisão integrativa da literatura por ser um método que permite reunir e sintetizar, de forma sistemática e ordenada, resultados de pesquisas sobre um tema particular, apontando ainda lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas.<sup>11</sup>

Com base no modelo proposto por Mendes, Silveira e Galvão,<sup>11</sup> a realização da pesquisa obedeceu às seguintes etapas: formulação do problema de revisão; seleção da amostra; categorização dos estudos; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados e apresentação da revisão.

A questão norteadora do estudo foi “Quais práticas e ações de Educação Popular em Saúde vem sendo desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil e de que forma estas práticas se coadunam com os princípios e eixos estratégicos propostos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)?”

Para identificar os estudos pertinentes à questão

norteadora do estudo foi efetuada uma busca on-line nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados foram: educação da população; educação popular em saúde; educação em saúde; atenção primária à saúde e atenção básica.

Foram encontradas 33 publicações na Scientific Electronic Library Online e 285 na Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde. Para a seleção dos estudos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados entre 2004 e 2014; divulgados na íntegra nas línguas portuguesa ou inglesa; estudos que relatassem ou abordassem experiências de Educação Popular em Saúde, desenvolvidas no âmbito dos serviços de atenção primária à saúde, no contexto brasileiro. Foram excluídos documentos técnicos, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões; trabalhos não encontrados na íntegra e aqueles relativos à experiência de outros países.

Após a leitura exploratória dos títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão e exclusão foram pré-selecionados 10 estudos da base de dados SciELO e 15 da LILACS. Procedeu-se então à leitura na íntegra dos trabalhos pré-selecionados, o que resultou em 8 publicações (7 artigos e uma monografia), que compõem a presente revisão.

## Desenvolvimento

Considerando as fontes de publicação, os trabalhos encontrados foram publicados em 6 fontes diferentes. O maior número de publicações foi encontrado na "Revista de Atenção Primária à Saúde", talvez pelo fato de o periódico possuir uma parceria com a Rede de Educação Popular em Saúde, estimulando publicações na área.

Em relação às regiões de realização das práticas de Educação Popular em Saúde, foram encontrados trabalhos nas regiões Nordeste – estado de Pernambuco;<sup>12,13</sup> Sudeste – estado de São Paulo;<sup>14,15</sup> Centro-Oeste – estado de Mato Grosso do Sul;<sup>16,17</sup> e Sul – estado do Rio Grande do Sul.<sup>18,19</sup>

Quanto ao tipo de publicação, a maioria dos trabalhos se configurou como relato de experiência,<sup>15-18</sup> o que talvez se justifique pela história relativamente recente de inserção da educação popular em saúde, no âmbito ministerial, sendo que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde foi aprovada somente em 2012.<sup>10</sup> Também foram encontradas três pesquisas com abordagem qualitativa, que se caracterizaram como pesquisa analítica,<sup>12</sup> pesquisa documental<sup>13</sup> e pesquisa-ação<sup>19</sup> e uma pesquisa com abordagem quantitativa, que se caracterizou como pesquisa exploratória, prospectiva e intervencionista.<sup>14</sup>

A partir da análise do conteúdo das publicações emergiram as seguintes categorias temáticas: "Caracterização das práticas e ações de Educação Popular em Saúde na Atenção Primária"; "Estratégias e recursos adotados no desenvolvimento das práticas"; "As práticas de Educação Popular em Saúde e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)"; "Entraves e desafios à sistematização e ampliação das

propostas de Educação Popular em Saúde".

## Caracterização das práticas e ações de Educação Popular em Saúde na Atenção Primária

As práticas e ações de Educação Popular em Saúde, no âmbito da atenção primária à saúde, foram desenvolvidas majoritariamente nos espaços de Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.<sup>14-16,18,19</sup> Entretanto, outros espaços como centros comunitários, associações locais, rádios comunitárias, as igrejas, as "vendinhas", as feiras, as escolas e o próprio território mais amplo emergiram como espaços potenciais para se pensar e fazer educação em saúde.<sup>12,13,17</sup>

Como destacam Morosini et al.,<sup>20</sup> a comunidade elege os lugares privilegiados para a troca de informações, pois têm um papel significativo e simbólico dentro da comunidade e, por isso mesmo, são lugares relevantes para a prática da educação em saúde. Nesse sentido, o movimento de ir até o outro, no espaço em que este se sente familiarizado e acolhido, facilita a tarefa de construção de vínculos e estimula a troca e a construção de parcerias com a população.

