
SUMÁRIO/CONTENTS

EDITORIAL / EDITORIAL

- 3 A CIRCULAÇÃO DO CONHECIMENTO

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- 5 SAÚDE PARA MIM É: A CONCEPÇÃO DE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLAS PÚBLICAS.
Health for me is: the conception of schoolchildren of elementary public's schools.
Mirella Boff, Julia Bortoli, Célio Afonso Maçaneiro, Rodrigo Xavier Matos, Elisabete Rabaldo Bottan, Luciane Campos, Eliane Garcia da Silveira
- 17 O OLHAR DA IMPRENSA SOBRE O VÔLEI FEMININO: QUANDO A SOMBRA SE DESTACA
The look of the sports press at women's volleyball: when the shadow plays the main role
Elaine Romero, Ana Maria de Freitas Miragaya, Carlos Henrique de Vasconcellos Ribeiro, Erik Giuseppe Barbosa Pereira
- 45 VULNERABILIDADE AO HIV EM ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO INTERIOR DE SÃO PAULO
Vulnerability to HIV in students of a public high school located in the inner state of São Paulo
Cleiton José Senem, Rinaldo Correr, Florêncio Mariano da Costa Junior, Sandro Caramachi, Suellen Vasconcellos
- 57 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NA VILA VICENTINA DE BAURU/SP
Quality of life of elderly residents in Vila Vicentina in Bauru/SP
Géssika da Silva Araujo, Márcia Aparecida Nuevo Gatti, Marta Helena Souza De Conti, Alberto De Vitta, Sara Nader Marta, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão

- 77 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ANÁLISE IMAGÉTICA E TEXTUAL DE PROGRAMAS DESENVOLVIDOS POR OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.
Health Promotion: imagetic and textual analysis of programs developed by Health Insurance Operators
Elizabeth Rose Assumpção Harris, Marcos Santos Ferreira, Silvio de Cassio Costa Telles
- 101 SÍNDROME PÓS PÓLIO: UM DESAFIO PARA EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA
Post-poliomyelitis Syndrome: a challenge for Adapted Physical Education
Thiago Caetano Furquim, Angela Nogueira Neves Betanho Campana, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES

- 111 PATOGÊNESE E ASPECTOS CLÍNICOS DO GRANULOMA GRAVÍDICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA
Pathogenesis and clinical aspects of granuloma gravidarum: case report and review of literature
Rafaela Elvira Rozza de Menezes, Soluete Oliveira da Silva, Angélica Zanata, Bethânia Molin Giarretta De Carli, Mauro Dal Zot Dutra, João Paulo De Carli

RELATO DE CASO / CASE REPORT

- 129 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA DERMATOMIOSITE
Diagnostic approach to Dermatomyositis
Aline Marques da Silva Braga, Cristina Michielon Baldisserotto, Marco Antonio Minchola Robles, José Antônio Garbino
- 139 CONEXÃO DENTE-IMPLANTE: UMA ALTERNATIVA VIÁVEL? RELATO DE CASO CLÍNICO USANDO PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL APOIADA SOBRE DENTES E IMPLANTES
Connection tooth-implant: a viable alternative? Case report using removable partial denture supported on teeth and implants
Jaine Zanolla, José Fernando Scarelli Lopes

A CIRCULAÇÃO DO CONHECIMENTO

A intensa atividade científica da Universidade Sagrado Coração se revela em suas publicações próprias e a presença dos seus professores na autoria de artigos em outros periódicos nacionais e internacionais. Há, pois, um fluxo constante e necessário de troca de informações e conhecimentos entre os pares, o que se constituiu em uma das bases do avanço da ciência.

Da mesma forma, autores de outras unidades de pesquisa do país, e do exterior, adotam SALUSVITA como um de seus locais preferidos de publicação. Completa-se, assim, o círculo da difusão do saber. De fato, a circulação do conhecimento depende desse antigo sistema - a publicação dos achados da investigação pelo processo científico revista por pares. Se o papel, em grande parte, foi substituído, com algumas vantagens, pelo sistema on-line de publicação, em nada altera as razões e características dessa prática que remonta os séculos XVII com o *Journal des Savants* em França.

Assim, mantidos os critérios de qualidade, imparcialidade e rigor de análise por pares, em nada se deve restringir a submissão e a leitura de artigos científicos pela moldura do título. Tal prática, comum no meio acadêmico, não encontra amparo em uma análise mais detida. Como referido amplamente no meio acadêmico, ainda o melhor, e último, avaliador de um artigo é o próprio leitor. Com esta visão, é que se vê como boa medida, uma ampla e crescente variedade de periódicos que se apresentam no cenário da divulgação científica. Quanto mais espaço de publicação, mais ampla a possibilidade de divulgação. Certamente, estamos falando aqui do continente e não do conteúdo. Entretanto, a qualidade deve sempre acompanhar esta quantidade ampliada. O pesquisador deve atentar aos critérios da boa pesquisa e do bom produto antes de cair no engodo de atenção aos critérios de quantidade de publicações tão presentes nos sistemas de avaliação de progressão de carreira e concursos em algumas das universidades e instituições de ensino e pesquisa do país. Reside nisto, contraditoriamente, a adoção de outros critérios para quantificar a qualidade restringido-se a valoração das publicações não pelo

que apresenta de contribuições, mas pelo moldura publicadora, sito é, o título do periódico. Há, pois, que haver um visão clara de que há a necessidade de espaço de divulgação e que esta se faça com critérios rigorosos de qualidade, independentemente de um pressuposto antecipado, indicando um conjunto de títulos de periódicos que se apresentam como acima de qualquer suspeita. Devemos, sim, os editores, cada vez mais, garantir os espaços, sua ampliação e a cuidadosa elaboração do processo editorial para que esta qualidade seja garantida e que a democratização do divulgação científica seja atingida. Publique-se.

Marcos da Cunha Lopes Virmond
Editor

SAÚDE PARA MIM É: A CONCEPÇÃO DE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLAS PÚBLICAS

Health for me is: the conception of schoolchildren of elementary public's schools

Mirella Boff¹

Julia Bortoli¹

Célio Afonso Maçaneiro¹

Rodrigo Xavier Matos¹

Elisabete Rabaldo Bottan²

Luciane Campos²

Eliane Garcia da Silveira²

¹Acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí; Bolsistas de Iniciação Científica.

²Professoras do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí; Integrantes do Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Individual e Coletiva em Odontologia.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

RESUMO

Introdução: dentre os diferentes ambientes que impulsionam o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, a instituição escolar apresenta-se como uma importante opção. Para o planejamento de atividades educativas voltadas à promoção da saúde, é necessário que se conheça, previamente, quais são os valores, as crenças, as informações desse grupo social. **Objetivo:** o objetivo da investigação foi analisar o conceito de saúde elaborado por crianças. Trata-se de estudo conduzido com base nos princípios da pesquisa qualitativa. **Métodos:** os sujeitos foram escolares matriculados no 4º e 5º ano do ensino fundamental, em 2012-2013, de es-

Recebido em: 29/10/2013

Aceito em: 15/01/2014

colas públicas de três municípios de Santa Catarina (Brasil). A coleta de dados ocorreu através do teste de Associação Livre de Palavras. As manifestações foram organizadas em sete categorias. Os dados foram tratados mediante cálculo de probabilidade de ocorrência. Para se determinar a existência de associação entre categorias, gênero e idade, foi utilizado o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** participaram da pesquisa 332 escolares, com idades entre 8 e 13 anos, sendo 51% do gênero masculino. Foram analisadas 758 evocações. As categorias com maior probabilidade de ocorrência foram: Alimentação (0,74) e Higiene (0,66). Encontrou-se relação de significância somente entre a categoria Higiene e faixa etária ($p < 0,01$). **Conclusão:** concluiu-se que os escolares, ao conceituarem saúde, enfatizam a dimensão biológica. Eles denotaram um significado de saúde ainda restrito, permeado por ideias normativas relacionadas a padrões de higiene do corpo e de hábitos alimentares.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Saúde Escolar.

ABSTRACT

Introduction: *among the different settings that drive the development of health promotion activities, the school institution presents itself as an important option. Planning educational activities aimed at promoting health, it is necessary to know in advance which are the values, beliefs, information of this social group.* **Objective:** *the aim of the research was to analyze the concept of health prepared by children. This is a study conducted on the principles of qualitative research.* **Methods:** *he subjects were students enrolled in the 4th and 5th year of public primary school, in 2012-2013, in three cities of Santa Catarina (Brasil). Data collection occurred through the test Free Word Association. The evocations were organized in seven categories. The data were processed by calculating the probability of occurrence. To determine the association between categories and gender and age, we used the chi-square test ($p < 0.05$).* **Results:** *participants were 332 schoolchildren, aged between 8 and 13 years, 51% male. We analyzed 758 evocations. The categories with the highest probability of occurrence were: Hygiene (0.66) and Food (0.74). Only significant relationship was found between the category Hygiene and age ($p < 0.01$).* **Conclusion:** *it was concluded that the students to conceptualize health emphasize the biological*

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

dimension. They denote a meaning health still restricted, permeated by normative ideas related to patterns of body hygiene and eating habits.

Keywords: *Health education. Health Promotion. School health.*

INTRODUÇÃO

A abordagem da promoção à saúde parte de um amplo conceito do processo saúde-doença e seus determinantes. Neste sentido, representa um processo social e político, que inclui ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos e ações direcionadas à mudança das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e coletiva. (KUSMA *et al.*, 2012; SILVA e ARAÚJO, 2007; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013).

A promoção da saúde implica em ações político-governamentais, em diferentes níveis, que congreguem esforços individuais e coletivos, bem como instituições públicas e privadas. A cooperação interssetorial e a participação da população, com o apoio de estratégias educativas, podem ser entendidas como suportes à promoção da saúde. (BOTTAN *et al.*, 2008).

Dentre os diferentes ambientes que impulsionam o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, a instituição escolar apresenta-se como uma importante opção. Isto porque ela é um espaço que favorece a participação e a integração da comunidade do seu em torno. (BOTTAN *et al.*, 2008; BRASIL, 2009; DIAZ-VALENCIA, 2012; MACIEL *et al.*, 2010 ;SILVA *et al.*, 2011).

Para o planejamento de atividades educativas voltadas à promoção da saúde, é necessário que se conheça, previamente, quais são os valores, as crenças, as informações que a população já possui. Analisando-se as concepções prévias dos sujeitos, é possível elaborar estratégias e materiais didáticos que favoreçam a aprendizagem de conhecimentos sobre o processo saúde-doença com significação para os envolvidos neste processo. (BOTTAN *et al.*, 2008; SILVA e ARAÚJO, 2007).

Definiu-se, então, como objetivo desta pesquisa analisar o conceito de saúde elaborado por alunos do ensino fundamental de escolas públicas de três municípios de Santa Catarina (Brasil).

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram escolares do 4º e 5º ano do ensino fundamental, matriculados em 2012-2013, em cinco escolas da rede de ensino público, de três municípios de Santa Catarina, localizados em diferentes regiões.

A opção por estes alunos deve-se ao fato de que eles têm melhor domínio da escrita, quando comparados aos de séries iniciais, uma vez que o procedimento de coleta dos dados implicava na produção de um texto escrito. A escolha das escolas foi definida com base em critérios de conveniência dos pesquisadores.

O tamanho e o delineamento amostral, também, foram baseados na conveniência dos pesquisadores, visto que o propósito da investigação era de um estudo exploratório.

A coleta dos dados ocorreu através das professoras regentes de turmas, as quais foram contatadas previamente para os esclarecimentos sobre a sistemática da pesquisa. As professoras deveriam pedir a seus alunos a produção de um texto sobre o tema saúde, como uma atividade normal, em sala de aula. Solicitou-se que não houvesse qualquer tipo de interferência, quando da produção e, também, que não fosse informado que se tratava de uma pesquisa para o curso de Odontologia. Estes cuidados objetivavam a obtenção de um texto que expressasse a verdadeira concepção sobre saúde dos escolares integrantes da pesquisa.

Deste modo, os dados foram obtidos através do Teste de Associação Livre de Palavras (BAUER e AARTS, 2002), tendo como estímulo indutor a expressão "saúde, para mim, é".

A análise dos textos produzidos ocorreu com base na técnica de análise temática (BARDIN, 2002), cujas etapas operacionais podem ser resumidas como se segue. Primeiro, foi efetuado o contato inicial com o material produzido, através de leitura flutuante. A seguir, foi realizada a observação sistemática com agrupamento por semelhanças.

As ideias e percepções dos pesquisados, em relação ao conceito de saúde, foram agrupadas em sete categorias estabelecidas *a priori* a partir de estudo preliminar realizado com um grupo de trinta escolares com características semelhantes àquelas da população-alvo da pesquisa. Todo o procedimento de análise foi efetuado por quatro pesquisadores, de modo consensual. As categorias de análise juntamente com a síntese dos termos evocadores estão dispostos no Quadro 1.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

Quadro 1 - Categorias de análise sobre a concepção de saúde e respectivos termos evocadores.

| CATEGORIAS/EVOCAÇÕES |
|--|
| Higiene: cuidados como tomar banho, lavar as mãos, manter unhas limpas, escovar os dentes, usar fio dental... |
| Alimentação: preferência à alimentação equilibrada/saudável; possibilidades de alimentação saudável; outros aspectos relacionados à alimentação (ingerir frutas e legumes, evitar doces...). |
| Lazer: brincar; andar de bicicleta; jogar bola; ver televisão; dormir bem; ler livros; outras formas de recreação... |
| Relacionamento interpessoal: boa convivência familiar; ter amigos; conversar com os pais... |
| Prevenção: vacinação; adoção de hábitos saudáveis (não fumar, não beber, não fazer uso de drogas); efetuar consultas médicas e odontológicas. |
| Saneamento Básico/Cuidados com o ambiente: limpeza da casa e de outros ambientes; destino do lixo e dos esgotos; evitar poluição... |
| Negação da Doença: não estar doente. |

As evocações, uma vez agrupadas em categorias, foram tratadas mediante cálculo de probabilidade de sua ocorrência. Para se determinar a existência de associação entre categorias, gênero e idade, foi adotado teste não paramétrico do qui-quadrado, tendo como nível de significância $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Univali sob o nº 182a e todos os procedimentos da investigação foram conduzidos em conformidade com os preceitos éticos em pesquisa, segundo Resolução 196/96.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 332 escolares, com idades entre 8 e 13 anos. A idade média do grupo foi de 9,68 anos. A frequência do sexo masculino foi de 51% e do feminino 49%.

Foram analisadas 758 evocações. A probabilidade de ocorrência de cada uma das categorias está disposta na Tabela 1.

Tabela 1 - Probabilidade de ocorrência das categorias.

| CATEGORIA | PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA |
|---|-----------------------------|
| Alimentação saudável | 0,74 |
| Higiene | 0,66 |
| Lazer | 0,48 |
| Prevenção | 0,28 |
| Relações interpessoais | 0,12 |
| Saneamento básico/Cuidados com o ambiente | 0,08 |
| Negação da doença | 0,01 |

Com base no teste não paramétrico do qui-quadrado, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,01$), apenas, para a associação entre a categoria Higiene e a faixa etária da criança.

DISCUSSÃO

A preocupação quanto ao significado de saúde faz parte da existência das pessoas, no entanto, a concepção de saúde tem sofrido transformações em decorrência das diferentes correntes de pensamento, ao longo das épocas. Na atualidade, identifica-se que coexistem formas diferenciadas de se explicar o que é saúde. (SCLIAR, 2007).

Em meio a esta pluralidade de pensar o que é saúde, o maior desafio é fazer com que as pessoas compreendam saúde sob o paradigma da promoção. Esta abordagem representa um processo social e político, que envolve ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seus impactos negativos na saúde individual e coletiva. (CAMPOS *et al.*, 2012).

A promoção da saúde está associada a um conjunto de valores: vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se, também, a uma combinação de estratégias e trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pela proposição de propostas para solucioná-los. (ALVES; AERTS, 2011; CAMPOS *et al.*, 2012; FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

A abordagem da promoção à saúde está apoiada em um conceito ampliado do processo saúde-doença e seus determinantes. Ela requer a integralização dos saberes técnico-científico e popular, bem

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

como a mobilização de recursos. Portanto, nesta perspectiva, o conceito de saúde precisa ultrapassar os limites das ciências biológicas. (CAMPOS *et al.*, 2012).

Os escolares, que integraram esta pesquisa, vincularam o termo saúde, de forma expressiva, à adoção de uma série de autocuidados (higiene, alimentação saudável) e ao lazer, os quais, sem dúvida, permitem aos sujeitos um bem-estar. A relação entre cuidados e equilíbrio das funções biológicas e psicológicas foi destacada com muita frequência.

Em muitas dos textos, percebeu-se a preocupação quanto à necessidade do equilíbrio das funções orgânicas mediante comportamentos preventivos e de autocuidado, como pode ser constatado nos trechos abaixo transcritos.

Saúde para mim é comer bem, escovar os dentes, lavar as mãos antes de comer, tomar banho. Saúde para mim é muito importante, tem que se cuidar, não comer muitas porcarias e fazer exercícios. (Menino, 11 anos).

