



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Editora Geral:

- Silvia Isabel Rech Franke
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editora Executiva:

- Jane Dagmar Pollo Renner
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editores Associados:

- Daniel Prá
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Paula Beckenkamp
Western Sydney University, Austrália.
- Dulciane Nunes Paiva
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Hildegard Hedwig Pohl
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Haywood Dail Laughinghouse IV
*University of Florida, Fort Lauderdale
Research and Education Center, Orlando, FL,
Estados Unidos da América.*
- Mario Bernardo-Filho
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*
- Maria da Luz Leite Cabral
*Escola Superior de Saúde do Alcoitão,
Alcoitão, Lisboa, Portugal.*

Normalização Bibliográfica:

- Fabiana Lorenzon Prates
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Secretária Executiva:

- Pietra Grebin Copetti
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Diagramação:

- Leticia Borfe

Editoração Eletrônica:

- Jorge Luiz Schmidt
Editores da Unisc, EDUNISC.

Conselho Editorial:

- Alex Soares Marreiros Ferraz
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
- Alexandre Igor Araripe Medeiros
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
- Carlos Ricardo Maneck Malfatti
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Cézane Priscila Reuter
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
- Cleiton Silva Correa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Luis Paulo Gomes Mascarenhas
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Marcus Peikriszwill Tartaruga
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Maria João Vaz da Cruz Lagoa
Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, CI-DESD, Portugal University Institute of Maia, ISMAI, Portugal.
- Marisa Panisello Chavarria
Universitat Rovira I Virgili, Espanha.
- Rodrigo Antunes Lima
Universidade de Pernambuco - UPE, Recife, PE, Brasil.
- Sergio Arzola Medina
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde [recurso eletrônico] / Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Educação Física e Saúde e Mestrado em Promoção da Saúde. Vol. 1, n. 1 (jan./mar. 2018) - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2018.

Trimestral

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

eISSN 2595-3664

1. Educação Física – Periódicos. 2. Promoção da saúde – Periódicos. I. Universidade de Santa Cruz do Sul. Departamento de Educação Física. II. Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestrado em Promoção da Saúde.

CDD: 613.05

Catálogo: Bibliotecária Fabiana Lorenzon Prates CRB-10/1406.

SUMÁRIO

EDITORIAL **5**

ARTIGO ORIGINAL

- Eficácia do stretching global ativo no ganho de flexibilidade em jogadores de handebol de alto nível **6**
- Fatores motivacionais para a prática do futebol de campo em jovens atletas **13**
- Educação Física e Saúde: percepção de alunos de graduação em Educação Física **19**
- Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos dispensados por uma farmácia básica do sul do Brasil **29**
- Comportamento comunicativo em oncologia: perspectiva de médicos e pacientes **38**
- Promoção da saúde na gestão de pessoas: experiência no contexto da gestão pública **45**

ARTIGO DE REVISÃO

- Análise do conceito de saúde abordado nas aulas de Educação Física escolar: uma revisão integrativa **52**
- Efeitos do exercício físico sobre o estresse percebido de idosos **60**
- Problematizando quedas em idosos: estrutura conceitual à organização de programas de exercícios físicos **70**
- Perfil nutricional e dietético de pacientes com hepatite C: uma revisão integrativa da literatura **77**





EDITORIAL

No segundo número, do primeiro volume, a Revista Interdisciplinar em Promoção da Saúde/Interdisciplinary Journal of Health Promotion apresenta 10 artigos, sendo 4 artigos de revisão e 6 artigos originais.

Temos artigos provenientes de mais de 15 instituições localizadas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Todos os artigos são pautados na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, nos diferentes ciclos de vida, enfocando aspectos da promoção de saúde nos territórios onde residem, trabalham e/ou estudam. Os autores representam a multitudine das disciplinas relacionadas à promoção da saúde, tais como educação física, farmácia, nutrição e medicina.

Dois artigos estudam desportistas, sendo um sobre o papel do ganho de flexibilidade no rendimento de atletas de handebol de alto desempenho, já o outro aborda os motivadores para a prática de futebol de campo por jovens. Outros dois artigos avaliam o tratamento do conceito de saúde no âmbito do curso de Educação Física, um, original, de colaboração das Universidades Federal do Piauí e do Ceará, que estuda a percepção do tema pelos acadêmicos, outro de revisão, de colaboração entre as Universidades Estadual do Rio de Janeiro e Universidade Federal de Juiz de Fora, que analisa como o conceito de saúde é abordado nas salas de aulas. Três artigos, um original, dois de revisão, abordam temas relacionados à saúde de idosos. O original descreve o uso inadequado de medicamentos. Já os de revisão, tratam da atividade física em grupo: um é sobre o potencial do exercício físico na redução do estresse e o outro sobre como conciliar a prática de atividade física com o risco de quedas, problemas bastante recorrentes em idosos. Há ainda um artigo que revisa o perfil nutricional e dietético de pacientes de hepatite C, um trabalho original que compara médicos e pacientes oncológicos quanto à comunicação; e outra publicação original que aborda a promoção da saúde no contexto da gestão pública.

Boa leitura!

Daniel Prá
Jane Dagmar Pollo Renner
Silvia Isabel Rech Franke





Eficácia do stretching global ativo no ganho de flexibilidade em jogadores de handebol de alto nível

Effectiveness of global active stretching in the gain of flexibility among high-level handball players

Ana Carolina da Silva¹, Samya Karolyne Riato do Nascimento¹, Mateus Dias Antunes¹, Daniel Vicentini de Oliveira², Daniela Saldanha Wittig¹

1- Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

2- Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

RESUMO

d.vicentini@hotmail.com

Palavras-chave:
*Flexibilidade; Atletas;
Cadeias Musculares.*

Objetivo: analisar a eficácia do Stretching Global Ativo no ganho de flexibilidade em jogadores de handebol de alto nível. **Método:** trata-se de uma pesquisa quase experimental, realizada com 33 indivíduos atletas de ambos os sexos, com idade entre 13 a 17 anos, pertencentes às equipes masculina e feminina dos times de Handebol do município de Sarandi, Paraná. Os mesmos foram divididos em quatro grupos, sendo dois grupos experimentais (um feminino [n= 6] e um masculino [n= 9]) e dois grupos controles (um feminino [n= 12] e um masculino [n= 6]). Foram realizadas oito sessões de Stretching Global Ativo, sendo essas realizadas após os treinos, contendo auto posturas, selecionadas a partir de uma avaliação composta pelo Teste de Sentar e alcançar para avaliar a flexibilidade, o Teste de Corrida de 30 metros e o Side Step para avaliar a velocidade e agilidade, definido assim, as cadeias musculares que foram trabalhadas. **Resultados:** os resultados foram significativos apenas no grupo experimental feminino para os testes de velocidade e agilidade sendo ($p \leq 0,05$), melhorando assim o desempenho físico desses atletas de handebol. **Conclusão:** concluiu-se que os efeitos do Stretching Global Ativo são eficazes na melhora do desempenho físico através do ganho da velocidade e agilidade.

ABSTRACT

Keywords:
*Flexibility; Athletes;
Muscle Chains.*

Objective: analyze the effectiveness of Global Active Stretching in high-level handball players gaining flexibility. **Method:** this is a quasi-experimental study conducted with 33 athletes of both genders, aged 13 to 17 years old, belonging to the men's and women's handball teams of the municipality of Sarandi, Paraná, Brazil. They were divided into four groups, two experimental groups (one female [n=6] and one male [n=9]) and two control groups (one female [n=12] and one male [n=6]). Eight sessions of Global Active Stretching were performed after the workouts, containing self-postures, selected from an evaluation made up using the sit and reach test to evaluate flexibility, the 30-meter race test and the side-step test to evaluate speed and agility, which defined the muscle chains that were worked. **Results:** the results were significant only in the female experimental group for the speed and agility tests ($p \leq 0.05$), thus improving the physical performance of these handball athletes. **Conclusion:** Global Active Stretching is effective in improving physical performance through speed and agility gain.



INTRODUÇÃO

A prática esportiva vem crescendo e se modificando a cada dia, com atletas procurando se aperfeiçoar e não somente ficar no anonimato.¹ A busca por um nível profissional, com o crescimento da rotina de treinos, musculação e preparação física, acaba sobrecarregando estruturas articulares, musculares, ósseas, deformando-as, deixando-as sujeitas a lesões e a patologias associadas ao uso excessivo e errôneo do corpo.² Com isso, muitos atletas tornam-se doentes pelo seu esporte, a ponto de se sacrificarem por ele e ultrapassarem seus limites.³

A cada dia a fisioterapia no esporte se torna indispensável pelo elevado grau de competitividade, levando esses atletas a partir de seus treinamentos chegarem próximos dos seus limites individuais⁴, assim, tudo isso reflete um número crescente de lesões do aparelho locomotor nos atletas de alto nível, com causas que supostamente podem ser atribuídas a ausência de medidas preventivas, exaustão competitiva, voluptuosidade atlética e psicossomatismos.⁵

O sistema musculoesquelético é a principal ferramenta dos esportes físicos, por isso se usada essa ferramenta de forma errônea ela pode ser causadora de dores, deformações e ou impotências, alterando assim o objetivo principal, podendo prejudicar o desempenho.⁶ Idade, sexo, material utilizado e o tipo de solo no treino também contribuem para o acometimento de lesões, com isso os aquecimentos prévios e os alongamentos regulares podem prevenir de forma eficaz o surgimento de lesões musculoesqueléticas.⁷

O conceito de overtraining no esporte de alto nível reflete desequilíbrio entre estresse e recuperação, levando maior vulnerabilidade aos danos físicos.⁸ As alterações posturais e desequilíbrios musculares podem também surgir a partir da adoção de má postura, vindos de treinos com longos períodos de sobrecarga, overuse.⁹ Assim, o conceito de fisioterapia esportiva envolve o tratamento das lesões que surgem do esporte e medidas preventivas que visam diminuir a ocorrência de tais lesões.¹⁰

Não se pode ter fadiga e nem diminuição das reservas de energia a partir do aquecimento, que deve ser progressivo e gradual e proporcionar intensidade suficiente para aumentar as temperaturas musculares e centrais.¹¹ O aquecimento deve ter potencial de melhorar o desempenho dentro do esporte, permitindo

assim a uma adaptação mais rápida do corpo ao estresse do exercício e conseqüentemente, permite maior tempo do estado estável do exercício e/ou melhor, capacidade de concentração nas habilidades adicionais que devem acompanhá-lo.¹²

A boa flexibilidade do músculo leva a uma melhor contração, o que significa uma melhor qualidade ao executar seu movimento.¹³ As compensações locais ou com repercussão à distância, que decorrem de uma atividade esportiva intensa, deverão ser diminuídas através do alongamento a fim de permitir a facilidade global do movimento em curto prazo e reduzir os riscos de desequilíbrio corporal em longo prazo.¹⁴

O alongamento é o termo usado para descrever os exercícios físicos que aumentam o comprimento das estruturas constituídas de tecidos moles proporcionando à flexibilidade.¹¹ Flexibilidade é a capacidade física e responsável pela execução voluntária de um movimento de amplitude máxima, superiores aos originais, porém dentro dos limites morfológicos. Os efeitos do alongamento são divididos em agudos e crônicos.¹⁵

Os efeitos agudos ou imediatos do alongamento são resultados da flexibilização do componente elástico na unidade musculotendínea.¹⁶ Já os efeitos crônicos resultam em remodelamento adaptativo da estrutura muscular, explicado pelo acréscimo do número de sarcômeros em série, o que permite um aumento do comprimento muscular.¹⁷ Estes efeitos podem permanecer por determinado período após a interrupção dos exercícios. Para que ocorra aumento de comprimento mais permanentes (plásticos), a força de alongamento precisa ser mantida por um tempo mais longo, sendo que, os exercícios de alongamento estimulam a renovação de colágeno para suportar maior estresse.¹⁸

O alongamento estático normalmente é utilizado para alongar isoladamente um músculo até um ponto tolerável e sustentar a posição por certo tempo, daí ser considerado segmentar.¹⁹ Por sua vez, o alongamento global alonga vários músculos de uma só vez, pertencentes à mesma cadeia muscular, e partindo da ideia de que um músculo encurtado cria compensações em músculos próximos ou distantes.²⁰

Os nossos músculos estáticos são organizados em conjuntos homogêneos destinados a garantir nossas grandes hegemonias. Esses conjuntos podem ser unidos e classificados de acordo com sua finalidade e são chamados de “cadeias musculares”.¹⁴

A Reeducação Postural Global divide o corpo em cadeias musculares, sendo as Cadeias Mestra Posterior e Anterior as principais.²¹

A grande cadeia mestra posterior ou cadeia de extensão tem como principais componentes: músculos do arco do pé, tríceps sural, isquiotibiais, tibial anterior, glúteos profundos e espinhais.²¹⁻²² A grande cadeia mestra anterior, à qual se liga a cadeia inspiratória, tem como principais músculos: escalenos, intercostais, tendão superior do diafragma, psoas, adutores e anteriores da perna.²³

Sendo assim, neste trabalho foi utilizado o Método Stretching Global Ativo (SGA), realizado por meio da reeducação global a partir do alongamento progressivo.²⁴ O SGA é um método criado por Philippe Souhard em 1995, proveniente da Reeducação Postural Global (RPG), e é um método que utiliza alongamentos lentos e progressivos de forma global, adotando como base as posturas e as respirações do RPG, sendo realizado em grupos.²⁵ São utilizadas auto-posturas (posições de tratamento e que o paciente se mantém sozinho, sem auxílio do terapeuta) escolhidas a partir de uma avaliação criteriosa de acordo com a necessidade de cada atleta.²⁶

O SGA foi criado visando ser utilizado pelos esportistas, porém hoje em dia já é utilizado também para prevenção de lesões por atividades repetitivas no mundo do trabalho.²⁷ Os músculos existem em cadeias, cada músculo tem diversas fisiologias, o alongamento dos músculos obedece à mesma fórmula física que os materiais viscosos e elásticos, nossos alongamentos serão sempre ativos, a respiração que é fundamental, que são os cinco princípios utilizados para diferenciar o SGA dos alongamentos.¹⁴

O objetivo foi obter o ganho da flexibilidade dos atletas que foram submetidos ao método SGA. Mais especificamente prevenir lesões desportivas através dos benefícios obtidos com a melhora da flexibilidade, melhorar a agilidade, velocidade e desempenho físico dos atletas e comprovar a eficácia do Método SGA na melhora do desempenho esportivo.

MÉTODO

Este trabalho é do tipo intervencional e descritivo, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Maringá sob parecer número 1.329.008. Foram inclusos 33 atletas com idade de 13 a 17 anos; sendo, 18 atletas do sexo feminino e 15 atletas do sexo masculino. A partir do

resultado do teste de flexibilidade foram divididos em quatro grupos por meio de um sorteio aleatório: GRUPO A (experimental feminino, n= 6), GRUPO B (controle feminino, n= 12), GRUPO C (experimental masculino, n= 9) e GRUPO D (controle masculino, n= 6), onde os grupos experimentais foram submetidos à aplicação do método SGA e o grupo controle que não participou dos atendimentos, apenas foram avaliados antes e depois. Os voluntários participantes do trabalho eram dos times masculino e feminino de handebol de um município do Noroeste do Paraná, Brasil. Foram excluídos do estudo os atletas que apresentaram diagnóstico clínico de frouxidão ligamentar, história de cirurgias ortopédicas da coluna vertebral ou de membros inferiores.

Os selecionados assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) antes da avaliação e início do tratamento. A avaliação foi realizada a partir da coleta de dados e aplicada uma ficha de avaliação contendo: dados referentes à anamnese, histórico de lesões, e resultado dos testes específicos de flexibilidade, velocidade e agilidade. As avaliações e os atendimentos foram realizados em um ginásio de esportes de um município do Noroeste do Paraná, Brasil.

Primeiramente foi realizado o Teste Sentar e Alcançar, o qual tem como objetivo avaliar a flexibilidade dos músculos isquiotibiais e do tronco. Para a realização do teste o atleta assumiu a posição sentada, pés apoiados no Banco de Wells; o avaliador segurou os joelhos do participante, evitando que este se flexione; flexionando o quadril vagarosamente à frente, empurrando o instrumento de medida à frente o máximo que puder, utilizando a ponta dos dedos das mãos. O resultado foi computado pela melhor das três tentativas executadas pelo testando.²⁸

Para avaliação da velocidade dos atletas foram utilizados dois testes:

O teste de corrida de 30 metros tem por objetivo medir a capacidade de aceleração, uma vez que a velocidade máxima alcançada, dependendo do treinamento, esta localizada entre os 25 e 30 metros. Para a realização do teste é aconselhável dois participantes executarem o teste simultaneamente. Ambos deveriam iniciá-lo na posição de pé. Os comandos “Prontos” e “Vai” foram utilizados. Ao comando “Vai” o testador 1 abaixou o braço para que o testador 2 posicionado na linha de chegada acionasse o cronômetro. Foram demarcadas, no chão, tanto a linha de saída quanto à linha de chegada, os

participantes correram o mais rápido possível até ultrapassarem a linha de chegada. O resultado foi o tempo gasto para percorrer os 30 metros e computado em décimos de segundos. Para o ponto adicional, o cronômetro foi travado quando a maior parte do corpo do participante ultrapassou a linha de chegada.²⁹

O teste de agilidade (Passo Lateral – Side Step) permitiu a mensuração da rapidez de execução, mudança de direção e movimento executados lateralmente. O teste iniciou na posição em pé, em cima da linha central ao comando “Começar”, o participante deslocou-se lateralmente para a direita até o seu pé tocar ou cruzar a linha lateral direita; ao atingir este ponto, o participante deslocou-se lateralmente para a esquerda até o seu pé esquerdo tocar ou cruzar a linha lateral esquerda, esta movimentação foi repetida o mais rápido possível no espaço de 10 segundos. Para o resultado foi feito uma marca de 91,5 centímetros traçada entre a linha central e em cada uma das linhas laterais. Cada vez que o testando tocou ou cruzou uma das linhas foi atribuído um ponto. No final do teste foi computado o total de pontos obtidos nos 10 segundos. O participante foi penalizado com um ponto cada vez que cruzou as pernas durante a corrida e/ou cada vez que não tocou ou cruzou uma das linhas laterais.²⁹

Os materiais utilizados para este estudo foram: fita métrica, câmera fotográfica, tatame, cronômetro, cones de delimitação de circuito, faixa yoga, toalha de microfibras, prancheta, fita adesiva branca, papel e caneta. Após a avaliação, os atletas foram submetidos a 8 sessões de tratamento através do método SGA, sendo 5 vezes na semana de 40 minutos cada, durante uma semana e meia. Durante as sessões, foram realizados 10 minutos de aquecimento, e após foram executadas as auto-posturas do SGA, seguidas de exercícios e relaxamento.

O método SGA segue os princípios de cadeias musculares, com auto-posturas que trabalham de forma dirigida à modalidade, no caso handebol. As principais auto-posturas trabalhadas foram: Auto-postura rã no ar com insistência sobre os membros inferiores, para cadeia posterior; Auto-postura ajoelhada, para cadeia anterior; Auto-postura rã no chão, braços abertos, para cadeia anterior. Após o término dos atendimentos, os atletas foram submetidos à reavaliação com os mesmos critérios iniciais.

Para a análise dos dados, inicialmente foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Como os dados apresentaram distribuição normal, foram utilizadas

média e desvio padrão para a caracterização dos resultados. Na estatística inferencial, foi utilizado o teste anova two-way para comparação pré e pós intervenção. Considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

O presente trabalho objetivou a aplicação do método SGA para avaliar a flexibilidade e desempenho físico dos atletas através dos testes: Sentar e Alcançar (banco de Wells - flexibilidade), teste de corrida de 30 metros (velocidade) e passo lateral (agilidade).

As figuras 1, 2 e 3 apresentam respectivamente, a média dos resultados antes e após a realização das oito sessões. Observa-se que o método realizado após o treino da modalidade, não produziu diferença estatisticamente significativa no ganho de flexibilidade para ambos os sexos, porém houve resultado significativo no desempenho físico verificado através dos testes de velocidade e agilidade sendo ($p \leq 0,05$) somente para o grupo tratamento do sexo feminino.

Figura 1 – Média do teste de flexibilidade dado em centímetros, antes e após a aplicação do método SGA.

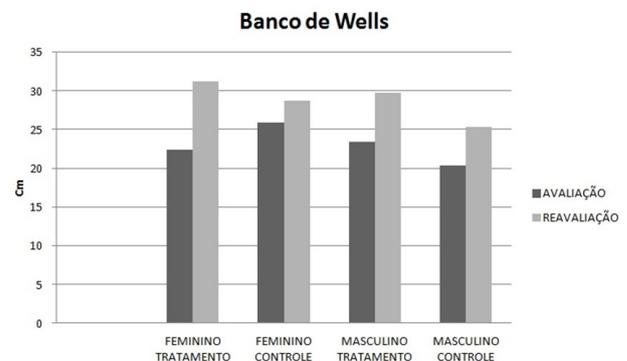


Figura 2 – Média do teste de velocidade dado em segundos, antes e após a aplicação do método SGA.

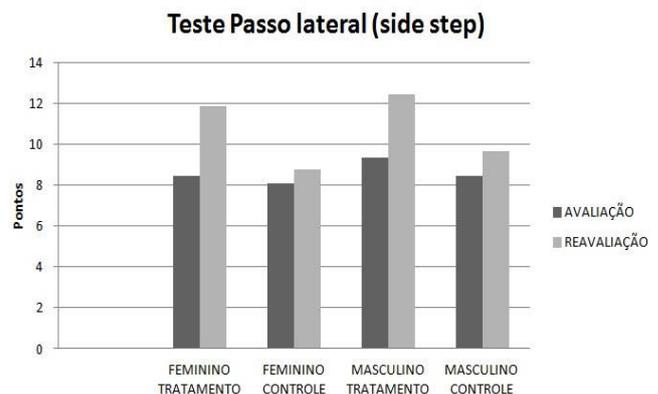
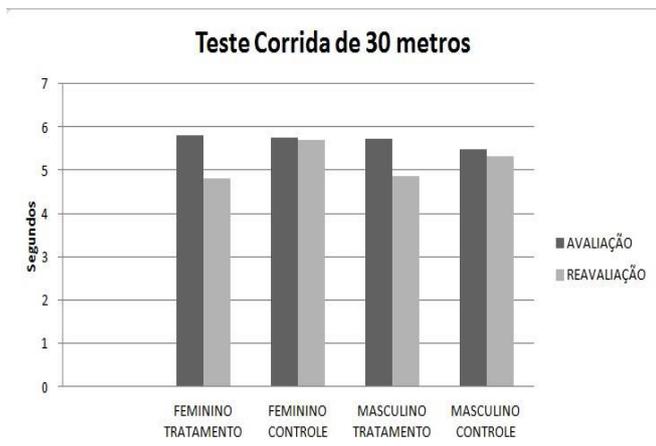


Figura 3– Média do teste de agilidade dado em pontos, antes e após a aplicação do método SGA.



DISCUSSÃO

No presente trabalho foram verificadas diferenças significativas tanto para velocidade e agilidade, somente no grupo tratamento feminino, após oito sessões do método SGA. Embora não tenha ocorrido aumento significativo da flexibilidade para ambos os grupos de ambos os sexos, o não ganho da flexibilidade pode ser explicado pelo fato da aplicação das auto-posturas de SGA exigirem um período de adaptação e aprendizado que é de extrema importância para sua execução, sendo que o treino somente apresenta eficácia a partir da obtenção de uma postura correta e entendimento corporal³⁰, o que exigiria um número maior de sessões, conforme um estudo³¹, demonstrou que a intervenção fisioterapêutica através do método SGA aplicada durante vinte semanas em nadadores de alto rendimento foi capaz de aumentar significativamente os valores de flexibilidade. No presente estudo, optamos por realizar apenas 8 sessões, devido a disponibilidade dos atletas.

Os alongamentos musculares específicos e direcionados para a musculatura mais recrutada em cada modalidade esportiva faz com que aumente o comprimento muscular e conseqüentemente aumente a produção de força e função para tal atividade, melhorando assim o desempenho físico do atleta.³² Para Grau¹⁴, quanto maior for o trabalhado muscular de forma excêntrica, melhor é o desenvolvimento das miofibrilas, os músculos ficam menos desenvolvidos em volume, porém aumenta a força do movimento, permitindo ao atleta de alto rendimento a melhor execução no gesto esportivo, isso explica a melhora do desempenho físico neste trabalho, mesmo com o resultado não significativo estatisticamente em

relação ao ganho da flexibilidade.

Mesmo obtendo resultados positivos para agilidade e velocidade, há controvérsias sobre o alongamento estático em relação à melhora do desempenho físico, é o que afirma Walker³³, onde o mesmo cita que: “o alongamento estático pode apresentar um efeito adverso na velocidade de contração muscular, assim afetando o desempenho do atleta de alto rendimento, que necessitam de níveis elevados de potência e velocidade”, porém esse efeito adverso não foi constatado neste trabalho.

Ao longo deste trabalho foram encontradas algumas limitações, que podem justificar um resultado positivo, porém não significativo estatisticamente para flexibilidade, afinal o mesmo foi realizado com atletas que estavam em preparação para os Jogos Escolares, que devido ao cronograma do evento os atendimentos foram interrompidos, sendo possível realizar apenas oito sessões do método SGA. O time masculino disputou a fase regional dos Jogos Escolares e o time feminino foi classificado para a fase nacional em João Pessoa – PB, assim se ausentando por várias semanas, impossibilitando a continuidade dos atendimentos e influenciando nos resultados. Outra limitação encontrada foi à dificuldade em encontrar bibliografias que abordem o uso do SGA para o aumento da flexibilidade e desempenho físico em atletas de handebol.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados visando à comprovação do método Stretching Global Ativo para o ganho da flexibilidade na modalidade de handebol e também para o ganho da flexibilidade com o método SGA nas diferentes faixas etárias.

CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados obtidos neste trabalho, concluiu-se que os efeitos do SGA, apresentam uma tendência de melhor eficácia na melhora do desempenho físico através do ganho da velocidade e agilidade, visto que apesar do presente trabalho não ter demonstrado resultados significativos estatisticamente para a flexibilidade, ainda assim o mesmo influenciou no desempenho físico dos atletas de handebol em curto prazo.

REFERÊNCIAS

1. Santos AS, Nóbrega MAG, Lima MP, Pereira M. Fatores

- motivacionais para a prática esportiva em adolescentes do 3º ano do Ensino Médio. *Revista Brasileira de Futsal e Futebol* 2016;8(31):313-18.
2. Silva MJC, Martini FAN, Neto AS, Corrêa RC. Associação da atividade física e prática esportiva com os fatores de risco metabólicos e força da musculatura respiratória em crianças obesas. *Saúde em Revista* 2016;16(43): 21-8. doi: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v16n43p21-28>
3. Rocco FM, Saito ET. Epidemiologia das lesões esportivas em atletas de basquetebol em cadeira de rodas. *Acta Fisiátrica* 2016;13(1):17-20.
4. Kurata DM, Junior JM, Nowotn JP. Incidência de lesões em atletas praticantes de futsal. *Iniciação científica CESUMAR* 2007;9(1):45-51.
5. Gantus MC, Assumpção JDÁ. Epidemiologia das lesões do sistema locomotor em atletas de basquetebol. *Acta Fisiátrica* 2002;9(2):77-84.
6. Souchard E. O stretching global ativo: a reeducação postural global a serviço do esporte. In: *O stretching global ativo: a reeducação postural global a serviço do esporte*. Manole, 1996.
7. Selistre LFA, Taube OLS, Ferreira LMA, Barros Júnior EA. Incidência de lesões nos jogadores de futebol masculino sub-21 durante os Jogos Regionais de Sertãozinho-SP de 2006. *Rev Bras Med Esporte* 2009;15(5):351-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922009000600006>
8. Zavarize SF, Souza DL, Granghelli M, Rosalino R, Voltan MZ, Martelli A. Incidência de lesões musculoesqueléticas nas equipes base de futebol da associação atlética ponte preta. *Saúde e Desenvolvimento Humano* 2013;1(2):37-46. doi: <http://dx.doi.org/10.18316/1164>
9. Detanico D, Reis DC, Chagas L, Santos SG. Alterações posturais, desconforto corporal (dor) e lesões em atletas das seleções brasileiras de hóquei sobre a grama. *Journal of Physical Education* 2008;19(3):423-30.
10. Lacerda AC, Ursine BL, Val CG. *Fisioterapia Esportiva: Prevenção e Reabilitação de Lesões Esportivas em Atletas do América Futebol Clube*. 2005;3(8):1-7.
11. Alencar TAM, Matias KFDS. Princípios fisiológicos do aquecimento e alongamento muscular na atividade esportiva. *Rev Bras Med Esporte* 2010;16(3):230-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922010000300015>
12. Santiago EL, Siqueira OD, Crescente LA, Garlipp DC. Efeitos de diferentes formas de aquecimento no desempenho da avaliação de força. *RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2016;10(58):273-81.
13. Silva DP, Viana ATN, Keulen GV, Dias MR. Correlação entre potência de membros inferiores, flexibilidade da cadeia posterior, e a diferença no índice de massa corporal de jovens adolescentes jogadores de futebol de diferentes posições. *Revista Brasileira de Futebol* 2016;8(1):3-10.
14. Grau N. *SGA—A serviço do esporte: stretching global ativo*. São Paulo: É Realizações, 2013.
15. Dias KS, Vieira JGB, Costa Chaves PJ, Martins KKS. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2016;10(63):909-10.
16. Santos Junior PR, Silva Dias K, Vieira JGB, Marques RF. Força da preensão manual e flexibilidade em atletas de Judô da Associação Esportiva e Cultural Leão de Judá. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2016;10(63):900-01.
17. Schubert A, Januário RSB, Casonatto J, Sonoo CN. Physical fitness and sports activities for children and adolescents. *Rev Bras de Med Esporte* 2016;22(2):142-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220162202103473>
18. Peixoto GF, Silva LS, Pinheiro AM, Souza Vespasiano B. Correlação entre composição corporal, potência e agilidades das jogadoras de Handebol da cidade Americana-SP. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2016;10(61):679-83.
19. Rosário JLP, Sousa A, Cabral CMN, João SMA, Marques AP. Reeducação postural global e alongamento estático segmentar na melhora da flexibilidade, força muscular e amplitude de movimento: um estudo comparativo. *Fisioter Pesqui* 2008;15(1):12-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502008000100003>
20. Letieri RV, Júnior TDAA, Medeiros Filho AEC, Oliveira KBB, Almeida Leitão SR, Oliveira MB, Silva Júnior FI. Correlação entre força de preensão manual, índice de massa corporal e envergadura de universitários praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2016;10(62):824-30.
21. Guastala FAM, Guerini MH, Klein PF, Leite VC, Cappellazzo R, Facci LM. Effect of global postural re-education and isostretching in patients with nonspecific chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Fisioter Mov* 2016;29(3):515-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.029.003.AO09>
22. Tavares GMS, Espírito Santo CC, Parizotto P, Sperandio FF, Santos GM. Treatment of scoliosis by global postural re-education (GPR) in totally visually impaired individuals: a case series. *Scientia Medica* 2016;25(3):211-22. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2015.3.21172>
23. Gomes BM, Nardoni GCG, Lopes PG, Godoy E. The effect of global postural reeducation technique in a hemiparetic stroke patient. *Acta Fisiátrica* 2016;13(2):103-8.
24. Adorno MLGR. Efeito da reeducação postural global e do isostretching em portadores de lombalgia crônica inespecífica através da biofotogrametria computadorizada. *Fisioter Bras* 2016;13(3):68-79.
25. Prado ALC, Fonseca PHS, Rodrigues CO, Vanz F. O método iso-stretching na otimização das aptidões para a prática do futebol de campo. *Saúde* 2004;30(1):57-64. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/223658346394>
26. Teodori RM, Moreno MA, Fiore Junior JF, Oliveira ACS. Alongamento da musculatura inspiratória por intermédio da reeducação postural global (RPG). *Rev Bras Fisioter* 2013;7(1):25-30.
27. Bonorino KC, Silva Borin G, Silva AH. Tratamento para escoliose através do método iso-stretching e uso de bola suíça. *Cinergis* 2008;8(2):1-10.
28. Tritschler K, Barrow HM, McGee R. *Medida e avaliação em educação física e esportes de Barrow & McGee: quinta edição*. Manole, 2003.
29. Marins JCB, Giannichi RS. *Avaliação e prescrição de atividade física*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Shape, 2003.
30. Oliveira AL, Nogueira N. Influência do stretching global activo na flexibilidade da cadeia posterior e no salto vertical no voleibol. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto* 2013;2(2):7-17.
31. Pereira MGB. *Efeitos da técnica Stretching Global Ativo na flexibilidade em nadadores de alta competição (Doctoral dissertation)*, 2016.
32. Rossi LP, Brandalize M, Gomes ARS. Efeito agudo da

técnica de reeducação postural global na postura de mulheres com encurtamento da cadeia muscular anterior. *Fisioter Mov* 2011;24(2):255-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000200007>

33. Walker B. Lesões no esporte: Uma abordagem anatômica. CEP, 6460, 120, 2010.

Recebido em:13/11/2017

Aceito em:12/03/2018

Como citar: SILVA, Ana Carolina da et al. Eficácia do stretching global ativo no ganho de flexibilidade em jogadores de handebol de alto nível. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul*, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12474>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.12474>



Fatores motivacionais para a prática do futebol de campo em jovens atletas

Motivational factors for soccer practice among young athletes

Felipe Costa Safons¹, Laura Mendes Rodrigues Fumagalli¹, Phillip Vilanova Ilha¹

1- Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA, Uruguaiana, RS, Brasil.

RESUMO

phillip@unipampa.edu.br

Objetivo: analisar os fatores motivacionais para adesão e prática do futebol de campo em jovens atletas de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Método:** fizeram parte da amostra todos os jovens participantes de uma escolinha de futebol amador, partindo das categorias Sub-10 até a Sub-17 que aceitaram participar do estudo voluntariamente. Como instrumento de coleta de dados utilizou um questionário sobre caracterização sociodemográfica, Inventário de Motivação para a Prática Desportiva e um questionário sobre os principais motivos da adesão ao futebol. Para analisar os dados utilizou-se a estatística descritiva. **Resultados:** os resultados demonstraram que a distribuição econômica das famílias dos atletas estavam distribuídas nos extratos B2, C1, C2 e D-E, tinham como principal influência para a adesão ao futebol os amigos e o desejo de ser um jogador profissional. As motivações para a prática de futebol de campo estavam relacionadas principalmente às dimensões Rendimento Esportivo e Saúde. **Conclusão:** evidenciou-se que os jovens atletas têm maior envolvimento no futebol por fatores intrínsecos, como, a vontade de vencer e de conseguir ter uma melhora a cada dia, devido a competitividade que esse esporte gera em cada etapa da vida.

Palavras-chave:
Futebol; Motivação;
Adolescente

ABSTRACT

Objective: analyze the motivational factors for soccer field practice and adherence among young athletes from a city in the interior of the state of Rio Grande do Sul. **Method:** all the young participants of an amateur soccer school, from the under-10 to the under-17 categories, who voluntarily agreed to participate in the study, made up the sample. Data collection instruments included a questionnaire on sociodemographic characteristics, the Motivation Inventory for Sports Practice, and a questionnaire on the main reasons for joining a soccer team. Descriptive statistics were used to analyze the data. **Results:** the results showed that the athletes' families were economically distributed in the extracts B2, C1, C2, and D-E, and that friends and the desire to be a professional player were the most influential factors on adherence to soccer. The motivations for the practice of field soccer were mainly related to the dimensions Sports Income and Health. **Conclusion:** it has been shown that young athletes have greater involvement in soccer because of intrinsic factors, such as the will to win and to be able to improve every day, due to the competitiveness that this sport generates in each stage of life.

Keywords:
Soccer; Motivation;
Adolescent.



INTRODUÇÃO

O desporto brasileiro, segundo a Lei 9.615/98, pelo menos teoricamente e parcialmente em termos de prática é entendido como um direito de todos.¹ Assim, o esporte e as formas de exercício deste direito estão organizados em diferentes dimensões, sendo elas: esporte educacional, esporte escolar, esporte-lazer e esporte de rendimento. A abrangência deste esporte vem desde a infância chegando à terceira idade, passando pela adolescência, juventude e idade adulta. Como é direito de todos, evidentemente que existem práticas organizadas institucionalmente e práticas não formais também para as pessoas com necessidades especiais.

O futebol é considerado como um dos esportes de maior prestígio no âmbito nacional e internacional, o que se deve em grande parte ao aporte midiático que recebe. Com isso tem-se aumentado cada vez mais o surgimento de escolinhas de futebol, estas que cada vez mais cedo levam crianças, na maioria das vezes meninos, a almejam seu desenvolvimento técnico e tático, vislumbrando uma oportunidade no mercado do futebol profissional.²

No Brasil a prática do futebol tem uma maior influência sobre as pessoas em relação aos demais esportes, devido a fatores culturais, sociais e até mesmo históricos. É importante destacar os fatores culturais, estes que são considerados como os de maior influência diante da população brasileira na prática e no gosto pelo futebol, o que se deve a todo o contexto histórico do país.

De acordo com os Setores da Câmara Setorial do Esporte³, pode-se afirmar que a cultura permite compreender o esporte como uma manifestação cultural com base em seus sentidos objetivos, que são como um conjunto de hábitos e criações humanas em todos os seus planos de atividades e também em seu sentido subjetivo. Assim, é nítido que as práticas de esporte são componentes dos quadros culturais dos países. Existem inclusive, modalidades esportivas que são consideradas expressões de identidade cultural, com por exemplo, no Brasil o futebol é uma marca cultural reconhecida em todo o mundo.

Sabe-se que o sonho que move os esforços dos indivíduos para alcançarem um lugar no ápice da profissão de jogador de futebol não se torna realidade para a grande maioria dos jovens atletas.² No entanto, torna-se importante o estudo das motivações que levam esses jovens à prática deste esporte, para assim

compreender quais são suas satisfações, se pode considerá-los satisfeitos apenas por praticarem o futebol como uma forma de lazer ou como um esporte de rendimento, para então competir e investir no mercado de trabalho.