Embora muitas das ações possuíssem um foco específico, como saúde da mulher,<sup>16</sup> do idoso,<sup>12,14</sup> saúde da família,<sup>18</sup> ações de comunicação em saúde<sup>17</sup> e capacitação,<sup>13-19</sup> elas procuravam, ao mesmo tempo trabalhar a questão saúde dentro de uma ótica mais ampliada, de gestão participativa e controle social, estimulando a população a se envolver, refletir e se co-responsabilizar pelo trabalho desenvolvido em parceria com os profissionais.<sup>12,13,15,17</sup>

Merece destaque a experiência de Recife, onde foi criado o Movimento de Educadores Populares (MEP), inicialmente ligado à Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde e posteriormente transformado em Organização não-governamental, inserida na rede de ofertas de serviços de saúde da prefeitura municipal. O MEP teve início com um processo de capacitação dos agentes comunitários de saúde como educadores populares e foi então ampliado, através dos projetos Adolescente Educador em Saúde (AESAs), Idoso Educador em Saúde (IESAs) e Educador em Saúde da Mulher (ESAMs), que visam capacitar pessoas da comunidade para atuarem como multiplicadores das ações e práticas de educação popular em saúde.<sup>12,13</sup>

Observa-se ainda que, em alguns dos trabalhos, a educação popular em saúde representou um instrumento de reorientação das rotinas e reconfiguração dos serviços marcados pela baixa adesão, falta de diálogo e participação dos usuários. Antes da implantação das propostas de educação popular em saúde predominava nestes espaços um modelo de educação em saúde, desenvolvido de forma verticalizada, muitas vezes, focado apenas na agenda ministerial, com centralização das decisões nas equipes de saúde, e desconsideração pelos interesses da população.<sup>15,16,18</sup>

## Estratégias e recursos adotados no desenvolvimento das práticas

As principais estratégias adotadas pelos profissionais para atrair a população para os programas e as ações de educação popular em saúde foram o caráter

de não obrigatoriedade da participação e a utilização do lúdico e da arte como ferramentas de aproximação do universo popular e de construção de vínculos.

Como aponta Dantas,<sup>21</sup> a linguagem da arte permite resgatar o sujeito em sua totalidade, incluindo as dimensões ética, estética, do corpo, da religiosidade e da afetividade. Dessa forma, a arte e a cultura constituem estratégias privilegiadas nas práticas de educação popular em saúde.

Com base nessa lógica, a equipe da unidade de saúde da família Romeu Tortorelli, de São Carlos, interior de São Paulo desenvolveu um jogo, chamado “bingão da saúde” como ferramenta para trabalhar temas de educação em saúde e mobilizar a participação da comunidade nas ações desenvolvidas.<sup>15</sup>

Outro recurso adotado pela equipe de Saúde da Família de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, foi a criação de um programa de rádio, denominado “Saúde Comunitária” como estratégia para mobilizar a população em torno dos programas e atividades da Estratégia de Saúde da Família, compartilhar informações e valorizar o conhecimento popular.<sup>17</sup>

Além disso, a Proposta Municipal de Educação Popular, desenvolvida no município de Recife incluiu diversas estratégias, como a realização de oficinas de mobilização comunitária, criação de Núcleos de Cultura e Educação Popular em Saúde (NUCEPS), além da realização de encontros, seminários e conferências.<sup>13</sup>

Outros recursos utilizados no desenvolvimento das ações de educação popular em saúde foram: dinâmicas de grupos, leitura de textos, exercícios práticos, oficinas<sup>14,18</sup> e rodas de conversa.<sup>12,16,19</sup> Na maioria dos espaços descritos nos estudos analisados, as temáticas trabalhadas eram decididas de forma coletiva, considerando as necessidades e os interesses da comunidade. Assim, as temáticas variaram de acordo com o foco específico de cada programa ou ação, e os interesses da população, incluindo: planejamento familiar,<sup>18</sup> prevenção do câncer ginecológico,<sup>16</sup> conceito de saúde e bem-estar, direito à saúde, estilos de vida, atividades físicas e lazer,<sup>15</sup> alimentação saudável, processo de envelhecimento, problemas de saúde e práticas de autocuidado<sup>14</sup> e vigilância da saúde da criança.<sup>19</sup>