Saúde para mim é se alimentar bem, comendo fruta, alface e alimentos bons e sem gorduras e sempre que comer escovar os dentes, lavar a mão para comer, fazer uma corridinha, malhar um pouco, porque a gordura faz mal e sempre que ir para a rua lavar a mão. (Menino, 12 anos).

Eu entendo que saúde é escovar os dentes, alimentação boa, cuidar da alimentação, fazer exercícios, praticar esportes etc. Devemos ir no médico todo ano, no dentista todo ano para cuidar da saúde bem. Se estiver acima do peso ir na nutricionista". (Menina, 10 anos)

A percepção de saúde vinculada a normas de higiene para o corpo foi significativamente mais expressa pelos escolares com menos idade. Este resultado já era o esperado, pois, de acordo com a literatura, estas são as concepções que geralmente são veiculadas pelo ambiente familiar e ratificadas, na escola, nos primeiros anos da alfabetização infantil. (ALVES e AERTS, 2011; BOTTAN *et al.*, 2008; FIGUEIREDO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2008; MIALHE e SILVA, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

Outro reforço a esta tradicional concepção de saúde é a ênfase às práticas de saúde, no nível da atenção primária, que, ainda, são limitadas a estratégias baseadas em modelos clássicos de intervenções educativas, os quais estão ancorados no paradigma comportamentalista, com abordagem higienista e individualista de prevenção.

No grupo investigado, apesar dos sujeitos valorizarem os as-

pectos de higiene e de alimentação, percebeu-se que, eles, também, expressaram importância ao relacionamento interpessoal, às questões ambientais e de acesso aos cuidados em saúde, como fatores que favorecem uma melhor qualidade de vida, como pode ser observado nos trechos abaixo transcritos.

Saúde para mim é vida melhor. Agora e no futuro. Uma vida mais alegre. (Menino, 12 anos).

Saúde para mim é ser feliz, é ter amigos, é ter uma boa família. (Menina, 9 anos).

Saúde para mim é poder ir no postinho e ser bem atendido. (Menina, 11 anos).

Saúde para mim é jogar lixo no lixo e não jogar lixo no chão. Não deixar água parada. (Menino, 9 anos).

Estas manifestações evidenciam um avanço na construção do conceito de saúde, pode-se inferir que, para alguns, já existe um olhar para além dos aspectos de higiene e alimentação. A efetivação da mudança de uma concepção não ocorre automaticamente. A consolidação de um novo paradigma implica numa longa caminhada e num esforço conjunto dos diferentes sujeitos envolvida neste processo.

Neste sentido, no campo da Odontologia, é fundamental revisar as práticas educativas que, geralmente, são desenvolvidas. Elas, na sua maioria, estão centradas em ações como higiene bucal supervisionada, palestras, aplicações de fluoretos, desenvolvidas, prioritariamente, em ambientes escolares.

Revisões sistemáticas da literatura, conforme Kusma *et al.* (2012), têm apontado que o impacto de intervenções preventivo-educativas convencionais, no campo da Odontologia, têm uma baixa força de evidências quanto a melhoria das condições de saúde bucal.

A prática educativa tradicional, em que são ensinadas técnicas e normas de modo verticalizado, com prioridade à relação patógeno-hospedeiro, não considera se os sujeitos têm consciência de que os cuidados informados são, efetivamente, importantes. O entendimento sobre saúde reduzido ao controle de agentes biológicos tem se mostrado insuficiente para minimizar os riscos de agravos à saúde. (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Já, as ações suportadas no paradigma de promoção de saúde consideram os indivíduos como portadores de conhecimento, estimulam o diálogo e valorizam os diferentes saberes, permitindo o afloramen-

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

to da consciência sobre a necessidade de serem mais proativos em relação a sua própria saúde. (FIGUEIREDO *et al.*, 2012; KUSMA *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2008; OLIVEIRA e FORTES, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

A primeira etapa de um autêntico programa de educação em saúde deve ser o de se investigar quais são os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos sujeitos a serem envolvidos no processo. Neste sentido, é oportuno tecer algumas considerações sobre a opção metodológica da Associação Livre de Palavras adotada neste estudo para se conhecer o significado de saúde dos pesquisados.

A expressão livre a respeito de um determinado tema reflete a percepção dos sujeitos, ou seja, o modo como eles interpretam um determinado objeto, o qual reflete a influência do contexto em que se acham inseridos. Portanto, o conceito de saúde, que foi assim manifestado pelos sujeitos desta pesquisa, evidencia a inserção social e as experiências vividas por aqueles sujeitos e seu grupo familiar.

Por isso, considera-se esta estratégia metodológica como uma excelente alternativa, quando comparada à utilização de questionários, os quais podem induzir as respostas dos pesquisados, limitando a qualidade e a profundidade do processo.

Assim, o processo de educação em saúde, que se pretende desenvolver com as comunidades escolares que participaram deste estudo, precisa aprofundar questões sobre o que aqueles sujeitos efetivamente fazem e podem fazer para qualificar a saúde individual e coletiva. Portanto, este deve ser o ponto de partida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos sujeitos pesquisados concebe saúde de modo restrito. Os múltiplos aspectos socioeconômicos e culturais que estão intimamente relacionados à construção do processo de promoção da saúde foram pouco expressivos. Para os escolares pesquisados, o conceito de saúde está firmemente suportado em aspectos referentes à alimentação, lazer e higiene.

É oportuno ressaltar a relevância da pesquisa no que tange à elaboração de estratégias educativas. Portanto, tendo em vista que a instituição escolar é considerada uma importante opção de suporte à promoção da saúde, é fundamental que se ofereça a estes sujeitos um processo educativo que favoreça a compreensão de saúde de forma mais abrangente.

Neste processo, é fundamental que os profissionais da saúde, e entre eles se inclui o cirurgião-dentista, assumam um papel de co-

-participantes e passem a interagir de modo desafiador, favorecendo a reconstrução de conceitos que permitam autênticas práticas de promoção da saúde. É necessário que os profissionais compreendam os conceitos, valores e atitudes dos sujeitos em relação à saúde e, a partir dessa compreensão, devem atuar como mediadores do processo de reconstrução de conceitos e práticas de atenção à saúde.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

AGRADECIMENTOS

Aos Programas de Iniciação Científica Artigo 170 e 171/Governo do Estado de Santa Catarina e Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura da UNIVALI.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.319-25, 2011.

BARDIN, E. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 39-63.

BOTTAN E. R.; CAMPOS, L.; VERWIEBE, A.P. Significado do conceito de saúde na perspectiva de escolares do ensino fundamental. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 240-245, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde na escola**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.15-9.

CAMPOS, L.; CARNIEL, R.; AZAMBUJA, G. H.; BOTTAN, E. R. Concepções e práticas de promoção da saúde de acadêmicos de odontologia em Santa Catarina (SC). **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 321-327, 2012.

DIAZ-VALENCIA, P. A. Theoretical conceptions on the theory on health education. Systematic review. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v. 30, n. 3, p. 378- 389, 2012.

BOFF, Mirella *et al.* Saúde para mim é: a concepção de alunos do ensino médio fundamental de escola públicas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 05-15, 2014.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Health education in the context of family health from the user's perspective. **Interface comun. Saúdeeduc.**, Botucatu, v.16, n.41, p.315-29, 2012.

KUSMA, S. Z.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. s9-s19, 2012.

LIMA, F. L. T.; TRAVASSOS, D. V.; FERREIRA, F. E.; VARGAS, A. M. D. A representação social da saúde bucal em pré-adolescentes moradores de área de risco social. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 44, n.3, p. 13-18, 2008.

MACIEL, E. L. N.; OLIVEIRA, C. B.; FRECHIANI, J. M.; SALES, C. M. M.; BROTTTO, L. D. A.; ARAÚJO, M. D. Projeto aprendendo saúde na escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.389-396, 2010.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p. 1555-1561, 2011.

OLIVEIRA, W. F.; FORTE, F. D. S. Construindo o significado da saúde bucal a partir de experiência com mães. **Pesqui. bras.odontopediatria clín. integr.**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 183-191, 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, R. M.; ARAÚJO, M. A. L. Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 141-142, 2007.

SILVA, R. D.; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C.; CUNHA, S. T. Mais que educar... ações promotoras de saúde e ambientes saudáveis na percepção do professor da escola pública. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 63-72, 2011.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; ALBUQUERQUE, V. S.; CAVALCANTI, F. O. L.; COTTA, R. M. M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.159-170, 2013.

¹Graduado em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1971), graduado em Pedagogia pela UFRGS (1976), mestrado em Educação, UFRGS (1983), doutorado em Ciências, área Psicologia Escolar, pela Universidade de São Paulo (1990), e pós-doutorado pela Universidade Técnica de Lisboa (1993).

Professora substituta no Departamento de Jogos da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e membro do Núcleo de Pesquisa LABCOESO da UFRJ.

²Graduada em Português-Inglês e Português-Francês pela PUC do Rio de Janeiro, mestrado em Linguistics - University of Washington (1978), graduação em Educação Física pela Universidade Estácio de Sá (1996), mestrado em Educação Física pela Universidade Gama Filho (2001) e doutorado em Educação Física pela Universidade Gama Filho (2006). Consultora de ensino - Mirambro Consultoria e Ensino e professora da Universidade Estácio de Sá-Petrópolis nas faculdades de Educação Física e Letras.

³Doutor em Educação Física pela Universidade Gama Filho (UGF/RJ). Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte (PPGEF) da Universidade Gama Filho. Integra o Grupo de Pesquisa em Esporte, Corpo e sociedade (GECOS), inserido no LABCOESO - Laboratório em

Recebido em: 20/02/2013

Aceito em: 20/02/2014

O OLHAR DA IMPRENSA SOBRE O VÔLEI FEMININO: QUANDO A SOMBRA SE DESTACA

The look of the sports press at women's volleyball: when the shadow plays the main role

Elaine Romero¹

Ana Maria de Freitas Miragaya²

Carlos Henrique de Vasconcellos Ribeiro³

Erik Giuseppe Barbosa Pereira⁴

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

RESUMO

Introdução: o esporte vem sendo uma instituição que (re)produz a masculinidade, o patriarcalismo e o sexismo, privilegiando homens em detrimento da figura feminina. A mídia, nessa esteira, contribui para a construção e reconstrução dessas representações culturais na sociedade contemporânea. **Objetivo:** propusemo-nos a analisar a cobertura das finais da Superliga feminina de vôlei de quadra. **Métodos:** reunimos as fotos divulgadas no Caderno de Esportes de um jornal de alta circulação no país durante a disputa do título pelas equipes Osasco/SP e Rexona/RJ, no ano de 2007, e procedemos a técnica da Análise de Imagens. **Resultados e Discussão:** mulheres

não são fotografadas executando saque; não são mostradas fazendo levantamentos ou defesas individuais; as adversárias são exibidas simultaneamente cortando/bloqueando com a rede cobrindo-lhes o rosto e; a maioria das fotos sugerem as formas corporais das atletas de costas, explorando o erotismo e fetiche. **Conclusão:** inferimos que a cobertura jornalística evidencia os atributos físicos das atletas em detrimento do desempenho, quando correspondem ao padrão de beleza convencionado.

Palavras chave: História. Mulheres. Imprensa. Esportes.

ABSTRACT

Introduction: *the sport has been an institution that (re) produces masculinity, patriarchy and sexism, favoring men over the female figure. The media, in that way, contributes to the construction and reconstruction of these cultural representations in contemporary society.* **Aim:** *We set out to analyze the media coverage of the finals of the women's volleyball Superliga in Brazil.* **Method:** *The photographs analyzed were taken from the sports pages of high circulation newspaper in Brazil during the competition for title by the teams Osasco/SP and Rexona/RJ in 2007, and then, we proceeded the analyses of images.* **Results and Discussion:** *the women athletes weren't photographed while serving; the women athletes were not shown individually either digging or defending; the opponents were shown simultaneously attacking/blocking with the net covering their faces and; most of the photographs displayed the backs of the athletes, exploring the eroticism or fetishism.* **Conclusion:** *We infer that the media coverage highlights the physical attributes of women athletes while push into the background their sports performance, nevertheless, when they are within the agreed standard of beauty.*

Key words: *History. Women. Media. Sports.*

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O esporte, desde suas antigas raízes históricas, vem sendo ao mesmo tempo, um terreno fértil da produção social da masculinidade, e também uma poderosa instituição que reproduz simbolicamente, os relacionamentos patriarcais existentes. Pela retrospectiva da Educação Física brasileira, a mulher, por ser vista como um ser frágil, não

pesquisa do corpo, esporte e sociedade, da Escola de Educação Física e Desportos da UFRJ.

⁴Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1997), mestrado em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco (2002) e doutorado em Ciência do Movimento Humano pela Universidad Autonoma de Asuncion (2009). Professor do Departamento de Jogos da Escola de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É líder do Grupo de Pesquisa em Esporte, Corpo e Sociedade (GECOS), o qual está inserido no LABCOE-SO - Laboratório em pesquisa do corpo, esporte e sociedade. Leciona as disciplinas Fundamentos do Voleibol e Aplicação Pedagógica do Voleibol.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

podia fazer *educação física*, posto que a moça de família, de acordo com os bons costumes do final do século XIX e início do século XX, mostrava sua decência ao vestir-se, e pentear-se, pelo nome da família, sobretudo, pelo comportamento recatado. A mulher não deveria jamais suar em público na época e a prática de exercícios era abominável posto que era considerada uma atividade destinada aos homens como parte integrante de sua virilidade, robustez e força moral e física.

Desde a Grécia Antiga, quando a participação feminina era vetada nos principais Jogos, a mulher, numa área de reserva masculina, teve que abrir e trilhar caminhos com seus próprios meios. Desse modo, reportando-nos aos principais jogos históricos, realizados sempre em homenagem a um deus masculino, havia restrição à participação feminina. Dentre esses jogos citamos os Olímpicos, realizados de quatro em quatro anos em homenagem a Zeus, em Olímpia, desde 776 a. C., cujo prêmio maior era uma coroa de louro e um ramo de oliveira. Os Jogos Píticos eram realizados também de quatro em quatro anos, em Delfos, desde 582 a. C., em homenagem a Apolo; e os vencedores eram coroados com louros. Os Jogos Ístmicos, disputados de dois em dois anos, rendiam tributo ao deus Poseidon, na cidade de Corinto, desde 581 a. C., e sua premiação consistia numa coroa de aipo. Os Jogos Nemeus, com intervalo de dois em dois anos, transcorriam em Neméia, desde 573 a. C., e surgiram para render tributo à façanha de Heracles, filho de Zeus, e tal qual os anteriores, premiavam os vencedores com uma coroa de aipo (MIRAGAYA, 2002; MIRAGAYA, 2006; MIRAGAYA, 2007).

As mulheres tinham seus próprios Jogos, os Heraicos em homenagem à deusa Hera, que eram realizados em distintas cidades da Grécia. No local, os Jogos eram realizados inicialmente a cada três anos, e depois a cada cinco, com uma única prova - uma corrida de 162m. Elas corriam com os pés descalços e com uma vestimenta que alcançava os tornozelos. Como prêmio, as vencedoras recebiam uma coroa de oliveira e um pedaço do animal, que havia sido sacrificado em honra à deusa (SMITH'S DICTIONARY, 1875 – 2007). Os homens, além de provas variadas, possuíam naquele tempo, inclusive, dirigentes, os *gimnastai*, cargo semelhante aos atuais presidentes de clubes esportivos, com postos de caráter honorífico.

A cultura física tinha espaço marcante no universo grego, tanto que em casa, era comum aos homens praticarem exercícios em conjunto entre amigos. Tal qual numa atividade social dos dias de hoje, os homens gregos reuniam-se para a prática de exercícios, e essa atividade social era praticada até idades mais avançadas. O objetivo de

tal prática era que os homens cultivassem as qualidades masculinas desejáveis para a época: que eles fossem fisicamente fortes, velozes e ágeis. Nesse cenário ficavam excluídas as mulheres, sobretudo, as atenienses, que viviam numa esfera privada, com o corpo coberto e pouco eram vistas fora de casa, no espaço público. Elas não tinham acesso a competições atléticas para não serem expostas. Mesmo as espartanas, que podiam ter vida pública, e que eram treinadas desde cedo para tornarem-se mulheres fortes e gerarem filhos fortes, não participavam desse tipo de atividade “social” junto aos homens¹. As qualidades desejáveis às mulheres consistiam na passividade, modestia, castidade, pureza, obediência, comportamento recatado e capacidade reprodutiva.

Miragaya (2006) relata que a inserção da mulher nos Jogos Olímpicos, quer da Antigüidade, quer da Modernidade, foi à duras penas. Relata a autora que Stamatha Ravithi teria sido a primeira participante da Maratona². Segundo seus escritos, Stamatha havia ouvido falar de que haveria uma corrida com premiação em dinheiro. Pobre, mãe de cinco filhos, viu aí a possibilidade de um ganho extra para o sustento dos seus. No entanto, ela foi ludibriada; informaram-lhe de forma errônea a data da prova atlética, e ela, sem saber, correu o percurso, que foi anotado por jornalistas da época. Mas, como correu no dia seguinte ao da maratona oficial (masculina), não recebeu o prêmio almejado.