Para Nery⁴ a satisfação pode ser considerada um objetivo da motivação no qual tem relações cognitivas e afetivas sobre o ato praticado. Sabendo o vínculo da satisfação com a motivação, o autor supracitado relata que existe uma relação entre satisfação e futebol como um meio vital. Mostrando que os jogadores de futebol se sentem satisfeitos com a profissão, tal satisfação que se assemelha com uma paixão pelo esporte. Para entender melhor a motivação de cada indivíduo, devemos saber quais são suas necessidades, pois são elas que dão respostas para estas motivações.

A motivação é uma característica individual no qual o ser humano busca o seu alvo de emoção, esta que vem do interior de cada um, porém pode ser influenciada por vários fatores externos.⁴ Ela pode sofrer variações de acordo com o tempo e com novidades no cotidiano. Geralmente gostamos de praticar o que nos dá prazer, e isso vem de encontro com a motivação.

Conforme as considerações destacadas justifica-se o referido trabalho, o qual traz a problemática de saber quais os motivos que influenciam jovens a praticar o futebol de campo.

Neste contexto, o presente estudo apresenta como objetivo geral analisar os fatores motivacionais para adesão e prática do futebol de campo em jovens atletas de um município do interior do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como descritivo de caráter quantitativo. A pesquisa descritiva teve como objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou mesmo, estabelecimentos de relações entre as variáveis.⁵

A pesquisa foi realizada com os jogadores de uma escolinha de futebol de campo de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Fizeram parte da amostra todos os jovens participantes da escolinha das categorias sub-10 à sub-17, totalizando 34 atletas.

Como critérios de inclusão, foram incluídos na pesquisa todos os jovens participantes da escolinha de futebol que estavam frequentes há pelo menos três

meses. E foram excluídos da pesquisa, os participantes que não compareceram na coleta de dados e/ou não entregaram o Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário sobre caracterização sócio-demográfica, adesão ao futebol e os principais determinantes para a prática de futebol.

Nas questões sobre o perfil sociodemográfico, constaram informações referentes à renda, escolaridade, ocupação, além de informações sobre a posse de itens das participantes e o grau de instrução do chefe da família, para a caracterização econômica, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas.⁶

Para verificar os principais motivos da adesão ao futebol, foi utilizado uma questão fechada, com as seguintes possibilidades de respostas: influência da família, amigos, escola, mídia, ídolos no futebol, desejo de ser jogador profissional, desejo de ser famoso e outras influências.

Para constatar os principais determinantes para a prática de futebol utilizou-se o Inventário de Motivação para a Prática Desportiva, criado por Gaya e Cardoso.⁷ Esse instrumento é composto por 19 questões fechadas, subdivididas em três categorias: rendimento desportivo, saúde e amizade/lazer. Cada questão possui uma escala likert de três pontos como possibilidades de respostas (nada importante, pouco importante, muito importante).

Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva, frequência e percentuais, através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24 for Linux.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os princípios da Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, parecer número 2.371.450, CAAE 78828717.0.0000.5323.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados revelaram que todos os 34 atletas, participantes do estudo, eram do sexo masculino, com idades variando entre 10 e 17 anos e com média de idade de 15,35 ($\pm 1,790$).

Quanto à distribuição econômica das famílias dos atletas, observou-se que estavam distribuídas

equilibradamente nos extratos de B2 (23,5%), C1 (29,4%), C2 (23,5%) e D-E (23,5%). Comparando esses achados com os dados da população Brasileira, Quadro 1, nota-se que a amostra do estudo reflete a realizada brasileira nos extratos da classe média e baixa.

Quadro 1 – Distribuição das classes econômicas brasileira

Classe	Brasil
A	2,7%
B1	5,0%
B2	18,1%
C1	22,9%
C2	24,6%
D-E	26,6%

Fonte: ABEP⁶

Relativamente sobre a influência para a inserção na escolinha de futebol o Gráfico 1 apresenta as variações de interferências motivacionais.

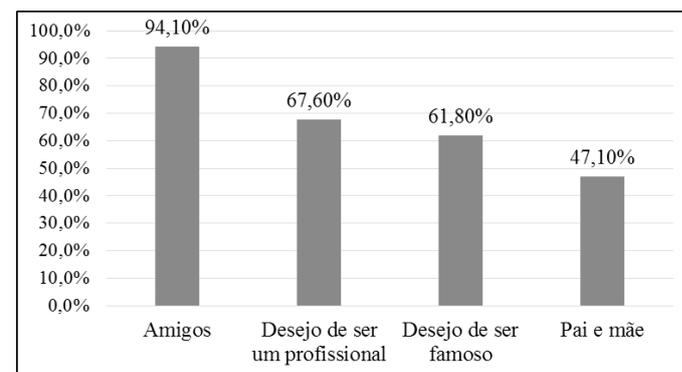


Gráfico 1 – Influências para a inserção na escolinha de futebol

Constatou-se um grande percentual de atletas tiveram fatores motivacionais extrínsecos para a inserção no futebol, 94,1% demonstraram terem sido influenciados pelos amigos e 47,1% pela influência e desejo dos pais para que seu filho siga por este caminho. Mas os atletas também demonstraram motivações extrínsecas para a adesão ao futebol, 67,6% demonstrando o desejo de ser um jogador profissional e 61,8% alegando terem sido influenciados pelo desejo de ser famosos. Destaca-se que os atletas podiam inferir mais de uma possibilidade motivacional.

Uma ocorrência interessante observada foi o fato de nenhum atleta ter marcado a influência de professores, mesmo que essa opção constava na resposta da questão.

Segundo Paim e Pereira⁸, o aprimoramento das habilidades motoras motiva os alunos para a prática

desportiva, não com o objetivo único de competir e sim como uma forma de ludicidade, divertimento e prazer. Destacando neste caso a motivação através das amizades encontradas na prática do futebol, o que faz com que o esporte se torne de certa forma muito mais lúdico e divertido, e também pode-se destacar o segundo fator mais escolhido pelos atletas que é o de se tornar um jogador de futebol profissional que surge através da melhora e aprimoramento das habilidades técnicas que juntamente com seus colegas, amigos vão sendo desenvolvidas ao longo dos treinos.

As motivações para a prática do futebol de campo foram analisadas nas dimensões Rendimento Esportivo, Saúde e Amizade/Lazer, nas quais os atletas assinalavam o grau de relevância percebido em cada uma delas. Os resultados dos dados analisados podem ser observados no Gráfico 2.

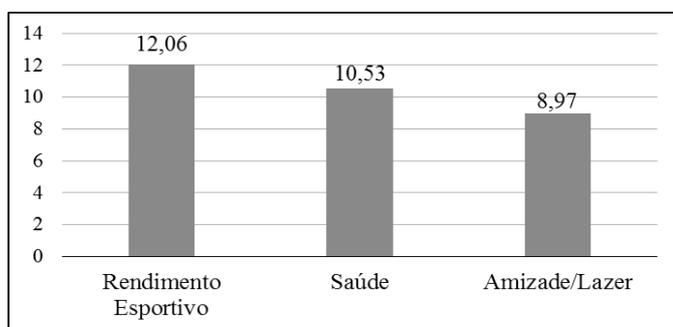


Gráfico 2 - Dimensões das motivações para a prática do futebol

Percebeu-se que os motivos que levam os atletas a praticarem o futebol estão mais relacionados ao Rendimento Esportivo, com média das respostas de 12,06 ($\pm 2,424$). Mesmo assim, deve-se levar em conta os aspectos relacionados à Saúde, com média de 10,53 ($\pm 1,080$), e Amizade/Lazer, média de 8,97 ($\pm 0,870$).

A maior motivação relacionada ao Rendimento Esportivo pode estar relacionada pela aspiração de uma carreira profissional, o que vai além da satisfação em praticar o esporte em que gostam. Porém, pode-se destacar que as outras duas categorias estão logo atrás, o que faz com que entendemos que estes três quesitos caminham lado a lado dentre as motivações destes atletas.

De acordo com Rubio⁹ o rendimento esportivo está relacionado ao rendimento humano, no entanto passando por este e também pelo desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas, os quais agregam quesitos como bem estar pessoal e social,

daqueles que praticam o esporte como profissão e como atividade de tempo livre.

Como em estudos já apresentados por Nuñez¹⁰, Santos e Manoel¹¹ podemos destacar o rendimento esportivo como a principal escolha dos jovens na dimensão da prática do futebol. Nesses estudos, assim como no presente, diz-se que o rendimento esportivo está relacionado às questões intrínsecas, pois faz com que os jovens possam experimentar novos desafios e direcionar a prática do esporte, mais para o âmbito profissional do que para a questão do lazer.

Seguidamente foram analisadas as questões separadamente por seus determinantes: Rendimento Esportivo, Saúde e Amizade/Lazer.

Tabela 1- Frequência do grau dos atletas na prática do futebol na dimensão Rendimento Esportivo

Rendimento Esportivo	Grau de importância		
	Nada Importante	Pouco Importante	Muito Importante
Para vencer	---	20,6%	79,4%
Para ser melhor no esporte	2,9%	29,4%	67,6%
Para competir	2,9%	11,8%	85,3%
Para ser um atleta	---	17,6%	82,4%
Para desenvolver habilidades	---	29,4%	70,6%
Para aprender novos esportes	---	41,2%	58,8%
Para ser jogador quando crescer	---	32,4%	67,6%

A Tabela 1 demonstra os motivos mais relevantes no determinante Rendimento Esportivo, sendo “Para competir”, “Para ser um atleta” e “Para vencer” que obtiveram percentuais maiores de relevância, respectivamente.

Esses resultados demonstram que os atletas se motivam com intuito de competir e que almejam ser uma atleta profissional quando crescer, no entanto aprender novos esportes não é preponderante. Os resultados referentes à dimensão Rendimento Esportivo, do presente estudo, são similares com o estudo de Cardoso¹² que constatou que os principais fatores motivacionais para a prática de futsal feminino, de uma equipe sub-17, eram os intrínsecos como “para desenvolver habilidades” e para “Para vencer”, “Para ser um atleta” e “Para desenvolver habilidades”.

Esses resultados mostram que os jovens dessa escolinha tem grande desejo pela competição, fazendo com que isso seja um fator de extrema importância

dentro do futebol, pois quando se tem vários alunos querendo ser atletas e com características competitivas, esses fatores intrínsecos acabam formando um time mais competitivo e com mais chances de obter resultados positivos durante as partidas disputadas.

De acordo com Nuñez¹⁰ os jovens apresentam como uma das suas principais características o fato de quererem demonstrar suas potencialidades e habilidades através de novos desafios, novas competições.

Logo na tabela 2 foi analisada a frequência do grau de motivação na categoria saúde.

Tabela 2 - Frequência do grau de motivação dos atletas na prática do futebol na categoria saúde

Saúde	Grau de importância		
	Nada Importante	Pouco Importante	Muito Importante
Para exercitar-se	---	14,7%	85,3%
Para manter a saúde	---	---	100%
Para desenvolver a musculatura	5,9%	2,9%	91,2%
Para ter bom aspecto	---	5,9%	94,1%
Para manter o corpo em forma	---	14,7%	85,3%
Para emagrecer	29,4%	38,2%	32,4%

Em relação ao determinante saúde, os resultados demonstram que os atletas dão grande importância à saúde (100%) e ao fator estético (94,1%). Segundo Scalón, Becker Junior e Brauner¹³, geralmente os jovens se preocupam com a saúde, aderindo a um hábito saudável, além de aprender e aprimorar novas técnicas e habilidades esportivas.

Assim, reforça-se a existência mais atualizada de uma maior conscientização e preocupação das crianças e adolescentes em relação à sua saúde, o que se deve a influência da mídia, que vem há longos anos trabalhando com a questão da qualidade de vida dos mesmos. Também justifica-se este fator através da preocupação e incentivo de pais, professores/técnicos, e até mesmo familiares que através do cuidado influenciam e ensinam os jovens a cultivar costumes de vida saudável.

Vindo de encontro a isso, nota-se também que esses mesmos jovens, além de darem muita importância para a saúde, eles também valorizam a estética e a prática do esporte regularmente é uma ótima maneira de manter a saúde e o bem estar, cuidando do próprio

corpo. Por estarem na fase entre pré-adolescência e adolescência, é muito comum ocorrerem várias mudanças na aparência. Mas o importante mesmo é estar de bem com o próprio corpo de forma saudável para ajudar ter uma melhor autoestima e não deixar que isso possa atrapalhar seu rendimento esportivo.

Tabela 3 - Frequência do grau de motivação dos atletas na prática do futebol na categoria amizade/lazer

Amizade/lazer	Grau de importância		
	Nada Importante	Pouco Importante	Muito Importante
Para brincar	2,9%	91,2%	5,9%
Porque eu gosto	---	---	100%
Para encontrar os amigos	---	20,6%	79,4%
Para me divertir	---	88,2%	11,8%
Para fazer novos amigos	---	11,8%	88,2%
Para não ficar em casa	---	85,3%	14,7%

No determinante Amizade/Lazer, os motivos mais importantes apontados pelos atletas foram “porque eu gosto” (100%) e “para fazer novos amigos” (88,2%). Já, o motivo menos relevante foi “para brincar” (5,9%). Através desses resultados, podemos inferir que estes jovens praticam o futebol por ser algo que gostam, algo que os faz sentir prazer.

Segundo Florentino e Saldanha¹⁴, a amizade, a sociabilidade e a competência constituem princípios que ajustam a aceitação social e estabelecem fatores para o desenvolvimento de competências fundamentais para que a criança possa crescer e adaptar-se a vida adulta. Estar com amigos, fazer parte de um grupo ou formar novas amizades, tem um papel de extrema importância no desenvolvimento de crianças e jovens.

Um fator que o futebol proporciona é a socialização e a integração, fazendo com que os praticantes do mesmo conheçam novas pessoas e socializem com estes, pois conforme novos atletas vão se inserindo nas escolinhas e nas equipes, novos ciclos de amizade vão se formando, tornando assim ainda mais motivadora a permanência neste meio.

CONCLUSÃO

Com base nos dados encontrados neste estudo, conclui-se que o principal fator motivador para a

adesão ao futebol de campo são as amizades e o desejo de ser um jogador de futebol e os fatores motivacionais para a permanência nessa modalidade esportiva se dá pela aspiração de uma carreira profissional.

Sabendo que a motivação é um fator importante no esporte, em especial no futebol, deve-se considerar que o estudo da mesma é de suma relevância para que então haja menos evasão nas escolinhas de futebol, e para que os alunos que não conseguem alcançar o mercado de trabalho do futebol profissional não desistam da prática do esporte, pois este não é um exercício qualquer, vai muito além, tanto na questão histórica, como cultural, definindo em muitas vezes a identidade do nosso país. O estudo destes fatores motivacionais é o que faz com que mais alunos se incluam nas escolinhas de futebol e ali permaneçam, tanto com o pensamento de seguir uma carreira como apenas com o intuito de lazer e diversão. Estas motivações ajudam para que compreendamos o comportamento humano e assim possamos como educadores físicos gerar bem estar e qualidade de vida a estes jovens atletas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.615 de 24 de março de 1998. Institui normas gerais sobre desporto e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1998.
2. Da Rocha HPA, Bartholo TL, De Melo LBS, Soares AJG. Jovens esportistas: profissionalização no futebol e a formação na escola. Motriz: Rev Educ Fis 2011 Abr/Jun;17(2):252-63.
3. Tubino MJG. Estudos brasileiros sobre o esporte: ênfase no esporte-educação. Maringá: Eduem; 2010.
4. Nery FS. Motivação para a prática do futebol: um estudo com atletas de alto rendimento [Monografia]. Porto Alegre: UFRGS; 2015.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2012.
6. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [homepage na Internet]. São Paulo: ABEP; c2015-16 [atualizada em 2016; acesso em 2018 Mar 3]. Disponível em: <<https://goo.gl/291p5U>>
7. Gaya A, Cardoso M. Os fatores motivacionais para a prática desportiva e suas relações com o sexo, idade e níveis de desempenho desportivo. Revista Perfil 1998;2(2):40-52.
8. Paim MC, Pereira E. Fatores motivacionais dos adolescentes para a prática de capoeira na escola. Revista Motriz 2004;10(3):159-66.

9. Rubio K. Rendimento esportivo ou rendimento humano? O que busca a da psicologia do esporte? Psicol. Am. Lat. [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2018 Março 3];1(1):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <<https://goo.gl/fcHvDc>>.

10. Nuñez PRM, Picada HFSL, Schulz ST, Habitante CA, Silva JVP. Motivos que Levam Adolescentes a Praticarem Futsal. Conexões: Rev Fac Ed Fís 2008;6(1):67-78.

11. Santos MAGN, Manoel RV. Fatores Motivacionais na Prática do Futebol. Revista Hórus 2010;5(2):222-32.

12. Cardoso LM. Fatores motivacionais para a prática do futsal feminino, numa equipe de rendimento sub-17 – um estudo de caso [Trabalho de Conclusão de Curso]. Criciúma: - UNESC; 2012.

13. Scalon RM, Becker JB, Brauner MRG. Fatores motivacionais que influencia na aderência dos programas de iniciação desportiva pela criança. Revista Perfil 1999;3(3):51-61.

14. Florentino J, Saldanha, RP. Esporte, educação e inclusão social: reflexões sobre a prática pedagógica em educação física. EFDeportes Rev. Dig. [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2018 Março 3];12(112):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <<https://goo.gl/M6wmQA>.18>.

Recebido em:06/03/2018

Aceito em:03/04/2018

Como citar: SAFONS, Felipe Costa; FUMAGALLI, Laura Mendes Rodrigues; ILHA, Phillip Vilanova. Fatores motivacionais para a prática do futebol de campo em jovens atletas. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/11776>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11776>



Educação Física e saúde: percepção de alunos de graduação em Educação Física

Physical Education and health: perception of Physical Education undergraduate students

Maria Luci Esteves Santiago¹, Monik Scarlleth Moreira dos Santos¹, Alex Soares Marreiros Ferraz²

1- Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

2- Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

mles_@hotmail.com

Palavras-chave:
*Educação Física; Saúde;
Determinantes Sociais
de Saúde.*

Introdução: o tema Saúde tem sido tratado em sua relação com a Educação Física (EF) em um entendimento restrito, fato que se torna preocupante no processo de formação inicial, sendo muitas vezes o exercício físico colocado como o “elixir da vida”, reduzindo os complexos fenômenos da promoção, prevenção e recuperação da saúde. **Objetivo:** o presente estudo buscou identificar o nível de entendimento de estudantes de Educação Física, sobre o conceito de saúde, buscando refletir esclarecer as relações que estes fazem da saúde e exercício, dos seus determinantes sociais. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratório. A amostra foi composta por 23 graduandos. **Resultados:** observou-se que os alunos apresentam entendimento restrito sobre saúde, estabelecendo associações causais entre EF e saúde, desprivilegiando os seus determinantes sociais. **Conclusão:** destacamos a necessidade de ampliação das possibilidades de construção de uma concepção mais ampla de saúde, de sua relação com a EF.

ABSTRACT

Keywords:
*Physical Education; Health;
Social Determinants of
Health.*

Introduction: health as regards Physical Education has been treated in restricted understanding, which is worrisome in the initial process of professional formation because physical exercise is often regarded as the “elixir of life”, reducing the complex phenomena of health promotion, prevention, and recovery. **Objective:** the present study sought to identify the level of knowledge of physical education undergraduate students on the concept of health, aiming to clarify the relationships they create on health and exercise, and their social determinants. **Method:** this is a qualitative and descriptive-exploratory study. The sample consisted of 23 undergraduates. **Results:** it was observed that undergraduate students presented a restricted understanding of health, establishing causal associations between Physical Education and Health, not considering its social determinants. **Conclusion:** we highlight the need to broaden the possibilities to construct a greater understanding of health and its relationship with Physical Education.



INTRODUÇÃO

O tema saúde no campo da Educação Física (EF) configura-se em uma busca histórica de valorização por meio de uma aproximação com as ciências biomédicas, de uma supervalorização dos saberes articulados às ciências biológicas e dos fazeres relacionados às intervenções prescritivas de exercícios físicos, ginástica ou esporte.¹ Percebe-se, então, certa inconsistência e fragilidade conceitual na área quanto ao entendimento do que seja saúde e da sua relação com a Educação Física, fato que denota necessidade de reflexões com vistas a uma melhor compreensão e apropriação conceitual desta temática pelos profissionais dessa área.² Para Carvalho³, na Educação Física tal relação é exacerbada, transformando-a em condição causal, quase exclusiva, de forma que o discurso propagado e aceito pela área, é o de que fazer exercício é garantia suficiente para ter saúde, fato que leva a desconsiderar o contexto dos sujeitos, gerando um discurso de responsabilização do indivíduo por sua condição de saúde.

Ainda nesse contexto Carvalho⁴ ao analisar a formação inicial em Educação Física, afirma que ela incorpora uma visão do senso comum, acrítica, de que fazer atividade física automaticamente gera saúde. Contudo, sem negar os impactos positivos que níveis adequados de atividade física geram na promoção da saúde, é preciso entender que uma série de outros fatores, tais como: educação, segurança, saneamento básico, também geram melhores condições de saúde. É então necessário, nos processos formativos desses profissionais, conceituar saúde elencando também fatores externos ao indivíduo que irão contribuir para a saúde. Em relação a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde⁵, sintetiza que saúde tem “determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, sociais e culturais” (p.03).

De acordo com Devidé⁶ “a prática de exercício físico, não pode ser encarada como a solução para todos os problemas de saúde ou para a garantia de uma melhor qualidade de vida das pessoas” (p.82). Desta forma, se considerarmos a Educação Física como via causal de saúde, estamos sujeitos a uma visão reduzida do que é saúde, bem como do papel da Educação Física, nesse contexto.

Considerando que a afirmação de que a atuação dos profissionais de Educação Física tem contri-

buído para reproduzir a ideia de causalidade entre o exercício físico e a saúde⁶, e que tal atuação atualmente é possuidora de um conceito ampliado na qual o exercício físico é apenas uma parte integrante, conforme instituído pela Lei Federal nº 12.864.⁷ Neste sentido, este trabalho pretendeu analisar o entendimento de saúde e da relação desta com a EF, de graduandos do curso de EF do PARFOR/ Universidade Federal do Piauí. Para tal buscou-se responder a questão: Qual a concepção que os graduandos de EF têm sobre saúde? (sintetizei em apenas uma questão como sugerido)

Acredita-se que o exercício de analisar a percepção dos estudantes do curso de Educação Física, quanto ao entendimento sobre saúde, possa contribuir para identificar as fragilidades dos acadêmicos, até este momento da formação, para lidar com o tema saúde de forma qualificada e contemplar os sujeitos em sua integralidade; além de contribuir com as discussões sobre a abordagem desse tema na formação inicial em Educação Física.

MÉTODO

O estudo, quanto a sua abordagem, é uma pesquisa qualitativa, e quanto aos objetivos, descritiva-exploratória; pois busca, a partir da abordagem qualitativa identificar o universo de significados, crenças, atitudes e valores que não podem ser reduzidos a análise de variáveis⁸, mas uma compreensão aprofundada de certos fenômenos sociais, apoiados na suposição de maior relevância do aspecto subjetivo.⁹ E ainda, apoia-se na abordagem descritivo-exploratória, pois busca descrever, com detalhes os fatos e fenômenos de determinada realidade,¹⁰ tentando proporcionar maior aproximação com o problema, a fim de clarificá-lo ou de construir hipóteses.¹¹

Realizada na Universidade Federal do Piauí, a amostra foi composta por duas turmas do 5º período, do curso de licenciatura em EF PARFOR-UFPI, totalizando 23 graduandos, 13 da turma 01 e 10 da turma 02. Sendo a amostra formada de 03 graduandos do sexo masculino e 20 do sexo feminino, com idade média de 33 anos. Os dados foram coletados em Maio de 2015, antes do preenchimento do questionário os alunos foram orientados sobre a pesquisa e sobre a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi utilizado como instrumento um questionário composto por 06 (seis) questões abertas, ela-

boradas no sentido de obter respostas ao problema proposto, incluíram-se questionamentos referentes: ao conceito de saúde, DSS, processo saúde doença, relação saúde e atividade física; questionamentos estes que estruturaram as seguintes categorias de análise: Conhecimentos e Habilidades para a Atuação em Saúde, Não é Ativo Quem Quer, Mais Quem Pode; Determinantes Sociais de Saúde; Relação Atividade Física e Saúde; Fatores Relacionados a Saúde; Conceito de Saúde. Procedeu-se leitura aprofundada das respostas utilizando a técnica da análise de conteúdo, pois conforme Caregnato e Mutti¹², na análise de conteúdo, o texto é o meio de expressão do sujeito de pesquisa, em que o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem ou se assemelham, inferindo uma expressão que as representem. Segundo Bardin¹³, “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento” (p. 117).

Escolheu-se a análise de conteúdo por ser um instrumento que analisa o vasto campo das comunicações, facilitando a tentativa exploratória e enriquecendo as interpretações.

Assim, os dados foram separados e posteriormente agrupados de acordo com suas aproximações e convergências, considerando, os objetivos do estudo e a aproximação com o referencial teórico que embasou e acompanhou todo o processo investigativo. Realizaram-se destaques, em negrito, no texto das transcrições para realçar pontos importantes dos objetivos do estudo.

Essa pesquisa faz parte das investigações realizadas na Universidade Federal do Piauí sob a certificação (CAAEE) nº 28154114.9.0000.5214. Obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras relacionadas aos princípios éticos, e aos direitos de privacidade e anonimato dos sujeitos participantes do estudo. Por motivos éticos, os nomes dos respondentes foram substituídos por letras do alfabeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão dos dados os resultados foram organizados em seis categorias analíticas, configurando-se como elementos conceituais convergentes nas respostas dos entrevistados, que serão retomados e abordados de forma ampliada e aprofundada na discussão, a partir das falas dos entrevistados em articulação com a literatura.

Conceito de Saúde

Na busca do entendimento dos graduandos com relação ao conceito de saúde, foi possível constatar, a existência de certo vazio conceitual, com âmbito teórico limitado e restrito quanto ao entendimento de saúde na EF. Observou-se que o conceito de saúde dos alunos se restringe ao conceito utópico de saúde, mundialmente difundido da Organização Mundial de Saúde (OMS).¹⁴

“É o bem-estar físico, mental e social do indivíduo”. (Aluno E)

“Saúde é viver com boa disposição física, mental, e bem-estar social entre os indivíduos”. (Aluno Q)

Saúde é estar bem com a vida na parte mental, social e corporal. (Aluno G)

É você ter uma vida **de bem-estar físico e mental**. Para isso você precisa alimentar-se bem, praticar esporte, fazer caminhada, enfim, sair de uma vida sedentária. (Aluno J)

É um estado onde estamos com **ausente de doença**. Onde estamos em perfeito **estado físico e social**. (Aluno P)

Representando um avanço, na época de sua elaboração, em 1946, buscando superar o modelo biomédico a OMS em seu documento de constituição definiu saúde como “um completo estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Entretanto, este conceito apesar de apresentar um grande avanço na dimensão social da vida, apresenta limitações. De acordo com Batistella¹⁴ a expressão “completo bem estar” torna-se algo inatingível, utópico, especialmente pela mensuração da completude do bem-estar. Sandra Caponi¹⁵ acrescenta que é impossível medir o nível de saúde de uma população a partir desta perspectiva de completo bem estar.

Palma; Estevão; Bagrichevsky¹⁶ ressaltam que a dimensão social, da maneira como é utilizada nesta definição, não auxilia na compreensão do fenômeno saúde, pois a dimensão social como fator promotor de saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida dos indivíduos e das comunidades.¹⁷

Portanto, a questão do social dentro do conceito de saúde precisa ser entendida em uma complexidade de elementos na vida dos sujeitos, como

apresentada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, culminando em um conceito de saúde como recurso para a vida, considerada como a que mais se aproxima do ideal, por entender a saúde como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Brasil¹⁸, p.04).

Assim é importante considerar, que o professor de Educação Física que quiser tratar o tema saúde de forma aprofundada, sem nunca desconsiderar a importância dos aspectos biológicos, deve rever sua concepção sobre a temática a partir de um entendimento mais amplo, crítico e reflexivo, com uma abordagem sociológica que articule as possibilidades e limitações em torno dessa questão.

Fatores relacionados com a Saúde

Com relação ao entendimento dos fatores que levam um indivíduo a ter ou não saúde, observou-se o estabelecimento de relações restritas, como as presentes na mídia, tais como a nutrição e a prática de atividade física. Esquecendo-se dos fatores ampliados, que estão intimamente relacionados à saúde, como a educação, redes sociais, lazer/cultura, segurança, moradia, etc.

São aspectos que levam a uma boa saúde: **atividade física**, uma **boa alimentação** e procurar estar bem psicologicamente. Não ter saúde é ter uma alimentação inadequada e **ser sedentário**. (Aluno P)

Não sendo **sedentário**, não consumir **frituras, bebidas e drogas**. (Aluno D)

Para se ter uma boa saúde **depende de cada indivíduo** seja preocupado com sua própria saúde. (Aluno I)

Precisa estar feliz, de bem com a vida, **estar em movimento** e se você não faz nada em casa, não caminha, vive no **sedentarismo**, **alimenta-se** de qualquer jeito, **consequentemente você não vai ter saúde**. (Aluno J)

São vários os aspectos que levam a se ter saúde, por exemplo, uma boa **alimentação, exercício**

físico, dormir bem, ter uma boa convivência. E para não ter saúde: **má alimentação, não praticar exercício físico**, não dormir bem. (Aluno U)

Sem negar a importância da alimentação e da atividade física, sabe-se que a exaltação exclusiva ou prioritária dos benefícios orgânicos desta prática leva a Educação Física ao estabelecimento de uma causalidade entre a atividade física e a saúde. Nesta ótica o indivíduo acredita que só se tem saúde se praticar exercício físico, e que sua realização é suficiente para a obtenção de melhores níveis de saúde. Devido⁶ afirma que “a prática do exercício físico não pode ser encarada como a solução para todos os problemas de saúde ou para garantia de uma melhor qualidade de vida das pessoas”. O exercício físico não é saudável em si, e, portanto não pode gerar saúde em si mesmo, antes, é apenas um elemento, situado numa união de situações, podendo contribuir para um melhor estado fisiológico geral, além de possibilitar uma melhor sensação de bem estar e, nesse sentido melhorar a saúde.¹⁹

A ideia de que o exercício físico faz bem à saúde propagada pelos respondentes, se alinha a ideia difundida pelo senso comum. Entretanto esperaríamos desses uma percepção mais avançada, pois estamos tratando de futuros profissionais de saúde, com mais da metade do curso integralizado, e que precisam ter uma percepção mais crítica e ampliada da saúde.

A relação entre Educação Física e saúde apresentada por Nahas²⁰ na década de 90, propunha consolidar essa relação via melhoria da aptidão física, apoiada nos benefícios fisiológicos do exercício físico. Sendo a aptidão física entendida como a capacidade que o indivíduo tem de realizar suas atividades físicas diárias com desempenho satisfatório e menor esforço.²¹ Nessa abordagem, a saúde estaria diretamente relacionada à aptidão física, compreendendo-se que qualidades físicas como: resistência cardiorrespiratória, força, composição corporal, flexibilidade e resistência muscular, mantidas através de hábitos de vida saudáveis, embora sofram influências genéticas seriam garantia de boa saúde e longevidade.²² Esta associação a fatores, marcadamente biológicos, fez com que tal proposição fosse alvo de muitas críticas.

Assim, o movimento da aptidão física relacionada à saúde parecia considerar a existência de uma estrutura sociocultural na qual todos seriam livres para escolher seus estilos de vida, fato que é bastante questionável na realidade brasileira, pois temos uma sociedade historicamente desigual, na qual nem to-

dos tem condições socioeconômicas para aderir a um estilo de vida ativo e saudável.²³ Portanto, a relação aptidão física e saúde devem ser percebida como base conceitual que se desenvolveu em contextos e países onde aspectos básicos da vida social, como habitação, saneamento, emprego e renda já se encontram melhores resolvidos.

A percepção dos alunos sobre uma causalidade entre saúde e atividade física, com marcante viés biológico, no qual o sedentarismo é visto como doença e a atividade física como o remédio em um processo de patologização da vida²⁴, remete a um olhar enviesado que parece não buscar outras relações nem permitir entender o fenômeno atividade física como algo determinado social e culturalmente. Diante do exposto, é fundamental rever tais concepções, pois ao olhar somente para os benefícios orgânicos da aptidão física, com o intuito de entender a relação da Educação Física com a saúde, corre-se o risco de se chegar a um reducionismo de conceitos, tanto de saúde quanto de Educação Física.⁶

Relação Atividade Física e Saúde

Buscando um maior aprofundamento da área de formação em Educação Física e perceber o nível de compreensão dos alunos sobre a temática estudada, levantou-se o questionamento: Você acredita que existe relação entre Atividade Física e Saúde? Qual/Quais?

Pode-se perceber que os respondentes atribuem, de forma bastante incisiva, que a exercício físico, por si só, garante saúde. Esta relação, em parte, pode estar ligada a questões históricas da Educação Física que desde sua concepção aparece relacionada à ideia de saúde.¹

Sim. É que **para se ter saúde**, principalmente nos dias de hoje, e para toda a vida, é **preciso fazer atividade física diariamente**, ou seja, todos os dias de nossas vidas. **É somente através da educação física** que se pode ter saúde de qualidade. (Aluno N)

Sim. Precisamos fazer bastante atividade física, porque quem pratica essa atividade **tem menos risco de doença [...] Atividade física e saúde estão ligados**. (Aluno B)

Sim. Quem pratica atividade **física evita a aquisição de diversas doenças** relacionadas ao sedentarismo e com isto aumenta sua qualidade de vida. (Aluno M)

Sim. O bem estar do corpo **precisa de atividade**

física para manter a saúde. (Aluno R)

Sim. A atividade física nos leva ao **condicionamento físico saudável**. (Aluno T)

Para Carvalho⁴, “a própria formação universitária em EF incorpora a concepção de que a atividade física, por si só, produz saúde, nivelando, a partir do senso comum, as justificativas que atestam esta aproximação”. Reproduzindo de forma acrítica e restrita a ideia de que atividade física é saúde.

Esse entendimento talvez tenha sido reforçado historicamente na área pelo fato da inclusão da Educação Física, no contexto científico brasileiro, na grande área da saúde, conforme resolução nº 287, do Conselho Nacional de Saúde.²⁵ Mesmo sua intervenção se dando nos mais diversos ambientes e não apenas nos espaços dos serviços de saúde, o que para o contexto da saúde ampliada, permite a essa área uma maior amplitude, seja na educação em saúde, terapêutica, prevenção ou, de maneira mais ampla promovendo a saúde humana.²⁵⁻²⁷

A esse respeito Carvalho²⁸ defende uma ruptura com a relação causal da atividade física e saúde afirmando que a Educação Física mesmo, a realizada nos serviços de saúde, não está relacionada à saúde, e sim ao movimento humano, sendo a saúde apenas consequência do aprimoramento do movimento humano. Sobre isso Ceccim e Bilibio²⁹ ressaltam que:

“A Educação Física caracteriza-se menos por seu papel de aplicação terapêutica sobre quadros clínicos específicos e mais sobre a produção de saúde mediada por condutas de natureza relacional e educativa que têm em vista a autonomia encarnada, numa utilização de recursos profissionais próprios da interação corporal, corpo que se reconhece corporelo contato com os corpos e explora o que pode, corpos que se reconhecem mundo e autoria de mundos. [...] (p. 47)”.

Concordando com os autores, defendemos o entendimento da finalidade da Educação Física não se restringir a prevenir doenças e obter saúde, mas que ela precisa buscar desenvolver autenticidade e criticidade do cidadão frente às suas condições de vida, para que dessa forma auxilie com sua intervenção profissional no desenvolvimento de indivíduos, grupos, comunidades e sociedades que, inseridos, na cultura corporal do movimento humano, sejam conscientes dos seus limites e possibilidades. Esta Educação Física que reconhece seu verdadeiro papel, consequentemente gera saúde, em seu conceito amplo.

A Cultura Corporal do Movimento Humano trata de determinadas manifestações dos movimentos que revelam significado simbólico. São técnicas e tecnologias corporais codificadas com significados e intencionalidades que acrescentamos aos determinismos da natureza. São as formas e os modelos de utilização do corpo humano criadas com o fim de acrescentar à funcionalidade natural e determinista algum sentido existencial e simbólico. São manifestações da Cultura Corporal do Movimento Humano, entre outras, os esportes, as danças, as ginásticas, os jogos, as lutas, o teatro, as manifestações musicais, o circo...³⁰

Uma relação ampliada entre Educação Física e saúde se deteriora com a aceitação da causalidade Atividade Física e saúde, quando se constrói a ideia de que só se tem saúde se praticarmos exercícios físicos. Pensar apenas a partir dessa casualidade, segundo Carvalho,²⁸ é desconsiderar o contexto dos sujeitos e a falta de comprometimento do governo nas políticas públicas. Portanto, torna-se necessária a ampliação e mudança de concepção na educação física, sobre seu próprio objeto, no sentido de entender seu verdadeiro papel e, conseqüentemente, intervir efetivamente sobre a saúde das pessoas.

Determinantes Sociais de Saúde

Buscando a percepção de um conceito mais ampliado de saúde, objetivou-se determinar a concepção dos graduandos quanto ao conceito de Determinantes Sociais de Saúde.

Constou-se que a maioria dos entrevistados desconhecia este conceito, apesar de alguns terem manifestado sua opinião, esses não apresentaram um conhecimento estruturado desse conceito. E ainda houve aqueles que afirmaram conhecer o conceito, mas não conseguiram expressar-se de forma a bem estruturar seu entendimento.

Não, impossível dizer o que acho já que eu não sei do que se trata. (Aluno X)

Não, eu não conheço. (Aluno D)

Não sei. (Aluno U)

Não, mais acho que seja algo que tem haver com a saúde e que esteja envolvida a sociedade, ou seja, todos juntos por um único objetivo, desenvolver, combater e estimular o **desenvolvimento corporal**. (Aluno N)

São as **campanhas sociais que acontecem para prevenir as doenças**, como vacinação, que acontece sempre, as questões de uso da camisinha, etc. (Aluno F)

Não ouvi falar, porém suponho que sejam aspectos de suma importância para a vida do indivíduo e que determinam em que nível a saúde do mesmo se encontra e como poderá melhorá-la através desses determinantes. (Aluno M)

Sim. São as partes necessárias e importantes para um bom convívio, que contribui para o ser humano viver em sociedade. (Aluno S)

Os DSS representam uma visão mais global de saúde, sendo considerados por Buss e Pellegrini-Filho como¹⁷ todos “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Vários modelos tentam representar os níveis de DSS de acordo com seu potencial de influência na saúde do indivíduo, o proposto por Dahlgren e Whitehead,³¹ em 1991, é o mais tradicional deles, e propõe diversas esferas desde uma camada proximal, representada pelas características individuais; seguidas de camadas que fazem menção ao estilo de vida; as redes sociais e comunitárias; e aos fatores relacionados à condição de vida e do trabalho; até uma camada distal na qual se situam os macro-determinantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade.