### **As práticas de Educação Popular em Saúde e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)**

De modo geral, nos estudos selecionados, o diálogo e a dimensão da amorosidade aparecem como elementos chave para a aproximação entre serviço de saúde e população e a construção de vínculos com os usuários. A amorosidade, compreendida como uma dimensão relacional e humana aparece em alguns trabalhos em estreita relação com a dimensão do lúdico e da arte, sendo estes utilizados como ferramentas de aproximação da realidade da comunidade e facilitadores do processo de construção de vínculos, e como elemento intrínseco da humanização do sistema de saúde.<sup>8,15,17</sup>

Da mesma forma, o diálogo é um processo árduo e que exige abertura e capacidade de escuta ao saber do outro. Como destaca Paz,<sup>23</sup> existe uma grande diferença entre pensar saúde “para” o povo e “com” o povo. Pensar saúde para o povo significa planejar

ações e programas para uma determinada população, sem que esta população seja ouvida, desconhecendo sua realidade, suas tradições. Pensar saúde com o povo é tarefa mais complicada, pois implica em diálogo, em abertura ao saber do outro, que pode ser diferente ou mesmo contradizer nosso próprio saber, o que exige do profissional capacidade de lidar com a angústia de ter seu saber contestado e de saber olhar para o saber do outro, a partir do ponto de vista dele e não do seu.

Como destacam Albuquerque e Stotz,<sup>2</sup> é importante pensar a educação popular em saúde não apenas como um instrumento de educação em saúde, mas como um recurso estratégico, que potencializa a conscientização da população sobre suas condições de vida e a abertura de canais de participação no nível local, reforçando a organização popular e as lutas sociais pela saúde. Dessa forma, torna-se fundamental avaliar nos próximos anos de que forma a PNEPS pode contribuir com as experiências de educação popular em saúde, já consolidadas e aquelas ainda em processo de implantação, assim como as dificuldades e desafios encontrados pelos serviços para sua efetiva implementação.

### **Entraves e desafios à sistematização e ampliação das propostas de Educação Popular em Saúde**

Alguns entraves e desafios foram apontados: o modelo tradicional de educação em saúde; a lógica mecanicista, presente nos serviços de saúde e no modelo de financiamento;<sup>16,18</sup> resistências e falta de apoio por parte da gestão;<sup>12,13,15</sup> e necessidade de formação de recursos sob essa nova lógica.<sup>19</sup>

Como aponta Alves,<sup>19</sup> as práticas de educação popular em saúde esbarram, muitas vezes, na concepção tradicional de educação em saúde e na predominância ainda do modelo biomédico na formação, na prática e na relação dos profissionais de saúde, com a população.

Existe ainda uma “cultura” entre os profissionais da saúde de que não é preciso aprender a fazer educação em saúde, pois os conhecimentos técnicos e o saber clínico são suficientes para o desenvolvimento de ações na área, contribuindo para a manutenção de um modelo de intervenção essencialmente individual e prescritivo, que negligencia os determinantes sociais da saúde e doença e culpabiliza os indivíduos, por sua condição de saúde.<sup>2</sup>

Além disso, predomina entre muitos profissionais da saúde, a concepção da população, especialmente das camadas mais pobres, como essencialmente carentes e ignorantes. Essa concepção leva a uma associação entre pobreza e falta de conhecimento, que desconsidera e desqualifica o saber popular, sendo importante reconhecer que não se trata de um “vazio de saber”, mas apenas de outra forma de saber sobre a saúde.<sup>24</sup>

Alguns trabalhos apontam ainda dificuldades de ampliação das propostas de educação popular em saúde, em função de resistências e falta de apoio por parte da gestão a esse novo modelo de educação em saúde. É importante compreender os conflitos e disputas de poder que essa nova proposta pode acarretar. Considerando a perspectiva política que envolve a educação popular, esta não implica mudanças apenas no modelo pedagógico, mas também mudanças nas relações e posições hierárquicas,

tradicionalmente ocupadas no setor saúde.<sup>12,19</sup>

Nesse sentido, torna-se fundamental a formação de recursos humanos sob essa nova lógica. E como aponta Vasconcelos,<sup>1</sup> devem ser delineadas estratégias educativas para a incorporação da educação popular em saúde nos cursos de formação de profissionais de saúde, assim como nos cursos de pós-graduação e de formação continuada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação popular em saúde tem sido pensada hoje, como um instrumento de reorientação das práticas de saúde. Não se trata apenas de uma nova metodologia na área, pois o que o movimento defende é um novo olhar para as práticas de saúde e as relações construídas entre profissionais e comunidade, e que estas relações possibilitem a abertura de novos canais de comunicação e de construção compartilhada do conhecimento, sempre tendo como foco a autonomia e a construção de processos sociais emancipatórios.