Contudo, registros históricos dão conta que algumas mulheres participaram dos Jogos Olímpicos, não pessoalmente, mas por intermédio dos aurigas, os condutores das quadrigas - carros puxados por quatro cavalos, cujas proprietárias eram mulheres (MIRAGAYA, 2006). Podemos depreender que elas foram vencedoras não por disputarem as provas, mas por serem elas as proprietárias das quadrigas. Miragaya registra que a princesa espartana Kyniska de Archidamos teria sido a primeira vencedora da prova hípica nos Jogos Olímpicos da Antigüidade. Estes concediam privilégios aos vencedores como: uma coroa feita de folhas de oliveira, um dos símbolos da Grécia, estátua em praça pública do ganhador, despesas pessoais de

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

1 Para melhor entendimento dessa situação, sugerimos o filme “300, o filme”, no qual a vida da mulher espartana é retratada.

2 A prova nobre dos Jogos Olímpicos, de nome Maratona deve-se ao feito histórico de um soldado grego, provavelmente de nome Fedípedes, que teria percorrido a distância de aproximadamente 42. 245m. entre o local da batalha de Maratona e Atenas (490 a. C.), para anunciar a vitória dos gregos sobre os persas. Informações a respeito que o soldado após percorrer a distância e anunciar a vitória teria caído morto. Foi idolatrado pelas circunstâncias de seu feito.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

alimentação pagas pelo poder público, lugares privilegiados em teatros, isenção de impostos e taxas, além de altos postos no governo.

Como consequência dessa situação, Miragaya aponta que foi desenvolvida a cultura do vencedor herói disseminada nos textos teatrais e na literatura de forma épica – no início na poesia e no drama, e, posteriormente, na ficção. Em relação às mulheres, sua exclusão nos Jogos pode ser atribuída pelo fato de uma orientação cultural masculina, pelo aspecto religioso (os deuses homenageados eram homens), por propósitos militares, uma vez que as espartanas eram treinadas para gerarem filhos fortes, também pelo fato de não haver tradição escrita para os feitos femininos, pela relação esporte e poder e finalmente pela segregação das mulheres aos Jogos.

Os Jogos Olímpicos da Modernidade ressurgiram por esforços de Coubertin, embora Miragaya registre vários pioneiros que lhe antecederam, como Dover na Inglaterra, Schartau, na Suécia, Brookes na Inglaterra e Zappas na Grécia. As empreitadas desses precursores se deram entre os anos de 1612 a 1889. Entretanto, registros mais recentes dão quase que exclusivamente ao Barão Pierre de Coubertin todo crédito pela criação dos Jogos Olímpicos da Era Moderna. Ele fundou o Comitê Olímpico Internacional (COI) em 1894 e os primeiros Jogos ocorreram em Atenas em 1896.

Embora Demetrius Vikelas tenha sido o primeiro presidente do COI, de 1894 a 1896, Pierre de Coubertin foi quem maior tempo esteve à frente do Órgão, presidindo-o de 1896 a 1925. Suas ações foram sempre no sentido de evitar, mas não proibir, a participação feminina. Não admitia que as mulheres pudessem disputar, ao lado dos homens o esporte, que na sua visão, era uma prática masculina, tal qual o pensamento dos gregos antigos. De acordo com os dados de Miragaya (2006), a influência britânica na educação de Coubertin pesou na sua maneira de pensar e nas suas decisões. Educado no último período vitoriano, em que a figura feminina era bem demarcada pela submissão, pela dependência financeira masculina, pelo seu destino biológico (a reprodução). Assim, Coubertin entendia que a vida da mulher deveria resumir-se à esfera privada, pois se supunha ser ela um apêndice do homem. Para o pensamento vitoriano, em relação aos esportes, a mulher era considerada um ser incompleto, e não era admissível que suasse em público. Como poderia Coubertin admitir que as mulheres participassem dos esportes olímpicos?

A primeira participação feminina em Jogos Olímpicos se deu em 1900, com registro oficial de 22 participantes em seis modalidades apenas. Com o tempo, houve um gradativo acréscimo de modalidades que culminou com a inclusão do atletismo feminino nos Jogos Olímpicos em 1928. Essa participação pode ser creditada aos esfor-

ços políticos empreendidos por Alice Milliat, a primeira presidente do clube “Femina Sport”, em 1915, e que se tornaria a presidente da Federação das Sociedades Esportivas Femininas da França - FSFSF, em 1919, quando iniciou um movimento para incluir o atletismo feminino nos Jogos, porém somente conseguiu a inclusão de 5 modalidades em 1928 em Amsterdam. Milliat deu exemplo de empreendedorismo olímpico (MIRAGAYA, 2006), uma vez que fundou a primeira federação internacional de esporte feminino e iniciou os Jogos Mundiais Femininos, equivalentes aos Olímpicos, conseguindo reunir mais de 20.000 espectadores em sua primeira edição em 1922 em Monte Carlo. Observa-se então que as mulheres, especialmente as atletas, passaram através dos séculos da restrição à esfera privada da casa à condição oposta de atletas que competem num estádio e que arrastam multidões no início do século XX.

Pode-se então observar diacronicamente um quadro generificado no esporte e essa situação não só fica restrita às atletas, mas às dirigentes femininas, ao quadro de arbitragem, e em toda a engrenagem que faz o esporte mover-se, sobremaneira do esporte de alto rendimento. Para sua visibilidade, a atuação da mídia é marcante, especialmente, porque é sabido que o esporte é responsável por contratos milionários além de que os direitos de imagem geram lucros inimagináveis. E como menciona Proni (2008, p.9), “a estreia da Coca-Cola como patrocinadora oficial do evento confirma que o esporte já era visto como um veículo de divulgação de produtos”. A publicidade, prossegue o autor, faz o esporte cada vez mais uma instituição dependente dos interesses do grande capital.

Adentrando no mundo dos negócios, e na esfera econômica, é bom lembrar que estamos pisando num reduto masculino, em sua expressiva maioria e em se tratando de eventos esportivos, os Jogos Olímpicos, praticamente todos nas mãos masculinas, tornaram-se um negócio bilionário. Nesse contexto, estamos articulando o esporte de alto rendimento e a mídia esportiva, especificamente, a cobertura da imprensa esportiva no esporte feminino. Verifica-se que o advento da mídia, inicialmente impressa por meio de fotografias, mídia televisiva e virtual pelos seus múltiplos meios, carrega a imagem, agora extremamente mais do que pública, das mulheres atletas para todo o planeta mantendo padrões ainda subordinados a uma hegemonia masculina que ‘legisla’ sobre o que se quer ver.

É inegável o poder da mídia em todas as esferas e os últimos acontecimentos políticos advindos dos poderes democraticamente instituídos são exemplo desse poder. Como instituição que detém uma parcela expressiva de poder, a mídia pode ser encarada como um elemento constituinte das representações da sociedade sobre a

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

participação das mulheres na vida pública e esportiva. Nessa engrenagem, atrair o público e manter a audiência se tornou a tarefa essencial da mídia (REIN; KOTLER; SHIELDS, 2006). E qual a melhor forma senão exibir os *corpus esportivus*? O corpo é o mais completo texto cultural criado e recriado pelo homem, escreve Quevedo (2003), e argumenta a autora que como um texto cultural não se espera uma única leitura. Como assinala Andrade (2003), o corpo está em constante aprendizado com o outro na relação e na interação. Esse outro pode ser materializado pela mídia de um modo geral e dos modelos idealizadores que ela apresenta.

A partir dessas considerações introdutórias, e tentando compreender como a mídia nos ensina a se relacionar com o mundo, podemos dizer que temos observado que as fotos veiculadas em diversos jornais brasileiros sinalizam tratamento diferenciado entre as diversas modalidades esportivas. Algumas delas, sequer merecem destaque e, quando muito, uma pequena nota, e outras modalidades não são mencionadas, mesmo tendo disputas internacionais. Essa situação, na análise de Proni (1998, 2008), reflete o paradigma do negócio no esporte, que tem provocado revisão no quadro esportivo, o que empurra para o ostracismo as modalidades que não apresentam em seus eventos, o espetáculo.

A imprensa adjudica para si a divulgação de imagens e textos que tendem a causar impacto no leitor, que admira e se identifica com o esporte. Assim, jogadas, passes, gols, e outras situações no futebol masculino, por exemplo, tem público cativo. Em relação aos atletas dos demais esportes, o tratamento, é diferenciado; os homens sob os holofotes nos seus feitos e performances atléticas e as mulheres exaltadas pelas suas formas corporais. Por meio dessa prática, a imprensa esportiva exerce um papel de destaque no qual segundo Forsyth (2003), a cultura midiática constrói e renova, de forma implacável, a imagem de feminilidade nos dias atuais. Na avaliação da autora, a mídia e outras vozes das sociedades patriarcais ensinam às mulheres, independentemente da idade, como devem se ver, a tal ponto de aceitarem docilmente o mito da beleza disseminado e incansavelmente repetido. Como consequência, adverte Forsyth que esse mito patriarcal constitui-se num risco à saúde física e mental das mulheres bem como as priva de uma identidade autônoma.

No traslado dessas ideias à cobertura de esportes como o vôlei-bol, por exemplo, é nítido o tom de diferenciação entre as imagens veiculadas da equipe masculina e da feminina. Na esteira de Andrade, é possível identificar diversas pedagogias atuando no meio esportivo ensinando-nos como nos relacionar com as coisas do mundo. São nessas relações que se constroem os gêneros. Nesse entendimen-

to, podemos dizer que a imprensa esportiva tem atuado como forte elemento para ressaltar o corpo feminino – os seus atributos físicos no esporte de alto rendimento e, ao mesmo tempo, tem sistematicamente lhes ocultado a visibilidade facial e atlética.

Inserindo essa problemática no âmbito dos estudos sócio-culturais das práticas culturais e esportivas, reportamo-nos aos Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN (BRASIL, 1997), cuja estrutura contempla a área da Educação Física (p. 9), e observamos que sua proposta de trabalho volta-se para a cultura corporal. Engendrando o tema do presente trabalho com os propósitos da Educação Física, podemos asseverar que a comunicação mediada tecnologicamente contribui na construção e reconstrução de representações culturais, que são compartilhadas na sociedade contemporânea. Representação é uma palavra chave para articular as concepções e as práticas do corpo em movimento no esporte de alto rendimento num “espaço pedagógico” onde o poder é organizado e difundido (ANDRADE, 2003). As transformações advindas das tecnologias de comunicação repercutem na Educação Física, e partilhando da interpretação de Pires, Betti, Bitencourt e Hack (2006), o teor dos PCN trata de forma científica e pedagógica da manifestação da cultura.

Entendemos que a cultura, conforme sublinha Laraia (2002), apoiado na contribuição de Kroeber, destaca-se por determinar, mais do que a herança genética, o comportamento do homem, o que viria a justificar suas realizações. Nessa engrenagem, o ser humano resulta do meio cultural em que foi socializado. Em se tratando da articulação mídia, esporte e cultura corporal, não fica difícil compreender a assertiva de que o esporte reproduz simbolicamente os relacionamentos patriarcais existentes, reforçando a superioridade masculina, bem retratada nas fotos esportivas que ilustram os cadernos voltados ao público que aprecia eventos dessa natureza.

Consideramos oportuno aprofundar um tema ainda pouco explorado nas Ciências do Movimento Humano, ou da Motricidade Humana, destacando desse modo uma lacuna no conhecimento, apesar da constatação de Pires et al. (2006). Eles verificaram que, em meados da década de 1990, a produção em Educação Física e Mídia foi impulsionada pela criação de fóruns e grupos de trabalho nas sociedades científicas brasileiras. Como resultado, houve crescimento da produção a partir do ano 2000. Neste cenário não estão considerados os estudos e a (escassa) produção que trata das questões que envolvem gênero e mídia esportiva, o que evidencia nessa lacuna, a relevância do presente estudo.

Por outro lado, a par do ponto de vista de Monique Pires (2006), entendemos que estamos tendo a oportunidade, numa perspectiva

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

feminista, de fornecer elementos para desconstruir toda uma história aprendida durante anos sob a ótica generificada. É a perspectiva de trazer para o centro da academia e da comunidade científica os conceitos elaborados pelas historiadoras feministas negando discursos que afastaram as mulheres da produção em que elas deixaram de figurar como sujeito político/objeto de estudo. A contribuição ao debate emerge das linhas que assinamos.

Diante do quadro exposto somos motivados a proceder uma análise, na ótica do gênero, como categoria relacional, da cobertura das finais da Superliga de vôlei de quadra feminino. Tomamos aqui as principais idéias de Scott (1995, p. 89), que nos aponta que o gênero fornece-nos um “meio de decodificar o significado e de compreender as complexas conexões entre as várias formas de interação humana”. Percebe a historiadora que ao falar de gênero, refere-se ao discurso da diferença dos sexos. Suas idéias têm sido elaboradas e trabalhadas por diversas pesquisadoras/as.

Para essa empreitada reunimos as fotos divulgadas pelo Jornal O Globo (Caderno) de Esportes, durante a disputa do título pelas equipes do Osasco/SP e do Rexona/RJ, realizada nas duas cidades em 2006 e início de 2007. O periódico é de alta tiragem (não declarada) e grande circulação em todo país³. Detivemo-nos, portanto, a analisar criticamente as imagens (fotos) e textos (legendas) veiculados. Para Pilotto (1999) com suporte em Faiclough, o texto, como artefato cultural, exhibe imagens visuais que legitimam determinadas representações e é atravessado por discursos, que definem, constroem, e posicionam os seres humanos, construindo verdades sobre o mundo. Prossegue a autora que a análise crítica do discurso (visual) desarticula e critica os textos como uma forma de quebra do senso comum. Em suma, ela não apenas tece comentários sobre o que é dito, mas considera o que não é dito – as ausências.

Entendemos que a imprensa ensina várias formas de olhar o corpo e esse olhar é oriundo de uma cultura patriarcal dado que a esmagadora maioria da imprensa esportiva é composta por homens. É uma pedagogia cultural, que no entender de Campos (2006) vem a ser uma área pedagógica que abrange locais onde o poder é organizado. No caso presente o jornal, que por meio dessa pedagogia constrói e constitui identidades, discursos e representações do corpo atlético feminino. Nesse processo, o discurso midiático influi na acrítica assimilação dos corpos expostos. São corpos exibidos em fotos em que

3 O periódico tem sucursais em quatro capitais brasileiras e seu alcance vai de um extremo a outro no País. Além disso, o banco de imagens é centralizado e faz a distribuição para outros periódicos brasileiros.

o rosto das atletas é ocultado. O que interessa é mostrar o padrão de feminilidade, preferencialmente em trajes sumários, com ênfase nos glúteos, como se a identidade das atletas estivesse sobretudo, no corpo que ostenta formas ditas perfeitas. Em outras palavras, como denunciam Andrade (2003) e Pires e Mól (2006), as fotos exibem mais o corpo e seus contornos como desejáveis a todos os corpos. O rosto da atleta, já não tem tanta importância.

Justificamos a escolha da etapa final da competição posto que foi neste momento que o vôlei feminino ganhou a atenção da imprensa esportiva. Com este estudo estamos apresentando um recorte de uma pesquisa maior – “A hierarquia de gênero no espaço escolar e no ambiente esportivo” – contemplada no Edital CNPq 45/2005, na qual a maior parte dos autores participou.

Revisitando a corporeidade feminina

O *ethos* da mulher contemporânea, que se apresenta dinâmica, independente, auto-gerenciadora, multifuncional, foi definido por muitos fatores históricos, que tiveram como matriz arquetípica, durante muitos séculos, uma outra noção do feminino: a idéia de mulher como protetora provedora, intuitiva, por um lado, e, ao mesmo tempo, submissa/subserviente, casta, temente e dependente, de outro. A breve análise que se segue não trata de mulheres esportistas, mas de mulheres de uma forma geral.

A começar pelas sociedades primitivas que tinham um protótipo da “Grande Mãe” a primeira representação: a mulher como fonte de vida, nutrição, calor e proteção. Essa é a imagem que existe desde o começo dos tempos e em todas as culturas (GUEDES, 2003).

Na Antiguidade clássica, o corpo é visto como elemento de glori-ficação e de interesse do estado. No período helênico, a importância dada ao corpo chega a integrar o sistema educativo. Conforme antes mencionado, a mulher grega ateniense é recatada, voltada ao lar, obediente e servil, enquanto que a espartana era ouvida nas questões políticas, mas sua missão era de gerar fortes guerreiros (ROMERO, 2005). Em Roma, com uma educação unilateral, a corporeidade bélica masculina se destaca, ocultando a feminina, mera coadjuvante.

Com a divisão social do trabalho, a sociedade se divide em classes eclodindo as dominantes, que passam a estabelecer as relações entre dominantes e dominados, quando a mulher passa a ser a primeira escrava – do homem. Nesse contexto, surge o Estado e nesse momento a mulher perde então a liberdade sexual e começa a utilizar seus dotes físicos para ter voz. A sensualidade ainda é usada de forma discreta.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

Na Idade Média, por influência da Igreja, o desprestígio das atividades corporais se ascende e cresce a rejeição ao corpo, visto como vil e desprezível. Os homens medievais exploravam as mulheres de múltiplas formas, inclusive ameaçando a cidadã que vivia só, chantageando-a com falsas denúncias de prostituição e vagabundagem, conseguindo com essa prática que as trabalhadoras que moravam sozinhas aceitassem as condições por eles expostas, inclusive de favores sexuais. Para Guedes cresceu assim a prostituição, ficando a mulher exposta a situações vexatórias e além de oprimida, privada de seus direitos. Tínhamos então no momento um tipo de mulher esgotada pelo trabalho em domicílio, e outra, que vivia folgadoamente no luxo, mas ambas submissas.