Essa abordagem permite a compreensão de mecanismos que impactam as condições de vida e saúde das coletividades, e demonstra a importância de considerar os DSS, quando discutimos e realizamos ações e implementamos políticas de saúde. Favorece ainda o entendimento de que doença e saúde podem ocorrer de modo diferente nas diferentes sociedades, classes e estratos sociais, apesar de possíveis semelhanças biológicas e de hábitos de vida dos sujeitos que as compõem.³²

É preciso fortalecer seu entendimento e ter claro que a determinação social da saúde está muito além de aspectos isolados e fragmentados em uma perspectiva reducionista, que pode associar fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais como tabagismo, sedentarismo e inadequada alimentação às condições de saúde. Entendimento hegemônico na sociedade atual que limita o discurso da saúde e leva a uma responsabilização dos sujeitos na busca de formas de viver melhor.³²

Têm-se demonstrando que comportamentos (de risco) ocorrem subordinados às condições e limites impostos pelo modo de vida dos grupos sociais. Em decorrência disso, propostas de intervenção voltadas

à melhoria da saúde incluem: ações educativas de massa, acesso a alimentos saudáveis, acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, criação de espaços públicos para a prática de esportes, entre outros. E, além disso, são necessárias intervenções direcionadas às políticas macroeconômicas e do trabalho, proteção ambiental e promoção de uma cultura de paz, no sentido de promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas.²⁸

O desafio de compreender os DSS parece estar ligado a integralidade das ações em saúde, quando intervir sobre as causas distais de seu adoecimento, pode ser o mais necessário. Essa não limitação ao olhar proximal do cuidado em saúde poderá efetivar uma saúde ampliada, pautada na Promoção da Saúde, uma vez que ela se faz integrada, na busca conjunta de soluções com a população e com diversas políticas públicas.³³

Diante de tudo isso, o profissional de Educação Física deve estar ciente da determinação social e da multifatorialidade da saúde para assumir papel ativo no enfrentamento desses determinantes, reivindicando, apoiando e atuando em políticas públicas. Em síntese, perceber uma supervalorização da saúde centrada no aspecto individual, focada nos determinantes biológicos, desconsiderando seu conceito multifatorial, pautado nos diversos aspectos da vida em sociedade e deixando de considerar os elementos socioculturais, econômicos e políticos que interferem no processo saúde doença, o que pode trazer potenciais prejuízos para a intervenção profissional em saúde.

Não é ativo quem quer, mas quem pode

Essa categoria buscou explorar a percepção dos alunos sobre a relação entre os DSS e a prática de atividade física, pelo questionamento sobre o que eles pensavam da afirmação: Não é ativo quem quer, mas quem pode.

A maioria dos respondentes não concordou com a frase manifestando a ideia que o estilo de vida fisicamente ativo, independe de qualquer outro fator é suficiente para a adoção de uma vida ativa, bastando para isso vontade própria do indivíduo.

Não concordo com esta afirmação, pois **qualquer pessoa pode ser ativa, isso só dependerá da sua**

capacidade e força de vontade. (Aluno Q)

Todos nós podemos, basta quereremos, e quando se fala de saúde é dever de todos nós, a nossa saúde vem do que a gente faz ou deixa de fazer. Se vivo sedentário, logicamente que tenho grandes possibilidades de adquirir uma doença [...] (Aluno L)

[Não concordo] Quem quer e quem se disponibiliza, pois existem academias onde a prática pode ser gratuita. (Aluno D).

Suponho que seja uma afirmação negativa, **pois todos nós podemos** e devemos **ser ativos, basta querer e ter força de vontade para superar a preguiça** e desenvolvermos atividades diversas para nosso bem estar, usando nossa criatividade para vencer esta barreira do descanso. (Aluno M)

Discordo, porque **não precisa poder para ser ativo, precisa se ter atitude** e a partir da atitude, tudo se pode. (Aluno U)

Acho eu **todos podem, independente de poderes ou situações financeiras**. (Aluno I)

Não concordo, pois **se você quer você consegue**; precisamos primeiramente nos avaliarmos e fazer a diferença. **Eu vou, eu quero, eu posso. Todos nós somos capazes e podemos**. (Aluno Z)

São pessoas que tem uma auto estima bem elevada, que diz eu quero, eu posso e **quem diz que não pode são pessoas de auto estima baixa**. (Aluno T)

Podemos notar certa fragilidade com relação a uma visão ampliada de saúde, não considerando importante, ou não conheciam/sabiam o que se tratava tais determinantes sociais, não contemplando em suas respostas. Optou-se neste estudo intitular de Determinantes Sociais da Prática de Atividades Física (DSPAF), sendo esses entendidos como os diversos fatores que influenciam a adesão/prática dos exercícios físicos entre os quais podemos levantar: a falta de espaços públicos para a prática de exercícios/lazer, um baixo repertório motor, um desenvolvimento restrito da cultura corporal do movimento humano,³⁰ o excesso da carga horária de trabalho, a precariedade de condições de transporte, as condições financeiras.

Considerando os DSPAS propostos, percebe-se que o indivíduo para ser ativo necessita de uma série de fatores intervenientes na sua vontade e decisão. Diante da incapacidade em explicar a baixa adesão à prática de atividades física e o crescente aumento na incidência e prevalência do comportamento sedentário, apenas pelos aspectos biológicos, dados epidemiológicos que levam em consideração fatores ambientais e socioculturais vem sendo levantados,³⁴ e modelos ou teorias para a investigação dos determinantes dos hábitos de atividade física apresentados. Seabra, et al.³⁵

propõem os modelos de: Crença na Saúde; Comportamento Planejado; Trans-teórico; Sóciocognitiva e Ecológico, sendo apenas nesse último considerados os Fatores comunitários e de políticas públicas aqui defendido por nós como sendo os principais DSPAF.

A percepção de que somente o interesse do indivíduo determinará sua condição de ser ativo é fruto do modelo biomédico e reducionista de saúde, no qual o indivíduo é responsável pela melhoria da sua saúde, contribuindo para o processo de culpabilização do sujeito e mascarando determinantes maiores da realidade social.

Diante disto, concordamos com Ferreira²³ quando afirma que a Educação Física:

“[...] não deve abandonar sua preocupação em subsidiar e encorajar as pessoas a adotarem estilos de vida ativa. Porém, esse seu papel estará limitado se ela não for capaz de promover o exame crítico dos determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais diretamente relacionados aos seus conteúdos. (p. 49-50)”

Cabe destacar que, ter uma vida ativa permanentemente não depende apenas do desejo do indivíduo, mas também de políticas públicas que favoreçam essa prática através de programas regulares de exercícios,³⁶ de condições ambientais, socioculturais e econômicas que favoreçam essa vida ativa. Assim, a condição de “ser ativo” poderá ser mantida quando os DSPAF estão em equilíbrio e permitam ao indivíduo ter condições sociais, culturais, políticas, materiais e psicossociais suficientes para que o “querer ser ativo” possa de fato ser estabelecido.

Conhecimentos e Habilidades para a Atuação em Saúde

Para a construção dessa categoria foi questionado, quais conhecimentos e habilidades você considera importantes para a atuação profissional no campo da saúde. Observou-se que a maioria fez referência aos conhecimentos das ciências biomédicas.

Conhecimento sobre a **fisiologia do exercício, anatomia**. (Aluno X)

Temos que ter bastante **conhecimento** das aulas de **anatomia**, pois ela ensina como **manusear o corpo**, ou seja, **estudar o movimento** para que não corra o risco de **indicarmos um exercícios errados** para uma pessoa. (Aluno V)

A prática de atividade física na terceira idade; e **como realizar as atividades físicas sem causar**

doenças. (Aluno H)

Na **disciplina de anatomia** tive vários conhecimentos sobre inúmeras **partes do corpo**; que não se pratica exercícios físicos de qualquer forma, pois isso pode provocar consequências. (Aluno U)

Adquirir **conhecimentos em primeiros socorros**. Saber como agir em determinada situação. (Aluno Z)

Prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, são fatores primordiais que vão influenciar. (Aluno L)

As habilidades são os **movimentos, a coordenação, o equilíbrio e o desenvolvimento**. (Aluno N)

Atividade física, atividade de campo, danças lúdicas, coisas diferentes, inovação. (Aluno Q)

Nota-se que os conhecimentos e habilidades considerados importantes, abrangem saberes associados, exclusivamente, ao conhecimento biomédico, e refletem uma visão de saúde fragmentada, relacionada apenas ao seu aspecto biológico. A falta de referências a outros campos de conhecimento como a filosofia, a sociologia, a antropologia, e mais especificamente a saúde coletiva e aos conhecimentos próprios da Educação Física, que poderiam contribuir com um maior alinhamento a perspectiva biopsicossocial do conceito de saúde, enquanto conceito ampliado, causa bastante preocupação com a futura capacidade de atuação desse profissional no âmbito da saúde.

Belloch e Olabarria³⁷ ao elaborarem o paradigma biopsicossocial destacaram alguns princípios, afirmando que “o corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar”. Sendo assim, o ser humano deve ser visto de forma contextualizada, sejam eles orgânico, psicológico, cultural ou socioeconômico, onde cada aspecto influencia de modo dinâmico no outro.

Portanto, uma ampliação dos conceitos e interfaces que a Educação Física tem com a saúde, para além dos aspectos biológicos, pode contribuir para a construção de um profissional com habilidades caracterizadas por sua multidisciplinaridade no entendimento e intervenção com o movimento humano. Conceitos esses que fazem parte da formação em Educação Física, mas que parecem ainda não ser entendidos, percebidos e reconhecidos como importantes ferramentas da construção das suas habilidades profissionais para a atuação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi identificar o nível de entendimento de estudantes de Educação Física, sobre o conceito de saúde, buscando refletir questões e esclarecer as relações que estes fazem da saúde e exercício, dos seus determinantes sociais, identificando fragilidades para prestar um cuidado em saúde qualificado, abrangendo a integralidade dos sujeitos.

De maneira geral, há uma construção conceitual de saúde que se remete ao conceito utópico de completo bem estar, com estabelecimento de relações muito restritas dessa com a alimentação e com a prática de atividade física, sem considerar, por exemplo, fatores sociais, culturais ou ambientais. De forma mais específica os entrevistados reportaram não saber o que são Determinantes Sociais de Saúde. Talvez, por isso, a relação entre atividade física e a saúde é colocada como causal, ou seja, para ter saúde bastaria o indivíduo realizar atividades físicas, e para isso tão somente o que contaria seria a vontade do indivíduo, não importando suas condições de vida na escolha do seu “modo de viver”. Tais relações se justificam em uma construção conceitual de saúde restrita ao viés biológico com uma supervalorização das disciplinas e conhecimento dessa área como suficientes para gerar habilidades para atuação em saúde.

Os dados sugerem que os alunos estabelecem uma relação causal entre o exercício físico e a saúde, limitando-se a relacionar a Educação Física com a saúde somente pela via da aptidão física. Estes desconsideram ou desconhecem o que se designou de Determinantes Sociais da Prática de Atividades Física (DSPAF), não reconhecendo fatores socioculturais, econômicos, políticos e comportamentais como influenciadores para a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. É necessário uma reflexão acadêmica que supere suas limitações e proporcione entendimentos mais abrangentes sobre saúde, tendo em conta a perspectiva contextualista de desenvolvimento humano, relacionando os diversos aspectos da vida em sociedade, que considere a questão dos DSPAF, e a superação da noção de causalidade entre exercício físico e a saúde. Acredita-se que para a realização de uma prática mais consciente cabe a área da Educação Física rever seu compromisso e responsabilidade frente às questões de saúde, levantando reflexões que reorientem seus futuros profissionais, e como tal deverá haver uma atenção sobre os currículos e conteúdos na formação dos profissionais

de Educação Física.

REFERÊNCIAS

1. Brugnerotto F, Simões R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre a saúde. *Physis* 2009; 19(1):149-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100008>
2. Barbosa-Rinaldi IP. Formação inicial em Educação Física: uma nova Epistemologia da prática docente. *Movimento* 2008;14(3):185-207. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.2431>
3. Carvalho YM. Educação Física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ MT, organizador. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007; 19-34.
4. Alves FS, Carvalho YM. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. *Movimento* 2010;16(4):229-44. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.13280>
5. Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: CNSDSS; 2008.
6. Deive FP. Educação Física, qualidade de vida e saúde: campos de interseção e reflexões sobre a intervenção. *Movimento* 2002; 8(2):77-84.
7. Lei Federal nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. *Diário Oficial da União*, 25 Set 2013.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10a ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2007.
9. Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1995.
10. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2007.
11. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
12. Caregnato R C A, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem* 2006; 15(4):679-84.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2004.
14. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, organizador. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJ/ Fiocruz; 2007:5-88.
15. Caponi S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, organizadores. *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes; 2003:115-36.
16. Palma, A; Estevão, A; Bagrichevsky, M. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, organizadores. *A saúde em debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes; 2003:15-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
17. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
18. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final. Brasília, DF; 1986.

19. Soares CL. Educação Física: raízes européias e Brasil. 4a ed. Campinas: Autores Associados; 2007.
20. Nahas MV. Fundamentos da Aptidão Física Relacionados à Saúde. 2a ed. Florianópolis: Editora da UFSC; 1989.
21. Böhme MT. Aptidão Física- Aspectos teóricos. Revista Paulista de Educação Física 1993;7(2):52-65. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2594-5904.rpef.1993.138757>
22. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc 2007; 39(8):1423-34. doi: <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616b27>
23. Ferreira MS. Aptidão física e saúde na educação física escolar: ampliando o enfoque. Revista Brasileira de Ciências do Esporte 2001; 22(2): 41-54.
24. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. A patologização do sedentarismo. Saúde soc 2012;21(4):836-47. doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400004>
25. Rocha VM, Centurião CH. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: Fraga AB, Wachs F, organizador. Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007:17-32.
26. Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007. doi: <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616b27>
27. Santiago MLE, Pedrosa JI, Ferraz ASM. A Formação em Saúde à Luz do Projeto Pedagógico e das Diretrizes Curriculares da Educação Física. Movimento 2016; 22(2):443-58. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.57988>
28. Carvalho YM. O ‘mito’ da atividade física e saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
29. Ceccim RB, Bilibio LF. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: Fraga AB, Wachs F, organizadores. Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007:47-62.
30. Gaya A. Educação Física: A vertente pedagógica da cultura corporal do movimento humano ou 100 parágrafos em defesa da formação única : subsídios para o debate sobre a reformulação curricular na EsEF-UFRGS. 2009
31. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social equity in Health. Stockholm: Institute of Future Studies; 1991.
32. Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. Saúde debate 2014; 38(103):953-65. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014008>
33. Ministério da Saúde. Curso de aperfeiçoamento: Implementação da Política de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde. Brasília: MS; 2015.
34. Florindo AA, Hallal PC. Epidemiologia da Atividade Física. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 2011.
35. Seabra AF, Mendonça DM, Thomis MA, Anjos LA, Maia JA. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. Cad Saúde Pública 2008;24(4):721-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400002>
36. Palma Alexandre de. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. Revista Brasileira de Ciências do Esporte 2001;22(2):23-39.
37. Belloch A, Olabarria B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. Revista Clínica e Salud 1993;4(2):181-90. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2594-5904.rpef.1993.138757>

Recebido em:15/04/2018

Aceito em:02/06/2018

Como citar: SANTIAGO, Maria Luci Esteves; SANTOS, Monik Scarlletth Scarleth Moreira dos; FERRAZ, Alex Soares Marreiros. Educação Física e saúde: percepção de alunos de graduação em Educação Física. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/11958>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11958>



Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos dispensados por uma farmácia básica do sul do Brasil

Potentially inappropriate medications for elderly dispensed at a basic pharmacy in southern Brazil

Cristiane Carla Dressler Garske¹, Deliani Cassol², Lisoni Muller Morch², Ana Paula Helfer Schneider²

1- Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, Hospital Santa Cruz – HSC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

2- Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: o aumento da longevidade e o predomínio de doenças colocam o idoso no grupo etário com maior diversidade terapêutica da sociedade. **Objetivo:** identificação dos medicamentos potencialmente inapropriados durante dispensação para idosos em Farmácia Municipal. **Método:** estudo transversal, com coleta de dados nos meses de Agosto e Setembro de 2014, através de entrevista individual com questionário semiestruturado. Os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos foram identificados através do Critério de Beers de 2003. A análise dos dados foi realizada no software SPSS versão 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences 20.0). **Resultados:** foram entrevistados 300 idosos, com prevalência de medicamentos inapropriados para idosos de 43%, prevalecendo aqueles que atuam no sistema nervoso (83,9%). **Conclusão:** identificou-se que 43% da farmacoterapia utilizada pelos idosos são considerados inapropriados conforme critério utilizado. Observou-se a necessidade de readequar a assistência farmacêutica local, no sentido de disponibilizar à população idosa medicamentos mais seguros e igualmente eficazes.

crisdressler2005@yahoo.com.br

Palavras-chave:

Farmacoepidemiologia; Uso de Medicamentos; Saúde do Idoso; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: increased longevity and prevalence of diseases place the elderly in the age group with the highest therapeutic diversity in society. **Objective:** identification of potentially inappropriate medications for dispensation for the elderly in a municipal pharmacy. **Method:** cross-sectional study with data collected in the months of August and September 2014, through individual interviews with a semi-structured questionnaire. Medications potentially inappropriate for the elderly were identified by the 2003 Beers Criteria. Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences version 20.0. **Results:** 300 elderly individuals were interviewed, with a 43% prevalence of inappropriate drugs for the elderly, most of which act on the nervous system (83.9%). **Conclusion:** 43% of the pharmacotherapy used by the elderly are considered inappropriate according to the criterion adopted. It is necessary to readjust the local pharmaceutical care so as to provide the elderly with safer and equally effective medicines.

Keywords:

Pharmacoepidemiology; Drug Use; Health of the Elderly; Unified Health System.



INTRODUÇÃO

No Brasil, há aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e em 2025, esse número chegará a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo, em número de idosos. Já, em 2050 é provável que o número de pessoas idosas seja maior ou igual ao de crianças e jovens de 0 a 15 anos, fato este marcante em todo o mundo.¹

Com o processo de envelhecimento, várias mudanças podem afetar a metabolização dos medicamentos, o que desperta muitas preocupações.² Na população idosa, dentre as diversas características clínicas, as respostas aos medicamentos diferem daquelas apresentadas por indivíduos mais jovens, isto se deve às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento. A ocorrência dessas alterações são mais pronunciadas e mais severas em relação a determinados medicamentos, especialmente os que apresentam meia-vida longa e faixa terapêutica estreita, onde a concentração sérica terapêutica é muito próxima à concentração tóxica. Nos anos 90, começaram a ser propostos critérios com o objetivo de definir os medicamentos considerados pouco seguros para idosos e cuja prescrição deveria ser evitada nesses indivíduos, correspondendo ao conceito de medicamentos inapropriados para idosos (MIP), sendo que o risco inerente ao seu uso é tido como superior ao seu benefício.³

Os medicamentos são considerados inapropriados para os idosos através do Critério de Beers, criado em 1991, baseado em trabalhos publicados sobre a farmacologia no idoso e medicamentos. Esta lista serve de critério para que médicos e sistemas de saúde possam se basear para integrar estas recomendações, evitando assim a prescrição de medicamentos inapropriados aos idosos. Fick e colaboradores, anos mais tarde, atualizaram esses critérios, dividindo-os em: 1) Medicamentos ou classes inapropriadas para idosos, evitando-se o uso nesta faixa etária independente do diagnóstico ou da situação clínica, devido ao alto risco de reações adversas e existência de outros fármacos mais seguros; 2) Medicamentos ou classes inapropriadas para idosos, onde não devem ser usados em definidas situações clínicas.⁴⁻⁶

A divulgação dos resultados de pesquisas que envolvem a prevalência de MIP é uma tentativa para sensibilizar os gestores de saúde, públicos e privados, quanto à importância da revisão dos

catálogos de medicamentos dispensados à população idosa, procurando uma adequação que permita uma prescrição mais racional e a redução do risco de reações adversas.³

Faustino e colaboradores⁷ reforçam que os profissionais que lidam com pacientes idosos precisam saber quais são as práticas de prescrição adequadas, por meio do acesso a protocolos de uso de medicamentos e ações relativas à educação continuada. Com isso, o conhecimento de práticas adequadas diminuiria as chances de ocorrências de MIP.

Em uma pesquisa realizada em 12 municípios de São Paulo, no ano de 2009, quando foram avaliadas as listas padronizadas municipais, o critério de Beers foi utilizado como ferramenta para classificação dos MIPs, quando encontrou-se alta prevalência, representando de 19,6% a 29,6% do número total de medicamentos padronizados nestas listas. Os MIPs que atuam no sistema nervoso foram os mais prevalentes, seguidos pelos que atuam no sistema cardiovascular e no sistema músculo-esquelético. O número de MIP das listas padronizadas municipais de medicamentos avaliadas que apresentavam alguma alternativa farmacoterapêutica mais segura entre as especialidades farmacêuticas padronizadas, variou de 50,0% a 84,2% dos MIPs, com um valor médio de 73,2%. Esses resultados indicam a necessidade da adoção de estratégias como a implantação de protocolos clínicos para prescrição para idosos, mudanças no ensino médico e acompanhamento multiprofissional dos pacientes idosos.⁸

Assim, tendo em vista a importância de estudar e conhecer o perfil da utilização de medicamentos em idosos o estudo teve como objetivo identificar os medicamentos potencialmente inapropriados e fatores associados durante a dispensação de medicamentos para idosos em uma farmácia básica do Sul do Brasil.

MÉTODO

O delineamento do estudo foi transversal. A pesquisa foi realizada em uma farmácia básica e foram entrevistados 300 indivíduos, sendo a amostra consecutiva e não aleatória constituída de idosos, que buscaram os serviços da farmácia no período do estudo, independente do sexo, capazes de se comunicar e responsáveis pela sua medicação.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que retiraram seus medicamentos na Farmácia Municipal de Santa Cruz

do Sul – RS, que aceitaram participar do estudo, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2014, através de um questionário com perguntas abertas e fechadas. Foi assegurado o sigilo das informações coletadas e que a rejeição não implicaria em nenhum dano ao participante.

A variável dependente MIP foi identificada, através do Critério de Beers, atualizado em 2012.⁶

A REMUME do município de Santa Cruz do Sul possui uma lista de 95 medicamentos essenciais e destes, 10 encontram-se na lista de Beers, pertencentes às classes de antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, digitálicos, antiarrítmicos, antianêmicos, benzodiazepínicos e antibióticos.

A entrada e análise dos dados foram realizadas no software SPSS versão 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences 20.0*). Realizaram-se análises descritivas e univariadas. Para isto, foram aplicados os testes de Qui-quadrado de Person e associação linear.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob protocolo nº 750.164, seguindo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra a distribuição dos idosos segundo características sociodemográficas e uso de medicamentos inapropriados. A população pesquisada era predominantemente do sexo feminino (76,7%), cor branca (88%), composta por 70% de indivíduos com idade entre 60 e 69 anos e 83% moravam acompanhadas. Quanto à escolaridade, 90,3% sabiam ler e escrever. A maioria dos idosos tinham como provedor de serviços de saúde apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) (80,3%). Quanto aos fatores comportamentais, 14,3% dos idosos eram fumantes e disseram ter esse hábito há vários anos e 66,3% não realizavam atividade física, a maioria realizava trabalho remunerado (80,7%). A maioria dos entrevistados (61,3%) tinham realizado de 1 a 3 consultas médicas nos últimos 6 meses.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e uso de medicamentos potencialmente inapropriados. Município de Santa Cruz do Sul, Brasil, 2014.

Características sociodemográficas	Amostra total (n = 300)		Uso de medicamentos potencialmente inapropriados (n = 161) %	Valor de p *
	n	%		
Sexo				<0,05
Masculino	63	23,3	33,3	
Feminino	227	76,7	47,6	
Cor				0,964
Não Branca	34	12,0	44,1	
Branca	256	88,0	44,5	
Faixa etária				0,564
60 a 69 anos	202	70,0	46,5	
70 a 79 anos	75	25,7	40,0	
80 anos ou mais	13	4,3	38,5	
Sabe ler e escrever				0,521
Não	21	7,7	47,6	
Sim	264	90,3	44,7	
Só assina o nome	5	2,0	20,0	
Realiza atividade física				0,591
Não	193	66,3	45,6	
Sim	97	33,7	42,3	
Fuma				0,532
Não	198	68,0	46,5	
Sim	40	14,3	45,0	
Ex-fumante	51	17,3	37,3	
Não respondentes	1	0,3	0,0	
Número de moradores				0,299
Mora sozinho	50	16,7	38,0	
Mora com alguém	239	83,0	46,0	
Trabalho remunerado				0,492
Não	234	19,0	44,9	
Sim	55	80,7	41,8	
Não respondentes	1	0,3	100,0	
Plano de saúde privado				0,801
Não	234	80,3	44,0	
Sim	53	18,7	47,2	
Não respondentes	3	0,7	50,0	

Autopercepção da saúde				0,947
Excelente	16	5,7	37,5	
Boa	246	84,7	44,7	
Ruim	15	5,3	46,7	
Não respondentes	13	4,3	46,2	
Consulta nos últimos 6 meses				0,733
Nenhuma	97	34,0	41,2	
1 a 3	180	61,3	46,1	
4 ou mais	13	4,7	46,2	
Polifarmácia				<0,05
1 a 4 medicamentos	191	63,7	39,8	
5 ou mais medicamentos	99	33,0	53,5	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

Em relação aos medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos a prevalência foi maior em indivíduos do sexo feminino (47,6%) ($p < 0,05$), de cor branca (44,5%) ($p=0,964$), faixa etária entre 60 e 69 anos de idade (46,5%) ($p=0,564$), analfabetos (47,6%) ($p=0,521$), que não possuíam trabalho remunerado (44,9 %) ($p=0,492$), com plano de saúde privado (47,2%) ($p=0,801$), moravam com alguém (46%) ($p=0,299$), não realizavam atividade física (45,6%) ($p=0,591$), não fumavam (46,5%) ($p=0,532$), não consumiam bebida alcoólica (46,4%) ($p=0,640$),

consideravam sua percepção de saúde ruim (46,7%) ($p=0,947$), não tinham adesão ao tratamento (49%) ($p=0,281$), complexidade do tratamento era alta (57,3%) ($p<0,05$), que teve 4 ou mais consultas nos últimos seis meses (46,2%) ($p=0,733$) e faziam uso de polifarmácia (53,5%) ($p<0,05$). Destaca-se que o uso de medicamento potencialmente inapropriado para idosos foi estatisticamente significativo ($p<0,05$) no sexo feminino, com alta complexidade do tratamento e com polifarmácia.

Tabela 2 - Identificação e efeito de medicamentos inapropriados para idosos.

Medicamento inapropriado	%	Presente na REMUME	Efeito no idoso
Aparelho digestivo e metabolismo			
Sene+cáscara sagrada	0,6	Não	Pode acentuar disfunção intestinal.
Sangue e órgãos hematopoiéticos			
Sulfato ferroso+associações	0,6	Não	Pode aumentar a constipação
Aparelho cardiovascular			
Amiodarona	0,6	Sim	Risco de provocar torsades de pointes. Há falta de eficácia em idosos.
Cloridrato de clonidina	1,2	Não	Pode causar hipotensão ortostática e efeitos adversos do sistema nervoso central
Digoxina	1,2	Sim	A diminuição da depuração renal pode conduzir a um risco aumentado de efeitos tóxicos.
Doxazosina	0,6	Não	Potencial para hipotensão, boca seca e problemas urinários.
Metildopa	2,5	Sim	Pode causar bradicardia e exacerbar depressão em pacientes idosos.
Nifedipino	0,6	Não	Potencial para hipertensão e constipação
Sistema músculo-esquelético			
Carisoprodol+diclofenaco sódico+paracetamol+caféina	0,6	Não	Causam efeitos adversos anticolinérgicos, sedação e fraqueza. A eficácia em doses toleradas por pacientes idosos é questionável
Ciclobenzaprina	1,9	Não	Causam efeitos adversos anticolinérgicos, sedação e fraqueza. Além disso, a sua eficácia em doses toleradas por pacientes idosos é questionável.
Dipirona sódica+ citrato de orfenadrina +caféina anidra	2,5	Não	Causa sedação e efeitos adversos anticolinérgicos
Paracetamol+ carisoprodol+fenilbutazona	0,6	Não	Causam efeitos adversos anticolinérgicos, sedação e fraqueza. A sua eficácia em doses toleradas por pacientes idosos é questionável
Sistema nervoso			
Amitriptilina	29,2	Sim	Propriedades anticolinérgicas e sedativas.
Diazepam	14,9	Sim	Meia-vida longa, sedação prolongada, aumento do risco de quedas e fraturas.
Fluoxetina	39,8	Sim	Meia-vida longa, pode levar a hiperestimulação do sistema nervoso central, distúrbios do sono e agitação excessiva.
Aparelho respiratório			
Maleato de dexclorfeniramina	1,9	Sim	Propriedades anticolinérgicas.
Betametasona+maleato de dexclorfeniramina+	0,6	Não	Propriedades anticolinérgicas.

Dos entrevistados, 96,7% os seus medicamentos sozinhos e consideravam sua percepção de saúde boa (84,7%). O número total de medicamentos citados foi de 1.088, obtendo-se uma média de 3,6 medicamentos por idoso. A maioria, 63,7%, fazia uso de 1 a 4 medicamentos e 33% faziam uso de 5 ou mais, caracterizando como polifarmácia. Quanto aos problemas de saúde apresentados pelos idosos, as doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (44%), depressão (43%), colesterol (32%) e diabetes (21%).

No estudo, constatou-se uma prevalência de 53,66% de medicamentos potencialmente inapropriados entre os idosos, 33,7% utilizavam um único medicamento, potencialmente inapropriado. A frequência proporcional de cada medicamento potencialmente inapropriado usado pelos idosos participantes do estudo, seus possíveis efeitos e a presença ou não do medicamento na lista da REMUNE são apresentados na Tabela 2.

Os medicamentos potencialmente inapropriados mais utilizados foram aqueles que atuam no sistema nervoso (83,9%), sendo a fluoxetina a mais utilizada (39,8%), seguido da amitriptilina (29,2%) e do diazepam (14,9%). O segundo grupo mais utilizado foi o de medicamentos que atuam no aparelho cardiovascular (6,8%), destacando-se a metildopa (2,5%). Os medicamentos que atuam no sistema musculoesquelético representaram 5,6% dos medicamentos potencialmente inapropriados utilizados e, desses, o mais utilizado foi a orfenadrina (2,5%).

DISCUSSÃO

Neste estudo, foram considerados significativos a relação entre o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos com o sexo feminino, a alta complexidade do tratamento e a polifarmácia. Do total de idosos entrevistados, 53,66% faziam uso de MIP.

Houve predomínio de mulheres (76,7%) e faixa etária entre 60 a 69 anos (70%); estes resultados coincidem com um estudo realizado por Ribas e Oliveira⁹ em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí – RS e também em outros estudos.^{10,11} Dos entrevistados, 16,7% relataram morar sozinhos, já na pesquisa de Porciúncula et al.¹² no Nordeste do Brasil, este valor chegou a 34,1%. A grande maioria (90,3%) referiu saber ler e escrever, o

que difere significativamente do estudo de Smanioto e Haddad¹³ em Londrina – PR em que 80% dos idosos eram analfabetos. Quando questionados quanto à ocupação, 76% responderam ser aposentados, resultado muito próximo do encontrado em estudo realizado em idosos no Rio Grande do Norte, onde 80% dos estudados recebiam seus salários oriundos de aposentadorias ou pensões.¹⁴

Calcula-se que em torno de 70 a 80% das pessoas idosas são dependentes, única e exclusivamente dos serviços públicos de saúde, evidenciado no estudo (80,3%), o que leva a refletir que os serviços de saúde pública precisam se adequar ao envelhecimento populacional, principalmente no que se refere à atenção primária.¹⁵

A maioria relatou não consumir bebida alcoólica (75,7%) e entre os que consumiam, prevaleceu o consumo de “1 a 2 dias por semana” (14,7%), seguida de “3 a 4 dias por semana” (7,3%). Apenas 1,7% relatou ingerir mais que 5 dias na semana. E ainda, 14,3% dos idosos tinham o hábito de fumar. Quanto à atividade física, 66,3% dos idosos não tinham esta prática regular. Estes resultados são muito semelhantes aos encontrados por Luzet al.¹⁶ no município de Palmeira das Missões-RS.

O alcoolismo é considerado um grande problema de saúde pública, visto que os idosos, na maioria das vezes, tornam-se vulneráveis ao uso de álcool e tabaco. Pelo fato dos idosos fazerem parte de um grupo que apresenta muitos problemas de saúde, o consumo de muitos medicamentos que em combinação com as substâncias danosas presentes no álcool e no fumo, tornam a população idosa mais suscetível a interações medicamentosas e com alimentos, agravando assim o quadro instalado e causando dificuldade para a recuperação e interação social.¹⁷ O tabagismo é apontado como uma das principais causas de doenças em boa parte do mundo, podendo levar até a morte, pois o cigarro desfavorece a longevidade, sendo um fator de risco para várias doenças, como doenças respiratórias, cardiovasculares e câncer.¹⁸

No estudo, 66,3% dos entrevistados não praticavam atividade física, deve-se considerá-la como uma estratégia de promoção da saúde, com o intuito de incorporar essa prática no dia-a-dia da população idosa, podendo através disso reduzir o número de doenças crônicas no aspecto geral da morbimortalidade brasileira e também assim melhorar a auto avaliação da qualidade de vida.¹⁹

Conforme estudo realizado em Minas Gerais, menos de 25% dos idosos relataram apresentar dificuldade na tomada de seus medicamentos e a orientação dos serviços de atenção primária à saúde foi a razão citada pelos idosos para a ausência desta dificuldade.²⁰ Este dado torna-se relevante ao evidenciar que neste estudo, 96,7% dos entrevistados tomam seus medicamentos sozinhos, reforçando a importância da orientação neste estágio da vida que requer maior atenção e cuidados.

No presente estudo, quando questionados sobre a percepção de saúde, 84,7% responderam que era boa. Resultado próximo foi encontrado em estudo realizado em Minas Gerais, em que a maior parte dos entrevistados definiram a saúde como “boa” ou “razoável”, embora a maioria também apresentasse condições crônicas de saúde que variavam em grau e necessidade.²¹ A auto-avaliação subjetiva do estado de saúde tem merecido considerável atenção como um indicador associado ao declínio da autonomia funcional e até mesmo da mortalidade entre idosos.²² Em outro estudo realizado com idosos na cidade de Bagé/RS, 59,4% consideravam sua saúde muito boa/boa.²³

Verificou-se que a média de medicamentos utilizados no presente estudo (3,6) foi menor ao encontrado por Ribas e Oliveira (4,6)⁹ e por estudo realizado na Bahia (5,6).²⁴

Carvalho e colaboradores²⁵ em 2012 identificaram a utilização de polifarmácia em 36% dos entrevistados no município de Carlos Barbosa-RS. Neste estudo a prevalência foi semelhante, a polifarmácia foi identificada em 33% dos entrevistados. A prevalência alta de polifarmácia pode estar relacionada à maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, o que pode levar a um diagnóstico maior de doenças crônicas e como consequência, maior número de medicamentos prescritos.²⁶

Dos 16 medicamentos, potencialmente inapropriados utilizados pelos idosos, 10 fazem parte da REMUME de Santa Cruz do Sul, apresentando aplicação clínica no tratamento de patologias nos sistemas cardiovascular, nervoso e respiratório. Os de maior prevalência foram a fluoxetina, a amitriptilina e o diazepam. Achados semelhantes foram encontrados por Bueno e colaboradores,²⁷ onde os autores ainda destacaram que esses fármacos deveriam ser evitados, pois existem outras alternativas farmacológicas menos prejudiciais aos idosos. Os medicamentos que atuam nos sistemas cardiovascular e nervoso possivelmente

foram os mais utilizados, pelo fato das doenças crônico-degenerativas atingirem mais frequentemente essa faixa etária,²⁸ também evidenciado no estudo, onde 44% dos entrevistados tinham hipertensão arterial.

No estudo, 53,66% dos medicamentos utilizados, eram MIP, a fluoxetina foi o MIP mais utilizado pelos idosos, é um inibidor seletivo da recaptação da serotonina, com ação antidepressiva e psicoanaléptica que atua no sistema nervoso, sua efetividade é questionável nas doses toleradas por idosos. Por isso, esse medicamento deve ser evitado (principalmente para uso prolongado), pois apresenta meia-vida longa, o que pode ocasionar estimulação exagerada do sistema nervoso central, agitação e distúrbios do sono e por existirem alternativas mais seguras com a mesma atividade terapêutica.⁶ Em estudo realizado em Minas Gerais, 44,2% dos idosos pesquisados utilizavam MIP.²⁹

A amitriptilina dificilmente é o antidepressivo escolhido para pacientes idosos, pois as consequências do seu uso são de elevada gravidade. A hipotensão ortostática, elevada sedação e os efeitos anticolinérgicos são maiores que os de outros antidepressivos tricíclicos.^{4,30}

O diazepam é um benzodiazepínico de longa duração considerado inapropriado por ter meia-vida longa em idosos, causando sedação prolongada e elevado risco de quedas e fraturas. O alto risco relacionado ao uso, tanto desse medicamento, quanto o da fluoxetina e amitriptilina preocupa e alerta para necessidade de mudanças na seleção de medicamentos para idosos.⁵

Cruz e colaboradores³¹ constataram que o uso prolongado de diazepam em idosos ocasionou efeitos adversos como dores articulares, tontura, angústia e depressão, o que pode causar elevação dos riscos de dependência e tolerância a esses fármacos. Assim, reforçam que o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pode desencadear interações medicamentosas e reações adversas desnecessárias, levando os usuários a riscos também desnecessários.