Como foi possível evidenciar através deste trabalho, algumas experiências de educação popular em saúde se encontram mais sistematizadas, demonstrando a viabilidade e a resolubilidade deste método, pois quando se abre espaço para a população de forma dialógica e amorosa, esta se torna mais consciente das suas condições de vida e saúde e isto se reflete em maior controle social, em uma gestão mais participativa e em maior integralidade das ações.

No entanto, algumas experiências ainda estão caminhando e, neste sentido, a PNEPS-SUS representa um grande avanço ao possibilitar maior sistematização, articulação e generalização das práticas de educação popular em saúde.

Ao mesmo tempo é necessário capacitar também os profissionais de saúde para trabalhar com essa nova metodologia e uma possibilidade é pensar a própria educação popular como proposta educativa na formação e capacitação de recursos humanos, não apenas como método de trabalho, mas como um processo disparador de reflexões e problematizações na própria rotina dos profissionais de saúde. Afinal, não basta o método ser inovador, ele precisa ser libertador também para o profissional de saúde, convidando-o a refletir sobre a forma como ele pensa e vive a questão saúde no trabalho e no seu dia-a-dia.

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p.18-30.
2. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface Comunic, Saúde, Educ* 2004;8(15):259-74. doi: 10.1590/S1414-32832004000200006.
3. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2004;14(1):67-83.
4. Stotz E. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p.46-57.
5. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(1):7-18.
6. Stotz EN, David HMSL, Wong Un JA. Educação Popular e Saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Rev. APS* 2005;8(1):49-60.
7. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(1):319-25.
8. Bonetti OP, Chagas RA, Siqueira TCA. A Educação Popular em Saúde na Gestão Participativa do SUS: construindo uma política. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2012;2:17-26.
9. Conass. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Nota Técnica no 16/2013. Brasília 2013; 5p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.
12. Santos MV. O processo participativo de idosos através de experiências e práticas do movimento de educadores populares. *Rev. APS* 2011;14(4):378-88.
13. Amorim EGS. Educação Popular em Saúde no Recife: sistematização de experiências desenvolvidas no DS VI de 2001 a 2010 [Monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
14. Patrocínio WP, Torres SVS, Guariento ME. Programa de educação popular em saúde: hábitos de vida e sintomas depressivos em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013;16(4):781-92.
15. Maxta BSB, Almeida AB, Silveira LB, Soleman C, Ogata MN. Educação Popular em Saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde* 2010;8(1):155-66. doi: 10.1590/S1981-77462010000100009.
16. Prado EV, Pereira WSB, Assis M. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da Educação Popular em Saúde: a experiência da equipe urbana da Estratégia de Saúde da Família de Rio Negro/MS. *Rev. APS* 2009;12(4):498-503.
17. Prado EV, Martins FL, Mattos MCT, Santos AL. Construindo cidadania: Educação Popular em Saúde via rádio comunitária. *Rev. APS* 2011;14(4):497-501.
18. Pereira QLC, Silva CBDCA, Pelzer MT, Lunardi VL, Siqueira HCH. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(2):320-5.
19. Alves GG. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa-ação como estratégia educativa. *Boletim da Saúde* 2004;18(1):41-57.
20. Morosini MVGC, Fonseca AF, Pereira IB. Educação e saúde na prática do Agente Comunitário. In: Martins CM (Org.).

- Educação e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz; 2007. p. 13-34.
21. Dantas V. Das Cirandas da Vida aos processos de Educação Popular e Saúde no Ceará e no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz: roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p.21-8.
  22. David HMSL, Bonetti OP, Silva MRF. A enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Rev Bras Enferm 2012;65(1):179-85. doi: 10.1590/S0034-71672012000100026.
  23. Paz AAMA. Pensando alto. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p.117-9.
  24. Valla VV. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2012;2:33-48.
  25. Stotz EM, David HMSL, Bornstein VJ. Educação Popular em Saúde. In: Martins CM (Org.). Educação e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz 2007;35-70.

**Como citar:** PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. *Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa*. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8049>>. Acesso em: 11 out. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8049>.