No Renascimento o corpo volta a ser prestigiado pela valorização do trabalho masculino, porém o feminino ainda era ao lado do desenvolvido pelos artesãos e escravos. Em oposição ao *magister dixit* medieval, a pedagogia que se apregoava vinha ser a liberal e destituída do autoritarismo característico do ensino escolástico. A educação elitista passou a ser desfrutada apenas pela burguesia (ROMERO, 2005).

A Revolução Inglesa, no século XVII, ficou marcada com a chegada do modernismo, e com ele, o capitalismo moderno. Demarcou-se então a acumulação capitalista que permitiu a revolução técnico-científica e o surgimento da manufatura, que substituiu o artesanato com a exploração do trabalhador. Nesse contexto, como esclarece Guedes (2003), foi a mulher a mais sacrificada naquele tipo de sociedade. Elas eram escaladas para mover moinhos nas oficinas das lavras de ouro e prata, e muitas trabalhavam em casas de família burguesa e nobres, ao passo que outras, ganhavam seu sustento como domésticas e prostitutas, fazendo uso do corpo físico.

No Século da Luzes, as mulheres abastadas e as nobres tinham voz na corte e passaram a lutar pela liberdade sexual. Entretanto, os progressos chegam somente à burguesia; as mulheres do povo ficavam abandonadas à própria sorte. Não havia união entre elas, e as ricas viviam alheias aos problemas enfrentados pelas de menor sorte. Contudo, tanto as mais abastadas quanto as desafortunadas financeiramente eram declaradas incapazes pelas leis e códigos.

No período contemporâneo, vários eventos marcaram a corporeidade feminina, citamos alguns como a revolução de 1917, que atingiu a mulher russa dando-lhe importantes direitos econômicos, políticos e civis. Assim, tiveram direito à posse da terra, à instrução, ao trabalho e à cultura. A partir de 1936 novas conquistas são registradas, como autonomia individual, na educação, no emprego assalariado e nos esportes.

A Segunda Guerra Mundial trouxe conseqüências nefastas às mulheres, que foram reduzidas à dona de casa, parideira quando não na condição de prisioneiras – eram escravas. Se compararmos essa situação com o que lemos nos noticiários nacionais da atualidade, parece não ter havido a erradicação desse tipo de tratamento. Entretanto, voltando à situação de guerra, as mulheres também atuaram nos hospitais improvisados nos campos de batalha, na ajuda aos feridos, como mensageiras entre outras funções; nas fábricas para produzir armas e até nos campos de batalha para lutar. Como o término da guerra a situação voltou como era dantes – a mulher na esfera privada e as que conseguiam trabalhar tinham salários inferiores aos dos homens. Uma corporeidade que revela a mulher submissa/dominada.

Mais à frente, nos anos de 1950/60, entra em voga a idéia da “moça de família”, que deveria ser contida em seus gestos, recatada, ser obediente aos pais, e era preparada para se casar virgem. Seu destino biológico era o lar e a maternidade e com isso sua corporeidade reprimida. As transgressoras eram conhecidas como levianas, garotas fáceis e outros adjetivos que lhes eram imputados.

Nesse cenário podemos assinalar que a mídia, por meio da propaganda publicitária vende “felicidade” por meio de promessas em produtos (pessoais) de beleza e estética, de facilidade (doméstica) pela sedução de novos aparelhos como aspirador, máquina de lavar, entre outros. Na realidade, as estratégias da publicidade foram no sentido de criarem desejos de consumo. A publicidade cria estereótipos novos fugindo de outros mais antigos. O desejo do corpo belo e perfeito assume grandes proporções e o padrão de beleza, traduzido pela corporeidade feminina passa a ser curvas acentuadas e coxas grossas, portanto exigia cuidados com a aparência. A magreza poderia ser resolvida com suprimentos “nutritivos”.

Com o advento do feminismo, o movimento de emancipação das mulheres levou-as a reivindicações como a igualdade jurídica do voto, instrução, profissões liberais entre outras lutas pelos direitos femininos. A liberação dos corpos foi a grande meta deste momento histórico. A emancipação da mulher e o movimento feminista foram assim os elementos que remodelariam a visão sobre o feminino nesta época. Ao denunciarem injustiças e contradições sociais, as mulheres foram construindo seu espaço. Lutaram por remuneração ao trabalho desempenhado, conquistaram o direito ao controle da reprodução através da pílula anticoncepcional e se inseriram em movimentos encabeçados por grupos de militantes feministas.

No entanto, a vida no lar ainda continuava a ser a norma e padrão. A imagem e a corporeidade feminina são construídas com discursos ideológicos, neles configurado o da beleza feminina. Analisa Moni-

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

que Pires (2006) que as qualidades femininas desejáveis ainda re-pousam na essencialidade – elas devem ser essencialmente sensuais e atraentes. Para a autora, apesar de as mulheres se tornarem mais visíveis e aptas a disputarem o mercado de trabalho, as representações delas na mídia reforçam o estereótipo do corpo belo de forma que a beleza e sedução são seus atrativos principais, paralelamente ao destino biológico da maternidade e os cuidados com a família.

A partir da década de 1970, com a maior politização da mulher, a família sofre transformações e a dominação patriarcal é denunciada. Mesmo assim estava arraigada a idéia de que as mulheres deveriam ficar em casa e cuidar dos filhos, marido e da casa (PIRES, M. 2006). Os cuidados com o corpo e beleza ganham força nas páginas das revistas “como práticas estabelecidas”, como bem assinala Oliveira (2006). Emerge o conceito unissex, mas os produtos destinados ao público-alvo continham uma perspectiva de gênero. Enquanto para as mulheres, tal como nas décadas anteriores, a preocupação era com a “naturalidade e o encanto”, para os homens o discurso era traduzido pela elegância e descrição, associando produtos para homens às ideias de masculinidade⁴.

O modelo atual é aquele que faz referência ao culto do corpo e à magreza. Surge aí o apelo às imagens com formas corporais que vendem produtos e que servem de referência aos padrões de beleza veiculados pelas mídias, conforme antes mencionado.

As imagens que marcam

Na atualidade, o universo imagético vem ocupando lugar de destaque na sociedade contemporânea, justamente por ser, reconhecida, um dos principais recursos cognitivos. No campo da comunicação de massa, conforme é apresentado por Moles (1982) e por Benjamin (1994), a visualidade é que faz com que a obra-de-arte maximize o seu potencial estético, dentro da experiência humana. Com a instauração de um novo paradigma do conhecimento, a imagem passa a ser tratada como um significativo repositório de informações que antes passava despercebido. Nessa ótica, a informação inerente ao universo imagético começa a ser incorporada pelo paradigma estético emergente.

4 Para maiores informações e minúcias da articulação de gênero entre os anúncios publicitários, sugerimos a leitura do texto de Nucia Alexandra Silva de Oliveira, conforme dados nas referências do presente trabalho.

O termo imagem tem sua origem na expressão latina *imago*, como a máscara mortuária utilizada pelos romanos. Pode-se considerar que esse termo possui em si um sentido polissêmico por permitir um leque muito diverso de significados, desde reflexo, passando por sombra, por simulacro, até as imagens mentais, ou signos. Sua existência está sempre ligada a uma determinada áurea, podendo ser religiosa, mística, como réplica ou como simulação (na atualidade).

A imagem, portanto, tem perpassado todos os campos do conhecimento humano, desde o religioso, até o científico. A imagem, no espaço científico, assume um destaque especial, advindo da própria natureza estética que esse conceito assume. Essa natureza estética fica clara nas artes plásticas (pintura escultura), na arquitetura, já que se formam diretamente sobre imagens, dentro de uma estética culturalmente determinada. Em outras expressões artísticas, a imagem assume uma importância primordial, quer na hora que os personagens assumem e constroem o espaço do palco, como no teatro, quer na hora em que o leitor constrói imagens a partir de um texto, como na literatura. Mas para Joly (1996, p. 18), “a noção de imagem vincula-se estritamente à representação visual: afrescos, pinturas, mas também iluminuras, ilustrações decorativas, desenho, gravura, filme, vídeo, fotografia e até imagens de síntese”. Enquanto no campo científico (medicina, astronomia, matemática, meteorologia, física etc.), sob uma outra ótica, a imagem está relacionada à “visualização de fenômenos” (p.23). Para a autora, as imagens científicas são formadas basicamente por dois tipos distintos: imagens “verdadeiras” ou “reais” e imagens resultantes de simulações numéricas. As primeiras são imagens que ajudam a observar e a interpretar a realidade a partir do seu registro físico.

Na atualidade, observamos o problema da associação direta entre as mídias eletrônicas e a imagem, como foi apontado por Joly, que compreende os sentidos dados atualmente pela imagem, associam-na diretamente com as mídias eletrônicas, principalmente com a televisão e a propaganda. A conceituação de imagem deve ser considerada diversa, não só pela natureza diferenciada de suas mídias, mas pelos modos distintivos de apresentação, permanência e ação.

Jacques Aumont (1995), em seu livro “A imagem”, levanta a tese de que esta alguma coisa a mais que não está na imagem, mas que é capaz de transmitir a seu espectador, é um saber sobre a gênese da imagem, sobre seu modo de produção. A imagem possui um modo de emprego que seu espectador supostamente conhece. E isto diz respeito também à temporalidade desta imagem. A noção de imagem, portanto, desencadeia variações múltiplas de funções e significados. Para evitar uma confusão mental, este estudo adota um núcleo co-

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

num que integra todas essas significações, conceituando a imagem como um artefato que intercede à relação do homem consigo próprio e com o mundo a sua volta, como modo de produção de sentido. Não há imagens como representações visuais que não tenham surgido de imagens na mente daqueles que a produziram, do mesmo modo que não há imagens mentais que não tenham alguma origem no mundo concreto dos objetos visuais (SANTAELLA e NÖTH, 1998).

Assim, a noção de imagem como representação nos interessa porque cria um vínculo comum entre todos os tipos de imagens até aqui expostas, precisando o termo imagem como algo que produz significados. Em outras palavras, seriam interpretações na mente daquele ou daqueles que percebem essa imagem, tomando alguns traços emprestados do real, que por sua vez torna a ser revestido de novos sentidos pelo processo de interpretação mental, gerando, como uma cadeia infinita, novos traços do real para constituição de novas imagens.

Portanto, no âmbito desta pesquisa, a imagem é entendida como um fenômeno de significação e de comunicação e, como tal, pode ser abordada como conteúdo de atividade semiótica.

Consideramos que a imagem é como um ato de representação, posto que “o texto representa o objeto por convenção, enquanto a imagem o representa por projeção” (SMIT, 1996, p.30), assumindo-se diferentes níveis de construção de significados ou, até mesmo, como criação, como é abordado por Lucena (2002) para a construção das imagens virtuais. Nesse sentido, a imagem pode ser abordada a partir de diferentes níveis de análise. Esses níveis analíticos estão diretamente relacionados à natureza e à abrangência da informação pretendida. Para tanto, recorreremos a Panofsky (1979), que distingue os níveis informacionais da imagem em:

- Nível Pré-iconográfico – entendido como o nível em que se dá a descrição da imagem em seus atributos constitutivos;
- Nível Iconográfico – entendido como o reconhecimento e/ou estabelecimento da significação da imagem;
- Nível Iconológico – entendido como o relacionamento entre os significados construídos e a contextualização da imagem e de seu intérprete.

Assim sendo, parafraseando Smit (1996), a imagem pode ser considerada uma tríade em sua abordagem histórica, a qual, em um primeiro momento, passa a ser um espelho do real, considerada a seguir como uma transformação do real e, na atualidade, como traço do real.

Considerando a imagem, conforme Smit, uma “entidade tripartida”, para exercer as funções de representação e veículo informacional, ela deve ser composta de suporte, expressão imagética e conteúdo informacional. Como suporte, entendem-se, no presente estudo, a superfície e a técnica pela qual a imagem foi produzida, química, magnética ou digital. Como expressão imagética, está a composição da imagem em si, os seus elementos constitutivos e as relações que estabelecem entre si no espaço da imagem. E, como conteúdo informacional, as formas de interpretação das imagens, tais como a identificação individual dos elementos de sua composição, quer personagens, espaços, contextos sociais etc.

A indicação de um interesse geral na área das imagens como área prioritária de trabalho parece, contudo, em muitos casos, relacionar-se ao uso da imagem como uma forma analítica a mais – além da forma textual – para a compreensão do recorte do real estudado. Em outros casos, parece mesmo indicar o uso dos recursos imagéticos como auxiliares da pesquisa verbal, como elementos adicionais na captação do real trabalhado, ou, ainda, como meras ilustrações do recorte em estudo.

Nos anos 1990 a busca das ciências sociais – no sentido de delimitar o campo de trabalho com imagem como uma linha de pesquisa de caráter quase disciplinar – ao mesmo tempo em que denota uma preocupação em relação aos recortes capazes de lhe conferir autonomia relativa como disciplina, deixa claro o desejo de instituir uma metodologia específica para seus usos, metodologia essa que a diferencie de outras áreas, sem, contudo, afastar as possibilidades de discussão e troca interdisciplinar.

Nesse sentido, a antropologia – que engloba uma disciplina em construção, mas já consolidada no imaginário dos que a praticam, qual seja, a antropologia visual – ganha espaço prioritário como fundamentação do *locus* das pesquisas em imagem nas ciências sociais. É entre os antropólogos que se tem a mais avançada, embora ainda tímida, discussão sobre a necessidade de delimitação das fronteiras disciplinares teórico-metodológicas, discussão essa que vem ganhando força a cada momento.

Nessa esteira aparece o uso da fotografia como uma forma de “congelar” os momentos vividos, as expressões reveladas, as reações desencadeadas. A captura de imagem passa a ser percebida como um instrumento cujo “conteúdo informativo é tão importante para a construção do objeto de estudo quanto as histórias de vida, os dados estatísticos ou os registros bibliográficos. De natureza diversa, esses suportes devem ser tratados como unidades de informação” (SMIT, 1996, p.216).

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

A Etnografia Visual em muito contribuiu no desenvolvimento da fotografia como instrumento e da análise das imagens dele derivadas. Posteriormente, a filmagem revela-se como instrumento outro que, ao invés de “congelar” momentos, busca capturá-los de forma diversa – traz som, imagem e movimento integrados, assumindo que a imagem sozinha não cobre tanto o panorama pesquisado, mas pode ser vista/entendida em conjunto com o som e o movimento de forma a favorecer o desvendamento da “intrincada rede que constitui a produção de sentidos” (MACEDO *et al.* 2004, p. 16). Palavra e imagem em movimento fazem, da vídeo-gravação, modos de buscar capturar a essência das narrativas em jogo.

Para Peixoto (1998), o texto escrito e a imagem/som têm uma relação não de identidade ou oposição, mas de complementariedade. Por outro lado, Souza e Lopes (2002) têm o entendimento que a palavra.

[...] é companheira, uma vez que com ela a imagem se enriquece, ganha contornos (...) há que se decompor as imagens em palavras e devolver ao outro as possíveis interpretações daquilo que é visto, tirando as imagens técnicas mediadoras de um diálogo entre pessoas que buscam novos modos de narrar sua experiência, recriando o mundo na imagem e no discurso (p. 64).

Vale ressaltar, outrossim, que o pesquisador, ao transcrever a imagem para analisá-la, já a reduz, empobrecendo-a. Queiroz (1988, p. 17) aponta que na transcrição sempre há “um empobrecimento quando comparado com a fita gravada”, afinal, além do recorte da filmagem, “de novo o pesquisador se tornava um intermediário que podia deturpar de alguma forma o que fora registrado (*idem, ibidem*)”.

No que tange às análises das imagens, é necessário identificar seus significados dentro da representação social e estar atentos às várias condições que permitem à imagem representar um objeto. Estas condições passam pelos significados da imagem, pela representação visual e pelo nível de percepção das imagens por parte dos indivíduos da comunidade. Passa ainda, pelas intenções do autor, pela própria construção do objeto de representação e enfim, pela interpretação dos espectadores. A análise das imagens não deve ser feita através da verificação de uma condição apenas, pois todas são importantes para responder com clareza sobre o modo de representação das imagens.

Antes mesmo de realizar o processo de análise das imagens é imprescindível atentar para os vários sentidos que uma foto é capaz de proporcionar. Estas múltiplas leituras, que denominamos de caráter polissêmico da imagem, não significam que a foto possua vários “sentidos”, e sim que seu sentido explícito cria classes de correspondências que permitem múltiplas interpretações. Esta capacidade

que a imagem tem de possuir vários significados nasce da relação existente entre a imagem, o objeto e o observador.

Por possuir uma condição de semelhança com o seu referente, a imagem adquire uma relação com o objeto de sua representação através dos diversos sentidos incorporados. Neste estudo optamos por abordar a imagem num plano da representação (o que ela mostra), num plano de conteúdo (o que ela significa), e num plano do significante (a realidade exterior a que ela faz referência). Ou seja, procuramos identificar qual a semelhança e ou diferença com a realidade exterior que a imagem remete.