O inibidor alfa-adrenérgico metildopa, que atua no sistema cardiovascular, foi o medicamento inapropriado mais utilizado desta classe. Em decorrência dos efeitos no sistema nervoso central, como bradicardia e exacerbação de depressão, a metildopa não é considerada um medicamento de primeira escolha para tratar hipertensão em idosos, sendo necessário, inclusive, ajuste de dose dependente

da função renal.^{5,6}

Os fármacos que atuam no sistema musculoesquelético têm potencialidade para causar aumento da pressão arterial, sangramento digestivo e insuficiência cardíaca e renal. A maior parte dos relaxantes musculares e medicamentos antiespasmódicos não são bem tolerados pelos pacientes idosos, pelo fato de causarem efeitos anticolinérgicos, além de fraqueza e sedação. Além disso, o efeito terapêutico desses medicamentos pela população idosa é questionável.^{6,32}

Recentemente a elevada proporção de polifarmácia de medicamentos contínuos e os medicamentos potencialmente inapropriados são dois dos maiores problemas referentes à segurança do uso de medicamentos, sendo considerados fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos as interações medicamentosas, qualidade de vida insuficiente, hospitalização e até mesmo óbito. O uso de fármacos potencialmente inapropriados tem relação também a problemas de saúde que podem ser prevenidos, como constipação, imobilidade, riscos de fratura de quadril, confusão e depressão.³³⁻³⁵

Guaraldo e colaboradores³⁶ em revisão sistemática apontaram que a polifarmácia é a variável mais associada com o uso de medicamentos potencialmente inapropriados, assegurando que o uso de diversos medicamentos pode sujeitar a população idosa a substâncias cujos riscos vão além dos benefícios.

Em outra pesquisa realizada no município de São Paulo, com 1.254 indivíduos com 60 anos ou mais, verificou-se a prevalência de 28% de uso de medicamentos potencialmente inapropriados, onde foi identificado o uso de 36 medicamentos potencialmente inapropriados, a maioria de venda sob prescrição. Dentre esses, 13,8% utilizavam dois medicamentos potencialmente inapropriados, e alguns utilizavam até cinco desses medicamentos.³⁰

Em estudo realizado numa Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí – RS, com 286 idosos para identificar seus medicamentos em uso, das 87 especialidades farmacêuticas, 14 (16,09%) foram considerados medicamentos potencialmente inapropriados de acordo com os critérios de Beers, que foram prescritos a 62 (21,68%) idosos.⁹

Pode-se perceber que houve a presença de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos no SUS, em que através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME),

o município tem sua própria lista de medicamentos disponibilizados à população através da REMUME.

O processo de seleção de medicamentos é indispensável para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, por um valor viável para a administração pública³⁷. Os medicamentos que fazem parte das listas padronizadas dos municípios são em muitas vezes a melhor opção farmacoterapêutica (relação custo, eficácia, segurança, e comodidade de uso) para várias faixas etárias da população. Entretanto, muitos dos medicamentos padronizados pelo município são considerados MIP⁸ Isto gera a necessidade do desenvolvimento de estratégias que orientem os prescritores na escolha da terapêutica dos pacientes idosos, pois o grupo averiguado possui em geral bastante dependência de medicamentos disponíveis de forma gratuita pelo SUS, o que confere aos profissionais de saúde e gestores maior responsabilidade e preocupação quanto à saúde e bem-estar dos idosos. Esta grande demanda pela busca de medicamentos no serviço de farmácia pode proporcionar uma relação ativa entre o farmacêutico e o paciente, com o fim de promover a saúde do idoso no município.

O estudo ressalva a importância de o profissional prescritor ter conhecimento da influência que um MIP pode exercer sobre o idoso, para assim evitar a prescrição inadequada e gerar possíveis reações adversas. Pode-se perceber que os idosos que retiram medicamentos na farmácia municipal de Santa Cruz do Sul estão expostos a um considerável número de MIP, possivelmente pelo fato dos médicos prescreverem medicamentos em que o acesso é de forma gratuita para os pacientes, facilitando assim a adesão ao tratamento, pois muitos não têm condições de comprar sua medicação.

O risco associado ao uso por mulheres, pessoas com duas ou mais doenças ou que usam cinco ou mais medicamentos faz com que esses sejam grupos que merecem atenção especial, dado o potencial de sofrerem eventos adversos graves, com consequências negativas aos idosos e ao sistema de saúde.³⁰

Neste estudo não foi possível estabelecer contato com os prescritores dos medicamentos identificados como MIP, por estes encontrarem-se em diversos locais da rede básica de saúde e pelo fato do local de coleta de dados ocorrer na farmácia básica do município, local este que somente ocorre a dispensação dos medicamentos. No entanto, estes dados contribuirão para que gestores e profissionais

da rede básica de saúde do município de Santa Cruz do Sul e, a exemplo, outros municípios se mobilizem no sentido de implementar estratégias que visem o uso racional de medicamentos, viabilizando um novo cenário em prol do desenvolvimento saudável e ativo da população idosa.

Contribuição dos autores

Garske CCD, Cassol D e Schneider APH, contribuíram substancialmente para a concepção e delineamento do estudo, elaboraram as versões preliminares do manuscrito, realizaram a análise e redação do manuscrito.

Morsch LM contribuiu no delineamento do estudo e revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integralidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Estatuto do idoso. Brasília (DF): Senado Federal. 2013. Epub 3.
2. Oliveira LPBA, Santos SMA. An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care. *Rev Esc Enferm USP* 2016;50(1):167-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100021>
3. Passarelli MCG. Medicamentos Inapropriados para idosos: um grave problema de saúde pública. São Paulo: Centro de Vigilância Sanitária, 2006.
4. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch of internal medicine* 1991;151(9):1825-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1991.00400090107019>
5. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch of internal medicine*. 1997 Jul 28;157(14):1531-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1997.00440350031003>
6. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch of internal medicine*. 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.163.22.2716>
7. Faustino CG, Passarelli MCG, Jacob-Filho W. Potentially inappropriate medications among elderly Brazilian outpatients. *Sao Paulo Medical Journal*. 2013;131:19-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802013000100004>
8. Obreli Neto PR, Cuman RKN. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e sua presença no SUS: Avaliação das Listas Padronizadas. *Rev Bras de Geriatria e Gerontologia*. 2011;14:285-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200009>
9. Ribas C, Oliveira KR. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. *Rev Bras de Geriatria e Gerontologia*. 2014;17:99-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100011>
10. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro; 20(3): 375-387; 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>
11. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*, 51:52; 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s15188787.2017051006556>
12. Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Rev Bras de Geriatria e Gerontologia*. 2014;17:315-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200009>
13. Smanioto FN, Haddad MCL. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. *Rev Bras de Enfermagem*. 2013;66:523-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400009>
14. Ferreira CL, Mata ANS, Santos LMO, Maia RS, Maia EMC. Velhice e projetos de vida: um estudo com idosos residentes no município de Natal/RN, Brasil. *Estud. interdiscipl. envelhec*. Porto Alegre. 2010; 15(2): 165-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300010>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 fev. 25]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>.
16. Luz EPd, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva LAAd, Silva FPd, 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 de Geriatria e Gerontologia*. 2014;17:303-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200008>
17. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev bras geriatr gerontol*. 2011;14(Supl 4):713-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400010>
18. Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Tabagismo em idosos; Smoking in the elderly. *Rev bras geriatr gerontol*. 2010;13(2):313-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200015>
19. Mittelman C. Efeitos da atividade física na saúde mental do idoso: estudo de revisão de artigos científicos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
20. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras de Epidemiologia* 2012;15:817-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400013>
21. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho, AI; Uchôa, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2010;44:159-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100017>
22. Desalvo KB, Muntner P. Discordance between physician and

- patient self-rated health and all-cause mortality. *Ochsner J* 2011; 11: 232-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-015-0074-4>
23. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública* 2013;47(6):1092-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
24. Andrade KVF, Filho CS, Junqueira LL. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo transversal em instituição psiquiátrica. *J Bras Psiquiatr* 2016;65(2):149-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-208500000116>
25. Silva CSO, Pereira MI, Yoshitome AY, Neto JFR, Barbosa DA. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna* 2010;14(4):811-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400022>
26. Dal Pizzol TdS, Pons EdS, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MdLRd, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2012;28:104-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011>
27. Bueno CS, Bandeira VAC, Oliveira KRd, Colet CdF. Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da UNIJUÍ. *Rev Bras de Geriatr Gerontol* 2012;15:51-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100006>
28. Aguiar PM, Lyra Junior D, Silva DT, Marques TC. Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares no nordeste do Brasil. *Lat Am J Pharm* 2008;27(3):454-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100006>
29. Lopes LM, Figueiredo TP, Costa SC, Reis AMM. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(11): 3429-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.14302015>
30. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAdO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública* 2014;30:1708-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00055613>
31. Cruz A, Fulone I, Alcalá M, Fernandes A, Montebelo M, Lopes L. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. *Rev de Ciên Farmacêuticas Básica e Aplicada* 2009;27(3):259-67.
32. Ness J, Hoth A, Barnett MJ, Shorr RI, Kaboli PJ. Anticholinergic medications in community-dwelling older veterans: prevalence of anticholinergic symptoms, symptom burden, and adverse drug events. *The American journal of geriatric pharmacotherapy* 2006;4(1):42-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2006.03.008>
33. Silvestre JA, Costa Neto MMd. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2003;19:839-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300016>
34. Simonson W, Feinberg JL. Medication-related problems in the elderly : defining the issues and identifying solutions. *Drugs & aging* 2005;22(7):559-69.
35. Fick DM, Maclean JR, Rodriguez NA, Short L, Heuvel RV, Waller JL, et al. A randomized study to decrease the use of potentially inappropriate medications among community-dwelling older adults in a southeastern managed care organization. *Am J Manag Care* 2004;10(11 Pt 1):761-8.
36. Guaraldo L, Cano FG, Damasceno GS, Rozenfeld S. Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. *BMC geriatrics* 2011;11:79. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-79>
37. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais: Organização Pan-Americana da Saúde*; 2003.

Recebido em:27/07/2017

Aceito em:20/03/2018

Como citar: GARSKE, Cristiane Carla Dressler et al. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos dispensados por uma farmácia básica do sul do Brasil. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul*, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12586>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.12586>



Comportamento comunicativo em oncologia: perspectiva de médicos e pacientes

Communicative behavior in oncology: the perspective of physicians and patients

Bruna Madrid da Rosa¹, Miguel Luis Alves de Souza¹, Aline Daniela Fernandes Lopes¹, Elisa Kern de Castro¹

1- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS, Brasil.

RESUMO

elisakc@unisinós.br

Palavras-chave:
Comunicação; Relação médico-paciente; Comunicação em Saúde; Neoplasias.

Objetivo: examinar e comparar as percepções de médicos e pacientes a respeito do comportamento comunicativo do médico que atua na oncologia. **Método:** participaram 58 médicos e 68 pacientes adultos com diagnóstico de diferentes tipos e estágios da doença. Os participantes responderam a um Questionário sociodemográfico e ao Questionário do comportamento comunicativo do médico - versão de médicos e pacientes. **Resultados:** sugeriram que as percepções sobre o comportamento comunicativo do médicos e pacientes foram significativamente diferentes no que se refere às dimensões Desafio, Encorajamento e elogio e Controle. **Conclusão:** os médicos perceberam que seu comportamento comunicativo é mais positivo do que os pacientes. É importante que médicos e pacientes se comuniquem de forma clara afim de favorecer uma boa relação e promover bons resultados do tratamento.

ABSTRACT

Keywords:
Communication; Physician-patient relationship; Health communication; Neoplasms.

Objective: the purpose of this study was to examine and compare the perspectives of physicians and patients regarding the communicative behavior of physicians who work in oncology. **Method:** participants were 58 physicians and 68 adult patients with different types and stages of cancer. Both physicians and patients answered a sociodemographic questionnaire and the Physician Communicative Behavior Questionnaire – in versions for physicians and patients. **Results:** results suggested that physicians' perspectives about their communicative behavior are significantly different from that of patients regarding the following dimensions: Challenge, Encouragement and praise, and Control. **Conclusion:** physicians perceived their own communicative behavior more positively than patients. It is important that physicians and patients communicate clearly about disease and treatment to promote a good relationship and promote positive treatment results.



INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer costuma impactar de forma negativa a vida das pessoas, seja pelos efeitos adversos do tratamento (ex. perda de cabelo, procedimentos dolorosos, perda de peso, perdas emocionais e sociais) ou pelo intenso medo da morte.¹ Essas mudanças e o abalo emocional causado pela doença precisam ser consideradas pelos profissionais da saúde que atuam em oncologia a fim de proporcionar um melhor atendimento ao paciente. O estresse psicológico causado pelo impacto do diagnóstico pode ser amenizado por meio de uma comunicação eficaz e de apoio emocional por parte dos médicos e de toda a equipe de saúde.²

Em saúde, existem quatro componentes que ajudam a compreender a comunicação: 1) objetivos dos participantes com a comunicação; 2) necessidades, crenças, valores, conhecimentos, habilidades e emoções de cada participante; 3) o processo de comunicação e a forma com que as mensagens são enviadas e recebidas; e 4) avaliação do contexto em que a comunicação ocorre. A verificação prévia de todos estes componentes é essencial para que a comunicação aconteça de forma mais efetiva.³

Na área da saúde, em especial na oncologia, uma comunicação eficaz pode ajudar o paciente a entender e enfrentar seus problemas, perceber a sua participação em busca de alternativas para a solução dos mesmos e também ajudá-lo a buscar novos padrões de comportamento.⁴ Entende-se por comunicação eficaz, no contexto da oncologia, o diálogo existente entre o paciente e profissional em que as informações são trocadas com sucesso e ambas as partes podem expressar suas opiniões e expor seus questionamentos ou preocupações.⁵ O profissional da saúde, não só o médico, tem grande responsabilidade sobre o que acontece com o paciente (emoções, atitudes, intenções), ao verificar ou não o entendimento dele sobre as mensagens emitidas.⁶ Os pacientes geralmente emitem pistas, verbais ou não verbais, sobre seus desconfortos e preocupações, que podem ser de ordem psicológica ou social. A identificação desses elementos manifestados permite que os profissionais tracem cursos de ação de forma mais empática, favorecendo a comunicação com os pacientes e valorizando seu conteúdo emocional.^{7,8}

A comunicação é essencial para o profissional estabelecer uma relação de confiança com o paciente, colher informações e ajudá-lo nas decisões sobre

seus cuidados.⁴ Uma das tarefas mais difíceis no tratamento do câncer é determinar a melhor forma de se comunicar com os pacientes e fornecer apoio emocional adequado, de forma que haja empatia, simpatia, escuta, humor, que incentive perguntas e que verifique a compreensão do paciente. A comunicação técnica com apoio emocional (provisão de informações técnicas relativas ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, considerando também os aspectos emocionais do paciente) favorece a sensação de amparo e a satisfação do paciente oncológico, além de ampliar sua esperança na vida e oferecer conforto perante a morte.⁹

Atualmente, evidencia-se uma tendência de comunicação médica mais clara, expondo abertamente diagnósticos e prognósticos.^{3,10,11} É comum que os pacientes queiram mais informações sobre seu estado de saúde e também queiram participar ativamente nas decisões sobre seu tratamento, estando esclarecidos acerca de suas chances de sucesso e também com relação a possíveis efeitos colaterais.¹² Também é importante considerar que quanto mais alinhada for a comunicação, melhor será o entendimento do paciente acerca de sua doença e de como proceder com seu tratamento. Uma boa comunicação pode resultar em melhor saúde emocional e melhoria dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes.¹³ Desta forma, quanto mais próxima estiver a percepção dos pacientes e dos profissionais acerca da forma como se comunicam, mais a comunicação tende a ser eficaz, impactando em melhores condições de tratamento.⁹

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi examinar e comparar a percepção de pacientes e médicos a respeito do comportamento comunicativo de médicos que atuam na área da oncologia.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 68 pacientes adultos com câncer em tratamento ambulatorial e 58 médicos que trabalham diretamente com oncologia. Os pacientes tinham diferentes diagnósticos de câncer e estavam estágios distintos da doença.

A amostra foi selecionada por conveniência, através da técnica bola de neve. Os critérios para inclusão dos pacientes foram ter mais de 18 anos e estar em tratamento ambulatorial para câncer. Já os critérios para inclusão dos médicos eram

atuar diretamente com pacientes com câncer e ter experiência de pelo menos um ano de trabalho com esses pacientes.

Instrumentos

1. Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, para levantar dados sobre idade, sexo, diagnóstico, tempo de diagnóstico, comorbidades etc.

2. Questionário dos dados sociodemográficos dos médicos, para levantar dados sobre idade, sexo, especialidade, tempo de atuação profissional na Instituição e carga horária de trabalho.

3. Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM) – versão paciente e versão profissional.¹⁴ O instrumento analisa a percepção dos pacientes e dos próprios profissionais em relação ao comportamento comunicativo do médico. Este questionário contém perguntas sobre a interação que o paciente tem com o médico durante a consulta. É composto por 23 questões divididas em cinco dimensões, que são: desafio; encorajamento e elogio; apoio não verbal; compreensão e relação amigável, e controle. As respostas são informadas a partir de uma escala Likert de cinco pontos. A análise de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala original total é de 0,87. Nesse estudo, o alfa encontrado da escala total foi de 0,94 (e as dimensões variaram de 0,65 a 0,90).

Procedimentos e delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento observacional transversal e de comparação de grupos (médicos e pacientes).¹⁵ O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade [nome omitido] (CEP 16/008).

As respostas aos questionários se deu de forma online, através de tablets, celulares ou computadores. O convite para participação na pesquisa continha um link que direcionava o acesso para o formulário online criado em uma plataforma digital (google docs). Antes de preencher os instrumentos, os participantes deveriam aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online. O tempo médio para preencher os questionários foi de 20 minutos por pessoa.

Os médicos e pacientes foram acessados tanto através de grupos de redes sociais de médicos e pacientes (Facebook e LinkedIn), de e-mails

direcionados para contatos pedindo a divulgação da pesquisa e também de forma presencial. A coleta de dados presencial ocorreu principalmente com pacientes que estavam em tratamento quimioterápico em um hospital do [local omitido] e pacientes vinculados a uma Organização Não Governamental (ONG) situada em [local omitido]. Mesmo os pacientes que foram acessados de forma presencial responderam aos instrumentos na plataforma online.

Análise de dados

Todos os dados obtidos através dos instrumentos foram tabulados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0.¹⁶ Foram realizadas análises descritivas dos questionários (médias, desvio padrão, frequência, porcentagens). Para a estatística inferencial, foi utilizado o qui-quadrado e teste t para comparação de grupos. Foram feitas análises de correlação entre as variáveis e de comparação dos grupos quanto à comunicação (profissionais e pacientes). Para todas as análises foi utilizado um valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Análises descritivas

Dados biossociodemográficos da amostra:

A amostra de profissionais foi composta por 58 médicos com idade média de 42 anos ($dp=8,80$), dos quais a maior parte ($n=47$) eram homens. Além disso, relataram possuir experiência de atuação predominantemente nas regiões Sul ($n=26$, $F=44,8\%$), Sudeste ($n=22$, $F=37,9\%$), Nordeste ($n=6$, $F=10,3\%$) e Centro-Oeste ($n=4$, $F=6,9\%$) do Brasil. Quanto à formação, 6 profissionais informaram possuir ensino superior, 12 possuíam mestrado, 12 possuíam doutorado e 28 deles possuíam especialização. A média de tempo de prática profissional foi de 15,98 anos ($dp = 8,77$) e de atuação em oncologia foi de 12,21 anos ($dp = 8,68$). Apenas 1 (um) dos participantes era residente. A amostra de pacientes foi composta por 68 participantes com idade média de 50 anos ($dp=13,35$), dos quais a maior parte ($n=57$) eram mulheres. Além disso, informaram residir predominantemente nas regiões Sul ($n=41$, $F=60,3\%$), Sudeste ($n=18$, $F=26,5\%$), Nordeste ($n=6$, $F=8,8\%$) e Centro-Oeste ($n=3$, $F=4,4\%$) do Brasil.

Comportamento comunicativo do médico

Tabela 1 - Média, desvio padrão, mediana e análise de comparação entre grupos para as dimensões do instrumento QCCM

Dimensões	Médicos (n=58)			Pacientes (n=68)			Teste t*	p<
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana		
Desafio	1,82	0,48	1,67	2,35	1,03	2,33	-3,799	<0,001
Incentivo e elogio	1,70	0,53	1,67	2,38	1,19	2,00	-4,259	<0,001
Apoio não verbal	1,66	0,48	1,60	1,93	1,09	1,40	-1,797	0,076
Compreensão e relação amigável	1,51	0,31	1,50	1,66	0,69	1,50	-1,614	0,110
Controle	1,82	0,67	1,50	2,71	1,26	2,50	-5,078	<0,001

*Assumindo heterogeneidade de variâncias

O comportamento comunicativo do médico foi avaliado por eles mesmos e por pacientes com câncer através das cinco dimensões do QCCM. Na tabela 1 observa-se que houve diferenças significativas entre os grupos em três das cinco dimensões: desafio, incentivo e elogio, e controle.

Tendo em vista que a maior aproximação do número um (1), refere-se a resposta sempre, e do número cinco (5) à resposta nunca, as dimensões que apresentaram diferenças significativas evidenciam que os profissionais tiveram uma frequência de respostas maior nos itens sempre e frequentemente, e os pacientes tiveram uma frequência maior em nunca e raramente. Isto significa que a percepção que os médicos têm a respeito do seu comportamento comunicativo tende a ser mais otimista do que a percepção que os pacientes têm do comportamento comunicativo do profissional nestas dimensões.

A dimensão Desafio inclui questões como a linguagem utilizada pelo médico, se o profissional se certifica de que o paciente entendeu as informações e se ele o incentiva a seguir o tratamento proposto. Por meio dos resultados, pode-se observar que os médicos se perceberam mais preocupados com o entendimento e incentivo dos pacientes, enquanto estes não percebem os profissionais dessa forma. A dimensão Incentivo e Elogio abarca questões que refletem o quanto o médico estimula o paciente a compreender sua doença e como este deve proceder a partir do momento da consulta, além do quanto o profissional analisa a construção do tratamento, o respeito à subjetividade do paciente e o incentiva a se expressar. Os resultados evidenciaram diferenças com relação à percepção dos dois grupos, uma vez que os

médicos referiram se preocupar com essas questões, enquanto os pacientes não avaliaram dessa forma. Por último, a dimensão controle, que se refere a forma como o profissional procura construir o tratamento em conjunto com o paciente, também apresentou diferença significativa na forma como os grupos percebem esse aspecto. Os resultados demonstraram que as percepções de pacientes e médicos não estão alinhadas em relação ao comportamento comunicativo do médico, evidenciando uma possível dificuldade na comunicação.

Por fim, buscou-se relacionar os resultados do comportamento comunicativo do médico pela perspectiva do profissional com variáveis idade, tempo de formação, tempo de oncologia e sexo, e não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das dimensões. Igualmente, não foram encontradas comparações significativas entre a visão do comportamento comunicativo do médico pelos pacientes e variáveis sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, escolaridade).

DISCUSSÃO

A discrepância encontrada nas percepções sobre o comportamento comunicativo do médico entre médicos e pacientes, em especial nas dimensões Desafio, Incentivo e Elogio e Controle, é muito relevante e merece atenção. De forma geral, médicos se percebem com uma capacidade comunicativa bastante positiva, ao contrário dos pacientes, e essas discrepâncias podem ter reflexo para o tratamento.

Os profissionais afirmaram com maior frequência que sempre ou frequentemente validam as

informações dadas aos pacientes (dimensão Desafio). Enquanto isso, os pacientes demonstraram perceber esse comportamento com menos regularidade, uma vez que suas respostas apontaram maior frequência para as opções raramente e nunca. A validação das informações é um componente importante no processo comunicativo, uma vez que a ausência pode justificar a falta de compreensão entre as pessoas. Além disso, é por meio da validação que as informações fornecidas tomam um significado comum entre os componentes da conversa, assegurando a correta compreensão da mensagem transmitida.¹⁷ Dessa forma, é possível que as percepções de médicos e pacientes estejam desalinhadas no que tange à abertura de um espaço ao longo do tratamento para facilitar e promover a livre expressão dos pacientes. O médico que se comunica de maneira mais técnica pode apresentar dificuldade para perceber sinais (verbais e não verbais) que indicam a incompreensão dos pacientes quanto às informações que são transmitidas.⁸ Torna-se essencial, portanto, que os médicos se certifiquem de que os pacientes realmente compreenderam as informações que lhes foram transmitidas, pois a maneira como a comunicação acontece pode interferir não apenas na percepção que o paciente tem sobre a sua doença, mas também numa melhor adesão ao tratamento, na melhora da relação médico-paciente e na manutenção de um funcionamento psicológico saudável frente a esse momento de fragilidade.¹⁸

A avaliação da dimensão Encorajamento e Elogio, que investiga a construção do tratamento levando em conta a subjetividade do paciente e se ele é encorajado a se expressar durante o tratamento, também foi discrepante entre médicos e pacientes. No campo da saúde, durante muito tempo, sustentou-se a crença de que a revelação de más notícias poderia causar angústia aos pacientes, e que isto poderia impossibilitá-los de se manterem esperançosos frente ao seu estado de saúde, motivo pelo qual se ocultava as más notícias dos pacientes.¹⁰ Contrário a isso, nos dias de hoje percebe-se uma tendência de comunicação médica mais clara, expondo abertamente diagnósticos e prognósticos.^{10,11} Os próprios pacientes demandam dos médicos uma postura de franqueza, e o modelo médico vem se modificando e colocando os pacientes como figuras ativas no processo de construção do tratamento, na medida em que vêm sendo gradativamente incluídos nas decisões clínicas e propostas terapêuticas. A dificuldade está em como exercer efetivamente este novo modelo com um

diagnóstico tão complexo como o câncer.³ Falar de forma aberta com o paciente acerca do câncer pode não ser uma tarefa fácil para os profissionais. O impacto do diagnóstico pode remeter o paciente a diversas questões emocionais (aumento da ansiedade, medo de morrer, desesperança, depressão, etc) que podem ser de difícil manejo para os médicos que estejam despreparados para lidarem com isso. Sendo assim, as decisões sobre o tratamento em oncologia acontecem de forma mais satisfatória quando o paciente consegue participar de forma ativa, integrando as informações passadas pelo médico às suas preferências, crenças e valores acerca de sua vida e sua saúde.^{9,19}

A avaliação da dimensão Apoio não verbal, que investiga o quanto o médico demonstra interesse pelo que paciente relata através de gestos corporais, foi semelhante entre médicos e pacientes. Compreende-se essa modalidade de comunicação como a obtenção de informações por meio de gestos, expressões faciais e corporais, postura e distanciamento. Também fazem partes da esfera não verbal, o reconhecimento efetivo das emoções, a linguagem corporal e inclusão de pausas no diálogo para permitir a compreensão e assimilação de informações difíceis.⁵ No contexto oncológico, podemos destacar o toque afetivo, o estabelecimento de contato visual, a expressão de sorriso, a aproximação física, a escuta ativa, o meneio positivo com a cabeça, a inclinação da postura para o paciente, a expressão facial de encorajamento, curiosidade e interesse, a remoção de obstáculos físicos que estejam ao alcance do paciente, o compartilhamento do silêncio e a modulação do tom de voz como estratégias não verbais de interação entre médicos e pacientes.¹⁷ Esses indicadores remetem a uma dimensão que é afetiva, e que pode estar relacionada ao modo como se dá a relação profissional-paciente no contexto brasileiro.²⁰ Desta forma, quando a comunicação consegue transmitir apoio e compreensão através dos gestos e olhares, isso pode beneficiar inclusive o alívio dos sintomas e a angústia dos pacientes.

A avaliação da dimensão Compreensão e relação amigável também foi semelhante entre médicos e pacientes, mostrando que as percepções estão alinhadas no que tange à forma como percebem o fato do profissional buscar explicar novamente tudo aquilo que o paciente não entendeu, bem com a escuta e atenção que os profissionais direcionam à fala dos pacientes e a forma como os médicos são percebidos pelos pacientes como alguém com quem

podem contar. Para que essa relação seja de fato compreensiva e amigável faz-se essencial que os médicos estejam sensíveis para conceber os pacientes em sua totalidade, considerando suas histórias de vida e demais dificuldades que possam estar vivenciando além do adoecimento, a fim de facilitar a criação de um vínculo de confiança que é capaz de aliviar a própria estigmatização da doença.²¹ Uma relação compreensiva e amigável também diz respeito, assim como na comunicação não verbal, a um componente afetivo da relação, que é cultural e menos dependente de aprendizado formal.¹⁰ Dessa forma, percebe-se que o estabelecimento de uma relação empática e amigável com os pacientes pode facilitar a formação de um vínculo de confiança entre a díade, implicando diretamente na diminuição do medo, ansiedade e receio dos profissionais ao se comunicarem acerca da doença. Além disso, também pode favorecer o entendimento dos pacientes e seu engajamento à terapêutica planejada, uma vez que percebem o profissional como uma figura de cuidado e confiança. A avaliação da dimensão Controle, que investiga o quanto o médico procura construir o tratamento em conjunto com o paciente, também apresentou diferença significativa. Os médicos afirmaram que sempre e frequentemente se preocupam em incluir os pacientes na construção do tratamento, enquanto os pacientes demonstraram perceber esse comportamento com menos regularidade, apontando maior frequência nas opções às vezes, raramente e nunca. Os pacientes com câncer podem desejar obter informações sobre a doença, serem envolvidos nas decisões sobre o tratamento e conhecer o seu prognóstico.¹⁹ Contudo, um dos maiores desafios do profissional em relação à comunicação com esses sujeitos está em satisfazer suas necessidades de informações individuais, prover esperança e, ao mesmo tempo, não criar expectativas irrealistas.⁹ Essa construção do tratamento realizada em conjunto pode favorecer que o paciente se sinta ativo no processo de decisão sobre seu futuro. Apesar disso, é preciso considerar que o conhecimento técnico é do profissional e, muitas vezes, não é possível adaptar o protocolo de tratamento às vontades do paciente.²² Contudo, o comportamento comunicativo, quando eficaz, é capaz de efetivamente incluir o paciente no processo de tomada de decisões acerca do tratamento.¹⁸ Como exemplo disso, pode-se pensar na adequação da realização de quimioterapia a dias e horários que melhor contemplem a agenda dos pacientes, ou ainda, se existe alguma clínica mais

próxima de sua residência, entre outros. Dessa forma, considerar a individualidade de cada paciente e incluí-los nas decisões sobre o seu tratamento contribui para que se sintam mais satisfeitos, valorizados e, conseqüentemente, mais engajados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou a investigação da percepção de pacientes e médicos em relação ao comportamento comunicativo do médico. Observou-se que as percepções dos grupos estudados divergem em relação a comunicação no que tange as dimensões Desafio, Encorajamento e elogio, e Controle. Dessa forma, entende-se que os médicos acreditam que seu comportamento comunicativo é bom ou muito bom, opinião diferente dos pacientes. Sendo assim, observa-se que há uma avaliação da comunicação que é muito mais subjetiva que objetiva por parte dos envolvidos.

Diante das diferenças apontadas na percepção do comportamento comunicativo do médico, é possível inferir que haja conseqüências negativas ao tratamento uma vez que o paciente não se sente apoiado e encorajado pelo médico. A falta de compreensão acerca da doença e do tratamento adotado bem como do planejamento compartilhado da terapêutica pode gerar empobrecimento da relação médico-paciente e insatisfação com o tratamento.

Destaca-se como limitação do presente estudo a constituição da amostra, que não foi composta necessariamente pelas duplas médico-paciente, o que ter gerado discrepâncias de percepções ainda maiores. Por outro lado, essa limitação pode ter sido também um fator facilitador para que o paciente expressasse sua opinião pois pode ter favorecido a liberdade e sinceridade nas respostas informadas.

Futuros estudos poderão avançar ampliando o estudo para duplas de médicos e pacientes, além de relacionar as habilidades de comunicação com o tipo de paciente (por ex: estadiamento da doença). Além disso, a avaliação do comportamento comunicativo poderá se dar por outras metodologias (por ex: observação da interação) a fim de averiguar de forma mais clara os motivos dessas divergências entre médicos e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-Based Treatment of De-

- pression in Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(11):1187-96. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7372>
2. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;28(3). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858>
 3. Gutiérrez LM, Castro EK de, Fernández-Conde MG. El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia. *Psicooncología* 2014;11(2-3). doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47397
 4. Frenkel M, Cohen L. Effective Communication About the Use of Complementary and Integrative Medicine in Cancer Care. *J Altern Complement Med* 2014;20(1):12-18. doi: <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0533>
 5. Pham AK, Bauer MT, Balan S. Closing the Patient–Oncologist Communication Gap: A Review of Historic and Current Efforts. *J Cancer Educ* 2014;29(1):106-13. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0555-0>
 6. Silva MJP. Comunicação Tem Remédio: A Comunicação Nas Relações Interpessoais Em Saúde. 6th ed. São Paulo: Editora Gente; 1996.
 7. Finset A, Heyn L, Ruland C. Patterns in clinicians' responses to patient emotion in cancer care. *Patient Educ Couns* 2013;93(1):80-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.023>
 8. Piccolo L Del, Finset A, Mellblom A V., et al. Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES): Conceptual framework and future directions. *Patient Educ Couns* 2017;100(12):2303-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.026>
 9. Romeiro F. B, Peuker AC, Bianchini D, Castro E. K Percepción del paciente de quimioterapia respecto a la comunicación con el personal sanitario. *Psicooncología* 2016;13(1):139-50. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52493
 10. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Meta-synthesis. *J Clin Oncol* 2015;33(22):2437-43. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.6759>
 11. Nonino A, Magalhães SG, Falcão DP. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. *Rev Bras Educ Med* 2012;36(2):228-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400011>
 12. Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine: The consultation. *BMJ* 2002;324(7353):1567-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7353.1567>
 13. Bays AM, Engelberg RA, Back AL, et al. Interprofessional Communication Skills Training for Serious Illness: Evaluation of a Small-Group, Simulated Patient Intervention. *J Palliat Med* 2014;17(2):159-66. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0318>
 14. Croitor LMN. Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida [Tese]. [Minas Gerais]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 130 p.
 15. Creswell JW. Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo E Misto. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman; 2010.
 16. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. 2012.
 17. Araújo MMT de, Silva MJP da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev da Esc Enferm da USP* 2012;46(3):626-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
 18. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2011;22(5):1030-40. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
 19. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Jpn J Clin Oncol* 2009;39(4):201-16. doi: <https://doi.org/10.1093/jjco/hyn159>
 20. Gutiérrez L. M, Castro E. K., Fernández-Conde M. G. El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia. *Psicooncología* 2014;11(2-3):119-32. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47397
 21. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Cien Saude Colet* 2011;16(suppl 1):1457-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700081>
 22. Pereira CR, Calónego MAM, Lemonica L, Barros GAM De. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Med Bras* 2017;63(1):43-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>

Recebido em:16/04/2018

Aceito em:03/06/2018

Como citar: ROSA, Bruna Madrid da et al. Comportamento comunicativo em oncologia: perspectiva de médicos e pacientes. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/11963>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11963>



Promoção da saúde na gestão de pessoas: experiência no contexto da gestão pública

Health promotion in people management: an experience in public administration

Wilson Garves¹, Anselmo Cordeiro de Souza², Felix Ramon Ruiz Sánchez³, Martha Maria Gonçalves de Carvalho³, Maria Cecilia Leite Moraes², Cristina Zukowsky-Tavares²

1- Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

2- Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP, São Paulo, SP, Brasil.

3- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

anselmo.souza@ucb.org.br

Objetivo: descrever a experiência de um projeto de ação de promoção da saúde no âmbito da gestão pública de pessoas. **Método:** trata-se de relato de experiência de um projeto de ação ocorrido nas cidades paraguaias de Assunção e Colonia Araújo Cué, dentro de um programa de capacitação para os funcionários do Ministério da Saúde, Educação e Ação, denominado Participación Protagónica. **Resultados:** foram implementadas ações junto aos servidores de autopercepção; sensibilização de suas próprias necessidades; sensibilização e comprometimento em relação aos problemas da comunidade; e criação de ferramentas de participação nas decisões do governo. O programa dividiu-se nos módulos Corpo e Mente, Afetos e Socialização e contou com uma equipe multiprofissional, composta por terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogos, sociólogos e trabalhadores sociais. **Conclusão:** a experiência paraguaia mostrou que as instituições se fortalecem quando facilitam a sensibilização individual. As demandas, então, tendem a ser mais assertivas, pautando-se em uma gestão de pessoas sustentável e saudável, e, portanto, promotora de saúde.

Palavras-chave:

Promoção da saúde; Administração de recursos humanos; Setor Público.

ABSTRACT

Objective: to describe the experience of a health promotion action project in the public management of people. **Method:** this is an experience report for an action project in the Paraguayan cities of Asunción and Colonia Araújo Cué, within a training program for employees of the Ministry of Health, Education and Action, called Protagónica Participation. **Results:** actions were implemented together with the workers regarding self-perception; awareness of their own needs; awareness and commitment to community problems; and creation of tools for participation in government decisions. The program was divided into the modules Body and Mind, Emotions, and Socialization and counted on a multiprofessional team made up by an occupational therapist, a psychiatrist, psychologists, sociologists, and social workers. **Conclusion:** the Paraguayan experience showed that institutions are strengthened when they facilitate individual sensitization. The demands, then, tend to be more assertive, relying on sustainable and healthy people management, therefore promoting health.

Keywords:

Health Promotion; Personnel Management; Public Sector.



INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tem sido definida classicamente como um processo de capacitação social e individual, para atuar na melhoria de sua própria saúde e da qualidade de vida, em um ambiente forjado pela corresponsabilização entre os atores sociais.^{1,2} Suas intercessões com a dimensão organizacional, ao que parecem, têm se alinhado ao campo da saúde do trabalhador, entre outras proposições, programas e ações de saúde nas organizações públicas e privadas, com influência direta no fator humano.^{3,4}

A temática promoção da saúde emerge da saúde pública e fundamenta-se como espaço de reflexão e prática da saúde, indicando, entre outros princípios, iniciativas intersetoriais, ou seja, a busca por uma integração de outros setores da sociedade para o enfrentamento dos enormes desafios em saúde. Assim, a promoção da saúde constitui espaço interdisciplinar para um pensar teórico e prático, tanto nos meios científicos e acadêmicos, como nas esferas profissionais. Tal espaço não está apenas reservado aos profissionais da saúde ou instituição pública, mas estende-se a todos os setores da sociedade, na busca por melhor enfrentamento dos agigantados desafios contemporâneos.⁵⁻⁷

Este referencial intersetorial aproxima-se especialmente da esfera organizacional, pública ou privada, com desdobramentos amplos e influências recíprocas, configurando-se como um novo paradigma organizacional, parte integrante de um entendimento que parece apontar para uma aproximação e linguagem comuns, em uma interação interdisciplinar e transversal com a promoção da saúde.^{8,9}

Em alguma medida, entre a promoção da saúde e o que comumente se chama “gestão de pessoas”, convergem entendimentos e conceitos tidos como nucleares bem como articuladores para ambos, a saber: da sustentabilidade e do saudável.¹⁰ Esta aproximação e a abordagem do sustentável por meio do saudável estão explicitadas em publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS).¹¹ Na mesma direção, são caracterizados os locais de trabalho em ambientes saudáveis, como indicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sugerindo o local de trabalho como uma prioridade para promoção da saúde. Entre os princípios fundamentais desta, estão: característica participativa e fortalecedora; a cooperação multissetorial e multidisciplinar; a justiça social; a sustentabilidade; e a completude.¹²

Há ambiguidades e lacunas nas investigações etimológicas, epistemológicas, metodológicas e operacionais, tanto nos estatutos da promoção da saúde como no da gestão de pessoas, enquanto áreas de posicionamento e reflexão teórica e prática. Assim, ganham importância contribuições que favoreçam o debate, estimulando e sugerindo trajetórias de pesquisas críticas mais amplas, inovadoras e integradas.^{9,13,14}

Nosso objetivo foi descrever a experiência de um projeto de ação que consistiu em melhorar a qualidade dos serviços públicos da população, por meio de um programa de capacitação para os funcionários públicos.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de ação denominado *Participación Protagónica*, ocorrido nas cidades paraguaias de Assunção e Colonia Araújo Cué, em capacitação para os funcionários do Ministério da Saúde, Educação e Ação Social. O projeto fazia parte do Programa Escuela Viva II, com contrato de empréstimo número 1880 / BL-PR, assinado entre o Governo do Paraguai e o Banco de Desenvolvimento Interamericano (BID), aprovado pela Lei n. 3714 de 7 de maio de 2009.

O programa contou com uma equipe multiprofissional composta por terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogos, sociólogos e trabalhadores sociais (assistentes sociais). Foi dividido em três módulos, com carga horária de 20 horas para o desenvolvimento de todo o programa em cada região. A coordenação geral foi realizada por um sociólogo, com a colaboração de diversos outros profissionais.

Nas atividades preliminares, trabalhadores sociais e psicólogos estiveram nas regiões contatando líderes e pessoas que trabalhassem no setor público, para convidá-las a participarem das atividades que seriam realizadas a seguir. Os objetivos do programa junto aos servidores foram auto percepção, sensibilização sobre suas próprias necessidades, sensibilização e comprometimento em relação aos problemas da comunidade, e criação de ferramentas de participação nas decisões de governo. Assim, o programa dividiu-se nos módulos Corpo e Mente, Afetos e Socialização. Neste estudo, relatamos as ações do módulo Corpo e Mente.

A Socialização que, em ordem temporal, deu-se como o último módulo desta ação, teve o intuito

de resgatar os conteúdos dos módulos Corpo e Mente e Afetos, buscando refletir, por meio de perguntas e não por respostas prontas, sobre como se constrói a participação orgânica e coletiva em torno das soluções dos problemas da comunidade. Este módulo foi conduzido por uma psicóloga social e utilizou, como base, a teoria dos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière.^{15,16} A abordagem foi utilizada como instrumento na promoção da saúde no contexto do trabalho também em outras experiências.¹⁷

No módulo Afeto, o segundo a ser empreendido, propôs-se a gerar um espaço coletivo com os servidores públicos, com o intuito de habilitar aspectos afetivos como instrumental que dessa legitimidade para a construção de uma participação coletiva protagônica. Foi facilitado por um médico psiquiatra, e as dinâmicas verbais foram construídas considerando as referências culturais de cada região dos participantes.

Nominado como Corpo e Mente, o primeiro módulo nesta ação esteve sob a coordenação de um terapeuta ocupacional. Proporcionou estímulos para gerar autoconhecimento, considerando que as atividades afetivas, mentais e fisiológicas constituem aspectos de um mesmo funcionamento global do organismo. Verificaram-se o funcionamento corporal e sua relação com as emoções e os pensamentos. Em toda a abordagem, procurou-se não induzir, nos participantes, ideias que pudessem interferir na própria experiência corporal. O módulo foi inaugurado por meio de *workshops*, com atividades corporais – na maioria, práticas do Método Meir Schneider¹⁸, proposta utilizada também em outras ações de promoção da saúde e tratamento complementar de patologias.^{19,20}

O Método Meir Schneider foi originalmente criado para maximizar o potencial orgânico e é utilizado por muitos terapeutas, em diversas partes do mundo, para a reabilitação motora e visual, como as desordens neuromusculares, visuais, de coluna, entre outras. Utilizam-se, como ferramentas, toques e manobras terapêuticas, exercícios para os olhos, de visualização e movimentos corporais. Tem como componente principal a participação ativa do indivíduo no desenvolvimento da consciência cinestésica.¹⁸ Porém, tal método, por si só, não atenderia todas as necessidades do programa, de modo que utilizaram-se outras ferramentas e dinâmicas de grupo inseridas na terapia ocupacional, considerando que corpo, mente e emoções participam de um mesmo processo

regulatório do funcionamento global do organismo.

RESULTADOS

As atividades foram realizadas com o intuito de proporcionar percepções e reflexões que estimulassem a proatividade com o próprio corpo e a resiliência, no ganho de vitalidade e no bem-estar físico, emocional e mental. Foi considerado que um corpo orgânico bem cuidado proporciona equilíbrio tanto das emoções quanto das elaborações mentais. Com o intuito de não induzir respostas, foi lançada a pergunta: “Qual a relação entre um pensamento e uma emoção para o atual estado corporal?”.

Vários exercícios e movimentos foram propostos para ensinar, por meio das percepções corporais e visuais, reflexões que conduzissem ao equilíbrio biopsíquico. Entre as percepções alcançadas, enfatizamos os estados de condicionamento que “moldavam” a arquitetura do corpo, ou seja, neurologicamente funcionávamos no aqui e agora, baseados em impressões oriundas do passado. No entanto, por meio de movimentos novos e inusitados, e pela própria consciência corporal e do movimento, podíamos fazer frente aos condicionamentos limitantes impostos pelo cérebro e pela mente, aprendendo uma maneira mais confortável de funcionamento do organismo.

Também foi proposto que autocuidado seria, em muitos casos, uma preocupação anterior à ação relacionada ao cuidar do outro. Assim, foram enfatizados movimentos e condutas que propunham melhora da qualidade de vida dos trabalhadores, no que se referiu ao corpo, à mente e às emoções. Considerou-se, ainda, que este assunto não deveria ser uma questão “para o outro” antes de significar algo para o próprio participante, e que um corpo cuidado abriria caminho para cuidar de um corpo maior, ou seja, a própria instituição às quais as pessoas pertenciam.

A proposta visou facilitar o entendimento corporal, emocional e mental, por meio de alguns exercícios físicos, e privilegiou as vias perceptivas do corpo, incluindo os olhos. O vocabulário, durante as ações, foi o mais simples possível. Os exercícios foram selecionados para proporcionar referências de bem-estar nos trabalhadores. Entre as atividades realizadas e seus objetivos, explicitam-se, a seguir na tabela 1:

Tabela 1 - Atividades realizadas no módulo corpo e mente e seus objetivos.

Atividade Proposta	Objetivo
Exercícios respiratórios	A melhoria do bem-estar; melhora das dores.
Relaxamento corporal versus corpo tenso.	Autoconhecimento com noção de corporeidade; autoconhecimento com noção de mente-corpo.
Trabalho visual.	Melhora da acuidade-visual.
Dignidade (percepções reflexivas).	Espírito proativo (lutar por si próprio).
Dinâmicas interpessoais.	A aquisição de sensibilidade de si e do outro (espírito inclusivo).

Pelo ato de respirar ser por si só mecânico, não requer comando consciente para seu funcionamento. Porém, quando a respiração está mais presente na consciência do indivíduo, havendo maior envolvimento dos músculos intercostais e do diafragma (respiração diafragmática), ocorre resposta do sistema nervoso parassimpático, facilitando maior integração do indivíduo com seu meio ambiente e relacional.¹⁸ Isso pode fazer frente aos fatores estressantes do dia a dia. Essa atividade foi baseada em vivência sonora, antes e após a realização de automassagens e alongamentos facilitadores da mecânica respiratória. Os participantes puderam perceber e, posteriormente, refletir sobre isto, pois o novo padrão respiratório lhes proporcionou um melhor estado mental e emocional.

Após trabalhar o relaxamento em apenas um dos lados do corpo, os participantes foram convidados a interagir em duplas, buscando perceber e sentir em que lado do corpo havia maior percepção de si mesmo e melhor interação com o outro à sua frente. Algumas duplas chegaram a se abraçar nesta experiência de relaxamento corporal *versus* corpo tenso.

O trabalho visual serviu para conscientizar os participantes de que o olhar é um ato controlado não apenas pela região occipital, que reproduz a visão na consciência, mas também pelo hipocampo (região do cérebro utilizada para controlar e selecionar o que queremos ver). Quando exercitamos o equilíbrio do olhar, ou seja, estimulamos a visão periférica e o olho não dominante, além de também relaxar o cristalino e as demais estruturas anatômicas dos olhos, melhoramos a acuidade visual e também percebemos melhor determinadas coisas que não vemos com tanta facilidade.¹⁸ Após alguns estímulos e com base em tabelas oftalmológicas²¹, os participantes puderam ter uma nova percepção do olhar, sobretudo na conscientização de que se podem ver as coisas de uma outra maneira.

Por outro lado, muito mais que oferecer exercícios que proporcionassem outro estado de consciência corporal, o intuito foi resgatar a dignidade

daqueles corpos eventualmente sofridos. Ao aprenderem a buscar uma nova relação com o próprio corpo, com um corpo não tenso, os participantes puderam manter atitude muito mais proativa em relação a sua própria saúde física, emocional e mental.

No depoimento final, observamos o resgate de um corpo menos sofrido e mais cuidado, que possibilitou um relacionamento interpessoal muito mais profundo.

Segundo relatos dos próprios participantes, as atividades colaboraram para algumas reflexões, as quais mencionamos com seus respectivos relatos sobre a experiência em Colonia Araújo Cué, como o aumento da percepção corporal: (entrevistado 1) “*Me siento bien porque mi cuerpo necesitaba*” e “*Aquí hay muchos trabajadores con dolor de espalda debido a andar en bicicleta*”.

Houve positiva resposta em relação à percepção sobre as vulnerabilidades, condicionamentos e limitações do corpo, sobretudo na maneira de enxergar as coisas: (entrevistado 2) “*Lo que recibimos hoy, en el día de hoy, no teníamos antes: dar un tiempo a nuestro cuerpo que normalmente está muy rigidizado*” e (entrevistado 3) “*Esta fue la primera vez que alguien trajo algo en lo que pudiésemos ver a nosotros mismos. Estaba buscando terapias para curar mi estrés y ahora tengo la solución ofrecida para curarme. Si amanezco bien puedo tocar la vida de forma más tranquila*”.

Já, em relação à percepção da relação do controle da respiração para melhorar o bem-estar e as relações interpessoais, obtivemos os seguintes relatos: (entrevistado 4) “*Me gustó mucho. Esta fue la primera vez que esta comunidad ha recibido algo de este nivel. Debemos pasar este conocimiento del propio cuerpo a otras personas*” e (entrevistado 5) “*Tenemos que mirar dentro de nosotros, lo que duele y lo que no duele. Muchas veces no me siento y no percibo mi enfermedad. Tenemos que mirar a nosotros mismos a partir de este lugar de nosotros mismos*”.

A respeito da importância do autocuidado

para melhor cuidar do outro, algumas declarações: (entrevistado 1) “*Cuando se cubrió un ojo (el no dominante), me pareció que se estaban cerrando toda mi visión. Tenemos que cambiar la sociedad. Nunca nos sentamos en el suelo aquí en Araújo Cué y debemos hacer más veces esto*”, (entrevistado 2) “[La experiencia] *Fue para mí me descubrir como persona. Me sentí haciendo parte de la Formación. Debemos empezar a partir de este lugar (sentado en el suelo) que nos hace como una familia. Debemos mirar con ojos de fe y no con los ojos de la carne*”, (entrevistado 3) “*Lo que hicimos con nuestro cuerpo no puede ser forzado, sino porque queremos y por amor. Me enteré de que tenemos que mirar de manera diferente y me pregunto por qué nunca hemos tenido una formación de esta manera*”, (entrevistado 4) “*Falta unir, es lo que dice Jesús. Vendrá la abundancia y falta la unión para que tengamos amor*”.

DISCUSSÃO

Entre os artigos que abordam as tendências em pesquisa em gestão de pessoas, é encontrada menção à expansão horizontal, sugerindo ser a gestão da sustentabilidade organizacional de responsabilidade da gestão de pessoas em várias empresas.²² Outra contribuição, ao aprofundar as relações entre gestão por competências e profissões, entre outras propostas de uma agenda temática de pesquisas, sugere que sejam realizadas pesquisas que correlacionem a temática a outros construtos, como o estresse ocupacional.²³

De modo mais direto, em pesquisa sobre o cenário de estudos sobre políticas de gestão de pessoas, por meio de uma revisão bibliográfica em periódicos da área de administração, propõe-se agenda de pesquisa baseada nas lacunas encontradas. Entre as políticas contempladas, está a das condições de trabalho, que engloba os programas de qualidade de vida no trabalho e de promoção da saúde, sugerindo, por meio dos resultados da pesquisa, a necessidade de mais contribuições, com ensaios teóricos e mais aprofundados estudos e pesquisas das relações dos elementos, como ergonomia e jornada flexível. Atividades tidas como estimuladoras de maior autonomia, saúde e bem-estar nas organizações.²⁴

Na gestão de pessoas, entendida como espaço acadêmico e científico, têm surgido sugestões para superação de um modelo instrumental, ou seja, reducionista, unidimensional e desprovido de

coerência teórica, com várias menções à falácia do discurso gerencial em relação a prática.^{23,24} Isto reforça a proposta de uma gestão de pessoas pensada de modo transversal e interdisciplinar, de natureza multidimensional, por parecer compor um espaço de investigação mais coerente, que contemple a completude da integridade e integralidade humana. Estabelecendo, assim, um programa de aproximação e linguagem comum para a produção interdisciplinar.²³

É possível encontrar considerável interseção convergente entre gestão de pessoas e promoção da saúde, na qual os programas de promoção da saúde, nos locais de trabalho, definem-se como conceito multidimensional de um entendimento amplo de saúde, bem como de uma correponsabilização dos atores sociais e, especialmente, os organizacionais – o que não é excludente e nem mesmo configura uma máscara para a óbvia necessidade de condições de vida e de trabalho coerentes (estes últimos menos estudados na literatura).^{12,25}

Além das variáveis de contorno individuais a que se propõem as intervenções de promoção de saúde no ambiente organizacional, são apontadas variáveis que influenciam na saúde, constituindo uma série de forças fora do controle do indivíduo. Entre estas forças, estão os aspectos físicos e organização do trabalho. A literatura, de modo geral, tem se alinhado mais às práticas e aos recursos pessoais, em detrimento da organização do trabalho, composto por ambiente físico (a segurança e o lugar de cada objeto) e ambiente psicossocial (a cultura e o clima organizacional) – ambos de influência recíproca nos recursos pessoais da força de trabalho.²⁵

Em interessante revisão sistemática, além de classificar os artigos inclusos em sua pesquisa por áreas temáticas, também organiza o *corpus* de acordo com o foco principal das ações e intervenções de promoção da saúde, em individuais, sociais e organizacionais. Ainda que contribuições nos diversos focos sejam relevantes para este estudo, o foco de intervenção organizacional parece dar melhores pistas de possíveis caminhos de atuação, por parte de práticas tradicionais da gestão de pessoas recontextualizadas à promoção da saúde no local de trabalho. São mencionados programas de alinhamento a uma cultura de saúde e adoção de políticas saudáveis na organização do trabalho.⁴

A experiência relatada sugere um modelo de reorganização do trabalho voltado para o protagonismo do trabalhador. Esta realidade é possível a partir

das experiências em que o servidor público, ao ser valorizado pelas instâncias superiores e conhecer mais de si mesmo, torna-se um agente mais apto para servir à comunidade, com atitudes criativas, a partir de uma sensibilização social adquirida ou estimulada, a exemplo da ação implementada com os funcionários públicos do Paraguai, com os programas que lhe foram oferecidos de autocuidado com seu próprio corpo, bem como os de escuta e posicionamento de suas necessidades e demandas expressadas.

CONCLUSÃO

A experiência de Assunção e Colonia Araújo Cué mostrou que as instituições se fortalecem quando facilitam a sensibilização individual. A ação de promoção da saúde apresentada indica que as construções de políticas públicas são mais eficientes quando o olhar ao coletivo surge a partir da base que atende este coletivo. Desta maneira, as demandas tendem a ser mais assertivas ao se pautarem em uma gestão de pessoas sustentável e saudável.

Desejável ainda, iniciativas intersetoriais na implementação de programas de promoção da saúde nas organizações públicas e privadas, bem como uma agenda de investigações, voltadas para gestão de pessoas e seu papel na construção de um ambiente psicossocial propício a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009;14(6):2305-16.
2. Meira MD, Abdala GA, Teixeira CA, Ninahuaman MF, Moraes MC, Salgueiro MH. Perfil do estilo de vida de adultos da zona sul de São Paulo. *Lifestyle Journal* 2015;2(2):67-82.
3. Luz PO. Gestão de pessoas e saúde do trabalhador: uma proposta interdisciplinar e intersetorial. Monografia [Pós-Graduação em Administração]. Rio Grande do Sul: UFRG, 2012.
4. Carvalho AF, Dias EC. Promoção da saúde no local de trabalho: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2012;25(1):116-26. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2012.p11>
5. Souza AC, Oliveira IM, Martins LT. Promoção da saúde: espaço interdisciplinar para o estudo do estilo de vida. *Lecturas: Educación Física y Deportes* 2016;218(7):1-4
6. Porto EF, Souza AC. Editorial Promoção da Saúde e Estilo de Vida: perspectivas e limitações. *Lifestyle Journal* 2016;3(2):7-10.
7. Azevedo E, Pelicioni MC, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas. *Physis* 2012;22(4):1333-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>
8. Injosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública* 1998;32(2):35-48.
9. Ramos F, Januário SS. Gestão de pessoas: uma abordagem epistemológica. *Rev Mal Estar Subj* 2013;13(1-2):299-330.
10. Arruda LR, Lameira VJ, Quelhas OL, Pereira FN. Sustainability in the Brazilian heavy construction industry: An analysis of organizational practices. *Sustainability*. 2013;5(10):4312-28. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/su5104312>
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação. Para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília, DF: Serviço Social da Indústria (SESI), 2010.
12. Casas SB, Klijn TP. Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006;14(1):136-41.
13. Lima MA, Rocha BP. Avaliação de Programas de Gestão por Competências: um estudo em organizações da Região Metropolitana de Fortaleza-CE. *Revista Organizações em Contexto*. 2012;8(16):167-94.
14. Silva-Arioli IG, Schneider DR, Barbosa TM, Da Ros MA. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. *Psicol Cienc Prof* 2013;33(3):672-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300012>
15. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
16. Pichon-Rivière E. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
17. Dutra WH, Corrêa RM. Operative Group as a Therapeutic-Pedagogical Instrument for Promoting Mental Health at Work. *Psicol Cienc Prof* 2015;35(2):515-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370302512013>
18. Pinto JM, Soares LB. Método Meir Schneider de autocura (self-healing). São Carlos: EdUFSCar/Hucitec, 2002.
19. Toldrá RC, Cordone RG, Arruda BA, Souto AC. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. *Mundo Saúde* 2014;38(2):159-68.
20. Turolla AC, Gebrael TL, Nascimento BA. A contribuição do método Meir Schneider-Self-healing em um caso de osteoartrose de mãos. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* 2015;26(1):83-92. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p83-92>
21. Carlomanho AMF. Protocolo de avaliação do desempenho ocupacional de idosos com deficiência visual e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF. Campinas, 2016. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
22. rindade LH, Trindade CG, Nogueira EC. Lacunas na pesquisa em gestão de pessoas: uma proposta de agenda para pesquisas futuras. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento* 2015;5(1):169-83.
23. Paiva KC, Melo MC. Competências, Gestão de Competências e Profissões: Perspectivas de Pesquisas. *Revista de Administração Contemporânea* 2008;12(2):339-68.
24. Demo G, Fogaça N, Nunes I, Edrei L, Francischeto L. Políticas de gestão de pessoas no novo milênio: cenário dos estudos publicados nos periódicos da área de administração entre 2000 e 2010. *Revista de Administração Mackenzie* 2011;12(5):15-42.
25. Shain M, Kramer DM. Health promotion in the workplace:

framing the concept; reviewing the evidence. *Occup Environ Medicine* 2004;61(7):643-8.

Recebido em:04/03/2018

Aceito em:03/06/2018

Como citar: GARVES, Wilson et al. Promoção da saúde na gestão de pessoas: experiência no contexto da gestão pública. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/11764>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11764>



Análise do conceito de saúde abordado nas aulas de Educação Física escolar: uma revisão integrativa

Analysis of the health concept approached in physical education school classes: an integrative review

Gabriela Rezende de Oliveira Venturini¹, Mauro Lúcio Manzini Filho², Henrique Menezes Touguinha³, Juliana Brandão Pinto de Castro¹, Marcos Rodrigues Pereira², Rodrigo Gomes de Souza Vale¹

1- Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2- Universidade Federal de Juiz de Fora Juiz de Fora, MG, Brasil.

3- Universidade Camilo Castelo Branco, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

julianabrandaoffp@hotmail.com

Objetivo: revisar, em estudos publicados na literatura, como o conceito de saúde tem sido abordado nas aulas de Educação Física em escolas brasileiras. **Método:** foi realizada uma revisão integrativa tendo como fonte de dados artigos completos encontrados utilizando os descritores “concept formation”, “health” e “physical education and training” nas bases de dados: PubMed, Periódicos Capes, SciELO e Bireme. O período de busca foi de março a abril de 2016. **Resultados:** inicialmente, foram encontrados 25 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão, sete publicações foram selecionadas para um estudo detalhado. As datas de publicação variaram de 2007 a 2015, sendo cinco artigos pesquisas qualitativas e dois ensaios. **Considerações finais:** a discussão deste tema nas aulas de Educação Física escolar precisa ser ampliada, considerando que a maioria dos artigos relataram um conceito de saúde eminentemente biologicista e que poucos abordaram um conceito amplo, reduzindo a saúde a ausência de enfermidades.

Palavras-chave:
*Formação de Conceito;
Saúde; Educação Física.*

ABSTRACT

Objective: to review, in studies published in the literature, how the health concept has been approached in Physical Education classes in Brazilian schools. **Method:** an integrative review was conducted with the complete articles found as data source using the descriptors “concept formation”, “health” and “physical education and training” in the databases: PubMed, Periódicos Capes, SciELO and Bireme. The search period was from March to April 2016. **Results:** initially, 25 studies were found. After the application of the inclusion criteria, seven publications were selected for a detailed study. Publication dates ranged from 2007 to 2015, being five qualitative research manuscripts and two essays. **Final considerations:** it is necessary to expand the discussion of this theme in Physical Education school classes, considering that most of the articles have reported an eminently biological concept of health and few of them approached a broad concept, reducing health to the absence of diseases.

Keywords:
*Concept Formation; Health;
Physical Education.*



INTRODUÇÃO

No meio científico, muito se tem discutido sobre a importância de adquirir e tornar permanente o hábito de práticas mais saudáveis na busca de uma melhor qualidade de vida. Minayo et al.¹ tratam qualidade de vida como uma situação social proporcionada através de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos que tem como base a satisfação das necessidades básicas e das necessidades relacionadas ao desenvolvimento econômico e social.

Isso se torna ainda mais relevante na vida de crianças e adolescentes brasileiros, em que a prática de atividades físicas tende a competir com jogos e aparelhos eletrônicos portáteis.^{2,3} A utilização exagerada desses dispositivos contribui para a formação de uma juventude sedentária, sujeita a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁴ e com práticas saudáveis cada vez menos presentes no cotidiano.^{5,6} Somado aos aparatos eletrônicos, questões de ordem sociopolítico-econômica, como a violência urbana e a lógica imobiliária, com apropriação crescente dos espaços de lazer, têm determinado intensas restrições à prática de atividades físicas.⁷

Nesse sentido, os hábitos alimentares e de prática de atividade física encontram-se entre as intervenções em prol da saúde. Tais hábitos adquiridos durante os anos escolares tendem a influenciar na saúde de crianças e jovens ao longo da idade adulta.⁸⁻¹¹ Dessa forma, a escola se apresenta como uma importante ferramenta na aquisição de hábitos de vida saudáveis,¹² uma vez que esses indivíduos passam grande parte do tempo nela, principalmente os que frequentam a escola em tempo integral. Assim sendo, os professores de Educação Física podem contribuir, junto aos conteúdos da cultura corporal, na apresentação de alternativas para lazer/diversão e num entendimento mais amplo do conceito de saúde. Desse modo, é possível estimular os alunos a encontrarem prazer na vivência de atividades físicas, objetivando que tais práticas ultrapassem as salas, pátios e quadras escolares, viabilizando hábitos saudáveis permanentes na vida destas pessoas fora da escola.¹³

Quando se aborda hábitos saudáveis e qualidade de vida, esbarramos no termo saúde. Saúde foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças

ou enfermidades,¹⁴ buscando superar, de certo modo, a dupla tautologia da doença como ausência de saúde e saúde como ausência de doença.¹⁵ Ou seja, ampliou-se o conceito de saúde, mas permanece a dificuldade de se definir o que é “completo bem-estar”,¹⁶ além de se demonstrar como algo inatingível, já que não é possível estar em completo bem-estar de modo permanente.¹⁷

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi verificar, através de uma revisão integrativa de artigos científicos, a forma como o conceito de saúde tem sido abordado nas aulas de Educação Física escolar.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa, que consiste em revisar rigorosamente e combinar estudos com diversas metodologias, como delineamento experimental e não experimental, e integrar os resultados.¹⁸

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados para selecionar os estudos para análise: a) estudos desenvolvidos com seres humanos; b) estudos que abordassem o conceito de saúde presente nas aulas de Educação Física escolar do Brasil; c) estudos disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão adotados foram: a) pesquisas que abordaram o conceito de saúde fora do contexto escolar; b) estudos de revisões sistemáticas e bibliográficas.

Com base nesses critérios pré-estabelecidos, dois pesquisadores independentes conduziram uma busca nas bases de dados: PubMed, Periódicos Capes, SciELO e Bireme. O período de busca foi de março a abril de 2016. Buscas manuais também foram realizadas em listas de referências de artigos para rastrear estudos potencialmente importantes a serem incluídos e que, por alguma razão, não apareceram na busca eletrônica.

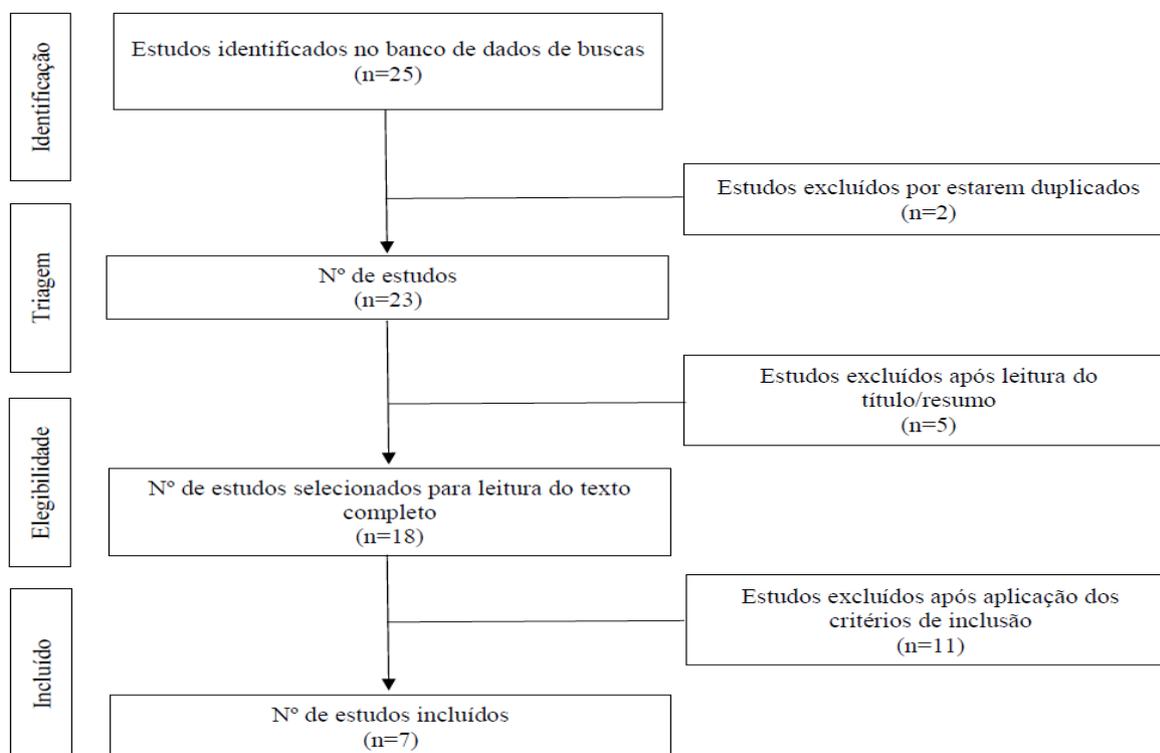
Para as buscas, foram utilizadas palavras-chave contidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). Destarte, os descritores: “*concept formation*”, “*health*” e “*physical education and training*”, e seus sinônimos foram combinados utilizando os operadores de lógica AND e OR. Quando houve alguma discrepância na extração dos dados ou na inclusão dos artigos, iniciou-se uma discussão e um terceiro avaliador foi consultado.

A figura 1 apresenta o fluxograma do processo

de busca, triagem e inclusão dos estudos. Utilizando-se os descritores pré-definidos, a busca inicial das bases de dados pesquisadas gerou 25 estudos possivelmente relevantes. Foram excluídos 2 estudos duplicados. Em seguida, 23 estudos passaram por uma análise

detalhada, a partir da qual 5 foram excluídos com base na análise do título e/ou resumo. Posteriormente, 18 estudos passaram por análise do artigo completo, a partir da qual 11 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Por fim, foram incluídos sete

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão.



RESULTADOS

Na busca realizada nas bases de dados, foram encontrados 25 artigos e apenas sete artigos se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos. Foram encontrados estudos com datas de publicação variando entre 2007 e 2015. Destes, cinco artigos são apresentados como pesquisas qualitativas e dois como ensaios.

Com relação à região do país onde os estudos

foram realizados, foi observado que a maioria contém amostra oriundas das regiões Sul (n = 3) e Nordeste (n = 2), ao passo que apenas dois estudos foram conduzidos na região Sudeste. Não houve, entretanto, nenhum estudo nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil. O tamanho da amostra variou entre 6¹⁹ e 21²⁰ alunos e/ou professores. Demais características dos estudos incluídos na presente revisão estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos pertinentes.

Autor/ano	Título do estudo	Tipo de Estudo, Métodos e Instrumentos	Local do estudo	Base de Dados
Oliveira et al., 2015. ¹⁹	Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades!	Qualitativo; Pesquisa-Ação	Vitória/ES	Bireme
Ferreira et al., 2013. ²¹	Análise da percepção dos professores de educação física acerca da interface entre a saúde e a educação física escolar: conceitos e metodologias	Qualitativo; Análise de Conteúdo	Fortaleza/CE	Bireme

Rufino e Darido, 2013. ²²	Educação física escolar, tema transversal saúde e livro didático: possíveis relações durante a prática pedagógica	Qualitativo; Entrevista	São Paulo	Periódicos Capes
Copetti et al., 2012. ²³	Conhecimento dos professores de educação física para abordagem do tema saúde em suas aulas	Qualitativo; Questionários	Alegrete/RS	Bireme
Santos et al., 2011. ²⁰	A paródia: uma estratégia educativa para conhecimentos relacionados à saúde	Qualitativo; Análise de Conteúdo; Entrevista	Piauí	Periódicos Capes
Oliveira et al., 2008. ²⁴	Sobre corporalidade e escolarização: contribuições para a reorientação das práticas escolares da disciplina de educação física	Ensaio	Paraná	Periódicos Capes
Knuth et al., 2007. ²⁵	A inserção de temas transversais em saúde nas aulas de educação física	Ensaio	Pelotas/RS	Bireme

DISCUSSÃO

Esta revisão teve como objetivo sumarizar os estudos na literatura nacional brasileira que investigaram o modo que o conceito de saúde tem sido abordado nas aulas de Educação Física escolar. O estudo de Oliveira et al.¹⁹ teve como base o conceito de saúde de Dejours²⁶ que considera saúde um conceito no qual se expressa a capacidade de um coletivo criar e lutar por projetos de vida em direção ao bem-estar físico, psíquico e social, abordando a saúde como uma questão ligada às próprias pessoas, resignificando o conceito da OMS. Esse conceito se mostra inovador, pois amplia o entendimento sobre saúde, saindo de uma perspectiva centrada em princípios biológicos, que se restringe à ausência de doença, para uma concepção centrada na “potencialização” da vida das pessoas em cada contexto segundo as relações sociais estabelecidas nesse sentido.¹⁹

Desse modo, os autores¹⁹ superam a perspectiva restrita (biológica) para uma concepção ampliada de saúde, viabilizando trabalhar a saúde nos planos pessoal-individual, social e ecológico. Além disso, foi percebido que a saúde é um tema transversal às práticas pedagógicas/conteúdos da Educação Física escolar, o que reforça a ideia de que a escola, como um todo, deve se envolver para tratar do tema saúde, construindo espaços (escolares) mais saudáveis. No caso específico da Educação Física, os autores propõem que a saúde deve ser enfatizada/tematizada a partir dos conteúdos advindos da cultura corporal

de movimento. Duas sugestões apontadas foram: 1) o desenvolvimento de unidades de ensino com o tema transversal saúde ou 2) de projetos (aula/extra aula) com enfoque na temática.¹⁹

Apesar de inovadora, tal proposta necessita de maiores possibilidades de execução, uma vez que projetos extra aula são inviáveis diante da atual realidade em decorrência da carga horária dos professores, que geralmente atuam em dois cargos (dois turnos). Além disso, o setor público não prevê pagamento de aulas que excedam a carga horária de um cargo. Entretanto, o setor privado pode ser um ambiente promissor para a proposta em questão.

Já o estudo de Ferreira et al.²¹ analisou a percepção dos professores de Educação Física da rede municipal de ensino acerca da concepção de saúde e da relação desta com a Educação Física escolar. Neste estudo, observou-se que todos os participantes da pesquisa usavam o tema saúde nas aulas. Porém, para a maioria dos pesquisados, a aula teórica foi considerada o único caminho para tratar o tema nas aulas de Educação Física, pois acreditavam que a aula prática não é o local ideal para a aplicação do tema saúde.

Assim sendo, nota-se uma percepção restrita do significado de saúde, sendo direcionada a questões biologicistas, não contemplando o sentido ampliado. Dessa forma, torna-se necessário ultrapassar os aspectos individuais e biológicos na prática pedagógica, posto que a Educação Física escolar não deve se restringir a treinar, adestrar, ou habilitar

o corpo. Entende-se que deve ultrapassar estas barreiras, promovendo a saúde enquanto determinada socialmente, baseado no princípio da integralidade.²¹

A relação da disciplina escolar com a saúde propõe ultrapassar a barreira de simplesmente praticar atividades físicas. Temáticas como a promoção da saúde, prevenção de doenças ou agravos de maneira geral, na diagnose, no tratamento, na reabilitação e na manutenção da saúde, entre outros, devem ser discutidos, não desprezando os determinantes sociais inerentes ao aluno. Diante do exposto, sugere-se que o entendimento de saúde, no âmbito escolar, contemple a situação de moradia, acesso à cultura, lazer, empoderamento político, entre outros elementos, possibilitando uma compreensão integral de saúde.²¹

Em consonância com Ferreira et al.²¹ Knuth et al.²⁵ perceberam que a tarefa de debater a saúde no campo escolar entra em choque com uma série de tradições e discursos diversas vezes conflitantes. Os autores observaram que não havia conscientização dos docentes e discentes sobre o conceito de saúde. Nesse sentido, uma reformulação curricular na formação dos professores de Educação Física poderia contribuir para modificar certas concepções pautadas em uma prática isolada, que não considera os condicionantes sociais que atuam sobre a saúde de todo e qualquer sujeito. Dessa forma, o debate acerca do tema não deve ficar restrito aos espaços das universidades, deve acontecer também no cotidiano escolar, respeitando o contexto local.²⁵

No estudo de Copetti et al.²³ 14 professores de Educação Física do Ensino Fundamental foram questionados sobre a abordagem da temática saúde nas aulas e o conhecimento sobre o conceito de saúde e de doenças, como diabetes, hipertensão e obesidade. Seis professores apresentaram um entendimento de saúde próximo ao conceito mais amplo, enquanto os demais mostraram-se restritos ao conceito biologicista. Sobre a forma de trabalho em aula, os professores afirmaram desenvolver conteúdos como saúde, doenças sexualmente transmissíveis e drogas, os quais se encaixam no tema transversal saúde propostos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).