Com isso, procuramos o sentido, a interpretação que determinado grupo ou indivíduo apresenta para determinado objeto da sua realidade. A fotografia, assim, não retrata a realidade tal qual ela aconteceu. Ela é uma interpretação de determinado recorte do passado, de um relato sentimental dos indivíduos e fruto das representações de determinado indivíduo ou grupo.

Sinopse dos textos e das fotos

O corpus de análise foi constituído por todas as fotos publicadas durante a disputa da superliga do vôlei feminino, totalizando oito fotos, sendo que uma delas foi repetida - uma na versão colorida e outra em preto e branco. Todas elas foram divulgadas entre fevereiro e abril de 2007.

Foto 1) texto: Natália ataca com sucesso na vitória do Osasco sobre o Rio. Data da veiculação: 14/02/07. Descrição: a foto é em preto e branco. Três atletas aparecem, sendo que em primeiro plano duas atletas negras do Rexona-Ades aparecem de costas durante o bloqueio e a adversária, do outro lado da rede no momento da cortada. O rosto desta atleta (branca) é visível.

Foto 2) texto: Dani Scott (8) explora o bloqueio duplo de Fabiana e Amanda. Data da veiculação: 19/03/07. Descrição: a foto é colorida. Em primeiro plano aparece a atleta nº8, (negra) de costas, transparecendo a fase da descida de uma cortada. Do outro lado da rede, duas atletas (negras) do Rexona são retratadas no momento do bloqueio, de braços estendidos, e a rede oculta-lhes o rosto. As três atletas na foto têm o rosto encoberto.

Foto 3) texto: A atacante Paula Pequeno, do Osasco, tenta superar o bloqueio duplo de Fabiana e Renatinha (...). Data da veiculação: 02/04/07. Descrição: Na foto colorida, a atleta nº 4 (branca), do Osasco, de costas é retratada no momento da cortada. A bola pode ser

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

vista ainda na sua mão. Ao fundo, duas atletas do Rexona (uma branca e outra negra) pulam no bloqueio. O close é feito nas formas da atacante, especialmente nas nádegas. Uma delas (nº 17), tem o rosto ocultado pela rede, enquanto que sua companheira (nº 1) tem sua cabeça completamente ocultada tanto pela rede quanto pelos longos cabelos da atleta atacante. Nenhuma delas exhibe o rosto.

Foto 4) texto: Regiane toca para superar o bloqueio duplo do Osasco [...]. Data da veiculação: 5/04/07. Descrição: a foto exhibe outra situação de ataque-defesa. No primeiro plano a atleta nº5 (negra) do Rexona, está de costas, e seu braço está em destaque após a cortada. Ao fundo, duas atletas do Osasco aparecem no bloqueio. Uma delas tem o rosto totalmente encoberto pela rede, ao passo que sua companheira, já no momento de descida do bloqueio, tem seu rosto à vista, mas a rede, como um véu, impede-lhe melhor visibilidade (uma delas percebe-se que é uma atleta branca, a outra, pelo ângulo da fotografia, não se pode identificar, mas quando perguntamos a um especialista do vôlei, ele afirma ser ela branca).

Foto 5) Não há texto publicado junto à foto. Data da veiculação: 7/04/07. Descrição: A atleta do Osasco (nº8), mesmo ao fundo, ocupa a posição de primeiro plano, uma vez que sua companheira de equipe, à frente dela, de costas, tem o visual desfocado, por isso não se consegue identifica-la, mesmo pelo número da camiseta, que também está esfumado. A atleta (negra) cujo rosto é visível esboça uma reação de alegria, provavelmente pelo ponto marcado pela equipe.

Foto 6) Não há texto junto à foto. Data de veiculação: 8/04/2007. Descrição: A foto em preto e branco sugere uma comemoração em que três atletas (duas brancas e uma negra) são retratadas. A personagem de maior impacto, na nossa leitura, está ao centro (uma atleta branca), cuja foto exhibe-a em posição ajoelhada, como se estivesse agradecendo pela vitória, entretanto o foco é distante. As outras duas (uma branca e outra negra) têm suas formas físicas destacadas, num apelo visual, e aparecem com foco próximo.

Foto 7) Não há texto veiculado junto à foto, que foi posteriormente republicada no dia 23/04, depois da última partida, mas em preto e branco. Data da publicação: 21/04/07. Descrição: Foto colorida, que de forma análoga à foto nº 3, exhibe três atletas. Em primeiro plano, a de nº 5 (negra) do Rexona-Ades, aparece no momento da “largada”, e simultaneamente, as duas adversárias estão no bloqueio, mas o rosto de ambas é totalmente encoberto pela rede (uma delas é identificável, como uma atleta branca; a outra, encoberta pela atacante e com a rede cobrindo-lhe o rosto e o número na camiseta, não permite qualquer identificação).

O dito e o não dito nas legendas

O que é dito para quem se dirige permite-nos penetrar nas relações de poder que exerce a linguagem. O silêncio é uma forma de linguagem. Aqui vamos nos deter para comentar sobre as legendas (textos) que acompanharam ou não as fotos estudadas. Como sinalizamos na inicial, este estudo é um recorte de uma pesquisa maior. Nela, os dados colhidos nos possibilitam uma análise mais acurada dos textos veiculados. No caso presente temos textos “telegráficos”. Na esteira de autores que tratam das representações, entendendo que todo discurso veicula atitudes, crenças, preconceitos da pessoa que fala (escreve) bem como espera que o receptor possa ter, todo texto tem conteúdos implícitos e explícitos.

As exíguas mensagens escritas que acompanham as imagens por si podem revelar as representações, normas, valores das relações dos indivíduos, mais precisamente da mídia impressa com as atletas e o público leitor. Vemos que não é possível esperar uma única leitura, mas tentar entender qual sua mensagem, mesmo que esta interpretação tenha o viés de quem a interpreta. Na frase: “Natália ataca com sucesso”, temos clara a tentativa de exaltar a performance da jogadora, inclusive, é uma das poucas imagens que exhibe o rosto de uma atleta. Porém, quando passamos ao próximo texto: “Dani Scott (nº8) explora o bloqueio duplo de Fabiana e Amanda”, na realidade, quem levou a melhor foi a dupla de bloqueadoras, que impediram o ponto da atacante, acrescenta-se aqui que a dupla é negra e a atacante é branca. O que poderíamos na ótica do gênero interpretar?

No texto seguinte se lê: “A atacante Paula Pequeno, do Osasco, tenta superar o bloqueio duplo de Fabiane e Renatinha (...). O dito parece mais uma vez evidenciar a performance das atletas retratadas, mas a foto exhibe os contornos corporais, cuidadosamente escolhidos destacando os glúteos da atacante. E na última foto que é acompanhada de texto (as demais só exibem as imagens) lê-se: “Regiane toca para superar o bloqueio duplo do Osasco”. A idéia inicial uma vez mais nos leva à preliminar de que a atleta Regiane está sendo observada e distinguida pela habilidade de superar o bloqueio, mas a foto exhibe apenas suas costas, nas quais se pode facilmente identificar o número na camiseta e o patrocinador, e com muito esforço ler o nome da atleta. Se a idéia é ressaltar a excelente performance das atletas, por que razão as imagens exibidas não acompanham o que é dito nos textos? Assim, o que é dito, não o é pela imagem; é uma argumentação que pode influir sobre o comportamento de quem lê a mensagem – fazer com que compartilhe de determinadas opiniões.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

Da leitura das imagens

Ao discorrer sobre o processo de leitura de imagens fotográficas, Flusser (1998) comenta que o significado decifrado é resultante tanto das intencionalidades do emissor quanto das do receptor, o que confere aos leitores e leitoras um espaço interpretativo. Ao vaguear pela imagem, o olhar vai estabelecendo relações entre os diferentes elementos que a compõem, através de uma leitura circular, onde cada signo influencia o significado do outro.

Partimos, então, do pressuposto que o receptor tem participação ativa na formulação dos significados associados às imagens, logo as mensagens decifradas não são inequívocas ou únicas. Imagens são signos polissêmicos que possibilitam diferentes leituras, de acordo com o repertório simbólico de quem a interpreta e das relações estabelecidas entre os diferentes elementos que a compõem.

Para Joly (1996), a significação global de uma mensagem visual é constituída pela interação de três diferentes tipos de signos, a saber, *plásticos, icônicos e lingüísticos*. Os signos plásticos compreendem cores, formas, linhas, texturas e a própria composição interna da imagem. Os signos icônicos correspondem às figuras que podemos reconhecer através da semelhança visual com o que representam, por exemplo, um desenho de uma árvore pode ser considerado como ícone na medida em que essa representação, de alguma forma, se pareça com uma árvore. Os signos lingüísticos, por sua vez, dizem respeito à linguagem verbal, aos textos que podem acompanhar a mensagem visual e que muitas vezes cumprem o papel de ancorar o significado da imagem.

Como etapas de uma análise de imagem, Joly (1996) nos propõe os seguintes passos: 1) observar os tipos de significantes plásticos, icônicos e lingüísticos co-presentes na imagem; 2) fazer com que a eles correspondam os significados que lembram por convenção ou hábito; 3) observar o cruzamento destes diferentes tipos de signos e os significados que emergem desse cruzamento e; 4) formular uma síntese desses diversos significados, ou seja, uma versão plausível da mensagem implícita vinculada à imagem.

Seguindo os procedimentos teórico-metodológicos, o que podemos depreender da análise é que as mulheres atletas não foram exibidas em nenhuma das fotos divulgadas durante a execução do saque, em levantamentos ou defesas individuais. Percebemos que na expressiva maioria das fotos a rede cobre o rosto das atletas. A opção pela mídia nesse tipo de propaganda remonta ao que se entende na pedagogia cultural construída e reforçada pela mídia, o que passa a influenciar a sociedade em geral. Os códigos e convenções

sociais transparecem buscar a corporeidade feminina quer nos moldes gregos atenienses ou nos construídos particularmente no Brasil, na década de 1950-60, de invisibilidade feminina, pois ainda lhe é reservado o espaço privado. Ao negar-lhes a visibilidade facial, além de impedir que o público que se identifica com o esporte em tela, impede-lhe de reconhecer individualmente os méritos das performances das atletas. De certa forma, ressalta nas atletas fotografadas a representação de que devem permanecer à sombra reforçando este-reótipos de cinqüenta anos atrás.

As imagens selecionadas para divulgação exibem as atletas dos times adversários simultaneamente cortando e bloqueando, mas com a rede cobrindo-lhes o rosto. As fotos analisadas sugerem formas corporais femininas e são exibidas como que na busca de um erotismo ou fetiche como mercadoria de consumo. Em concordância com Campos (2006), o corpo exibido não é algo naturalizado, mas construído social e culturalmente. Ao mergulharmos na materialidade discursiva da mídia, observamos as estratégias para capturar sujeitos, ou melhor, os corpos desses sujeitos, com a finalidade de exibir um corpo saudável.

As fotos podem ser observadas à luz de Scott (1995), para quem o gênero consegue explicar a concepção em termos de dominação masculina e controle das mulheres. Sendo a mídia uma instituição generificada e a imprensa esportiva uma reserva de dominação masculina, a escolha das formas femininas como forma de retratar as atletas de um esporte de alto rendimento é uma questão política. Desse modo, os discursos e representações que circulam acerca do corpo dessas atletas buscam destacar seus corpos centrando-os numa política de erotização, de fetiche, como uma mercadoria de consumo. Podemos afirmar, com apoio no pensamento de Campos (2006), que o importante é exibir os corpos providos de saúde, um corpo malhado e belo.

Destacamos como detalhe percebido, que as atletas do vôlei constituem um grupo étnico variado. A escalação do time é de alçada do técnico, que para um determinado jogo vai eleger o sistema e quais as jogadoras que podem render mais frente a uma determinada equipe adversária. A escolha do grupo, imaginamos, se dá pela competência técnica, nunca pela etnia. Assim, ao analisarmos a presença de atletas nas fotos, contabilizamos quase que igual proporção de atletas que podem ser consideradas negras e brancas, desprezando-se os vários matizes pigmentares dermatológicos que poderiam descrevê-las comparativamente. Curiosamente, quando nos detemos a observar as fotos mais acuradamente por esse viés, notamos que as atletas consideradas brancas, nas poucas vezes em que suas faces

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

são retratadas, contabilizam maior número de registros nas imagens divulgadas. Podemos inferir, com suporte em Campos, que homens e mulheres recebem orientações diferentes e generificadas a respeito de padrões de beleza que seus corpos deveriam representar. No entanto, a mídia esportiva parece não conseguir relacionar beleza e negritude. A mídia faz julgamentos velados de beleza, pois são escassas as fotos de grandes atletas negras, e para que essas consigam espaço na mídia, é preciso alcançar um grande feito. Lembramos no momento da ginasta Daiane dos Santos, que apesar de não ser a atleta mais completa na modalidade, obteve a primeira medalha de ouro numa das especialidades da modalidade esportiva, por isso bastante destacada na mídia escrita e televisiva. Entendemos que nessas fotos são explícitas as relações de poder, e nesse sentido aceitamos o ponto de vista de Pilotto (1999, p. 416), quando afirma que: “a mídia dá aos textos um enfoque que privilegia o entendimento de uma determinada cultura – a do homem branco [...]”.

Tendo em conta que a presente análise crítica se faz à luz das relações de gênero e, portanto, de poder, quando buscamos nos arquivos da mesma fonte, as fotos exibidas na competição de porte similar disputada pela equipe masculina, a situação é deveras distinta. A performance dos atletas é a ordem do dia. Há uma preocupação em exibir a plástica exímia do levantamento na mão do atacante. As fotos também mostram o “vôo do atacante, e a posição irretocável do saque. É possível visualizar o atleta que faz o ataque em detalhes esmiuçados, mesmo que na mesma imagem apareça o levantador de costas, em segundo plano. Porém, o que mais chama atenção é o contraste do elemento rede. Enquanto nas fotos femininas ela serve para ocultar o rosto das mulheres atletas, nas fotos masculinas ela é um elemento que não se destaca, ou ela simplesmente não aparece. Esses dados levam-nos a perceber que as imagens, como propagandas ou textos multisemióticos instituem e legitimam determinadas representações. As formas como a imprensa constrói verdades sobre o mundo disseminam a idéia de que a pedagogia cultural é produzida de maneira a naturalizar, colonizar espaços e “tempos, tornado-se verdades pouco contestadas” (PILOTTO, *idem*, p. 417).

Resgatando os escritos dispostos nos dados preliminares, lembramos que os Grandes Jogos da antigüidade helênica eram realizados sempre em homenagem a um deus masculino. A cultura física tinha espaço privilegiado entre os homens e o ideal de beleza aliava cultura, estética e o ápice dessa beleza era concretizada com a vitória nas disputas esportivas. As fotos masculinas estampadas na mesma modalidade, longe de ocultar a visão facial, destacam-na além de todo corpo: belo, sarado, um ideal de beleza plástica a ser “vendida”.

A plástica masculina é mostrada, tal qual imagens de deuses gregos, permitindo que se faça uma boa associação entre o passado distante e a presente realidade.

Na análise comparativa, parece-nos que as atletas ficam à sombra porque durante o jogo não podem exibir o que ideologicamente é configurado nos padrões de beleza - bem apresentável - cabelos penteados, mas como mantê-los alinhados num esporte que exige constante movimentação? Não suar publicamente; nas partidas de vôlei, tanto masculinas quanto femininas, são destacados auxiliares com a finalidade única de secar a quadra onde o/a atleta suado/a tocou com o corpo no chão, defendendo uma bola. O juiz espera até que os/as atletas confirmem as boas condições para prosseguirem jogando. Como é possível fazer a mídia entender que não é possível evitar a sudorese?

Em relação aos homens esse detalhe não tem importância, pois mesmo pingando de suor, são fotografados no saque, em defesas individuais, ainda que não se consiga ver, com nitidez nas fotos, a transpiração dos homens. Evita-se exibir as mulheres nessas condições fazendo com que elas fiquem com foco distante ou bastante “esfumaçadas”, não sendo possível reconhecer-lhes a identidade.

Enfim, a ênfase na sombra feminina sugere os cuidados com a beleza (ou falta deles durante o jogo). Assim se constrói uma imagem feminina de invisibilidade esportiva posto que ser bela, como a melhor maneira de ser feminina, não combina com as atletas aqui expostas. Tudo indica que está correta a afirmação de Oliveira (2006) de que beleza e gênero são elementos de difícil desarticulação.

CONCLUSÕES

As leituras que deram suporte a esta empreitada e o *corpus* analisado conduzem a algumas conclusões, cuja intenção maior é contribuir para o debate que o tema enseja na perspectiva das Ciências do Movimento Humano – Motricidade Humana, e assim a Educação Física e Mídia. Assim sendo, a discussão e as críticas são muito bem aceitas de outras áreas do conhecimento cujo olhar tem buscado o mesmo tipo de preocupação.

Dentre as conclusões que as nossas limitações e vieses permitem, podemos sublinhar que a cobertura jornalística faz julgamentos velados de beleza, e as atletas, quando não correspondem ao padrão vigente convencionado pela mídia, são retratadas à sombra, ou seja, ou com foco distante, ou com a rede como tarja para ocultar-lhes a visibilidade facial. Com apoio no referencial teórico permitimo-nos

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

afirmar que de fato a pedagogia cultural midiática constrói e renova a imagem de feminilidade, no presente estudo mais pela ausência da visibilidade.