Os autores concluíram que a maioria dos professores tem conhecimento sobre o conceito de saúde e as doenças crônicas investigadas, assim como conseguem fazer associações entre os fatores de risco, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e consumo excessivo de álcool e as doenças crônicas

diabetes, hipertensão arterial e obesidade. Todavia, perceberam que os professores tiveram dificuldades em dissociar saúde de doença, relacionando a ausência de doenças com o “ser saudável”, uma visão extremamente restrita do que é compreendido como saúde atualmente.²³

No estudo de Rufino e Darido,²² os alunos pesquisados relataram que a Educação Física está fortemente relacionada com o tema da saúde. Eles consideraram que a importância prioritária das aulas de Educação Física é em manter um estilo de vida ativo e praticar vários tipos de exercícios físicos. Além disso, apontaram que as aulas de Educação Física deveriam acontecer todos os dias e não apenas duas vezes por semana.

Os autores perceberam que a saúde se apresentou de maneira insatisfatória na escola pesquisada. Por conseguinte, sugerem que este tema passe a fazer parte do processo de ensino-aprendizagem do currículo escolar, sendo integrado ao Projeto Político Pedagógico da escola. Diante disso, no que tange ao conceito de saúde dos alunos, os autores concluíram que a escola é um ambiente decisivo para que ocorra a ampliação do conceito de saúde, relacionando-o com a cidadania.²²

Santos et al.²⁰ realizaram um estudo com 21 alunos do 1º ano do Ensino Médio. Em dois encontros semanais, no período de quatro meses, foram desenvolvidas atividades pedagógicas, através da utilização de paródias musicais, envolvendo conteúdos conceituais como: benefícios da atividade física, doping no esporte, exercício e hipertensão, exercício e obesidade; exercício e osteoporose, doenças sexualmente transmissíveis, noções de primeiros socorros, tendo em vista o resgate de tais conteúdos. Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de enfatizar a dimensão conceitual, a qual não é tão frequente nas aulas de Educação Física quanto a dimensão procedimental. Temas ligados à saúde foram escolhidos de acordo com as afinidades dos alunos, para que alguns conceitos fossem trabalhados e absorvidos com mais facilidade. A partir dos relatos dos alunos, os autores concluíram que há predominância da percepção basicamente biológica de saúde.²⁰

De modo similar, Oliveira et al.²⁴ entendem a vida saudável como uma construção que supõe uma dimensão histórico-social; diferente da concepção meramente biológica e individual. Portanto, deve haver articulação entre individual e cultural quando se

pensa em saúde. O conceito de saúde dos autores não se resume ao desenvolvimento da aptidão física dos alunos e se apropria da escola como lugar onde se deve refletir sobre práticas e discursos que ensinem cuidados com a saúde como investimento também individual; contemplando elementos sociais, culturais, políticos e econômicos que interferem na possibilidade de construção social da saúde para todos. Isso se mostra relevante, uma vez que os hábitos adquiridos durante os anos decorridos em instituições de ensino tendem a permanecer incorporados ao cotidiano dos estudantes, mesmo após a saída desse ambiente.^{27,28} Portanto, o ambiente escolar deve ser um local favorável para aquisição de hábitos saudáveis.

Ressalta-se que o professor precisa ser reconhecido, muito mais do que um instrumento para o alcance da promoção da saúde do aluno, mas como um sujeito catalisador deste processo e que também necessita ser envolvido e favorecido por ações voltadas à própria saúde.²⁹ De acordo com o imaginário coletivo, os discentes da área da saúde, dos quais os professores de Educação Física fazem parte, apresentam responsabilidade social quanto a um estilo de vida saudável.³⁰ Todavia, é importante fornecer subsídios para que os mesmos tenham acesso à saúde, principalmente numa sociedade que apresenta crescimento exorbitante de práticas individualistas e produtivistas no desempenho das tarefas docentes, provocando o adoecimento e o sofrimento desses trabalhadores.³¹ Portanto, o professor deve ser visto como um sujeito com demandas próprias de saúde que, se trabalhadas, favorecerão o potencial destes para criar e executar ações em prol da consolidação do conceito de promoção de saúde na escola.²⁹

Dois estudos^{20,23} abordaram a obesidade, algo relevante quando se pensa em evitar agravos à saúde.³² Indivíduos obesos apresentam um índice de massa corporal (IMC) acima do considerado ideal. Este índice é essencial para a avaliação da composição corporal, uma vez que pode funcionar como preditor de morbidades e mortalidade de diversas DCNT.³³ Há uma relação entre o IMC, o nível de atividade física e o conceito de saúde preventiva.³⁴ Desse modo, é importante a criação de estratégias para prevenir o aumento de peso em escolares,³² visto que a puberdade parece ser um período crucial para o desenvolvimento da obesidade.³⁵ Nesse período, ocorre uma maior diferenciação sexual desde a vida fetal e um rápido crescimento linear desde os primeiros anos de vida, adicionalmente, há o aumento de estatura e massa

corporal, que podem definir tais variáveis associadas à saúde na idade adulta.³⁶ Nesse sentido, os professores de Educação Física podem contribuir com estratégias de intervenção, considerando a possível influência do professor na união ou abandono da prática de atividades físicas.³⁴

De acordo com os achados nos artigos incluídos na presente revisão integrativa, intervenções que abordam o conceito de saúde parecem ser promissoras para ampliar a discussão desse tema. Dessa forma, os professores podem contribuir para aderência à prática de atividades físicas fora do ambiente escolar, além de conscientizar sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis, a partir do entendimento do conceito de saúde pelos alunos e pelos professores. Necessita-se, portanto, de estudos específicos sobre intervenções no ambiente escolar e entendimento do conceito de saúde sob o viés da comunidade escolar, buscando superar o conceito de saúde como mera ausência de doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que existem poucos estudos que abordam como o conceito de saúde tem sido tratado nas aulas de Educação Física escolar. Todavia, os poucos que existem são relativamente novos, o que nos leva a perceber que esta é uma preocupação emergente na área da Educação Física escolar. Foi observado que a maioria dos professores dos estudos incluídos na presente revisão apresentou um conceito eminentemente biologicista de saúde, reverberando na prática pedagógica com os alunos.

Dessa forma, faz-se necessário que o conceito de saúde seja visto de forma mais ampla, voltando-se para autonomia e qualidade de vida do cidadão. Portanto, sugere-se que futuros estudos investiguem o conceito de saúde que os alunos possuem, uma vez que estes apresentam conceitos e vivências influenciadas pelo meio em que vivem, tanto dentro quanto fora da escola. Espera-se, desse modo, que se possa planejar e intervir no processo de aprendizagem dos alunos, a partir dos conceitos que apresentam sobre saúde.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
2. Marani F, Oliveira AR, Guedes DP. Indicadores comportamentais associados à prática de atividade física e

- saúde em escolares do ensino médio. *Rev Bras Ciênc Mov* 2007;15(2):39-46.
3. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. Pesquisa Brasileira de Mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. Brasília: Secom; 2015.
 4. Silva AO, Soares AHG, Silva BRVS, Tassitano RM. Prevalência do tempo de tela como indicador do comportamento sedentário em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. *Motricidade* 2016;12(S2):155-64.
 5. Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sports Med* 2011;45(11):906-913. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2011-090192>
 6. Silva JVP. (In)Atividade física na adolescência: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ciênc Mov* 2013;21(3):166-79. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v21n3p166-179>
 7. Silva R, Vargas CR, Bento GG, Laurindo C, Gutierrez Filho PJB. Considerações teóricas acerca do sedentarismo em adolescente. *Pensar Prát* 2013;16(1):211-33. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/rpp.v16i1.16880>
 8. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, Lancet Physical Activity Series Working Group. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012;380(9838):247-257. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
 9. Marques K, Silva P, Tornquist D, Muradás R, Schwanke N, Burgos L, Burgos M. Programa de intervenção com exercícios físicos melhora indicadores de aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho motor em escolares com sobrepeso e obesidade. *Cinergis* 2014;15(3):118-22. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v15i3.5540>
 10. Shephard RJ, Trudeau F. The legacy of physical education: influences on adult lifestyle. *Pediatr Exerc Sci* 2000;12(1):34-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1123/pes.12.1.34>
 11. Van Grieken A, Ezendam NP, Paulis WD, Van Der Wouden JC, Raat H. Primary prevention of overweight in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of interventions aiming to decrease sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9:61. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-61>
 12. Carter RC. The impact of public schools on childhood obesity. *JAMA* 2002;288(17):2180. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.17.2180-JMS1106-6-1>
 13. Dowda M, Ross SET, McIver KL, Dishman RK, Pate RR. Physical activity and changes in adiposity in the transition from elementary to middle school. *Child Obes* 2017;13(1):53-62.
 14. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. New York: International Health Conference; 1946.
 15. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF; 1966.
 16. Palma A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros modos de olhar. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2001;22(2):23-39.
 17. Fonseca AF, Corbo AD. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
 18. 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: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
 19. Oliveira VJM, Martins IR, Bracht V. Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades! *Rev Educ Fís* 2015;26(2):243-55. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v26i2.25600>
 20. Santos CMP, Oliveira ECS, Sousa FN, Tomaz EX, Santo LCS, Silva JVP, Sampaio TMV. A paródia: uma estratégia educativa para conhecimentos relacionados à saúde. *Rev Bras Ciênc Mov* 2011;19(3):86-98.
 21. Ferreira HS, Oliveira BN, Sampaio JJC. Análise da percepção dos professores de Educação Física acerca da interface entre a saúde e a educação física escolar: conceitos e metodologias. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2013;35(3):673-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32892013000300011>
 22. Rufino LGB, Darido SC. Educação física escolar, tema transversal saúde e livro didático: possíveis relações durante a prática pedagógica. *Rev Bras Ciênc Mov* 2013;21(3):21-34. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v21n3p21-34>
 23. Copetti J, Soares RG, Puntel RL, Folmer V. Conhecimento dos professores de educação física para abordagem do tema saúde em suas aulas. *Rev Bras Ciênc Mov* 2012;20(4):26-33.
 24. Oliveira MAT, Oliveira LPA, Vaz AF. Sobre corporalidade e escolarização: contribuições para a reorientação das práticas escolares da disciplina de Educação Física. *Pensar Prát* 2008;11(3):303-18. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/rpp.v11i3.4344>
 25. Knuth AG, Azevedo MR, Rigo LC. A inserção de temas transversais em saúde nas aulas de educação física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2007;12(3):73-8. doi: <http://dx.doi.org/10.12820/RBAFS.V.12N3P73-78>
 26. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Rev Bras Saúde Ocup* 1986;14(54):7-11.
 27. Castro JBP, Vale RGS, Aguiar RS, Mattos RS. Perfil do estilo de vida de universitários de Educação Física da cidade do Rio de Janeiro. *Rev Bras Ciênc Mov* 2017;25(2):73-83.
 28. Haberman S, Luffey D. Weighing in college students' diet and exercise behaviors. *J Am Coll Health*. 1998;46(4):189-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07448489809595610>
 29. Batista MH, Matos TGR, Gavidia V, Maciel RH, Catrib AMF. Afetividade e promoção da saúde na escola: construção de significados pelo professor. *Rev Bras Promoç Saúde* 2016;29(3):390-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p390>
 30. Castro JBP, Carvalho MCVS, Ferreira FR, Prado SD. "Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço!": a décalage como ferramenta para compreensão de práticas corporais e alimentares. *Rev Nutr* 2015;28(1):99-108. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000100009>
 31. Chagas FAS, Mattos RS, Castro JBP, Luz MT, Espírito Santo WR. Adoecimento do corpo docente na sociedade de vigilância e de controle. *Arq Mov* 2017;13(2):86-101.
 32. Nascimento MVS, Barros LO, Lemos CFS, Soares NMM. Perfil antropométrico e de adiposidade de escolares de 9 a 14 anos do município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Motricidade* 2016;12(S2):3-10.
 33. Mota JF, Rinaldi AEM, Pereira AF, Orsatti FL, Burini RC. Indicadores antropométricos como marcadores de risco para anormalidades metabólicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(9):3901-08. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000026>
 34. Venturini GRO, Aidar FJ, Mazini Filho ML, Lima AA, Castro JBP, Vale RGS. Relation between physical activity level, BMI and health concept of High School students of Ipanema city - MG, Brazil. *Motricidade* 2016;12(S2):99-106.

35. Lee JM, Wasserman R, Kaciroti N, Gebremariam A, Steffes J, Dowshen S, et al. Timing of puberty in overweight versus obese boys. *Pediatrics* 2016;137(2):e20150164. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-0164>
36. Gemelli IFB, Farias EDS, Souza OF. Age at menarche and its association with excess weight and body fat percentage in girls in the Southwestern region of the Brazilian Amazon. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(5):482-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.02.011>

Recebido em:17/05/2018

Aceito em:03/06/2018

Como citar: VENTURINI, Gabriela Rezende de Oliveira et al. Análise do conceito de saúde abordado nas aulas de Educação Física escolar: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12105>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.12105>



Efeitos do exercício físico sobre o estresse percebido de idosos

Effects of physical exercise on perceived stress of elderly people

Francieli Aparecida dos Santos¹, Daniel Vicentini de Oliveira², Mateus Dias Antunes¹, Terezinha Gomes Faria¹

1- Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

2- Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

RESUMO

d.vicentini@hotmail.com

Palavras-chave:
*Idoso; Estresse;
Promoção da Saúde.*

Objetivo: realizar uma revisão de literatura, sobre os efeitos do exercício físico sobre o estresse percebido de idosos. **Método:** trata-se de uma revisão de literatura com levantamento de informações com base em pesquisa realizadas entre os anos de 2006 a 2017 com os descritores: Idoso, Envelhecimento, Exercício e Estresse Psicológico no idioma português, espanhol e inglês. **Resultados:** os estudos apontam que os exercícios realizados regularmente fornecem inúmeros benefícios nos aspectos psicológicos relacionados à preservação da função cognitiva, alívio dos sintomas de depressão e comportamento, e uma melhora no conceito de controle pessoal diminuindo os níveis de estresse, e consequentemente, melhora a qualidade de vida do idoso. **Conclusão:** o exercício físico promove uma melhor qualidade de vida e reduz o estresse percebido em idosos, sendo uma alternativa de promoção da saúde física e mental.

ABSTRACT

Keywords:
*Elderly; Stress; Health
Promotion.*

Objective: to carry out a literature review on the effects of physical exercise on the perceived stress of elderly people. **Method:** this is a literature review based on research carried out between the years 2006 and 2017, with the descriptors: Aged, Aging, Exercise and Psychological Stress in Portuguese, Spanish and English. **Results:** the studies indicate that regular exercises provide innumerable benefits in psychological aspects related to the preservation of the cognitive function, relief of symptoms of depression and behavior, and an improvement in the concept of personal control, reducing stress levels and, consequently, improving the quality of life of the elderly. **Conclusion:** physical exercise promotes a better quality of life and reduces



INTRODUÇÃO

À medida que a população mundial cresce, a porcentagem de pessoas acima de 60 anos está aumentando¹, e as necessidades desta população tornam-se cada vez mais importantes de serem enfatizadas pelas políticas públicas e prestação de cuidado de saúde aos longevos.²

Em relação a este crescimento da expectativa de vida, fica evidenciado o aumento do cenário científico mundial sobre as alterações físicas e psicológicas³ que se manifestam em decorrência do envelhecimento e aquelas que abordam a influência da atividade física nesse processo.⁴

Assim a maneira como cada indivíduo adapta-se às modificações físicas⁵, psicológicas e sociais pode determinar um envelhecimento saudável ou repleto de dificuldades.⁶ Já, está evidenciado que o exercício físico influencia positivamente os aspectos fisiológicos e psicológicos e na qualidade de vida do idoso.⁷ No entanto, existem poucas pesquisas que associem a prática de exercício físico com o estresse percebido de idosos.⁸

Trata-se de um estudo de cunho bibliográfico, que objetivou analisar os efeitos do exercício físico sobre o estresse percebido de idosos.

MÉTODO

Para o desenvolvimento do presente estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos anos de 2006 a 2017. A revisão bibliográfica consiste na utilização da pesquisa com documentação indireta, com base no levantamento de dados a partir de fontes já coletadas, publicações avulsas e escrita impressa. Dessa forma é possível colocar o pesquisador em contato direto com o que já foi publicado sobre o assunto.⁹

A busca foi realizada por meio de periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline e livros. Os descritores utilizados foram: Idoso, Envelhecimento, Exercício e Estresse Psicológico no idioma português, espanhol e inglês. O período de busca foi entre os meses de dezembro de 2016 a janeiro de 2017 e após selecionar os artigos, para extrair as definições sobre o tema procedeu-se à leitura dos mesmos. Encontrou-se 45 estudos por meio da busca informada acima.

REVISÃO DE LITERATURA

Envelhecimento

O envelhecimento é um fenômeno fisiológico que ocorrerá com todo ser humano como um processo progressivo. Envelhecer também não se caracteriza como patológico, pois acontece com todos nós. No processo de envelhecimento ocorrem distintas alterações nos diversos sistemas, sendo que essas alterações variam de pessoa para pessoa, dependendo de alguns fatores como: hábitos posturais, alimentares, genéticos, sedentarismo que por fim torna-se evidente que o hábito de vida é variável e que pode ser controlada, uma vez que a genética é determinada por meio da herança. Sendo assim, por que não procurar através de alternativas variáveis, uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente um melhor envelhecer.¹⁰

O envelhecimento se define pelo declínio das várias funções orgânicas que se iniciam por volta dos 30 anos de idade, no qual a cada ano, acredita-se que há perda de aproximadamente 1% das funções. Assim, o processo de envelhecimento é um fator comum a todos, pois, o ritmo em que este declínio ocorre não varia apenas de um órgão para outro, mas sim de um indivíduo idoso para outro indivíduo idoso, tal com a mesma idade cronológica, já a idade biológica dos indivíduos fisicamente ativos podem ser diminuída aproximadamente entre 10 a 20 anos quando comparados com os idosos fisicamente inativos.¹¹

Este processo constitui-se em fenômeno biopsicossocial influenciado pela cultura em que se vive, pelas condições e contextos de vida para além da heterogeneidade resultante das influências socioculturais. Os pesquisadores ressaltam o envelhecimento como um processo altamente individualizado, e pelo qual as pessoas vivem de distintas maneiras.¹²

O envelhecimento representa um conjunto de conseqüências, que surgem com a passagem do tempo, podendo ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional afetando todos os sistemas fisiológicos principais, e de certa forma sendo também variável. Porém, essa involução não impede que o indivíduo idoso não se mantenha ativo, independente e feliz com um envelhecer com qualidade.¹³

No processo de envelhecimento o homem é decorrente de diversas alterações funcionais que

ocorre nos sistemas orgânicos, que são fatores determinados pela genética e influenciada pelo fator ambiental, social e de saúde, que podem comprometer o indivíduo idoso a ter uma boa capacidade funcional e psicológica, diminuindo assim, a sua qualidade de vida durante o envelhecer.¹⁴

O envelhecimento populacional é um fator duradouro. No qual desde 1950, o número de idosos tem aumentado passando de 8% em 1950 para 11% em 2009, com isso se espera chegar a 22% em 2050. Enquanto a mortalidade na velhice continuar em queda e a taxa de fertilidade continuar a ser baixa, a proporção de pessoas idosas continuará aumentando cada vez mais. Verifica-se acerca do envelhecimento da população brasileira é que ela ocorre com determinadas especificidades e características dos países subdesenvolvidos. Podemos assim apontar a velocidade que se dá o processo de envelhecimento populacional, do que nos países desenvolvidos.¹⁵

Desde o final da década de 60, a diminuição da fecundidade que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária, que provavelmente levará a uma nova população que será quase estável, mas, desta vez, com um perfil envelhecido e com ritmo de crescimento baixíssimo, talvez quase negativo. Essa transformação ocorre também em intensidades diferentes, na maioria dos países em desenvolvimento, particularmente da América Latina, implicará a diminuição, em termos relativos podendo às vezes, ser transitoriamente, em termos absolutos da população jovem. No caso do Brasil, a presença de crianças com menos de cinco anos reduziu-se, entre 1970 e 1990, de 15% para 11%.¹⁶

Com base em Barbosa¹⁷ e a Organização Mundial de Saúde (OMS).¹⁸ a terceira idade se inicia entre os 60 a 65 anos. No entanto, esta é uma idade instituída para efeitos de pesquisas realizadas, já que o processo de envelhecimento é dependente de três fatores, sendo eles: biológicos, psíquicos e sociais. Esses fatores podem prezonizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e instalações de doenças. Nesse sentido, conclui-se que o aumento do envelhecimento se caracteriza com a queda das taxas de natalidade, em virtude o aumento de usos de anticoncepcionais e uma maior conscientização da população em relação à estrutura familiar, assim combinada com a queda de taxas de mortalidade, analisadas e observadas devido aos avanços da

medicina e a melhoria da qualidade de vida para esses indivíduos.

O envelhecimento populacional vem tomando proporções significativas desde os últimos trinta anos em nosso país. A expectativa é de que no Brasil o número de pessoas idosas irá se igualar aos dos países europeus, tornando-nos o sexto país com o maior número de indivíduos idosos até o ano de 2025. Com isso a melhoria da qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida levam o número de indivíduos que atingirão a terceira idade aumentar significativamente em nosso país.¹⁹

O envelhecimento populacional é o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas que provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo assim a formação e a capacitação de profissionais para um ótimo atendimento desta nova demanda. Nessa perspectiva, as quedas de idosos são atualmente uma das preocupações, pela frequência e consequências em relação à qualidade de vida.²⁰

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²¹ traz que a população brasileira, durante o período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo da ordem de 21,6%. Sendo interessante notar que o incremento relativo do contingente de 60 anos ou mais de idade foi bem mais acelerado: 47,8%. Ou seja, o segmento populacional de 80 anos ou mais de idade possuem um valor ainda superior a, 86,1%. Portanto, esses resultados se devem, principalmente, ao adiamento da mortalidade em função dos avanços da medicina e dos meios de comunicação.

Segundo Figueiredo²² a senescência se caracteriza como a condição humana de quem está no processo de envelhecimento humano normal, fazendo partes deste processo às alterações funcionais, orgânicas e morfológicas. Já, a senilidade se caracteriza como envelhecimento patológico, ocorrendo doenças crônicas e/ou quadros neurodegenerativos que acabam incapacitando ou restringindo a autonomia do indivíduo idoso.²³

O envelhecimento biológico se caracteriza por mudanças físicas no decorrer do tempo, assim como: a diminuição da energia livre disponível no organismo, perdas celulares, diminuição gradativa da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando então enfermidades, perda gradual das propriedades elásticas dos tecidos conjuntivos, aumento da quantidade de gordura corporal, diminuição de consumo de O₂, diminuição da força muscular e hormonal, perda

óssea deficiência auditiva, visual dentre outras.¹⁰

Conceição et al.²⁴, salientam que o envelhecimento biológico é definido pela maior vulnerabilidade em relação as agressões tanto do meio interno quanto do meio externo, e também por uma maior susceptibilidade nos níveis celular, tecidual e nos órgãos/aparelhos/sistemas. Ou seja, envelhecer não significa só adoecer, pois, em condições normais, o organismo do idoso encontra-se funcionando da mesma forma, portanto esses processos podem ser retardados por hábitos da vida diária.

Os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de forma discreta no decorrer da vida, o qual é chamado de senescência, sem comprometer as relações e a gerência das decisões, assim esse processo não pode ser considerado como uma doença. Nas condições basais, o idoso não apresenta algum tipo de alterações no funcionamento ao ser comparado com o jovem. A grande diferença manifesta-se nas situações as quais se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas, o que no idoso, são apresentadas de forma fraca. Além disso, todos os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, tornando assim a variabilidade cada vez maior.¹³

Teixeira e Guariento.²⁵ definem o envelhecimento biológico como um processo que tem início no nascimento e dá continuidade até que ocorra a morte. Sendo assim o termo senescência é definido por um período de mudanças que estão relacionadas à passagem do tempo com efeitos deletérios no organismo, ou seja, representando um fenótipo complexo da biologia que se manifesta nos tecidos e órgãos. Esse processo acaba por afetar a fisiologia do organismo exercendo um impacto negativo na capacidade funcional do indivíduo e assim tornando-o cada vez mais suscetível às doenças crônicas.

Ter um envelhecimento saudável à questão central não é apenas impedir o declínio funcional biológico, mas disponibilizar instrumentos que auxiliem na preservação daquilo que é fundamental à condução de uma boa qualidade de vida, o que para o idoso é a capacidade funcional. Ou seja, manter esta capacidade na velhice significa ter um bom processo de envelhecimento.²²

Com base Drago e Martins²⁶ a pessoa que se encontra no processo de envelhecimento se depara com uma série de perdas, junto ao surgimento de doenças crônicas que tendem a aumentar no decorrer do tempo, bem como uma série de dependências que advêm destas doenças causadas pelo próprio

envelhecimento humano. Assim, acarretando uma maior vulnerabilidade na população idosa, não só devido aos aspectos psicológico, social e cultural, mas também aspectos biológicos.

A idade biológica se caracteriza por suas modificações corporais e mentais que sucede ao longo do processo de desenvolvimento, que define então o processo de envelhecimento humano, no qual pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento e irá se estendendo por toda a existência humana.⁹

Envelhecimento psicossocial

A relevância do estilo de vida ativo para um envelhecimento de qualidade é suas dimensões biológicas e psicossociais, pois estudos vêm buscando descrever o engajamento da população idosa em atividades físicas em geral (exercício físicos e atividades cotidianas de cada estilo de vida) e avaliar a relação desse engajamento com aspectos sociodemográficos e/ou de saúde. No contexto brasileiro, ainda há uma compreensão limitada em relação à importância social e preventiva que o estilo de vida ativo pode ter durante o envelhecimento. O padrão de engajamento em atividades entre os idosos necessita ser explorada para que ações interventivas possam ser planejadas com máxima cautela.¹²

A grande diversidade presente nas trajetórias desenvolvidas ao longo da velhice, tanto nas modificações dos aspectos biológico tanto no psicológico indica que qualquer indivíduo está sujeito a essas diversidades, de acordo com a idade que vai avançando, assim como nas relações que os indivíduos estabelecem com pessoas e instituições que encontram em seus respectivos contextos sociais, sendo na família, redes informais de relações, vizinhança, comunidade, sociedade, cultura e segmento da história.²⁷

A satisfação com a vida é um sentimento percebido em qualquer fase da vida, incluindo na fase de envelhecimento, no qual o indivíduo está sendo influenciado por diferentes variáveis pessoais, ou seja, tanto pelos aspectos sociais quanto pelos aspectos psicológicos.²⁶

De acordo com a OMS.¹⁸ os fatores psicossociais influenciam nas decisões dos indivíduos sobre os seus estilos de vida e também suas escolhas sobre comportamento saudável ou de risco. Assim esses fatores psicossociais são definidos e classificados

em positivos ou facilitadores, e negativos ou barreiras.

As condições psicossociais podem afetar a imune competência, e isto apresenta ter uma maior influência em pessoas mais velhas. Pois, ao envelhecer ocorrem processos de maior interação entre os estados psicológicos e sociais na adaptação às mudanças. E as transformações biológicas que ocorrem na velhice provavelmente são influenciadas pelas habilidades do indivíduo para a solução de seus devidos problemas.¹⁵

Existem vários fatores que agem de forma negativa em diversos aspectos na vida dos indivíduos idosos, sendo eles: aspectos sociais como a reforma e busca pela mudança, pois muitas vezes o idoso atinge um patamar etário, delimitado somente pela idade cronológica, havendo uma mudança radical dos estilos de vida, as despesas acentuadas, em grande parte são direcionadas para a indústria, pensões com reforma insuficientes, tendo em conta as necessidades identificadas, juntamente com outros eventos estressantes, como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser predisponentes a chegar a entrar em um estado depressivo durante o envelhecimento e até mesmos o aparecimento de outras doenças causadas por certos níveis de estresse.²⁶

Estresse percebido no envelhecimento

O estresse como sinais e sintomas de doenças, sendo: insônia, dores corporais, ansiedade, problemas estomacais, depressão, e quando as mesmas se tornam crônicas, acabam diminuindo as defesas orgânicas, favorecendo assim risco de infecções. O autor também traz que, doenças que estão associadas ao estresse como o infarto agudo do miocárdio, câncer, úlceras, dores de cabeça, artrite, alergias, derrames, hipertensão arterial, e ressalta explicando que uma boa recuperação no sono, um repouso bom e um relaxamento são fatores a serem usados como vias em oposição como busca principal da homeostase orgânica e psicossocial.²⁸

As causas originárias do estresse são inúmeras, algumas sendo mais relevante que a outra, tudo dependerá da forma que o indivíduo irá reagir frente a os fatores estressantes, pois apesar da matriz emocional ser caracterizada como biológica, a emoção do indivíduo se caracteriza como biográfica, ou seja, cada indivíduo possui diferença um dos outros. Sendo assim, cada indivíduo reagirá de forma menos ou mais intensa que o outro.²⁸

Por mais que o estresse apresente uma classificação geral, é preciso identificar que nem todas as pessoas vivenciam eventos estressante da mesma forma; isso dependerá e muito da sua própria avaliação do evento em si. Ou seja, quanto mais o evento for percebido e relacionado com a perda e a incontabilidade, maior a chance desses eventos serem vividos como estressores.¹³

O estresse possui grande impacto no aspecto psicofisiológico do homem, caracterizando-se então uma redução da saúde e da qualidade de vida. Assim, a humanidade sofre diversas alterações não benéficas em seus padrões comportamentais, sócio afetivo e físico, causando então diversas doenças e enfermidades físicas e psicológicas. Portanto, os indivíduos necessitam ir atrás de recursos e meios de adaptação, buscando como objetivo principal uma diminuição e/ou controle dos níveis de estresses, ocasionando também uma melhora na saúde, na qualidade de vida e superando as causas dos efeitos dos estresses.²⁸

O estresse no processo do envelhecimento humano pode causar grandes transtornos na vida de um indivíduo. A grande exposição do idoso a mudanças que são decorrentes do processo de envelhecimento pode acabar desencadeando respostas neuroendócrinas e comportamentais disfuncionais, ou seja, essas mudanças são caracterizadas por situações novas e imprevisíveis, sobre quais os idosos por vezes possuem pouco ou nenhum controle.²⁴

Alves e Baptista²⁸ definem estresse como a combinação entre as sensações físicas, mentais e emocionais que se caracterizam por vários estímulos de preocupações, medos, ansiedades, pressões psicológicas e fadiga física e/ou mental, que irá exigir uma maior adaptação de tensão.

Exercício físico e estresse percebido no envelhecimento

A ciência está cada vez mais comprovando a importância de praticar atividade física, independentemente da idade do indivíduo, de suas condições de saúde aos que aderem hábitos mais saudáveis. Tornando-se, então uma necessária aplicação de estratégias para alterar o quadro de inatividades esportivas, e mantendo como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do idoso durante todo o processo de vida, desde a vida adulta até o envelhecimento.²⁹

A qualidade de vida não apenas para os idosos mas para todos é influenciada completamente pelo estilo de vida adotado por cada um, ou seja, um estilo de vida saudável é definido pela prática regular de atividade física, bons hábitos alimentares, sono adequado, controle de peso e baixo consumo de álcool e de tabaco.³⁰

Uma nova visão sobre as possibilidades da atividade física tornou-se necessária a inclusão de outras formas de exercícios para alcançar os objetivos mais amplos, assim como o desenvolvimento da capacidade funcional do paciente.³⁰ Neste propósito, destaca-se a importância da preservação e estímulos a serem trabalhos no desenvolvimento da capacidade motora do indivíduo que envelhece, distinguindo seus principais determinantes. Sabe-se que flexibilidade e a força são diminuídas nas maiores limitações para as atividades da vida diária.¹⁹

Envelhecimento saudável com qualidade é compreendido como a interação entre a saúde física e mental, ter uma boa independência nas atividades de vida diária como: a capacidade de vestir-se sozinho, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente, ter uma boa integração social, um suporte familiar e por fim uma boa independência econômica, para não ter uma dependência total de segundos e/ou terceiros.³¹

Segundo Rabelo e Cardoso,³² a saúde e a funcionalidade física na velhice se caracterizam como uma grande preocupação central no campo do processo de envelhecimento, pois uma vez que são muitas as dificuldades cotidianas que esses indivíduos encontram e a incapacidade funcional é decorrente de vários problemas de saúde tanto para os próprios idosos quanto também para seus familiares.

A prática regular de atividades físicas irá diminuir as morbidades mais prevalentes, objetivando então, uma melhora na qualidade de vida, agindo de forma positiva na independência funcional do idoso, assim como no aumento da sensação de bem-estar, e um envelhecer com qualidade.³³

As Atividades de vida diária (AVDs) são um dos fatores principais que determinam a grande expectativa de vida ativa de um indivíduo idoso, pois essas realizações caracterizam-se sendo de grande importância em sua aplicabilidade para determinar seu nível de independência, socialização e autonomia em suas atividades cotidianas ocasionando então um aumento positivo na qualidade de vida.¹¹

O estilo de vida, relações sociais, a prática regular de atividade física, as opções de lazer e muitas outras atividades, contribuem de forma positiva, fazendo com que os indivíduos possam ter um avanço da idade tendo uma boa preservação nas suas habilidades cognitivas favorecendo então uma melhor qualidade de vida.³⁰

De forma geral, a população idosa é propensa a apresentar patologias, como: sequelas de acidente vascular encefálico, hipertensão, diabetes, fraturas após quedas, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, osteoartrite, déficit da acuidade visual, auditiva e doenças neurodegenerativas, o que de modo provavelmente acabará interferindo diretamente na qualidade de vida desses indivíduos idosos, tornando-os vulneráveis.³⁴

Às modificações biológicas e fisiológicas no processo do envelhecimento soma-se na diminuição da aptidão física e da capacidade funcional, e conseqüentemente na redução dos níveis de atividade e exercícios físicos, além de alterações nos aspectos psicossociais do indivíduo. Originando, um círculo vicioso, no qual as alterações decorrentes do envelhecimento conduzem que as pessoas se movimentem menos, e quanto menos movimento, mais intensas se tornam essas alterações. Portanto, destaca-se a importância dos exercícios físicos nesse processo como uma alternativa para retardar os efeitos do envelhecimento.³⁵

Não realizar exercícios físicos pode antecipar e/ou agravar o declínio provindo do envelhecimento, e assim transformando-se em fatores determinantes para um envelhecer mais complexo e prejudicado a sua qualidade de vida. Como consequência o idoso sofre declínio em sua capacidade funcional, o que contribui de certa forma na redução da sua capacidade para poder realizar suas atividades da vida diária.³⁰

Alguns dentre os diversos fatores que tem contribuído para o aumento da expectativa de vida no nosso país são: de fato a ciência que teve um grande avanço no que diz respeito ao controle de doenças que causam a mortalidade. Com isso, sabe-se que à medida que se aumenta a idade cronológica, aumenta também o número de pessoas que ficam menos ativas facilitando assim o aparecimento de doenças crônicas e degenerativas. Assim, para tentar minimizar ou até mesmo retardar esse processo, a atividade física vem sendo indicada como papel fundamental nos programas mundiais de promoção da saúde.³⁶

A preservação da capacidade funcional dos idosos são um dos fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida dessa população, e a prática de exercícios regularmente é um importante meio para que esses indivíduos alcancem esse objetivo, que possui uma necessidade imensa de ser estimulada ao longo da vida, principalmente nessa faixa etária, devendo dessa forma priorizar o desenvolvimento de diversas capacidades, sendo elas: aeróbica, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular de acordo com as particularidades dessa população, proporcionando uma série de benefícios específicos à saúde biopsicossocial do idoso.³⁷

Segundo Matsudo³⁸ a atividade física praticada regularmente junto à adoção de um estilo de vida ativo são fatores necessários e responsáveis para a promoção da saúde e uma boa qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. A atividade física regular contribui na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis especialmente àquelas que se constituem na principal causa de mortalidade, doenças cardiovasculares e o câncer. Assim a atividade física está associada também com uma melhora na mobilidade e na capacidade funcional.

Nota-se que nos últimos anos é grande o incentivo à prática de atividades físicas, podendo elas ser realizadas em academias (exercícios de força), clubes (natação, dança), ou mesmo em praças públicas (nas ATIs) fazendo com que esses idosos abandonem o sedentarismo e retardam as doenças próprias desta fase da vida, e assim possam se sentir mais confiantes, tendo um envelhecimento independente e ativo.³⁶

As limitações fisiológicas têm seu quadro aumentado com a presença do sedentarismo, levando assim as reduções acentuadas e progressivas de diversas funções, nos indivíduos idosos passam a se evoluir rapidamente para a total inaptidão. Portanto durante o processo de envelhecimento, o organismo sofre muitos déficits de nutrientes e uma grande diminuição das funções metabólicas. Sendo assim a prática regular de atividade física para essa população é indicada para prevenir perdas de massa óssea, redução do risco de fraturas e número de quedas; melhora da força muscular, flexibilidade articular; aumento de equilíbrio, força e resistência muscular.³⁹

O exercício físico exerce uma afinidade benéfica nas condições de saúde da população idosa, contribuindo assim para uma menor incidência de fatores de riscos relacionada a quedas. Um programa

de exercícios físico bem direcionado, planejado com eficiência para os idosos deve ter como principal meta a melhoria da capacidade física do indivíduo, ou seja, diminuir a deterioração das variáveis da aptidão física sendo: a resistência cardiovascular, força, flexibilidade e equilíbrio.⁴⁰

A capacidade funcional diminuída é gerada em maior parte pelo desuso procedente do sedentarismo, no qual pode ser melhorada pela prática regular de atividades físicas e/ou a adoção de um estilo de vida ativo, retardando os efeitos negativos causados pelo processo de envelhecimento e o mesmo auxiliando no tratamento ou controle de doenças crônico-degenerativas, junto à manutenção das funções locomotivas, uma melhora no desempenho para realizar atividades diárias e um maior grau de independência e autonomia, permitindo assim que o indivíduo idoso consiga permanecer ativo com uma boa qualidade de vida.¹¹

Os autores supracitados trazem que a capacidade funcional está altamente relacionada com a capacidade de um indivíduo realizar as AVDs de modo independente. Pois com o aumento da idade cronológica há uma maior tendência das pessoas serem menos ativas, reduzindo a sua capacidade funcional, aumentando o seu grau de dependência para a realização de suas atividades mais básicas, tais como: alimentar-se, calçar os sapatos, vestir-se, escovar os dentes, tomar banho, entre outros.