O conjunto de fotos representa muitas coisas, entre elas a desigualdade entre os gêneros, estabelecida pelas relações de poder da mídia. Essa situação mostra que as representações sobre o esporte, pontualmente o vôlei feminino, são atravessadas por questões de gênero, e este, retomando Scott (1995), é a forma primária de dar significado às relações de poder.

A mulher conquistou com esforços redobrados a participação no esporte de alto rendimento. A mídia esportiva, nas imagens veiculadas, perde uma excelente oportunidade de trazer à luz um grupo historicamente excluído, e pouco representado: as mulheres negras, que no vôlei brasileiro são de altíssimo nível e de inegável talento.

Pelo que podemos depreender dos dados obtidos, a mídia esportiva reproduz as desigualdades de gênero e de raça ou cor da pele. Dessa forma, continua num poderoso auxiliar para que o esporte continue a construir e enfatizar as diferenças entre os sexos com base nas tradições de feminilidade (e de masculinidade). Ela faz mais do que criar imagens paralelas de homens e mulheres – ressaltam imagens e por meio dos textos expressa as diferenças entre gênero, operando como importante coadjuvante na perpetuação do relacionamento patriarcal.

Sugerimos que a leitura desses textos imagéticos passe a ser vista não com o propósito técnico apenas, mas principalmente como ferramenta na busca de alguns sentidos que eles produzem. Na proposta da cultura corporal, é uma excelente oportunidade para abrir uma discussão sobre a ideologia dos atuais dirigentes esportivos de que o esporte olímpico é o último degrau a ser galgado, e que é na escola que se devem forjar o/as futuro/as atletas perfeito/as. Está na ordem do dia o uso das substâncias proibidas e suas conseqüências.

A tentativa de desnaturalização da mulher atleta deve ser incentivada a fim de que as meninas de hoje desconstruam toda uma história aprendida durante anos. Sugerimos, aceitando os argumentos de Monique Pires (2006), tentarmos fazer uma história com a perspectiva feminista, trazendo ao centro, das discussões acadêmicas e científicas, os conceitos elaborados nessa nova ótica, evitando assim a reconstrução de uma história genereficada que afastou as mulheres da condição de sujeito político de sua própria história.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S.S. Mídia impressa e educação dos corpos femininos. In: LOURO, G.; NECKEL, J.F; GOELLNER, S.V. (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade. Um debate contemporâneo na educação.** Petrópolis: Vozes, 2003. p. 108-123.
- AUMONT, J. **A imagem.** Campinas: Papirus, 1995.
- BENJAMIN, W. O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov, In: _____. **Obras escolhidas I: magia e técnica. Arte e Política.** São Paulo: Brasiliense, 1994 (197-221).
- BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais. Educação Física.** Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental, 1997.
- FLUSSER, V. **Ensaio sobre a fotografia: para uma filosofia da técnica.** Lisboa: Relógio D'Água, 1998.
- FORSYTH, L. H. Pela reapropriação do corpo das mulheres e das meninas, ainda sob o olhar dos outros na cultura popular das sociedades patriarcais. **Labrys.** Brasília, Montreal, Paris. n 3, 1-12 jan/dez. 2003
- GUEDES, B. S.. **Toda nudez não será castigada: um estudo sobre a erotização nos jornais populares.** Niterói, 2003. 47f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de conclusão do Curso de Comunicação Social). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro.
- LUCENA, M. Y. N. **A imagem infográfica: uma imagem acontecimento.** 2002. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- MACEDO, E. et al. Apresentação. **Educação e Sociedade: Revista de Ciência da Educação.** Centro de Estudos Educação e Sociedades. São Paulo, v. 25, p. 16-16, 2004.
- MIRAGAYA, A. A mulher olímpica: tradição versus inovação na busca pela inclusão. In **Anais do III Fórum Olímpico.** Rio de Janeiro: Gama Filho, 2002.
- MIRAGAYA, A. The process of inclusion women in the Olympic Games. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, Brasil, 2006.
- MIRAGAYA, A. As mulheres nos Jogos Olímpicos: participação e inclusão social. In K. Rubio (Org.). **Megaeventos Esportivos, Legado e Responsabilidade Social.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

MOLES, Abraham. Doutrinas sobre a comunicação de massas. In: ADORNO, T. *et al.* **Teoria da cultura de massa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982, p. 73-102.

OLIVEIRA, N. A.S. A beleza que se compra... o gênero que se constrói. Uma análise publicitária de produtos de beleza para homens e mulheres (1950- 1990). Seminário Internacional Fazendo Gênero 7. 2006. Anais. Florianópolis. 2006. 8f. CD.

PANOFSKY, E. Significado das artes visuais. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1979 (Debates, n. 99).

PILOTTO, F. M. Representações da cultura corporal em textos de jornais. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 1, n. 21, p. 416-422, 1999.

PIRES, G.De L; BETTI, M; BITENCOURT, F. G.; HACK, C. et al. Retrato da Produção em Educação Física/Mídia no Brasil. **Anais. 3º Congresso Sulbrasileiro de Ciências do Esporte**. Santa Maria, 2006. 7f. Disponível em: Disponível em: www.nepef.ufsc.br/labomidia/observatorio_publicacoes2006.php.

PIRES, G. De L; MÓL, M. C. Saúde e estética na mídia impressa brasileira. (Trabalho aprovado ainda não publicado) 2006. 11f. Disponível em: www.nepef.ufsc.br/labomidia/observatorio_publicacoes2006.php.

PIRES, M. V. **Mulheres em profusão: representações de gênero na publicidade brasileira**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 7. 2006. Anais. Florianópolis. 2006. 7f. CD.

PRONI, M.W. **Esporte-Espectáculo e Futebol-Empresa**. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil, 1998.

PRONI, M.W. A Reinvenção dos Jogos Olímpicos: um projeto de marketing. **Esporte e Sociedade**, v. 3, n. 9, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/esportesociedade/pdf/es904.pdf>.

QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: SIMSON, Olga de M. Von. **Experimentos com histórias de vida**. São Paulo: Vértice, 1988. p. 14-43.

QUEVEDO, M. O corpo da mídia e o corpo do homem. 2003. Disponível em www.estadao.com.br. Acesso em 10/12/2007.

REIN, I.; KOTLER, P.; SHIELDS, B. **Marketing Esportivo: a reinvenção do esporte na busca de torcedores**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

ROMERO, E. Do corpo docilizado na Aufklärung ao corpo genericado no século XXI. In: DANTAS, E. Pensando o corpo e o movimento. 2.ed. Rio de Janeiro: Shape, 2005. p. 33-94.

SANTAELLA, L NÖTH, W. **Imagem: cognição, semiótica, mídia.** São Paulo: Iluminuras, 1998.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade.** Porto Alegre. v. 20, n 2. p. 71-100, 1995.

SMIT, J. W. A representação da imagem. Informare – **Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação.** Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 28-36, 1996.

SMITH DICTIONARY – 1875.Herea. Disponível em: http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E?Roman/Texts/secondary/SMIGRA*/he-rea.htm. Acesso em 13/12/2007

SOUZA, S.J; LOPES, A.E. Fotografar e narrar: a produção do conhecimento no contexto da escola. **Cadernos de Pesquisa.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n.116, jul. 2002, p. 61-80.

ROMERO, Elaine *et al.* O olhar da imprensa sobre o vôlei feminino: quando a sombra se destaca. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 17-44, 2014.

VULNERABILIDADE AO HIV EM ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Vulnerability to HIV in students of a public high school located in the inner state of São Paulo

Cleiton José Senem¹

Rinaldo Correr²

Florêncio Mariano da Costa Junior³

Sandro Caramachi⁴

Suellen Vasconcellos⁵

¹Mestrando em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela UNESP-Bauru. Professor de Psicologia na Universidade Sagrado Coração – USC.

²Doutor em Psicologia Social pela USP. Professor de Psicologia na Universidade Sagrado Coração.

³Doutorando em Medicina Preventiva pela USP. Professor do curso de Psicologia da Universidade Sagrado Coração.

⁴Doutor em Psicologia Experimental pela USP. Professor Assistente na Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Bauru, SP.

⁵Graduanda em Psicologia pela Universidade Sagrado Coração, Bauru-SP.

Recebido em: 16/12/2013

Aceito em: 26/02/2014

SENEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

RESUMO

Introdução: a sexualidade é uma dimensão inerente ao ser humano, perpassando todas as fases do seu desenvolvimento. Entretanto, durante a adolescência ela adquire relevância, pois frequentemente marca o início da vida sexual dos indivíduos. **Objetivo:** o presente trabalho teve como objetivo identificar os comportamentos de adolescentes sobre a vulnerabilidade ao HIV, considerando as diferenças entre os gêneros. **Métodos:** participaram da pesquisa 136 estudantes do ensino médio, de uma escola noturna no interior de São Paulo. Foi utilizado um questionário estruturado (Ministério da Saúde/ Ministério da Educação) intitulado: “Eu preciso fazer o teste do HIV/AIDS?” **Resultados:** os resultados apontaram para um aumento da vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV, isto é: 59,5% dos entrevistados estão em situação de vulnerabilidade. Com relação ao gênero constatou-se que as mulheres (33,1%) estão mais vulneráveis do que os homens (26,5%). **Conclusão:** observa-se que a falta de informação

é uma realidade que aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes, porém constata-se também que a simples aquisição de informações, não necessariamente garante a mudança de comportamento e a prevenção ao HIV.

Palavras-Chave: Educação Sexual. Comportamento Sexual. Vulnerabilidade ao HIV.

ABSTRACT

Introduction: *sexuality is an inherent dimension in the human being, which is present in all stages of his development. However, it becomes relevant during the adolescence as it often sets the beginning of the individuals' sexual life.* **Objective:** *this study aimed at identifying the behaviors of adolescents regarding the HIV vulnerability, considering the differences between genders.* **Methods:** *it was used a structured questionnaire proposed by the Ministry of Health and Ministry of Education of Brazil with the title "Do I need to text for HIV?" Sample included 136 high school students in the inner state of São Paulo.* **Results:** *the results showed an increase in adolescents' vulnerability to HIV, that is: 59.5% of the participants are in a vulnerable situation. Regarding the gender, research showed that women (33.1%) are more vulnerable than men (26.5%).* **Conclusion:** *it is observed that the lack of information is a reality that increases the vulnerability of adolescents, but it is also observed that the mere acquisition of information does not necessarily guarantee behavior change nor HIV prevention.*

Keywords: *Sexual Education. Sexual Behavior. Vulnerability to HIV.*

INTRODUÇÃO

A adolescência é um momento de muitas mudanças na vida das pessoas. As transformações desta fase englobam dimensões corporais, cognitivas e psicossociais. O início da vida sexual é uma das experiências que tem se destacado nos últimos tempos quando se fala em adolescência. Várias pesquisas indicam que o início da vida sexual tem sido antecipado, fato este que chama a atenção dos pesquisadores (TOLEDO, 2008). A preocupação com a saúde dos jovens ganha atenção, pois se constata que grande parte das relações

SEMEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

SEEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

sexuais na adolescência são desprotegidas; identifica-se a falta de informação, a existência de mitos e tabus sobre a sexualidade, a falta de diálogo com os pais e a insuficiência ou não existência de projetos de educação sexual nas escolas, realidades estas que podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes diante dos casos de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis.

Taquette, Vilhena e Paula (2004) identificam que os maiores fatores de vulnerabilidade na adolescência com relação à sexualidade são a baixa idade das primeiras relações sexuais, a variabilidade de parceiros, o não uso de preservativos e o uso de drogas ilícitas.

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) é o causador da doença AIDS que ataca o sistema imunológico e a defesa do organismo. A AIDS é o estágio mais avançado da doença causada pelo HIV, que pode permanecer algum tempo incubado sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença; porém, pode transmitir o vírus a outras pessoas por meio de relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas, ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação.

Segundo o departamento DST-AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, deste 1980 até junho de 2012, o Brasil registrou 656.701 casos de Aids. Os dados indicam que a região sudeste tem o maior índice de casos acumulados (56%). Embora o número de homens infectado pelo HIV seja maior do que o de mulheres (1,7 homens para cada 1 mulher) esta realidade vem se transformando. Com relação à idade, em ambos os sexos a faixa de 25 a 49 anos é a mais acometida, porém os jovens de 13 a 19 anos têm chamado atenção, especialmente porque nesta faixa etária o número de mulheres infectadas é maior do que o dos homens. Entre as mulheres 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações sexuais com parceiros heterossexuais infectados pelos vírus HIV. Entre os homens 43,5% adquiriram o vírus através de relações heterossexuais, 24,5% através de relações homossexuais e 7,7% através de relações bissexuais, sendo o restante através do uso de drogas ou transmissão vertical (BRASIL, 2013).

Durante o ano de 2009 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa transversal com 60.973 alunos em 1.453 escolas públicas e privadas sobre a Saúde do Escolar. Os dados deste trabalho indicaram que 30,5% dos adolescentes já tiveram relação sexual uma vez na vida, sendo mais frequente entre os meninos (43,7%) do que entre as meninas (18,7%). Entre os estudantes que já tiveram experiência sexual a grande maioria teve sua primeira relação entre os 15 e 16 anos, embora os dados indiquem que a primeira experiência tenha ocorrido antes mesmo dos 13 anos (MALTA *et al.* 2011).

Durante os anos de 2004 e 2005 foi realizada uma pesquisa com 920 estudantes, com idade entre 12 e 19 anos, nas escolas de ensino fundamental e médio do município de Embu, São Paulo. Os resultados indicaram que 39% dos homens e 17% das mulheres já tiveram relações sexuais. A primeira relação aconteceu aos 14 anos ou antes para 91% dos homens e 60% das mulheres. 7% dos homens e 33% das mulheres tiveram a primeira relação entre 15 e 16 anos e 1% dos homens e 7% das mulheres entre os 17 e 18 anos. Quando perguntado sobre sexualidade 49% dos homens e 51% das mulheres consideraram suficientes seus conhecimentos. 31% dos homens e 36% das mulheres tinham os pais como fonte de informação sobre sexualidade, 24% dos homens e 31% das mulheres procuram os amigos para conversar sobre o assunto. Com relação à utilização de contraceptivos 18% dos homens e 7% das mulheres disseram não utilizá-los (BRETAS et al. 2011).

Outra pesquisa realizada com 506 meninas com idade entre 10 e 16 anos, em uma escola pública em Guararema, São Paulo, indicou que 50% das jovens buscam os pais ou amigas como fonte de informações sobre a sexualidade. Porém, a pesquisa aponta que apesar da maioria das adolescentes buscarem informações sobre sexualidade seus conhecimentos são inadequados (ROMERO et al. 2007).

Antunes et al. (2002) estudaram as práticas sexuais de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV de 394 estudantes, de 18 a 25 anos, em escolas públicas noturnas na região central de São Paulo, e avaliaram as diferenças de gênero e o impacto de um programa de prevenção de Aids. Este estudo identificou importantes lacunas no conhecimento sobre HIV e Aids e, ao mesmo tempo, apresenta a questão de que apenas aumentar o nível de informação sobre as vias de transmissão do HIV e sobre a necessidade de usar o preservativo não garante as mudanças de práticas entre os adolescentes.

Foi neste sentido que caminhou a pesquisa de Brum e Carrara (2012) realizada com 191 adolescentes de uma escola pública de Bauru, São Paulo, buscando identificar as possíveis variáveis que controlam o comportamento de estudantes com idade entre 13 e 18 anos com relação ao uso de preservativos. Os resultados indicaram que os adolescentes seguem regras que mantêm o comportamento de não usar camisinha, os pais ou responsáveis não controlam este comportamento punitivamente, e os serviços de saúde são pouco reforçadores para o esclarecimento das dúvidas sobre sexualidade e para a obtenção de preservativos. Os dados desta pesquisa apontam que 78% dos entrevistados relataram ter utilizado preservativo na primeira relação e 70% na última relação. 41% disseram que sempre usam camisinha e 59% disseram que não usam sempre ou nunca, podendo estes estar em situação de vulnerabilidade. 82% dos parti-

SENEM, Cleiton José et al. Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

SEEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

participantes relataram ter recebido informações sobre os preservativos de seus pais ou responsáveis. 83% dos pesquisados disseram nunca terem procurado o serviço de saúde para obter esclarecimentos sobre temas relacionados à sexualidade.

Tendo em vista as questões apresentadas até o momento a presente pesquisa teve como objetivo identificar os comportamentos de adolescentes sobre a vulnerabilidade ao HIV considerando as diferenças entre os gêneros.

MÉTODOS

Participantes

Participaram desta pesquisa 136 alunos de ensino médio, com idade entre 15 e 18 anos, estudantes de uma escola pública da cidade de Bauru (SP). Integraram a amostra 90 alunos da primeira série e 46 alunos da terceira série do ensino médio, ambos do período noturno.

Instrumento

Como instrumento desta pesquisa foi utilizado um questionário estruturado elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação intitulado: “Eu preciso fazer o teste do HIV/AIDS? Mobilização nacional de adolescentes e jovens para prevenção da infecção do HIV e da Aids”. O presente instrumento foi autorrespondido e anônimo.

Procedimento

O questionário foi aplicado durante o período de aula sendo solicitado aos professores um tempo para explicação e aplicação do instrumento.