As variações que ocorrem nos idosos em especial nos que realizam exercícios regularmente são: adaptações fisiológicas e psicológicas o que consequentemente melhora o controle da glicemia, no perfil lipídico, na irrigação sanguínea periférica, no aumento da independência nas realizações das atividades cotidianas, na diminuição da pressão arterial de repouso, no aumento do VO₂ máximo, melhora da autoestima, autoconfiança; melhora do equilíbrio, marcha, melhora da função pulmonar, redução de massa gorda, aumento da massa muscular e melhora significativa na qualidade de vida desses indivíduos.³⁹

Para o Colégio Americano de Medicina Esportiva⁴¹ a participação regular em determinadas atividades físicas como: exercícios aeróbicos e de força, são capazes de fornecer várias respostas, sendo favoráveis e de grande influencia na contribuição para que os idosos tenham um envelhecimento saudável.

Com base em Matsudo³⁸ revisões em relação

à atividade física, aptidão física e longevidade são evidências que apresentam que os indivíduos com altos níveis de atividade física e aptidão física, assim como aqueles que escolhem por adotar um estilo de vida ativo, apresentam um menor risco de doenças cardiovasculares, aumentando assim seu ciclo de vida para aproximadamente dois anos a mais. Assim, a atividade física também tem mostrado um impacto positivo em outros fatores de risco tais como a pressão arterial, o perfil de lipoproteínas e a tolerância à glicose, que influenciam na saúde e a longevidade desses indivíduos.

As atividades físicas devem ser praticadas regularmente, durante toda a vida não apenas na juventude, por contribuir de forma fundamental para uma melhoria da qualidade de vida, inclusive durante o processo de envelhecimento, interferindo de modo direto na manutenção da capacidade funcional, e nas habilidades físicas e mentais, que são adquiridas durante a vida. Portanto, a atividade física é considerada como o maior fator para as boas condições e manutenção à saúde, principalmente na vida adulta, quando as variáveis como força e resistência aeróbia tendem a diminuir pela grande redução da frequência cardíaca e do volume de ejeção sanguínea, afetando também o transporte de oxigênio aos tecidos.²⁸

São inúmeros fatores que afetam o modo de como o idoso desempenha suas tarefas, incluindo o seu estado de saúde, as características psicológicas e as exigências da tarefa. Mesmo com diversas perdas físicas e psíquicas alguns idosos conseguem superar traumas e dificuldades, sem sofrerem as consequências negativas do estresse durante essa fase de envelhecimento. Sendo assim, os mesmos a fim de diminuir e melhorar os níveis de estresses está cada vez mais a procura de se ingressar em diversas modalidades, para ter a vivências dos exercícios físicos nos seus cotidianos, junto a perspectiva de um envelhecimento de qualidade.³⁸

O Colégio Americano de Medicina Esportiva⁴¹ aborda que o treinamento de força age de forma positiva ajudando a compensar a redução na massa e na força muscular tipicamente associada com o processo de envelhecimento normal. Assim, a prática regular de exercício físico traz vários benefícios adicionais que se incluem na melhoria da saúde óssea, redução no risco de osteoporose; melhora da estabilidade postural e reduzindo o risco de quedas, lesões e fraturas associadas, e um acréscimo da flexibilidade

e amplitude de movimento. Ou seja, os exercícios realizados regularmente também podem fornecer muitos benefícios como nos: aspectos psicológicos relacionados à preservação da função cognitiva, alívio dos sintomas de depressão e comportamento, e uma melhora no conceito de controle pessoal diminuindo os níveis de estresse.

É importante observar que não necessariamente a participação em atividades físicas pode demonstrar aumento nos marcadores fisiológicos tradicionais de desempenho e da aptidão física como o nível de Vo₂max, capacidade oxidativa mitocondrial, e na composição corporal em indivíduos idosos, mas também na melhora da saúde, como na redução dos fatores de risco de doenças e na capacidade funcional. Portanto, o benefício associado ao exercício físico praticado regularmente contribui positivamente para um estilo de vida independente e saudável, melhorando a capacidade funcional e permitindo uma boa qualidade de vida para essa população.⁴⁰

A qualidade de vida relacionada com o estado de saúde refere-se não só à forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também a quão bem está fisicamente, questão psicológica e social possui uma realização positiva nas atividades diárias, em relação à prática regular de exercício físico, diminuindo os níveis de estresse, melhora do sono, função cardiorrespiratório e etc. Assim, a qualidade de vida em idosos possibilita contemplar um envelhecimento com qualidade cotidiana.³³

É evidente que o estresse excessivo proporciona para o indivíduo uma redução na saúde, na qualidade de vida e no bem-estar pessoal, levando o homem à morbidade ou até mesmo à morte. Por isso diversos tratamentos preventivos que contribuem positivamente para a redução e/ou controle do estresse, tendo como um dos principais exemplos à prática regular de atividades físicas.²⁸

O estresse se caracteriza como uma reação do organismo, que é composta por componentes físicos e/ou psicológicos, causados pelas alterações psico-fisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se confronta com situações que, de um modo ou de outro, o irrita, amedronta, excita ou confunde, ou mesmo que faça imensamente feliz. Isto significa que o processo bioquímico do estresse depende da causa ou tensão, sendo que o elemento primordial necessário para o desencadeamento é claramente a necessidade de adaptação a algum fato ou mudança, ou seja, com

a prática de exercício regularmente diminuirá e/ou retardará os níveis de estresse, acarretando assim uma boa qualidade de vida.⁴²

O estresse é uma variável influenciada por diversos fatores relacionados à vida do idoso, podendo ser físicos, demográficos e sociais. No entanto durante o processo de envelhecimento existem várias mudanças nesses aspectos, interagindo com os aspectos da personalidade desses indivíduos idosos que tendem a influenciar no modo como cada um deles irá reagir aos eventos estressores.²⁴

Uma das formas de reduzir essa perda resultante do envelhecimento é a prática regular de atividade física. Estudos indicam que a prática de atividade física durante a adolescência, na vida adulta e principalmente na terceira idade irá diminuir grandes ocorrências de doenças, quedas, osteoporose entre outras doenças crônicas. A atividade física é de fato um meio para o indivíduo buscar alcançar o equilíbrio entre as perdas comuns que acontecem na velhice, e assim, proporcionando a esses idosos uma forma de obter crescimento pessoal e satisfação na vida, além de ser uma aliada na superação dos fatores estressantes.⁸

A prática de exercícios físicos está totalmente relacionada com a diminuição dos agentes estressores, pois a mesma irá proporcionar aos indivíduos sejam eles adultos ou idosos uma boa saúde psicológica, social e mental. Fazendo com que esses indivíduos consigam ter uma melhora na autoestima, na socialização e no bem-estar devido às adaptações biológicas causadas pela atividade física.²⁸

CONCLUSÃO

Conclui-se que o exercício físico promove uma melhor qualidade de vida e reduz o estresse percebido em idosos. Os profissionais da área da saúde, devem se atentar na inclusão do exercício físico como uma abordagem de promoção da saúde, que trará benefícios na saúde física e mental dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Brickwood KJ, Smith ST, Watson G, Williams AD. The effect of ongoing feedback on physical activity levels following an exercise intervention in older adults: a randomised controlled trial protocol. *BMC Sports Sci Med Rehabil* 2017;9(1):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13102-016-0066-5>
2. Moss TP, Cogliandro A, Pennacchini M, Tambone V, Persichetti P. Appearance distress and dysfunction in the elderly: International contrasts across Italy and the UK using DAS59. *Aesthetic Plastic Surgery* 2013;37(6):1187-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-013-0209-y>
3. Kotani K, Caccavello R, Mutou T, Yamada T, Taniguchi N, Gugliucci A. Association between reactive oxygen metabolites and paraoxonase 1 activity during a physical activity increase intervention with older Japanese people. *Australas J Aging* 2012;31(4):222-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2011.00569.x>
4. Silva JS, Santo FHE, Chibante CLP. Foot changes of hospitalized elderly individuals: a careful look at nursing. *Esc Anna Nery* 2017;21(1):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170010>
5. Andréa FD, Lanuez FV, Machado AN, Jacob Filho W. Physical activity and stress coping in the elderly. *Einstein* 2010;8(4):419-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1549>
6. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicol Reflex Crit* 2007;20(1):81-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000100011>
7. Lee CT, Yeh CJ, Lee MC, Lin HS, Chen VCH, Hsieh MH, et al. Leisure activity, mobility limitation and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Arch Geriatr Geriatr* 2012;54(2):221-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.014>
8. Nascimento Junior JRA, Capelari JB, Vieira LF. Impacto da prática de atividade física no estresse percebido e na satisfação de vida de idosos. *Rev Educ Fis UEM* 2012;23(4):647-54. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v23.4.16934>
9. Pizzani L. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação* 2012;10(1):53-66. doi: <https://doi.org/10.20396/rdbci.v10i1.1896>
10. Ferreira V. Atividade física na 3ª idade: o segredo da longevidade. Rio de Janeiro: Sprint 2003.
11. Caporicci S, Oliveira Neto MF. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motri* 2011;7(2):15-24.
12. Couto MCPDP, Koller SH, Novo R, Sanchez-Soares P. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro-argentino. *Psic: Teor Pesq* 2009;25(4):509-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000400006>
13. Moraes EN, Moraes FL, Lima SDPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Medicina Minas Gerais* 2010;20(1):67-73.
14. Celich KLS, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *Revista Mineira de Enfermagem* 2010;14(2):226-32. doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000200012>
15. Cruz F. Educação Física na Terceira Idade: Teoria e Prática. São Paulo, 1. ed. Ícone 2013.
16. Carvalho JAM, Wong LR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Pública* 2008;24(3):597-605. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300013>
17. Barbosa ACT. A perda de autonomia do idoso: um estudo bibliográfico. ed. 21, CDD. 305-26. Campina grande – PB, 2013.
18. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mun-

- dial de Saúde (2006). Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf. Acesso em 22 de dezembro de 2016.
19. Mazini Filho ML, Zanella AL, Aidar FJ, Silva AMS, Salgueiro R, Matos DG. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2011;7(1):97-106. doi: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.448>
20. Albuquerque AV. Benefícios da atividade física na qualidade de vida dos idosos. *Envelhecimento Humano*, 2015;2(1):1-14. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201721>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, (2013). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 25 de dezembro de 2016.
22. Figueiredo VLM. Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. *Ciências & Cognição* 2007;12(1):156-64.
23. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):749-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009>
24. Conceição JCR, Mazo GZ, Benedetti TRB, Dias RG, Krug RR. Relação das características sociodemográficas com o estresse percebido em idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2013;9(1):89-97.
25. Teixeira INDO, Guariento ME. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(6):2845-2857. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600022>
26. Drago SMMS. A Depressão no Idoso. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu* 2012;2(1):79-94.
27. Silva ANC, Castanho GKF, Chiminazzo JGC, Barreira J, Fernandes P. T. Fatores motivacionais relacionados à prática de atividades físicas em idosos. *Psicologia em Estudo* 2017;21(4):677-85. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.32198>
28. Redonda M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte* 2006;20(1):135-37.
29. Alves DDSB, Barbosa MTS, Caffarena ERC, Silva ASD. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. *Cad Saúde Colet* 2016;24(1):63-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010272>
30. Silveira MM, Potulski AP, Vidmar MF, Sachetti A, Wibeling LM. Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Revista saúde e Pesquisa* 2011;4(3):417-24.
31. Motta LBD, Aguiar ACD. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(2):363-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200012>
32. Rabelo DF, Cardoso CM. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Revista de Psicologia da USF* 2007;12(1):75-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712007000100009>
33. Ponte MKC, Cunha FMAM. Nível de atividade física na população idosa e seus benefícios: uma revisão integrativa. *Revista de Políticas Públicas* 2013;12(1):71-7.
34. Alves A, Baptista MR. A atividade física no controle do stress. *Revista Corpus et Scientia* 2006;2(2):5-15.
35. Oliveira IA, Kronbauer GA, Binotto MA. Doenças e nível de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2013;9(2):263-73. doi: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.1529>
36. Koltyn K. The association between physical activity and quality of life in older women. *Women's Health Issues* 2001;11(6):471-80.
37. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz* 2010;16(4):1024-32. doi: <http://dx.doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>
38. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL, de Araújo TL. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 2003;9(6):1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922003000600003>
39. Oliveira DAS, Oliveira DV, Bertolini SMMGB. Participação de idosas em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional. *Northeast Network Nursing Journal* 2016;17(2):278-84. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i2.3017>
40. Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(6):437-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000600004>
41. Mazzeo RS. Exercício e atividade física para pessoas idosas: Colégio Americano de Medicina Esportiva, posicionamento oficial. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 1998;3(1):48-78.
42. Melo RLP, Eulálio MC, Gouveia VV, Silva HDM. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. *Psicol Reflex Crit* 2013;26(2):222-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000200002>

Recebido em:25/12/2017

Aceito em:03/06/2018

Como citar: SANTOS, Francieli Aparecida dos et al. Efeitos do exercício físico sobre o estresse percebido de idosos. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12257>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.12257>



Problematizando quedas em idosos: estrutura conceitual à organização de programas de exercícios físicos

Problematizing falls among the elderly: a conceptual structure to the organization of physical exercise programs

Marcelo de Maio Nascimento¹

1- Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina, PE, Brasil.

RESUMO

Introdução: no Brasil, o número de idosos vem aumentando rapidamente, estima-se que no ano de 2050, essa população será a sexta maior do mundo. Entre idosos, quedas consistem em problema responsável por um número significativo de morbidades e mortalidade. Sua prevenção é possível, desde que os fatores de risco sejam previamente identificados, seguidos por intervenções adequadas. **Objetivo:** apresentar, com base na literatura especializada, o conjunto de fatores de risco responsáveis por quedas entre idosos, bem como, intervenções utilizadas à prevenção do caso. Por conseguinte, sugerir um modelo organizacional com ênfase na prática de exercícios físicos à prevenção de quedas. **Método:** foram selecionados artigos publicados nas bases de dados Lilacs, Google Acadêmico, Medline e SciELO, com os seguintes descritores: quedas e idosos, quedas e fatores de risco, quedas e prevenção, em português e inglês, entre 2000 e 2018. **Resultados:** o modelo sugerido possui quatro fases: i) triagem do histórico de quedas, ii) avaliação multifatorial dos riscos de queda, iii) intervenção, e iv) avaliação das ações e metas alcançadas. **Conclusão:** a revisão de literatura mostrou que o modelo apresentado é capaz de atingir resultados significativos à prevenção de quedas de idosos da comunidade, apresentando baixo custo e fácil aplicação.

Palavras-chave:

Quedas; Saúde Pública; Envelhecimento; Educação Física.

ABSTRACT

Introduction: in Brazil, the number of elderly people is increasing rapidly, and it is estimated that they will be the sixth largest elderly population in the world in the year 2050. Among the elderly, falls consist of a problem responsible for a significant number of morbidities and mortality. Its prevention is possible, as long as risk factors are previously identified and followed by appropriate interventions. **Objective:** to present, based on the specialized literature, a set of risk factors responsible for falls among the elderly, as well as interventions used to prevent the case. The objective is also to suggest an organizational model with emphasis on the practice of physical exercises to prevent falls. **Method:** Lilacs, Google Academic, Medline and SciELO databases were selected, with the following descriptors: falls and elderly, falls and risk factors, falls and prevention, in Portuguese and English, between 2000 and 2018. Results: the suggested model has four phases: i) screening of the history of falls, ii) multifactorial assessment of fall risks, iii) intervention, and iv) evaluation of actions and goals achieved. **Conclusion:** the literature review showed that the presented model can achieve significant results to prevent falls among the elderly in the community, presenting a low cost and easy application.

Keywords:

Falls; Public Health; Aging; Physical Education.



INTRODUÇÃO

Queda e quedas recorrentes de idosos são questão de saúde pública.¹ Segundo a literatura especializada,^{2,3} a cada ano, 30% dos indivíduos em idade superior a 65 anos sofrem uma queda. Destes, 50% são do sexo feminino, existindo um número significativo de octogenários.⁴ O evento da queda é definido como alteração da posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição atual, seguido pelo contato não intencional com a superfície de apoio, sem existir a imposição de um fator intrínseco ou acidente inevitável.⁵

Suas consequências são graves, estima-se que 10% delas gerem lesões dos tecidos moles, fraturas, traumas cerebrais, seguido por limitações funcionais⁶, dificultando, por conseguinte, a resolução das atividades de vida diária (AVD).^{7,8} Entre idosos, quedas ocupam a sexta colocação das causas de óbito^{9,10}, uma vez que de 15% a 50% daqueles hospitalizados por este motivo falecem no ano seguinte.¹¹ Conforme Pereira e colaboradores¹¹, na década passada, quedas foram responsáveis por 12% dos óbitos da população geriátrica brasileira, estando associadas a 70% das mortes acidentais de brasileiros acima dos 75 anos. Quedas também atingem psicologicamente a pessoa idosa, uma vez que após o incidente sua confiança no equilíbrio tende a diminuir¹², aumentando seu medo de cair novamente.¹³ Além do mais, com a mobilidade restringida, o idoso se auto exclui socialmente³, o que, em certos casos, pode gerar a depressão.¹⁴

Outro ponto incluso ao tema quedas consiste em seu impacto sobre os custos dos sistemas de saúde pública e privado. Em estudo realizado junto ao banco de dados do Ministério da Saúde brasileiro, Barros e colaboradores¹⁵ contabilizaram 399.681 internações hospitalares de idosos por quedas, no período de 2005 a 2010. Conforme os autores, o valor indicado pelos serviços de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi de R\$ 464.874.275,91. Entretanto, sabe-se que ações desenvolvidas por programas de prevenção em queda¹⁶ poderiam ter amenizado os gastos. Isso porque, conforme a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia¹¹, quedas de idosos possuem uma Etiologia própria, que possibilitam a redução do número de eventos, apresentando baixo custo e eficácia para o tratamento da questão

Diante do exposto, o presente estudo tem por fim apresentar um modelo organizacional à

implantação e qualificação de projetos e programas de prevenção em queda de idosos que valorizem a prática regular de exercícios físicos.

MÉTODO

Antecedendo a formulação do modelo organizacional com ênfase na prática de exercícios físicos à prevenção de quedas, procedeu-se com uma Revisão Integrativa (RI) da Literatura. Este método de revisão é específico, visto que buscou sumarizar tanto a literatura teórica, como empírica anterior, que permitissem o entendimento do fenômeno particular, que no caso deste trabalho incidiu em um problema relacionado à saúde. Inicialmente, foram utilizadas as seguintes bases de dados para o levantamento dos estudos: Lilacs, Google Acadêmico, Medline e SciELO. Os descritores assumidos foram: i) Português (quedas e idosos, quedas e fatores de risco, quedas e prevenção) e, ii) Inglês (falls and elderly, falls and risk factors, falls and prevention). Como critério de inclusão foi adotado para seleção dos artigos: i) resumos relacionados à queda de idosos, ii) idade da população ≥ 60 anos, iii) publicações em português e inglês, datadas no período de janeiro de 2000 a junho de 2018.

RESULTADOS

Fatores de Risco de Quedas

A literatura especializada classifica os fatores de risco de queda em duas categorias: intrínsecos e extrínsecos.^{9,17} A identificação do risco é fundamental, visto que qualificam o planejamento de medidas cautelares. Estudos de revisão sistemática¹⁸ e metanálise^{19,20} classificaram a queda como um evento multifatorial, destacando a necessidade do aprimoramento de materiais e métodos que ampliem a identificação precoce dos indivíduos com maior risco para cair.^{21,22}

Com base na literatura especializada^{23,24}, o Quadro 1 classifica o conjunto de fatores de risco de quedas:

Quadro 1 - Avaliação multifatorial de fatores de risco para quedas

Intrínsecos	Extrínsecos
<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo • Quedas anteriores • Morar só • Medicamentos • Etnia • Déficit visual • Tontura/Vertigem • Déficit cognitivo • Sedentarismo • Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo IMC • Vitamina D • Perda da força muscular • Déficit da marcha • Déficit do equilíbrio • Medo de cair • Alta confiança no equilíbrio • Osteoporose • Incontinência
	<ul style="list-style-type: none"> • Pavimentação • Má iluminação • Obstáculos na rua • Calçados impróprios • Auxiliares de marcha impróprios • Altura da cadeira • Altura da cama

Medidas à prevenção de quedas

Em se tratando de programas de quedas de idosos, um conjunto de estratégias são sugeridas à minimização da ocorrência do evento. De forma geral, os procedimentos adotados dependem de fatores, como: i) estrutura física do local à realização das atividades, ii) disponibilidade de recursos materiais, e iii) formação técnica da equipe. Com base na literatura da área da Gerontologia serão apresentadas cinco estratégias comumente utilizadas em programas e projetos à prevenção de quedas da população idosa:

- a) Avaliação multifatorial²⁵: Diz respeito à aplicação de duas ou mais medidas complementares à avaliação de fatores extrínsecos e intrínsecos associados à queda;
- b) Avaliação clínica única²⁶: Refere-se ao conjunto de protocolos para o rastreio de fatores de risco intrínsecos associados à queda;
- c) Intervenção educacional²⁷: Medidas realizadas por intermédio de palestras, consultas e diferentes informativos à transformação de hábitos de vida diária que aumentam o risco de queda e, conseqüentemente, à adoção e manutenção de comportamentos que evitem quedas;
- d) Prevenção de quedas à domicílio⁶: Incide visitas realizados nas residências dos idosos que buscam aconselhar sobre potenciais riscos de queda, identificando e removendo-os, concedendo melhor mobilidade e segurança no dia a dia;
- e) Exercícios físicos²²: Consiste no planejamento, execução e avaliação de programas de exercício direcionados à reabilitação e treinamento da capacidade funcional do indivíduo, melhorando seus níveis de mobilidade, equilíbrio, propriocepção,

funções executivas, fortalecimento muscular, flexibilidade, alongamento e coordenação.

Modelo conceitual à organização, em projetos/ programas de exercícios físicos, direcionados à prevenção de quedas

Conforme estudo de revisão sistemática²³, o principal fator à redução de quedas consiste na eficácia dos procedimentos à identificação de seus riscos, visto que a partir da estimativa do caso é possível determinar a estratégia preventiva. Estudos relataram que a implantação de medidas específicas é capaz de reduzir a incidência de quedas, entre 19% a 77%.^{1,3} Contudo, considerando a multifatorialidade do evento, aconselha-se a adoção de procedimentos inter e multidisciplinares^{22,26,28}, visto que a associação entre profissionais e conhecimento de diferentes áreas viabiliza o emprego de um maior número de instrumentos e estratégias.

As medidas agregam ações teóricas (educativas) com a prática regular de exercícios físicos, o que intensifica o valor do tratamento em caráter multi e interdisciplinar.²⁹ Para tanto, são sugeridos modelos lógicos, apresentados sob a forma de fluxogramas ou algoritmos.³⁰ Assim, com base em estudos internacionais relativos à estrutura de projetos e programas de prevenção em queda específicos à população idosa, com base na prática regular de exercícios físicos^{3,5,26}, o presente estudo sugere um modelo organizacional (Figura 1).

Salienta-se que as ações sugeridas são adotadas, desde 2012, por um programa de prevenção em queda de idosos, possuindo estudos publicados relativos ao êxito de sua dinâmica organizacional^{27,29,31}, efeitos sobre o desempenho físico e funcional³²⁻³⁴ e condição psicossocial^{35,36} de idosos:

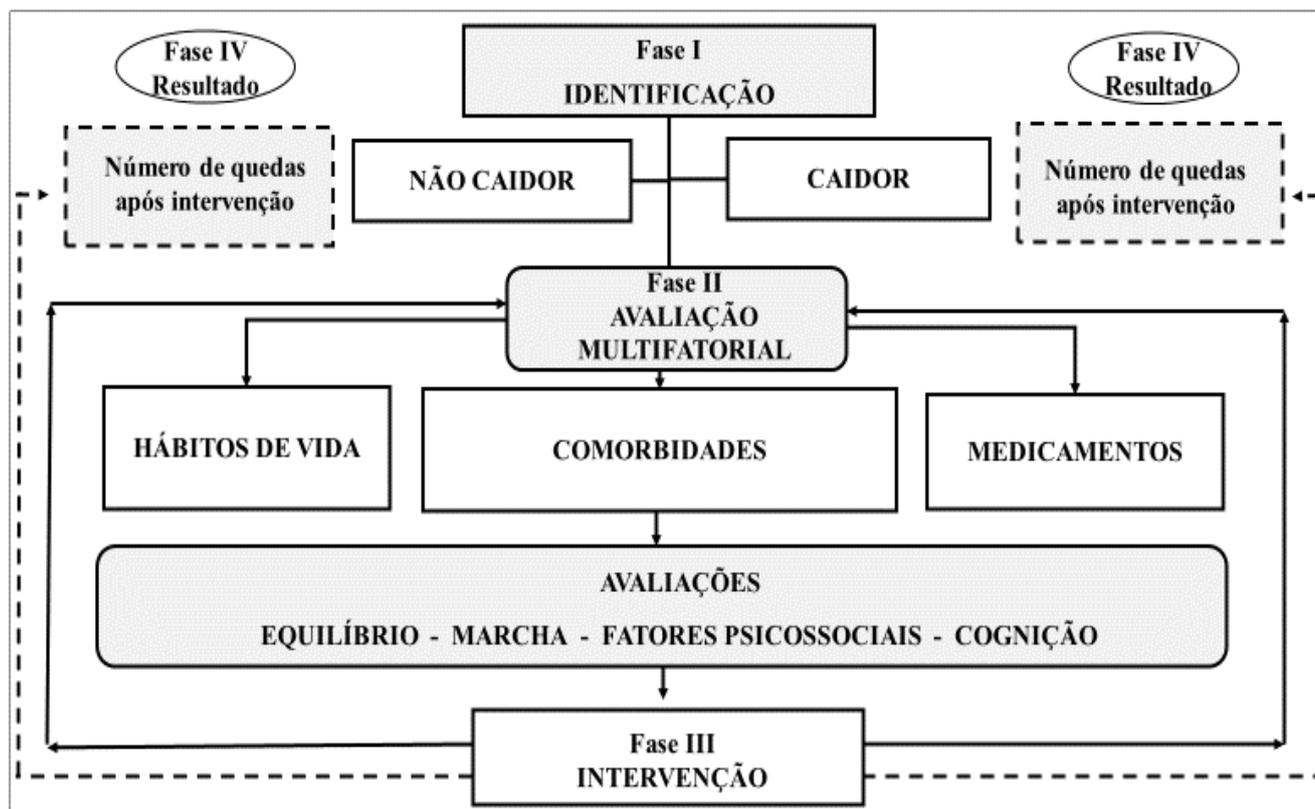


Figura 1- Algoritmo para o planejamento, execução e avaliação de programas de prevenção em quedas.

O presente modelo é composto por quatro fases interdependentes. Em geral, programas de exercícios físicos oferecidos à comunidade idosa possuem uma etapa anterior a Fase I (Figura I). Esta etapa é dedicada à divulgação das atividades junto à comunidade local, logo importante à captação do

público alvo.²⁷ Após isso, os idosos são admitidos na secretaria do projeto/programa, apresentando atestado médico, que os libera à prática dos exercícios físicos. No Quadro 2 são detalhadas as fases propostas pelo algoritmo (Figura 1):

Quadro 2 - Descrição das Fases do Modelo de prevenção em quedas.

Fase I	
Inicialmente é realizado a identificação e classificação dos idosos em grupos, conforme o histórico de queda ² :	
a. Grupo 1: com histórico de quedas; e, b. Grupo 2: sem histórico de quedas.	
Essa medida é fundamental para o controle das variáveis a serem manipuladas, bem como à avaliação dos seguintes pontos:	
a. Eficácia do conjunto de exercícios e medidas educativas contidas na Fase II, ao final de um dado período I; b. Metas traçadas para o período, com base em:	
I.	Valor percentual do número de quedas junto ao grupo caidor, durante o período de intervenção.
II.	Valor percentual do número de quedas ocorrido, entre idosos do grupo não caidor, durante o período de intervenção.
Fase II	
Momento dedicado à avaliação multifatorial do risco de quedas por intermédio de instrumentos clínicos e questionários, próprios da área da Gerontologia, em duas etapas:	
Etapa I	a. hábitos de vida e comorbidades ^{1,3} ; e, b. consumo/interação de medicamentos ^{38,39} ;
Etapa II	a. condição da regulação dos sistemas sensoriais de controle do equilíbrio estático e dinâmico: visual, vestibular e proprioceptivo ¹² ; b. padrão da marcha: velocidade das passadas, comprimento, cadência ^{40,41} ; c. fatores psicossociais: qualidade de vida, medo de quedas, confiança no equilíbrio, depressão, demência, insônia ^{7,6} ; e, d. cognição: funções executivas, atenção, memória. ²⁰

Fase III
<p>Intervenção à prevenção em quedas, conforme segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> treinamento por meio de exercícios de simples tarefa^{21,22,42,43}; treinamento por meio de exercícios de dupla e múltipla tarefa^{19,20,44,45}; associação entre a prática de exercícios físicos e medidas educativas: panfletos, cartilhas, palestras, aulas regulares, dinâmicas psicossociais^{1,3,27} <p>A literatura especializada sugere o aprimoramento da marcha e do controle do equilíbrio considerando situações do dia a dia, que exijam a tomada de decisões repentinas sobre diferentes superfícies^{10,19,40}, bem como:</p> <ol style="list-style-type: none"> treinamento da flexibilidade e do alongamento; força de membros inferiores; tarefas cognitivas; qualificação de estratégias motoras; estímulo da organização sensorial.
Fase IV
<p>Momento dedicado à checagem da eficácia do programa de intervenção, bem como das metas traçadas para o período²⁷, assim como: i) entrega aos idosos dos relatórios relativos ao desempenho nas avaliações físicas e psicológicas, seguido pela estimativa do risco de quedas, ii) avaliação do conjunto de medidas adotadas pela equipe executora, iii) (re)formulação dos indicadores e metas para o novo período de atividades.</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura enfatizou a importância da qualificação de medidas que possibilitam a redução e incidência de quedas de indivíduos, em idade acima dos 59 anos. Segundo o modelo apresentado, observou-se que mediante a implantação de ações preventivas de queda, devidamente planejadas é possível reduzir consideravelmente o risco de que idosos venham a cair, diminuindo assim as chances de que percam a autonomia e baixa percepção da qualidade de vida. Sugere-se a realização de futuros estudos que ampliem a reflexão sobre a estrutura lógica de projetos e programas de prevenção em queda próprios para a população idosa, em especial, junto à área da Educação Física. Pois a iniciativa pode tanto qualificar os serviços prestados à comunidade, como os conteúdos à formação e especialização de profissionais da área da saúde, contribuindo diretamente para o desenvolvimento de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- WHO-World Health Organisation-European Office. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *World Heal Organ* 2004;1(1):28.
- Melzer I, Benjuya N, Kaplanski J. Postural stability in the elderly: A comparison between fallers and non-fallers. *Age Ageing* 2004;33(6):602-07. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afh218>
- World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. *Community Health (Bristol)* 2007:53.
- Chang VC, Do MT. Risk factors for falls among seniors: Implications of gender. *Am J Epidemiol* 2015;181(7):521-31. doi:

<http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwu268>

- Kenny RA, Rubenstein LZ, Tinetti ME, Brever K, Cameron KA, Capezuti L et al. Summary of the updated american geriatrics society/British geriatrics society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(1):148-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>
- Bjerk M, Brovold T, Skelton DA, Bergland A. A falls prevention programme to improve quality of life, physical function and falls efficacy in older people receiving home help services: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2516-5>
- Davis JC, Bryan S, Best JR, Li LC, Hsu CL, Gomez C et al. Mobility predicts change in older adults' health-related quality of life: evidence from a Vancouver falls prevention prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 2015;13(1):101. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0299-0>
- Hill KD, Wee E, Margelis S, Menz HB, Bartlett J, Bergman NR et al. Falls in people prior to undergoing total hip or total knee replacement surgery: Frequency and associated factors. *J Clin Gerontol Geriatr* 2016;7(4):146-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2016.03.001>
- Kalache A. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. *Who Libr Cat data* 2007;1:1-64.
- Gerards MHG, McCrum C, Mansfield A, Meijer K. Perturbation-based balance training for falls reduction among older adults: Current evidence and implications for clinical practice. *Geriatr Gerontol Int* 2017;17:2294-2303. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.13082>
- Pereira SRM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. *Proj Diretrizes Soc Bras Geriatr Gerontol* 2001;15(3):1-9.
- Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, MacDonough CM, Hardage J, Hartley G. Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical. *Phys Ther* 2015;95(6):815-34. doi: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20140415>
- Jørgensen V, Butler Forslund E, Opheim A, Franzén A, Wahman K, Hultling C, Seiger A et al. Falls and fear of falling predict future falls and related injuries in ambulatory individu-

- als with spinal cord injury: a longitudinal observational study. *J Physiother* 2017;63(2):108-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2016.11.010>
14. Lojudice DC, Laprega MR, Rodrigues RAP, Júnior ALR. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(3):403-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000300007>
15. Barros IFO, Pereira MB, Weiller TH, Anversa ETR. Interações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev Kairós Gerontol* 2015;18(4):63-80.
16. Svantesson U, Babagbemi B, Foster L, Alricsson M. Influences on modern multifactorial falls prevention Interventions and fear of falling in non-frail older adults: A literature review. *J Clin Med Res* 2014;6(5):314-20. doi: <http://dx.doi.org/10.14740/jocmr1874w>
17. Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, Wingood M, Criss M, Osborne J. Determining Risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis using posttest probability. *J Geriatr Phys Ther* 2017;40(1):1-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1519/JPT.0000000000000099>
18. Kronzer VL, Wildes TM, Stark SL, Avidan MS. Review of perioperative falls. *Br J Anaesth.* 2016;117(6):720-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aew377>
19. Lee SH, Kim HS. Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis. *Worldviews Evidence-Based Nurs* 2017;14(1):74-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12193>
20. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedmann A, Whitney J et al. Exercise to prevent falls in older adults: An updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2017;51(24):1749-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547>
21. Zhao Y, Kwongschung P. A preliminary design for a community-based exercise program for balance improvement and fall prevention. *Int J Sport Phys Educ* 2015;1(2):5-14.
22. Finnegan S, Bruce J, Skelton DA, Withers EJ, Lamb SE. Development and delivery of an exercise programme for falls prevention: The Prevention of Falls Injury Trial (PreFIT). *Physiother (United Kingdom)* 2017;104:72-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2017.06.004>
23. Gu Y-Y, Balcaen K, Ni Y, Ampe J, Goffin J. Review on prevention of falls in hospital settings. *Chinese Nurs Res* 2016;3(1):7-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnre.2015.11.002>
24. Li IF, Hsiung Y, Hsing HF, Lee MY, Chang TH, Huang MY. Elderly Taiwanese's Intrinsic Risk Factors for Fall-related Injuries. *Int J Gerontol* 2016;10(3):137-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2015.10.006>
25. Michael YL, Lin JS, Whitlock EP, Gold R, Fu R, O'Connor R et al. Interventions to Prevent Falls in Older Adults: An Updated Systematic Review. *Evid Synth No 80 AHRQ Publ No 11-05150_EF-1* 2010;(80):1-392.
26. Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the "Otago exercise programme" reduce mortality and falls in older adults?: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2010;39(6):681-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2015.10.006>
27. Nascimento M, Juchem L, Maduro L. Active Living Program: sports and leisure in health promotion and quality of life of seniors in Petrolina and Juazeiro, Brazil. *Rev Bras Atividade Física Saúde* 2016;21(6):593-99. doi: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.21n6p593-599>
28. Shubert TE. Evidence-based exercise prescription for balance and falls prevention: A current review of the literature. *J Geriatr Phys Ther* 2011;34(3):100-08. doi: <http://dx.doi.org/10.1519/JPT.0b013e31822938ac>
29. Nascimento MM, Pereira LGD, Júnior EDC, Da Costa HDG, Ramos M. Programa Vida Ativa: saúde e qualidade de vida do idoso nas cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. *Rev Extramur.* 2016;4(1):13-26.
30. Ravagnani CFC, Silva VG, Mota RG, Ribeiro MS, Arcoverde R, Holland MLL et al. Projeto Comunidade em Movimento: a experiência multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Atividade Física Saúde* 2015;20(3):321-26. doi: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n3p321>
31. Souza NAC, Santiago MAS, Nascimento MM. Gestão, comunicação e fortalecimento de rede em um programa de extensão com idosos, na cidade de Petrolina-PE. *Extramuros - Revista de Extensão da Univasf* 2016;4(1):75-84.
32. Nascimento MN, Maia NS, Ramos LS, Appell HJ. Concordância entre instrumentos para avaliação do equilíbrio corporal, em idosos ativos. *J Phys Educ* 2017;28(1):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/jphyseduc.v28i1.2803>
33. Nascimento MM. Fatores preditores de quedas em mulheres praticantes de exercício físico. *Rev Bras Promoção da Saúde* 2017;30(3):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.02.07>
34. Nascimento MM, Maia NJS, Ramos LS, Appell HJ. Influência das funções executivas sobre a marcha e o equilíbrio de idosas praticantes regulares de exercícios físicos. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2018;22(2):139-48. doi: <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v7n4.3247>
35. Nascimento MM, Carvalho ECF. Comparação da percepção da qualidade de vida entre idosos ativos e iniciantes no método Pilates. *Rev Bras Qual Vida* 2015;7(4):259-68. doi: <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v7n4.3247>
36. Nascimento MM, Cristina E, Carvalho ECF. A percepção da qualidade de vida de septuagenárias praticantes do método pilates. *CPAQV* 2016;8(3):1-9.
37. Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Context - Enferm* 2016;25(2):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>
38. Rezende CP, Gaede-Carrillo MRG, Sebastião ECO. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2012;28(12):2223-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400002>
39. Coutinho EDSF, Da Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad Saude Publica* 2002;18(5):1359-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500029>
40. McCrum C, Gerards MHG, Karamanidis K, Zijlstra W, Meijer K. A systematic review of gait perturbation paradigms for improving reactive stepping responses and falls risk among healthy older adults. *Eur Rev Aging Phys Act* 2017;14(1):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s11556-017-0173-7>

41. Plummer P, Villalobos RM, Vayda MS, Moser M, Johnson E. Feasibility of dual-task gait training for community-dwelling adults after stroke: A case series. *Stroke Res Treat* 2014;538602:1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/538602>
42. Mokhtari M, Nezakatalhossaini M, Esfarjani F. The effect of 12-week pilates exercises on depression and balance associated with falling in the elderly. *Procedia - Soc Behav Sci* 2013;70:1714-23.
43. Latham NK, Bennett DA, Stretton CM, Anderson CS. Systematic Review of Progressive Resistance Strength Training in Older Adults. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2004;59(1):M48-M61. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.1.M48>
44. Liebherr M, Schubert P, Schiebener J, Kersten S, Haas CT. Dual-tasking and aging-About multiple perspectives and possible implementations in interventions for the elderly. *Cogent Psychol* 2016;3(1):1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2016.1261440>
45. Plummer P, Zukowski LA, Guiliani C, Hall AM, Zurakowski D. Effects of physical exercise interventions on gait-related dual-Task interference in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Gerontology* 2015;62(1):94-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000371577>

Recebido em:24/06/2018

Aceito em:03/07/2018

Como citar: NASCIMENTO, Marcelo de Maio. Problematizando quedas em idosos: estrutura conceitual à organização de programas de exercícios físicos. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12316>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.12316>



Perfil nutricional e dietético de pacientes com hepatite C: uma revisão integrativa da literatura

Nutritional and dietary profile of patients with hepatitis C: an integrative literature review

Tauana da Costa Alves¹, Leucinéia Schmidt¹, Fábila Benetti¹

1- Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, Frederico Westphalen, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: o estado nutricional e o perfil dietético são considerados fatores importantes no tratamento e prevenção da hepatite C. **Objetivo:** revisar a literatura sobre o estado nutricional e o perfil dietético de pacientes com hepatite C. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Medline e Scielo, aplicando-se a combinação dos seguintes descritores: “Hepatite C”, “Avaliação Nutricional”, “Antropometria” e “Recomendações Nutricionais”. **Resultados:** foram selecionados 10 artigos para o presente estudo, através dos quais constatou-se que não se tem ainda um padrão ouro para avaliar o estado nutricional de pacientes com hepatite C, e por isso são utilizados diversos métodos combinados como: antropometria (peso, altura, índice de massa corporal, circunferência da cintura, dobras cutâneas, circunferência braquial, circunferência muscular do braço), bioimpedância, avaliação subjetiva global, avaliação da força de preensão palmar, métodos bioquímicos e anamnese alimentar. Quanto à classificação do estado nutricional de pacientes com hepatite pode-se perceber que alguns estudos trazem a classificação de sobrepeso e excesso de gordura abdominal em detrimento de outros estudos que demonstram a prevalência de desnutrição em estágios mais avançados da doença. Ainda, vários estudos demonstraram irregularidades em relação à ingestão de energia, macro e micronutrientes. **Considerações finais:** embora existam vários métodos empregados na avaliação nutricional de pacientes com hepatite C, classificar o estado nutricional dos mesmos ainda é um desafio. São necessários mais estudos e validação de protocolos específicos para a avaliação nutricional ser mais precisa e assertiva. Além disso, é necessário monitorar frequentemente a ingestão dietética destes pacientes.

benetti@uri.edu.br

Palavras-chave:

Hepatite C; Avaliação Nutricional; Antropometria; Recomendações Nutricionais.