Antes da distribuição do instrumento os objetivos da pesquisa foram explicados aos alunos solicitando a participação livre e voluntária. Todos participaram da pesquisa.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas a partir do crivo de resposta já sugerido pelo questionário, indicado comportamentos invulneráveis, vulneráveis e com possibilidade de vulnerabilidade.

Considerou-se invulnerável o aluno que respondeu ao questionário dizendo que nunca teve relação sexual, ou já teve relação sexual e sempre usou camisinha, que nunca usou droga, que faz acompanhamento médico regularmente, que pode contar com outras pessoas para conversar sobre sexualidade e prevenção e que tem facilidade para comprar ou ter acesso à camisinha.

Considerou-se em situação de poder estar vulnerável o aluno que já teve pelo menos uma relação sexual sem camisinha, que faz uso de drogas ou álcool, que nunca foi ao médico por questões relacionadas à saúde sexual, que já teve relação sexual e a camisinha se rompeu, que acredita não precisar usar camisinha porque confia no seu parceiro(a), que não tem outra pessoa com quem conversar sobre sexualidade porque não se sente a vontade, que não tem onde conseguir camisinha, tem vergonha de solicitar ou adquirir o preservativo.

Considerou-se vulnerável o aluno que tem relações sexuais com pessoas diferentes, com algumas utiliza caminha outras não, faz uso de drogas ou álcool e já transou sem camisinha ou utilizou seringa de outra pessoa, já teve doenças nos órgãos sexuais mas nunca procurou um médico, continuou a relação sexual após a camisinha ter-se rompido, ou diz não perder uma relação sexual mesmo que não tenha preservativo.

A presente pesquisa foi realizada em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Sagrado Coração, em 27 de junho de 2012, sob o protocolo nº 36/12.

RESULTADOS

As respostas fornecidas pelos alunos da primeira série do ensino médio indicaram que 18 alunos encontram-se invulneráveis, 19 podem estar vulneráveis e 7 vulneráveis. Com relação às alunas 21 encontram-se invulneráveis, 16 podem estar vulneráveis e 9 vulneráveis.

SENEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

SEMEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

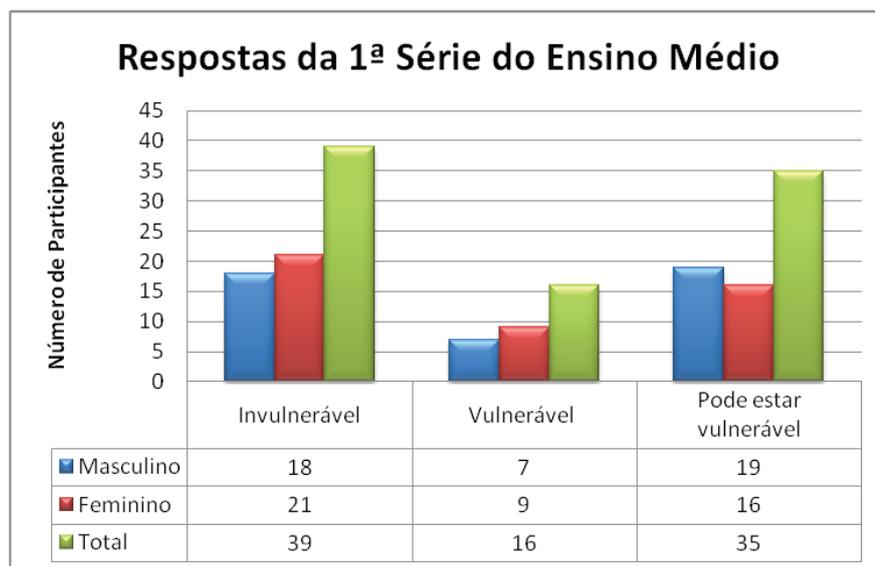


Gráfico 1 - Respostas dos alunos da 1ª Série do Ensino Médio

Entre os alunos da terceira série do ensino médio 10 estão invulneráveis, 6 estão vulneráveis e 4 podem estar vulneráveis. Com relação às alunas 6 estão invulneráveis, 11 podem estar em situação de vulnerabilidade e 9 estão vulneráveis.

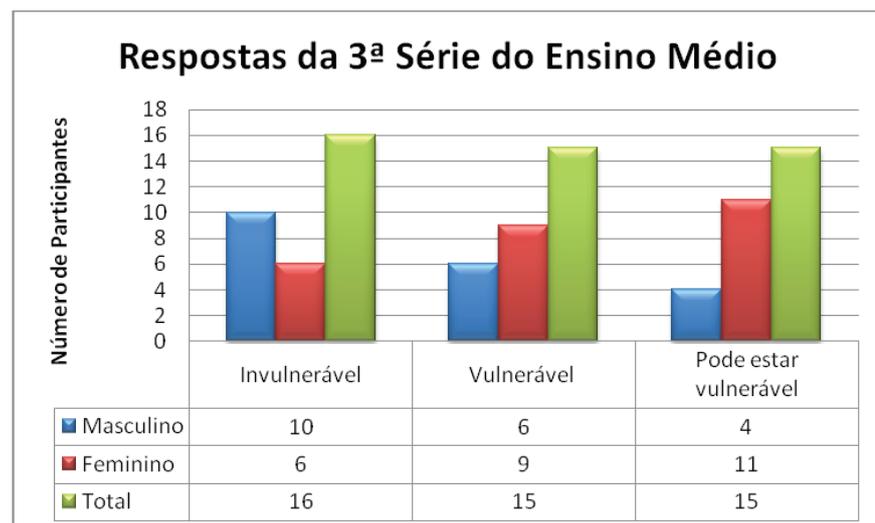


Gráfico 2 - Respostas dos alunos da 3ª Série do Ensino Médio

A comparação entre os gêneros considerando conjuntamente os dados referentes ao primeiro e terceiro ano do ensino médio indica que entre os alunos, 20,59% (28) estão invulneráveis, 16,91% (23) podem estar vulneráveis e 9,56% (13) vulneráveis. Com relação às alunas 19,85% (27) estão invulneráveis, 19,58% (27) podem estar vulneráveis e 13,24% (18) estão vulneráveis. Considerando ambos os

gêneros 40,44% (55) estão invulneráveis, 36,76% (50) podem estar vulneráveis e 22,80% (31) vulneráveis.

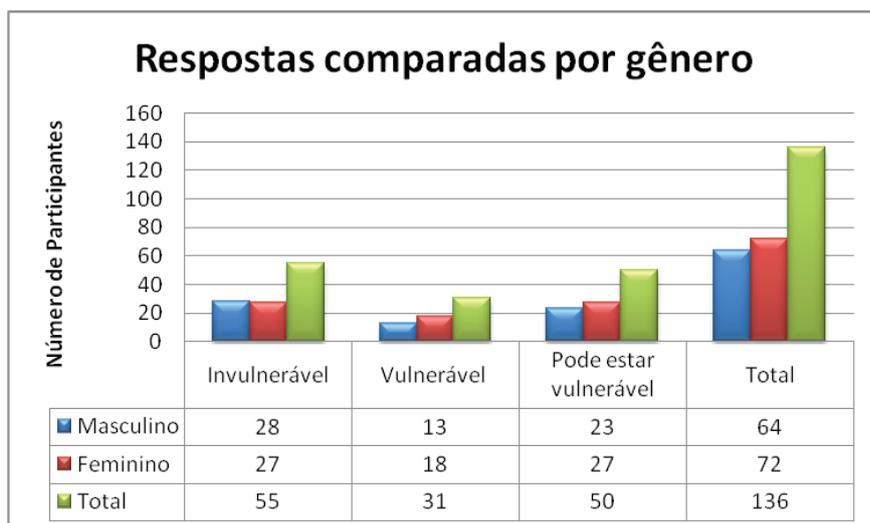


Gráfico 3 - Respostas dos alunos comparadas por gênero

Segundo a resposta dos alunos do primeiro ano do ensino médio 24 já tiveram relação e 20 não tiveram; no terceiro ano 13 alunos já tiveram relação sexual enquanto 7 nunca tiveram. Com relação às alunas 17 do primeiro ano já tiveram relação sexual enquanto 29 não tiveram. No terceiro ano, 17 meninas já tiveram relação sexual enquanto 9 nunca tiveram. Considerando as resposta do primeiro e do terceiro ano 52% dos alunos e alunas já tiveram relação sexual enquanto 48% ainda não tiveram.

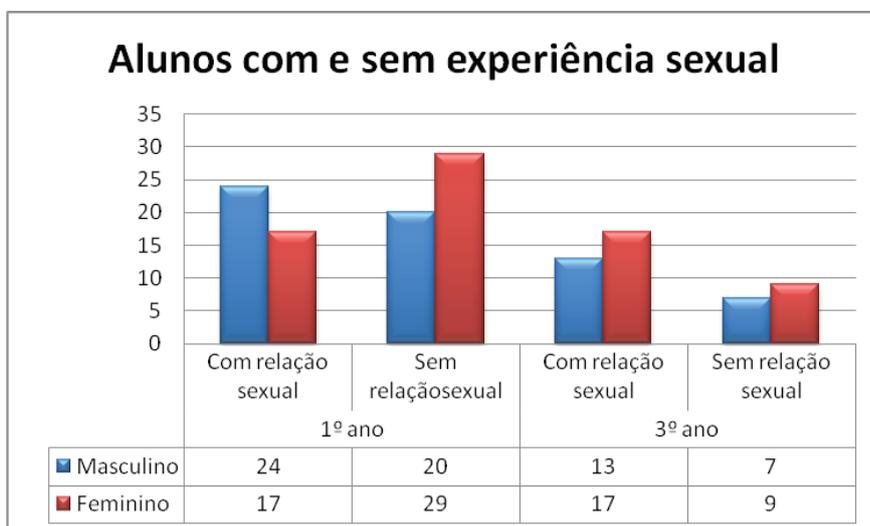


Gráfico 4: Respostas dos alunos com e sem experiência sexual

SENEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

SEEM, Cleiton José
et al. Vulnerabilidade
ao HIV em estudantes
de ensino médio de
uma escola pública no
interior de São Paulo.
SALUSVITA, Bauru, v.
33, n. 1, p. 45-55, 2014.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa indicou que 59,5% dos entrevistados estão em situação de vulnerabilidade, sendo considerados os que podem estar vulneráveis e os que estão vulneráveis. Com relação ao gênero constatou-se que a mulheres (33,1%) estão mais vulneráveis do que os homens (26,5%) dados estes que corroboram com as informações do Ministério da Saúde que têm indicado um aumento de infecção do HIV entre as mulheres.

Os dados da pesquisa também indicam que 52% dos entrevistados já tiveram relação sexual, um número superior aos fornecidos pelo IBGE que apontam 30,5% dos adolescentes em idade escolar. A pesquisa indicou que entre os que tiveram relação sexual 52,1% eram homens e 47,9% mulheres, informação que apresenta uma mudança de comportamento comparado aos dados do IBGE que apontam 43,7% entre os homens e 18,7% entre as mulheres.

Os pesquisadores têm apontado duas questões fundamentais no tocante ao assunto vulnerabilidade ao HIV entre os adolescentes. A primeira questão é a falta de informação dos adolescentes sobre as questões relacionadas à sexualidade (GOMES, *et al.* 2002; CAMARGO e FERRARI, 2009). Neste aspecto, sabe-se que a escola e a família tem grande importância na educação sexual dos adolescentes, porém esta não acontece, ou se existe é insatisfatória (GUBERT & MADUREIRA, 2008; PECORARI, CARDOSO & FIGUEIREDO, 2005; SAITO & LEAL, 2000; RESSEL, *et al.*, 2011; LEVANDOWSKI & SCHMIDT, 2010). A segunda questão é que apenas a informação não é suficiente para mudar o comportamento dos adolescentes (ALTMANN, 2007; MARTINS, *et al.* 2006; CAMARGO & BOTELHO, 2007; MENDES *et al.* 2011) Conforme afirma Brum e Carrara (2012) saber, falar ou ter conhecimentos sobre os métodos anticoncepcionais e os meios de contaminação do vírus HIV não garantem o uso do método contraceptivo e da prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da sexualidade na adolescência é uma experiência cada vez mais frequente e antecipada nos dias atuais. A preocupação com a educação sexual nesta fase do desenvolvimento deve ser uma constante tanto pelos pais, quanto pela escola, além ser também uma preocupação de toda a sociedade, que de forma direta ou indireta contribui com este processo. As informações sobre as

questões relacionadas à sexualidade são importantes, porém não são suficientes para promover uma mudança de comportamento entre os adolescentes. Faz-se necessária a realização de novas pesquisas tendo em vista o maior conhecimento sobre os comportamentos dos adolescentes, tendo em vista o desenvolvimento de novos projetos de intervenção e proteção, tornando os adolescentes menos vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis ou a uma gravidez indesejada.

SEMEM, Cleiton José *et al.* Vulnerabilidade ao HIV em estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 45-55, 2014.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. Educação sexual e primeira relação sexual: entre expectativas e prescrições. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 333-356, 2007

ANTUNES, M. C. et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 88-95, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>

BRETAS, J. R S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. **Estudos de Psicologia**, Campinas, p. 689-697, 2012.

CAMARGO, B. V; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007

CAMARGO, E. A. L; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009

GOMES, W.de A. et al. . Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**. (Rio J.), Porto Alegre, v. 78, n. 4, p. 301-308, 2002

GUBERT, D; MADUREIRA, V. S. F. Iniciação sexual de homens adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2247-2256, 2008

SEMEM, Cleiton José
et al. Vulnerabilidade
ao HIV em estudantes
de ensino médio de
uma escola pública no
interior de São Paulo.
SALUSVITA, Bauru, v.
33, n. 1, p. 45-55, 2014.

LEVANDOWSKI, D. C.; SCHMIDT, M. M. Oficina sobre sexualidade e namoro para pré-adolescentes. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 431-436, 2010

MALTA, D. C. et al . Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, p. 147-156, 2011

MARTINS, L. B M. et al . Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006

MENDES, S. de S. et al . Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 385- 391, 2011

PECORARI, E. P. D N.; CARDOSO, L. R. D.; FIGUEIREDO, T. F. B. Orientação sexual em escolas de ensino fundamental: um estudo exploratório. **Cadernos de Psicopedagogia**, São Paulo, v. 5, n. 9, 2005.

RESSEL, L. B. et al . A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 245-250, 2011.

ROMERO, K. T. et al . O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, Fev. 2007, p. 14-19.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Educação sexual na escola. **Pediatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-48., 2000

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M. M. de; PAULA, M. C. de. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, n. 3, p. 210-214, 2004.

TOLEDO, M. M.. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão integrativa**. 2008. 153f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NA VILA VICENTINA DE BAURU/SP

Quality of life of elderly residents in Vila Vicentina in Bauru/SP

Géssika da Silva Araujo¹

Márcia Aparecida Nuevo Gatti²

Marta Helena Souza de Conti²

Alberto de Vitta²

Sara Nader Marta²

Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão²

¹Aluna do curso de Enfermagem da USC, Iniciação Científica Voluntária da USC

²Professor(a) Doutor(a) do mestrado em Saúde Coletiva da USC

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bauru/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

RESUMO

Introdução: a investigação da Qualidade de Vida (QV) de idosos vem crescendo em importância como medida de avaliação de resultados de tratamentos na área da saúde. A terminologia definida pela Organização Mundial de saúde (OMS) reflete a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. **Objetivo:** este estudo investigou a qualidade de vida de 27 idosos moradores da Vila Vicentina de Bauru – SP. **Metodologia:** a coleta de dados foi realizada nas dependências da Vila Vicentina onde os idosos responderam a três questionários: um de caracterização sócio-demográfica, WHOQOL-old e WHOQOL-bref, sendo os dois últimos validados pela OMS. As

Recebido em: 20/11/2013

Aceito em: 05/02/2014

respostas foram submetidas à análise estatística descritiva e inferencial ao nível de 5% de significância. **Resultados:** os resultados obtidos permitiram inferir que, de maneira geral, a QV dos idosos asilados é satisfatória, o pior domínio de análise é o da Intimidade e há diferença os entre os sexos para QV de idosos, com melhores escores médios de QV para os homens. **Conclusão:** pode-se concluir que Qualidade de Vida é mais do que ter uma boa saúde mental ou física, é estar de bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar em equilíbrio, situações já muito complicadas para esta parcela da população que sofre com as doenças, o sedentarismo e a dependência para atividades diárias.