ABSTRACT

Introduction: nutritional status and dietary profile are considered important factors in the treatment and prevention of hepatitis C. **Objective:** to review the literature on the nutritional status and dietary profile of patients with hepatitis C. **Method:** this is an integrative review of the literature on the following databases: PubMed, Medline, and Scielo, applying a combination of the following descriptors: “Hepatitis C”, “Nutritional Assessment”, “Anthropometry” and “Recommended Dietary Allowance”. **Results:** a total of 10 articles were selected for the present study, which allowed to verify that there is still no gold standard to evaluate the nutritional status of patients with hepatitis C, and therefore several combined methods are used such as anthropometry (weight, height, body mass index, waist circumference, skinfolds, arm circumference, arm muscle circumference), bioimpedance, global subjective assessment, functional evaluation of palmar grip strength, biochemical methods and food anamnesis. Regarding the classification of nutritional status of patients with hepatitis C, some studies have led to the classification of overweight and excess abdominal fat in detriment of other studies that demonstrate the prevalence of malnutrition in more advanced stages of the disease. Still, several studies have shown irregularities regarding energy intake, and macro and micronutrients. **Closing remarks:** although there are several methods used in the nutritional evaluation of patients with hepatitis C, classifying their nutritional status is still a challenge. Further studies and validation of specific protocols are needed for nutritional assessment to be more accurate and assertive. In addition, it is necessary to monitor the dietary intake of these patients frequently.

Keywords:

Hepatitis C; Nutrition Assessment; Anthropometry; Recommended Dietary Allowance.



INTRODUÇÃO

A hepatite C representa uma inflamação do fígado causada pela infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), sendo uma das principais causas de doença hepática crônica, levando ao desenvolvimento de cirrose e carcinoma hepatocelular, o que afeta aproximadamente 185 milhões de pessoas no mundo.¹ O HCV pode ser adquirido a partir de transfusão de sangue, uso de drogas intravenosas, uso de agulhas e/ou instrumentos cortantes não esterilizados em procedimentos médicos, odontológicos, e tatuagens.^{2,3} A presença de anticorpos anti-HCV pode indicar infecção por hepatite C atual ou passada e, quando não tratada, a infecção crônica pode chegar a 85%.⁴

Os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas hepáticas e costumam manifestar-se apenas em fases mais avançadas da doença. O dano hepático em geral promove grande impacto nutricional, independente da etiologia, devido à participação do fígado nos processos digestivos e absorptivos, na metabolização e no armazenamento dos nutrientes.⁵

O aumento no número de casos de pacientes com HCV despertou o interesse em estudar e conhecer o perfil nutricional de pacientes com esta hepatopatia, para prestar assistência e subsidiar a orientação nutricional adequada.⁶

Nesse sentido, a promoção do estado nutricional adequado, a detecção precoce do excesso de peso, o tratamento das deficiências e/ou excesso de nutrientes específicos são objetivos do acompanhamento clínico e nutricional dos indivíduos com hepatite C, haja vista que potencialmente poderá retardar a progressão da doença hepática.⁶

Atualmente, estão disponíveis os seguintes métodos de avaliação nutricional: a) medidas antropométricas, que abrangem: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), dobras cutâneas, mais comumente a prega cutânea tricipital (PCT), circunferência braquial (CB) e circunferência muscular do braço (CMB); b) métodos funcionais, que incluem a força muscular, medida através da dinamometria, ou força de aperto da mão não-dominante (FAM) e a espessura do músculo adutor do polegar (MAP); c) métodos bioquímicos, sendo os mais importantes a albumina, pré-albumina, proteína carreadora de retinol e transferrina; d) avaliação nutricional clínica, sendo realizada através da Avaliação Subjetiva Global

(ASG) e anamnese alimentar.⁷

Os resultados de métodos tradicionalmente empregados para a avaliação do estado nutricional podem ser comprometidos pelas alterações corporais e metabólicas decorrentes da cirrose, como modificação na proporção da água corporal, por ascite e edema.⁸ Dessa forma, o IMC acaba não identificando a desnutrição, mas pelo contrário, classificando os pacientes como em estado nutricional de sobrepeso. Tal fato pode ser explicado pela presença de ascite e edema nesses pacientes, fazendo com que apresentem um peso aumentado.⁷

A sarcopenia também é frequente em pacientes com hepatopatias, resultando em atrofia muscular, perda de força e massa muscular, dificultando desta forma a avaliação do estado nutricional e contribuindo para a mortalidade destes indivíduos.⁹ Hayashi et al.¹⁰ relataram que 44,4% dos homens e 38,2% das mulheres com doença hepática apresentavam sarcopenia.

Uma alimentação adequada para prevenção e tratamento de hepatopatias pode ser considerada como um importante fator terapêutico. A ingestão apropriada de macro e micronutrientes têm como objetivo corrigir deficiências nutricionais e promover o adequado estado nutricional dos pacientes, de forma a alcançar um equilíbrio positivo de nitrogênio e evitar agentes hepatotóxicos. A adição de complementos alimentares e suplementos nutricionais são indicados conforme a necessidade do indivíduo. As restrições dietéticas podem ser prejudiciais e, portanto, devem ser individualizadas.¹¹

Diante do exposto, esta revisão da literatura teve como objetivo demonstrar o perfil nutricional e dietético de pacientes portadores de hepatite C, a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual tem como finalidade sintetizar e incluir a análise de pesquisas relevantes, que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese de informação sobre o assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.¹²

O questionamento que norteou o estudo foi: Qual o estado nutricional e o perfil dietético de

pacientes com hepatite C?

Para o levantamento bibliográfico, optou-se pela busca de artigos nas bases de dados PubMed, Medline e Scielo, nos idiomas português e inglês, sem incluir como filtro o recorte temporal dos estudos. Os descritores empregados enquadram-se nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Utilizou-se o modo de pesquisa avançada e integrada, com as seguintes palavras: “Hepatite C”, “Avaliação Nutricional”, “Antropometria” e “Recomendações Nutricionais”.

O período destinado à busca de artigos ocorreu de março a abril do ano de 2017. Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas que abordassem a relação existente entre a hepatite C e o perfil nutricional e dietético destes pacientes, e como critérios de exclusão: trabalhos que não se relacionassem com o tema da pesquisa, não apresentassem resumos na íntegra, teses, dissertações e resumos publicados em anais.

O ano de 2017 foi considerado, entretanto a presente investigação pode não trazer todas as pesquisas da temática de 2017, em virtude de ser o

ano referente à realização da pesquisa. Os resumos foram avaliados, e em seguida as produções foram lidas na íntegra.

Para a organização das informações, desenvolveu-se uma planilha contendo: autor, ano e título da pesquisa, indexado (banco de dados onde a pesquisa foi indexada), população, objetivos do estudo, metodologia, principais resultados e conclusões.

RESULTADOS

Foram encontrados 26 artigos, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 10 artigos para o presente estudo, sobre pacientes com hepatite C, que investigaram o estado nutricional e o perfil dietético desses indivíduos.

A partir das informações disponibilizadas nos artigos selecionados, construiu-se o quadro abaixo (Quadro 1), com o intuito de sintetizar os principais achados sobre o tema em questão.

Quadro 1 - Descrição de estudos sobre perfil nutricional e dietético de pacientes com hepatite C, indexados no Pubmed, Medline e Scielo.

Autor, ano e título	Indexado	População	Objetivos do estudo	Metodologia do estudo	Resultados
Carreira e Pereira(2011).6 Nutritional and Dietetic Profile of individuals with hepatitis C.	Scielo	82 participantes, sendo 56 com hepatite C,e a maioria do sexo masculino (76,8%).	Avaliar o estado nutricional e a ingestão dietética de pacientes com hepatite C.	Estudo observacional, em que os indivíduos foram selecionados aleatoriamente e aqueles que concordaram em participar realizaram os exames laboratoriais necessários e foram agendados para consulta nutricional. Os participantes foram distribuídos em três grupos amostrais: G1 indivíduos saudáveis, G2 indivíduos com hepatite C sem tratamento antiviral, e G3 indivíduos com hepatite C em tratamento antiviral. O estado nutricional foi avaliado de acordo com o IMC e o percentual de gordura corpórea foi obtido mediante a somatória das 4 dobras cutâneas (bicipital, tricipital, subescapular e supra ilíaca). A análise dietética foi realizada por meio do cálculo do recordatório alimentar de três dias consecutivos e os resultados da ingestão média diária de energia, proteína, carboidrato, lipídio e fibras foram comparados com as recomendações da National Academy of Sciences.	Os indicadores antropométricos mostraram que a média de peso e porcentagem de gordura corpórea do G1 e G2 e o IMC do G2 e G3 estavam aumentados. A ingestão energética e proteica estavam adequadas. O consumo médio de carboidratos foi acima do recomendado e a porcentagem média de lipídeos foi adequada, mas o G2 consumiu mais lipídeos e fibras que o G3, sendo estatisticamente diferentes; entretanto a quantidade de fibras ingeridas foi abaixo do recomendado nos três grupos.

<p>Ismail et al.(2012).¹⁸ Nutritional status in patients with hepatitis C.</p>	<p>PubMed</p>	<p>Participaram do estudo 400 pessoas.</p>	<p>Avaliar o estado nutricional através daASG.</p>	<p>Foram selecionados 400 participantes, 100 pertenciam ao grupo G1 (Controle Saudáveis), 100 ao grupo G2 (pacientes com hepatite C), 100 eram do grupo G3 (Cirróticos Compensados) e 100 eram do grupo G4 (Cirróticos Descompensados). Utilizou-se a ASG como instrumento para avaliar o estado nutricional dos pesquisados.</p>	<p>A maioria dos pacientes do grupo G1 foram classificados como bem nutridos (classe A) segundo a ASG. No grupo G2 14% dos pacientes foram classificados como moderadamente desnutridos (classe B). No grupo G3 de cirróticos compensados a maioria 90% estavam desnutridos. E no grupo G4 a maioria dos pacientes (98%) foram classificados como gravemente desnutridos (classe C). Desta forma, verificou-se que à medida que a doença hepática se agrava maior é o risco de depleção do estado nutricional.</p>
<p>Teiusanu et al.(2012).¹⁹ Nutritional Status in Cirrhotic Patients.</p>	<p>Medline</p>	<p>176 pacientes cirróticos com hepatite C.</p>	<p>Avaliar o estado nutricional de pacientes cirróticos com hepatite C.</p>	<p>Estudo prospectivo e descritivo de pacientes cirróticos, onde o diagnóstico baseou-se na história médica, exames físicos, bioquímicos e métodos de imagem. Além disso, utilizou-se o IMC, a espessura da PCT, a CMB, a ASG e um questionário detalhado sobre apetite, ingestão calórica e alterações no peso corporal.</p>	<p>A desnutrição foi correlacionada com a gravidade clínica da doença hepática. A maioria dos pesquisados (64%) desenvolveram a doença hepática pelo uso de álcool, seguidos de 25% por hepatite C. Quanto ao estado nutricional 16 pacientes apresentaram desnutrição grave, 7 com etiologia alcoólica (43%), 8 com etiologia viral (50%) e 1 com etiologia criptogênica (7%). Todos os pacientes possuíam encefalopatia ou ascite moderada/ grave. A desnutrição proteico-calórica pode ser identificada em todos os estágios clínicos, mas foi mais prevalente em estágios avançados da doença hepática. A presença de desnutrição está associada ao aumento do número de complicações e mortalidade a curto e longo prazo.</p>
<p>Fioravante et al.(2012).²⁰ Weight loss and resting energy expenditure in patients with chronic hepatitis C before and during standard treatment.</p>	<p>PubMed</p>	<p>42 pacientes com hepatite C.</p>	<p>Avaliar o estado nutricional, composição corporal e gasto energético de repouso em pacientes com hepatite C antes e durante o tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina.</p>	<p>Estudo prospectivo que avaliou pacientes com hepatite C antes e após 12 semanas de tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina. A avaliação nutricional consistiu-se de antropometria (peso, altura, IMC e circunferência da cintura) e a composição corporal foi determinada através da bioimpedância. O Gasto Energético de Repouso (EER) de cada indivíduo foi obtido por calorimetria indireta.</p>	<p>Houve perda significativa de peso durante o tratamento com consequente diminuição do IMC, acompanhado de diminuição significativa da massa magra. No entanto, não houve alteração no EER, mas é necessária uma intervenção para diminuir possíveis danos.</p>
<p>Port et al.(2014).¹⁶ Biochemical nutritional profile of liver cirrhosis patients with hepatocellular carcinoma.</p>	<p>Scielo</p>	<p>Foram entrevistados 31 pacientes com HCV e carcinoma hepatocelular e 48 pacientes</p>	<p>Identificar alterações no metabolismo de macro e micronutrientes entre pacientes com cirrose</p>	<p>Estudo transversal e analítico. Foram realizados exames laboratoriais e avaliada a existência de associação entre os parâmetros bioquímicos e a gravidade da doença, bem como a presença de</p>	<p>O perfil metabólico-nutricional dos pacientes com cirrose hepática causada pelo vírus da hepatite C e carcinoma hepatocelular apresentou alterações, especificamente nos lipídios (colesterol total, HDL-</p>

		com cirrose hepática.	hepática com e sem carcinoma hepatocelular.	carcinoma hepatocelular.	colesterol e triglicerídeos), proteínas (albumina, creatinina e ácido úrico), ferro (transferrina e ferritina), hematócrito, hemoglobina, zinco e vitamina B12. Observou-se que a desnutrição é frequente em pacientes com hepatite C, pois a prevalência de ingestão inadequada de energia, proteínas e micronutrientes é comum nessa população.
Gottschall et al.(2015). ²⁶ Nutritional status and dietary intake in non-cirrhotic adult chronic hepatitis c patients.	Scielo	94 pacientes ambulatoriais (30 a 76 anos), sendo 46 homens.	Aplicar diferentes métodos de avaliação do estado nutricional de pacientes adultos com hepatite C e descrever inadequações na ingestão dietética.	Estudo transversal com pacientes portadores do vírus da hepatite C não cirróticos e não transplantados em acompanhamento ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A avaliação nutricional incluiu antropometria (peso, altura, IMC, PCT, CB, CMB e área muscular do braço), ASG, Avaliação Subjetiva do Royal Free Hospital, dinamometria e Recordatório de 24 horas (R24h).	Encontrou-se prevalência de desnutrição, a qual é frequente em pacientes com hepatite C, devido à ingestão inadequada de macro e micronutrientes, mesmo na ausência de cirrose.
Santis e Silva et al.(2015). ¹¹ Association of the nutritional profile with histological findings of patients with genotype 1 chronic hepatitis c infection.	Scielo	70 pacientes com hepatite C.	Avaliar o estado nutricional e o perfil dietético de pacientes com hepatite C crônica e sua associação com os achados da histopatologia.	Foram analisados os seguintes aspectos: biópsia hepática, medidas antropométricas (IMC, circunferência da cintura, CB, CMB, área muscular do braço, PCT e prega cutânea subescapular) e análise qualitativa e quantitativa do consumo alimentar através do R24h.	A maioria dos pacientes apresentavam obesidade (34%) ou sobrepeso (20%) de acordo com o IMC e risco para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência da cintura (79%). Na análise qualitativa do consumo alimentar, 59% apresentavam uma dieta inadequada. Verificou-se consumo excessivo de gordura saturada, que esteve associado à esteatose hepática.
Bruch et al.(2016). ²¹ Reduced hand grip strength in overweight and obese chronic hepatitis C patients.	Scielo	58 pacientes com hepatite C, não cirróticos e que não estavam sob tratamento farmacológico ativo.	Avaliar o estado nutricional e o risco cardiovascular em pacientes com hepatite C.	Os pacientes foram submetidos à avaliação nutricional através de medidas antropométricas (IMC, circunferência da cintura, CB, PCT e circunferência do pescoço) e avaliação funcional, através da medida da força de prensão palmar pela dinamometria. O nível de atividade física foi avaliado através do Questionário Internacional de Atividade Física. Os pacientes também foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial. O risco cardiovascular foi calculado pelo escore de Framingham.	A média de idade dos pacientes foi de 51,6 ± 9,7 anos, sendo 55,2% do sexo feminino. A prevalência de sobrepeso/obesidade considerando o IMC foi de 70,7%. No entanto, 57,7% dos homens e 68,8% das mulheres foram considerados desnutridos de acordo com a força de prensão palmar. Quase 60% dos pacientes foram considerados sedentários e em relação ao risco cardiovascular, 50% dos pacientes apresentaram alto risco de sofrer um evento cardiovascular em 10 anos.

<p>Pinto et al. (2016).²³ Nutritional status and food intake of HCV/HIV coinfecting patients.</p>	<p>PubMed</p>	<p>57 pacientes (59,6% mulheres) com idade média de 46 ± 11,2 anos.</p>	<p>Avaliar o estado nutricional, a ingestão energética e de macronutrientes em pacientes coinfectados com HCV/HIV.</p>	<p>O presente estudo avaliou pacientes cronicamente infectados com HCV/HIV. O estado nutricional foi avaliado através do IMC, circunferência da cintura, CB, CMB, PCT e força de preensão palmar. A ingestão dietética foi avaliada pelo R24h.</p>	<p>Identificou-se uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes infectados com HCV/HIV. Esses resultados podem estar relacionados à ingestão dietética inadequada, a qual foi observada pelo R24h.</p>
<p>Nunes et al.(2016).²⁵ Food consumption of cirrhotic patients, comparison with the nutritional status and disease staging.</p>	<p>Scielo</p>	<p>25 pacientes adultos, cirróticos, com idade média de 55,8 ± 10,8 anos, sendo 56% dos indivíduos do sexo masculino.</p>	<p>Avaliar a ingestão dietética de pacientes cirróticos através do R24h, correlacionando com o estado nutricional e o estágio da doença.</p>	<p>Avaliou-se o estado nutricional dos pacientes cirróticos por diferentes métodos: antropometria (peso, altura, IMC, CB,CMB e PCT), força de preensão palmar, bioimpedância e ASG. Para comparar o estado nutricional com o consumo alimentar utilizou-se o escore de Child-Pugh.</p>	<p>Dos 25 pacientes avaliados, 68% apresentaram cirrose pelo HCV, 56% dos pesquisados apresentaram desnutrição segundo a CB, a força de preensão palmar e a composição corporal por bioimpedância. O consumo médio de calorias, carboidratos, proteínas e lipídios estavam dentro do recomendado. No entanto, o sódio estava acima das recomendações, 106 ± 57,2 mEq, e foi inversamente associado com o escore de Child-Pugh (p = 0,042). A ingestão de alimentos não apresentou diferença significativa com o escore de Child-Pugh e o estado nutricional. Além disso, a ingestão de alimentos não variou com o estágio da doença.</p>

DISCUSSÃO

Os artigos pesquisados enfatizaram o HCV como um agente que raramente causa infecção aguda sintomática. Os sintomas são inespecíficos e autolimitados, e a infecção dificilmente é diagnosticada na fase inicial. Aproximadamente 500 casos de infecção aguda por hepatite C são notificados no Brasil todos os anos. Em geral, a infecção desencadeia um processo degenerativo discreto e progressivo, culminando com fibrose e cirrose hepática anos após a exposição ao agente infeccioso.⁵

Não há um método padrão-ouro capaz de diagnosticar com precisão modificações no estado nutricional de pacientes com hepatite C, entretanto as metodologias mais utilizadas são: antropometria (peso, altura, IMC, dobras cutâneas, CB, CMB), bioimpedância, ASG, avaliação funcional pela força de preensão palmar, métodos bioquímicos e anamnese alimentar.⁷

Geralmente, as doenças hepáticas, especialmente em fase avançada, resultam em grande impacto nutricional. A desnutrição aumenta

a atividade de replicação viral do vírus da hepatite C e associa-se à aceleração do dano hepático.¹³ Por este motivo, pesquisadores têm direcionado suas investigações para o papel desempenhado pela dieta e a influência do estado nutricional na evolução das doenças hepáticas associadas à infecção pelo HCV.¹⁴

A desnutrição em pacientes com doença hepática possui origem multifatorial, que pode resultar da ingestão insuficiente de alimentos ou de fatores relacionados à digestão e absorção intestinal deficientes. Também pode estar associado à enteropatias perdedoras de proteínas, distúrbios metabólicos e restrições dietéticas constantes.¹⁵ Port et al.,¹⁶ no estudo que realizaram também verificaram que a desnutrição é frequente em pacientes com hepatite C, devido a ingestão inadequada de energia, proteínas e micronutrientes.

A ingestão inadequada de nutrientes está associada às restrições dietéticas prolongadas, a sensação de saciedade precoce (devido à presença de ascite volumosa), anorexia, náuseas e encefalopatia hepática. A má digestão e má absorção dos nutrientes podem resultar na deficiência de sais biliares,

crescimento bacteriano intestinal, gastropatia portal hipertensiva, alterações da motilidade intestinal, lesões da mucosa e aumento da permeabilidade intestinal.¹⁷

Ismail et al.¹⁸ verificaram que os pacientes com hepatite C que apresentavam agravamento da doença hepática possuíam maior risco de depleção do estado nutricional. Desta forma, é importantíssimo avaliar o estado nutricional e otimizar a nutrição nesses pacientes. Outro estudo também correlacionou a desnutrição com a gravidade clínica da doença hepática, sendo que a desnutrição proteico-calórica pode ser identificada em todos os estágios clínicos, mas é mais prevalente em fases avançadas desta doença. Além disso, a presença de desnutrição está associada ao aumento do número de complicações e mortalidade a curto e longo prazo.¹⁹

Fioravante et al.²⁰ demonstraram que os pacientes em tratamento com hepatite C apresentaram uma perda significativa de peso e isso não foi associado a mudanças no gasto de energia, e sim à diminuição significativa na ingestão de energia.

Bruch et al.²¹ no estudo que realizaram observaram que a perda de peso ocorre em estágios mais avançados da doença hepática. A adoção de métodos que possam ser usados para a identificação precoce das mudanças no estado nutricional pode ser de grande valor para um manejo dietético mais adequado, que seja mais eficaz para combater os estágios iniciais de depleção de proteína, contribuindo desse modo para melhorar o prognóstico. Além disso, a porcentagem elevada de gordura corporal observada nos pacientes com hepatite C crônica, pode ser um fator de risco importante para o surgimento de doenças cardiovasculares e outras complicações associadas, além de ter um impacto direto na qualidade de vida dessas pessoas.

A alimentação pode influenciar a função hepática, uma vez que os nutrientes ingeridos são metabolizados principalmente pelo fígado. A dieta para hepatite C é semelhante às orientações utilizadas para pessoas sem a doença, porém algumas modificações são necessárias para compensar a desordem metabólica.²²

Cada vez mais os trabalhos apontam a importância do conhecimento do consumo alimentar dos indivíduos em relação à ingestão energética e proteica, de carboidratos, gorduras e fibras. No estudo realizado por Pinto et al.,²³ a ingestão diária de

energia foi 100 kcal superior nos homens e 300 kcal inferior do que a média recomendada para mulheres. Este resultado pode estar relacionado à ocorrência de obesidade, sobrepeso e até mesmo desnutrição.

Carreira e Pereira⁶ verificaram que a média da ingestão de carboidratos foi maior que a recomendada. Com relação aos lipídeos não se verificou consumo acima do preconizado. O consumo das fibras revelou claramente que todos os indivíduos que participaram do estudo não consumiram as quantidades preconizadas.

Um estudo recente avaliou o impacto de mudanças no estilo de vida em uma amostra de 154 indivíduos com doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) na cidade de Hong Kong, pelo período de 12 meses. Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos, com e sem intervenção. O grupo com intervenção teve consultas periódicas com nutricionista por um ano. Cada indivíduo recebeu um plano alimentar, conforme as recomendações da American Dietetic Association, com ênfase em frutas e legumes, moderado em carboidratos, baixo teor de gorduras e baixo índice glicêmico. Também obtiveram orientações e acompanhamento de um educador físico. Já, o grupo sem intervenção teve orientação médica de rotina, indicação para redução de carboidratos e lipídeos na alimentação, além da realização de atividade física regular. No 12º mês de estudo foi observada uma maior redução dos desfechos primários da DHGNA nos pacientes do grupo com intervenção. Os níveis séricos de triglicérides foram significativamente menores no grupo com intervenção, os quais apresentaram ainda maior redução no peso corporal, no IMC e na circunferência da cintura. Desta forma, 77% dos pacientes no grupo com intervenção e apenas 30% no grupo controle tiveram uma perda de peso superior a 3%, e apenas o grupo com intervenção apresentou perda de peso superior a 10%. Outra avaliação realizada no estudo foi a associação entre a perda de peso e a DHGNA, onde mais de 40% dos pacientes que obtiveram redução de no mínimo 3% do peso tiveram uma melhora na DHGNA, e ainda, o grupo com intervenção obteve redução significativa nos níveis de ALT comparado ao grupo controle.²⁴

Nunes et al.²⁵ a partir do registro alimentar de três dias, analisaram o consumo de calorias, macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) e micronutrientes (zinco, ferro, sódio, potássio e cálcio)

em pacientes com hepatite C. O número médio de calorias foi de $26,4 \pm 8,3$ kcal/kg, sendo que, 48% tiveram um consumo abaixo do recomendado. O mesmo aconteceu com as proteínas, em que 60% dos pacientes apresentaram um consumo abaixo do recomendado. A ingestão de carboidratos estava de acordo com as recomendações para a maioria (52%) dos pacientes, e todos eles tiveram um consumo de lipídios dentro do recomendado. Quanto ao consumo de micronutrientes, o zinco permaneceu dentro das recomendações para 64,2%, a ingestão de ferro estava dentro da normalidade em 100% dos indivíduos e o potássio estava abaixo do recomendado em 100% dos indivíduos. O teor de sódio estava acima das quantidades recomendadas em 72% dos pacientes, e o cálcio abaixo do consumo recomendado em 96% dos indivíduos.

Gottschall et al.²⁶ observaram que a maioria dos pacientes apresentaram baixa ingestão de cálcio, potássio, zinco e vitamina C e maior ingestão de sódio, ferro, fósforo e colesterol. Além disso, a ingestão média de energia e proteínas foi de 24,6 kcal/kg e 1,16 g/kg de peso corporal, respectivamente.

Santis e Silva et al.¹¹ demonstraram que apenas 41% dos pacientes apresentaram ingestão saudável de alimentos e 59% uma ingestão não saudável, sendo que vários pacientes apresentaram ingestão insuficiente de calorias (59%) e ingestão excessiva de proteína (36%) e gordura saturada (63%).

A recomendação de uma dieta saudável para pessoas com hepatite C, deve levar em consideração a variedade de alimentos de todos os grupos: cereais integrais, vegetais, leite e derivados magros, ovos, carnes magras e leguminosas, oleaginosas e óleos vegetais. A ingestão energética deve ser adequada, mas não excessiva, e fracionada ao longo do dia, a ingestão proteica deve ser suficiente para combater a infecção e para a regeneração do fígado, dar preferência às frutas e verduras principalmente ricas em vitamina A e vitamina C que têm ação antioxidante para combater os radicais livres (ênfasis na variedade e a cor), limitar o alto teor de gordura (saturada e trans) e os alimentos refinados ricos em açúcar e por fim eliminar o álcool para proteger o fígado e praticar alguma atividade, respeitando as limitações físicas.⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda não há um método padrão-ouro capaz de diagnosticar com precisão modificações no estado nutricional de pacientes com hepatite C, pois a retenção hídrica, edema e ascite são comuns nesses pacientes, podendo haver confusões nas estimativas tanto de sobrepeso quanto de desnutrição. Desta forma, recomenda-se a utilização de parâmetros associados para se obter um resultado mais fidedigno, sendo as principais metodologias: antropometria (peso, altura, IMC, dobras cutâneas, CB, CMB), bioimpedância, ASG, avaliação funcional pela força de preensão palmar, métodos bioquímicos e anamnese alimentar. Logo, são necessários mais estudos e validação de protocolos específicos para a avaliação nutricional ser mais precisa e assertiva.

O diagnóstico e a classificação de distúrbios nutricionais nos pacientes com hepatite C e a relação do estado nutricional com a evolução da hepatopatia não foram ainda completamente esclarecidos. Pode-se perceber que alguns estudos trazem a classificação de sobrepeso e excesso de gordura abdominal em detrimento de outros estudos que demonstram a prevalência de desnutrição em estágios mais avançados da doença, devido à ingestão inadequada de energia, macronutrientes e micronutrientes.

Enfim, a inflamação do fígado, em pacientes cronicamente infectados pelo HCV evolui de forma progressiva e, assim, déficits nutricionais em menor grau podem não ser identificados. Verificou-se que diversos estudos demonstraram irregularidades em relação à ingestão de macro e micronutrientes. A terapia nutricional é fundamental, sendo de grande importância a investigação do consumo energético diário de macro e micronutrientes para identificar possíveis déficits de nutrientes essenciais na manutenção e recuperação da saúde destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Hepatitis C. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/sci-hub/cc/mediacentre/factsheets/fs164/en/>.
2. Prati D. Transmission of hepatitis C virus by blood transfusions and other medical procedures: a global review. *J Hepatol* 2006;45(4):607-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2006.07.003>
3. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, Degenhardt L. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet* 2011;378(9791):571-83. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60811-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60811-1)

- org/10.1016/S0140-6736(11)61097-0
4. MohdHanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology* 2013;57(4):1333-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hep.26141>.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília, 2015.
 6. Carreira CM, Pereira PC. M. Perfil nutricional e dietético de indivíduos com hepatite C. *Semina Cienc Biol Saúde* 2011;32(2):143-54. doi: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2011v32n2p143>
 7. Nunes FF, Fernandes SA, Bertolini CM, Rabito EI, Gottschall CBA. Avaliação nutricional do paciente cirrótico: comparação entre diversos métodos. *Sci Med* 2012;22(1):12-17.
 8. Andrade PV, Lameu EB. Espessura do músculo adutor do polegar: um novo indicador prognóstico em pacientes clínicos. *Rev Bras Nutr Clin* 2007;22(1):28-35.
 9. Hiraoka A, Aibiki T, Okudaira T, Toshimori A, Kawamura T, Nakahara H, Suga Y, Azemoto N, Miyata H, Miyamoto Y, Ninomiya T, Hirooka M, Abe M, Matsuura B, Hiasa Y, Michitaka K. Muscle atrophy as pre-sarcopenia in Japanese patients with chronic liver disease: computed tomography is useful for evaluation. *J Gastroenterol* 2015;50(12):1206-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00535-015-1068-x>
 10. Hayashi F, Matsumoto Y, Momoki C, Yuikawa M, Okada G, Hamakawa E, Kawamura E, Hagihara A, Toyama M, Fujii H, Kobayashi S, Iwai S, Morikawa H, Enomoto M, Tamori A, Kawada N, Habu D. Physical inactivity and insufficient dietary intake are associated with the frequency of sarcopenia in patients with compensated viral liver cirrhosis. *Hepatology* 2013;43(12):1264-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hepr.12085>
 11. Santis e Silva VA, Ferraz MLG, Carvalho-Filho R, Lanzoni VP, Silva AEB, Silva ISS. Association of the nutritional profile with histological findings of patients with genotype 1 chronic hepatitis c infection. *Arq Gastroenterol* 2015;52(4):315-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032015000400012>
 12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de Pesquisa parágrafo a incorporação de Evidências na Saúde e na enfermagem. *Texto contexto – Enfermagem* 2008;17(4):758-64
 13. Wendland BE. Nutritional guidelines for persons infected with the hepatitis C virus: a review of the literature. *Can J Diet Pract Res* 2001;62(1):7-15
 14. Manguso F, D'Ambra G, Menchise A, Sollazzo R, D'Agostino L. Effects of an appropriate oral diet on the nutritional status of patients with HCV-related liver cirrhosis: A prospective study. *Clin Nutr* 2005;24(5):751-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2005.02.010>
 15. Sam J, Nguyen GC. Protein-calorie malnutrition as a prognostic indicator of mortality among patients hospitalized with cirrhosis and portal hypertension. *Liver Int* 2009;29(9):1396-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-3231.2009.02077.x>
 16. Port GZ, Oliveira K, Soldera J, Tovo CV. Biochemical nutritional profile of liver cirrhosis patients with hepatocellular carcinoma. *Arq Gastroenterol* 2014;51(1):10-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032014000100003>
 17. Ferreira LG, Anastácio LR, Lima AS, Correia MITD. Desnutrição e inadequação alimentar de pacientes aguardando transplante hepático. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(4):389-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000400011>
 18. Ismail FW, Khan RA, Kamani L, Wadalawala AA, Shah HA, Hamid SS, Jafri W. Nutritional Status in Patients with Hepatitis C. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2012;22(3):139-42. doi: <http://dx.doi.org/10.2012/JCPSP.139142>
 19. Teiusanu A, Andrei M, Arbanas T, Nicolaie T, Diculescu M. Nutritional Status in Cirrhotic Patients. *Maedica (Buchar)* 2012;7(4):284-89
 20. Fioravante M, Alegre SM, Marin DM, Lorena SL, Pereira TS, Soares EC. Weight loss and resting energy expenditure in patients with chronic hepatitis C before and during standard treatment. *Nutrition* 2012;28(6):630-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2011.08.010>
 21. Bruch JP, Álvares-da-Silva MR, Alves BC, Dall'Alba V. Reduced hand grip strength in overweight and obese chronic hepatitis C patients. *Arq Gastroenterol* 2016;53(1):31-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032016000100007>
 22. Okita M. Chronic hepatic disease and dietary instruction. *Hepatology* 2004;30:92-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hepres.2004.10.012>
 23. Pinto GS, Zanolla AF, Tovo CV, Gottschall CB, Buss C. Nutritional status and food intake of HCV/HIV coinfecting patients. *Nutr Hosp* 2016;33(5):1123-8. doi: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.576>
 24. Wong VW, Chan RS, Wong GL, Cheung BH, Chu WC, Yeung DK, Chim AM, Lai JW, Li LS, Sea MM, Chan FK, Sung JJ, Woo J, Chan HL. Community-based lifestyle modification programme for non-alcoholic fatty liver disease: A randomized controlled trial. *J Hepatology* 2013;59(3):536-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2013.04.013>
 25. Nunes FF, Bassani L, Fernandes AS, Deutrich ME, Pivatto BC, Marroni CA. Food consumption of cirrhotic patients, comparison with the nutritional status and disease staging. *Arq Gastroenterol* 2016;53(4):250-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032016000400008>
 26. Gottschall CB, Pereira TG, Rabito EI, Álvares-Da-Silva MR. Nutritional status and dietary intake in non-cirrhotic adult chronic hepatitis c patients. *Arq Gastroenterol* 2015;52(3):204-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032015000300010>

Recebido em: 14/02/2018

Aceito em: 03/06/2018

Como citar: ALVES, Tauana da Costa; SCHMIDT, Leucinéia; BENETTI, Fábila. Perfil nutricional e dietético de pacientes com hepatite C: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/11803>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11803>