Palavras – Chave: Saúde do idoso Institucionalizado. Habitação para Idosos. Instituição de longa permanência para Idosos. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: *the investigation of the Quality of Life in (QOL) elderly people is growing in significance how way of evaluation of treatments in the health field. The terminology defined by the World Health Organization (WHO) reflects the perception of the individual of their position in life, in the contexts of culture and value systems in which they live related to their objectives, expectations, patterns and concerns.* **Objective:** *this study has investigated the quality of life of 27 elderly living in the institution Vila Vicentina of Bauru, São Paulo, Brazil.* **Methodology:** *the data collect was realized in the dependences of the Institution, where the elderly answered 3 questionnaires: socio-demographic characterization, WHOQOL-old and WHOQOL-bref, the last two being validated by WHO. The answers was submitted by description and inferential statistics analysis at the 5% level of significance.* **Results:** *the results led to infer that , in general , the QOL of the institutionalized elderly is satisfactory , the worst area is the analysis of Intimacy and no difference between the sexes for QOL of elderly patients with better QOL mean scores for men.* **Conclusion:** *It can be concluded that quality of life is more than having a good mental or physical health, is being content with yourself, with life, with loved ones, finally, be in equilibrium situations already too complicated for this portion of the population suffers from diseases, physical inactivity and dependency for daily activities.*

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

Keywords: *Institutionalized elderly health. Housing for the Elderly. Homes for the Aged. Quality of life.*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecer como um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. As estimativas para o ano de 2050 para a população de mais de 60 anos é em torno de dois bilhões de pessoas idosas no mundo e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A manutenção da autonomia na velhice está diretamente ligada à qualidade de vida do indivíduo e deve ser quantificada através do grau de independência com que o mesmo desempenha as funções do dia a dia, em seu contexto socioeconômico e cultural (TAVARES, 2012). Frente a esta situação tem ocorrido um aumento na demanda por instituições de longa permanência como uma alternativa de suporte social à pessoa idosa (NUNES, 2010).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – (2013), a população idosa brasileira representa 9% da população em geral, e as estimativas apontam que até 2020 essa população será de 12%. A longevidade cresce no Brasil sendo que atualmente são de vinte e quatro mil e quinhentos idosos com mais de oitenta anos. Houve um aumento de 77% de idosos centenários.

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo; em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões, um acréscimo de quase oito milhões por ano. Estima-se que 1/5 da população será de idosos em 2050. Segundo o Censo de 2010, no Brasil, são aproximadamente 15 milhões (MELO *et al.*, 2009; IBGE, 2013).

Visto o crescente número da população idosa no mundo e no Brasil, é relevante reconhecer que a velhice é um processo normal, dinâmico, e não uma doença, porquanto são inerentes as desigualdades e especificidades nesse contingente populacional, o que reflete na expectativa de vida, na mortalidade, na morbidade, na incapacidade e na boa ou má qualidade de vida. Assim, o envelhecimento constitui um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e

ocorre de forma singular a cada indivíduo que apresente sobrevida prolongada (SILVA, 2003).

O envelhecimento ativo e saudável consiste na alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Um idoso saudável tem sua autonomia preservada, tanto a independência física, como a psíquica demonstrando assim que não basta acrescentar anos de vida sem que isso possa ser vivenciado com qualidade.

Considerando que as doenças e as incapacidades funcionais causam impacto sobre a família, o sistema de saúde e o cotidiano dos idosos, deve-se buscar postergar sua evolução a fim de garantir longevidade com autonomia, independência e maior qualidade de vida (VERAS, 2009).

Estudos apontam que de 1985 a 2060 o número de idosos institucionalizados no Brasil aumentará de 1,3 para 4,5 milhões, sendo que grande parte será de idosos dependentes (CAMARANO, 2002).

As consequências do crescente número de idosos implicam em aumento das demandas sociais e passam a representar um grande desafio político, social e econômico (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999). Frente a esse processo de transição demográfica em ritmo acelerado e a deficiente inclusão dos idosos na sociedade, ocorre o aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos. Os novos arranjos familiares reduzem a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro, por estas não possuírem condições financeiras de prover as necessidades dos idosos e/ou não haver disponibilidade de um de seus membros fazer o acompanhamento, além do preconceito, estigma e repulsa que a velhice causa, mesmo dentro da própria família (BORN e BOECHAT, 2006).

O convívio entre idosos e seus familiares pode tanto oferecer benefícios no sentido de suporte nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo também o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a auto-estima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante sua qualidade de vida (PEREIRA, 2006).

Outro fator que concorre para a internação é porque muitos idosos não têm um vínculo familiar ou não têm condições para contratar os serviços de um cuidador particular. Então, tornam-se, total ou parcialmente, dependentes dos cuidados oferecidos pelos cuidadores da instituição (CAMPOS, 2010).

Segundo Sousa (2013) é importante conhecer as características pessoais da pessoa idosa para o adequado planejamento das ações de saúde a fim de proporcionar-lhe melhores condições de vida e de cuidado.

ARAUJO, Gécika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

É evidente o aumento do número de idosos brasileiros nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e essa população tende a crescer ainda mais devido a vários fatores, entre eles, a longevidade, fragilidade, desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, comprometimento da autonomia e estrutura familiar frágil, que podem comprometer a QV (VITORINO, 2012). Herédia (2004) afirma que o processo de asilamento pode significar mais do que mudança de um ambiente físico. Esta se apresenta para o idoso como a necessidade de se estabelecer relações com o novo ambiente, ajustar-se ao novo lar, assim pode desencadear sensações de abandono, ansiedade e medo pela possibilidade de passar os últimos dias da vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos.

A institucionalização, muitas vezes, propicia o isolamento e a privação social dos idosos e, frequentemente, a piora do seu estado geral de saúde, ou então pode surgir como uma nova oportunidade na vida trazendo resultados benéficos para seu bem estar biopsicossocial, influenciando diretamente sua qualidade de vida (ALCANTARA, 2004).

A vigilância à saúde do idoso requer atenção e acompanhamento contínuos mediante práticas de saúde promocionais, preventivas e curativas, combinando os saberes profissionais específicos da geriatria/gerontologia e os populares do idoso institucionalizado (BORN, 1996; LENARDT *et al.*, 2006).

Em situações em que a institucionalização do idoso é “um mal necessário”, é importante considerar que a qualidade dos serviços oferecidos deva ser adequada, para tanto cabe ao Estado realizar seu papel de financiador e fiscalizador dessas atividades, garantindo a esta população os direitos assegurados na legislação em vigor (TIER *et al.*, 2004).

Os idosos possuem percepções diferenciadas quando relacionados ao grau de satisfação com a Instituição. Alguns consideram como sua verdadeira casa, possuindo alimentação, proteção, moradia e atenção, também encontram pessoas para conversar e construir novas amizades, além de receber atendimento médico e de enfermagem. Outros, por sua vez, se sentem esquecidos pelos amigos e familiares e, insatisfeitos, assemelham a instituição a uma mistura de hospital psiquiátrico com jardim da infância, indignam-se que por muitas vezes são tratados como crianças e, além disso, referem que ali seria um dos locais disponíveis para se terminar a vida.

A institucionalização de idosos é fruto das necessidades sociais e essa tendência tem chamado a atenção da população em geral e levado alguns segmentos da sociedade a se preocuparem com as condições em que se encontra a QV desse segmento populacional (PERLINI, 2007).

A qualidade de vida é um dos principais objetivos que se tem perseguido nos ensaios clínicos atuais e possui um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Inúmeras são as formas de avaliação da qualidade de vida: por meio de instrumentos, pela avaliação orientada de cada um sobre seu estado na vida, ou, mais tradicionalmente, para grandes populações, através do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (OMS, 2010).

Para pequenos grupos os instrumentos para avaliação da qualidade de vida normalmente são traduções que apresentam falhas ao serem aplicados em culturas diferentes e, por esta razão, há a necessidade de validá-los novamente, como sugere a OMS. Os instrumentos variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Instrumentos específicos como o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* (CICONELLI *et al.*, 1999) para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e do WHOQOL (WHOQOL GROUP, 1994) para avaliação da qualidade de vida geral são tentativas de padronização das medidas permitindo comparação entre estudos e culturas. A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK *et al.*, 2000) com apenas 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representando cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original.

Assim, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem. Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases de enfermidades e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Dessa maneira, o objetivo do estudo foi investigar a qualidade de vida de idosos residentes no Asilo Vila Vicentina Abrigo para Idosos em Bauru – SP, e comparar os resultados obtidos entre os sexos masculino e feminino.

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

MATERIAL E MÉTODOS

O local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi a instituição Vila Vicentina Abrigo para Idosos de Bauru, entidade filantrópica conveniada com as esferas Federal, Estadual e Municipal, possuindo, concomitantemente, parcerias com empresas particulares do município que lhe oferece doações. Conta ainda com a participação de 70% dos benefícios do INSS dos asilados que os recebem. Para ser aceito na Instituição é necessário estar acima dos 65 anos, não possuir filhos (estes deverão se responsabilizar pelo parente idoso seguindo as recomendações do “Estatuto do Idoso”), possuir autonomia para as práticas comuns (vestimenta, alimentação, higiene, caminhada), estar ciente e consentir a internação. Previamente a assistente social, realiza um cadastro seguido de entrevista, visita ao local onde o idoso reside, orienta sobre as mudanças que ocorrerão e este deverá aceitar, espontaneamente, o asilamento.

O quadro de funcionários é composto por um médico voluntário que realiza visitas quinzenais, uma Enfermeira (responsável por toda equipe de enfermagem e cuidados), sete profissionais da enfermagem (cuidadores e auxiliares), uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, três cozinheiras e sete auxiliares da limpeza.

A entidade conta com 38 idosos abrigados, sendo 21 homens e 17 mulheres. Do total de residentes, 19 homens e 10 mulheres possuem autonomia com seus cuidados pessoais, como higiene e alimentação.

Após a autorização da Instituição, foi providenciado o encaminhamento da documentação e do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da USC, que autorizou a sua realização (protocolo 070/12).

Para a realização das entrevistas os idosos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, orientados para responderem aos questionários e, aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um frequentador recusou-se a responder.

A coleta de dados foi realizada nas dependências da Vila Vicentina e os idosos responderam a 3 questionários: um de caracterização sócio-demográfica, o WHOQOL-bref e o WHOQOL-old, ambos da OMS. O questionário de caracterização é composto dos seguintes itens: aspectos demográficos: sexo, idade, município de nascimento, raça ou cor da pele, anos de escolaridade e renda; variáveis relacionadas ao estilo de vida; atividades físicas; saúde referida.

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, que possibilitam o cálculo de escores para representar quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizada a versão brasileira dos questionários WHOQOL-

-old e WHOQOL-bref, que, por própria indicação da OMS, devem ser respondidos conjuntamente.

O WHOQOL-old constitui-se um módulo complementar de medidas genéricas da qualidade de vida em adultos idosos para utilização internacional/transcultural (FLECK *et al.*, 2006). Consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-old podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-old.

Dos 38 idosos abrangidos, 28,9% (11) foram excluídos da amostra por distúrbios cognitivos e dificuldades de audição e linguagem, assim como idosos em uso de medicamentos antidepressivos e recusas, o que acarretou na redução da amostra para 27 idosos (71,1%) – 11 mulheres (40,7%) e 16 homens (59,3%) – que possuem nível primário de autonomia.

Os dados colhidos foram submetidos à estatística descritiva (média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos), além de frequências absoluta e relativa ao nível de 5% de significância. (ZAR, 2010). Para a comparação entre os sexos masculino e feminino quanto aos escores de qualidade de vida, utilizou-se o teste *Mann Whitney*.

RESULTADOS

O perfil dos idosos participantes, segundo sexo, local do nascimento, tempo que mora no município, tempo de domicílio, raça, escolaridade, questões financeiras, uso da TV, uso do computador, tabagismo, atividades físicas e doenças, coletado por meio do questionário de caracterização sociodemográfica e saúde, estão representados, por suas frequências absolutas e relativas, na Tabela 1. Verificou-se que a idade média dos idosos foi de $75,4 \pm 8,7$ anos e das idosas $79,4 \pm 9,6$ anos.

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

ARAUJO, Géssika da
Silva *et al.* Qualidade de
vida de idosos residentes
na Vila Vicentina de
Bausu/SP. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-
75, 2014.v

Tabela 1 – Frequências absoluta e relativa das respostas dos 27 idosos asilados às questões sociais – Bauru, São Paulo, 2013.

| Variáveis | Respostas | fi (fi%) |
|---|----------------------------|------------|
| Onde nasceu? | Próprio município | 7 (25,9%) |
| | Outro município | 20 (74,1%) |
| Há quanto tempo mora neste município? | Menos de 25 anos | 12 (44,4%) |
| | Entre 26 e 50 anos | 5 (18,5%) |
| | Mais de 51 anos | 3 (11,1%) |
| | Não sabe/Não respondeu | 5 (18,5%) |
| Há quanto tempo mora neste domicílio? | Menos de 5 anos | 11 (40,7%) |
| | Entre 6 e 20 anos | 14 (51,9%) |
| | Mais de 21 anos | 2 (7,4%) |
| Qual a sua raça ou cor? | Branca | 20 (74,1%) |
| | Preta/Parda/mulata | 7 (25,9%) |
| Quantos anos você estudou? | Até 1 ano | 14 (51,9%) |
| | Mais de 1 ano | 11 (40,7%) |
| | Superior Completo | 2 (7,4%) |
| Qual é sua renda? | Até 1 salário mínimo | 19 (70,3%) |
| | De 1 a 10 salários mínimos | 2 (7,4%) |
| | Não sabe/Não respondeu | 6 (22,2%) |
| Exercia atividade remunerada? | Sim | 3 (11,1%) |
| | Não | 24 (88,9%) |
| Realiza atividades domésticas? | Sim | 3 (11,1%) |
| | Não | 24 (88,9%) |
| Assiste TV? | Sim | 20 (74,1%) |
| | Não | 7 (25,9%) |
| Quantas vezes por semana? | 1 ou 2 vezes por semana | 6 (30,0%) |
| | 3 vezes por semana | 4 (20,0%) |
| | 5 vezes ou mais | 10 (50,0%) |
| Quantas horas por dia? | Menos de 1 hora | 8 (40,0%) |
| | 2 a 3 horas por dia | 5 (25,0%) |
| | 4 a 5 horas por dia | 7 (35,0%) |
| Já fumou cigarros? | Sim, mas parei | 10 (37,0%) |
| | Sim, e ainda fumo | 5 (18,5%) |
| | Não | 12 (44,4%) |
| Caminhada | Não | 14 (51,8%) |
| | 1 a 3 vezes por semana | 4 (14,8%) |
| | 4 a 6 vezes por semana | 9 (33,3%) |
| Atividades moderadas | Não | 24 (88,9%) |
| | 1 a 7 vezes por semana | 3 (11,1%) |
| Quanto tempo fica sentado durante um dia na semana? | De 1 a 5 horas | 8 (29,6%) |
| | De 6 a 15 horas | 19 (70,4%) |
| Quantidade de doenças | Uma | 19 (70,4%) |
| | Duas ou mais | 8 (29,6%) |

Em relação às características sociais – Tabela 1 – constatou-se que a maioria nasceu em outro município (74,1%); 7,4% residem na instituição há mais de 21 anos; são da raça branca (74,1%) e estudaram até 1 ano (51,9%), destacando-se que 7,4% dos idosos possuem curso superior completo. Quanto às questões financeiras, uso da TV, uso do computador e tabagismo verificou-se a maior frequência de asilados com renda de até um salário mínimo (70,3%); não exercem atividade remunerada (85,7%); não realizam atividades domésticas (88,9%); 74,1% assistem TV 5 vezes ou mais na semana (50,0%) e menos de 1 hora por dia (40,0%); nenhum utiliza computador; e 18,5% ainda fumam com incidência de mais de 10 cigarros por dia. Em relação à questão “atividades domésticas”, entendeu-se que estavam relacionadas à arrumação de seus quartos e pertences, rastelar o jardim, manutenção da horta e limpezas em geral. A análise das variáveis atividades físicas e doenças apontou que 48,1% fazem caminhadas, entretanto poucos realizam atividades moderadas (11,1%) e passam de 6 a 15 horas sentados (70,4%).

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

Tabela 2 - Medidas descritivas dos domínios apurados por meio do WHOQOL-bref dos 27 idosos asilados e resultado do teste estatístico, de acordo com o sexo. Bauru, São Paulo, 2013

| Domínios | Sexo | Média ± DP | Mínimo | Máximo | Teste de Mann Whitney |
|------------------|-----------|-------------|--------|--------|-----------------------|
| Físico | Masculino | 67,0 ± 14,4 | 25,0 | 82,14 | p < 0,05* |
| | Feminino | 45,5 ± 12,3 | 55,0 | 67,86 | |
| Psicológico | Masculino | 60,4 ± 13,8 | 37,5 | 91,67 | p < 0,05* |
| | Feminino | 48,1 ± 12,7 | 29,17 | 66,67 | |
| Relações Sociais | Masculino | 60,9 ± 15,4 | 33,33 | 83,33 | p > 0,05 |
| | Feminino | 62,1 ± 22,5 | 8,33 | 91,67 | |
| Meio Ambiente | Masculino | 45,3 ± 10,9 | 25,0 | 62,5 | p > 0,05 |
| | Feminino | 42,6 ± 10,7 | 31,25 | 59,38 | |
| Auto Avaliação | Masculino | 73,4 ± 23,2 | 37,50 | 100,0 | p > 0,05 |
| | Feminino | 67,0 ± 11,6 | 37,5 | 75,0 | |

* Diferença estatisticamente significativa

ARAUJO, G essika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.v

Tabela 3 - Medidas descritivas dos domínios apurados por meio do WHOQOL-OLD dos 27 idosos asilados e resultado do teste estatístico, de acordo com o sexo. Bauru, São Paulo, 2013.

| Domínios | Sexo | Média \pm DP | Mínimo | Máximo | Teste de Mann Whitney |
|--|-----------|-----------------|--------|--------|-----------------------|
| Habilidades sensoriais | Masculino | 73,4 \pm 27,7 | 25,0 | 100,0 | p < 0,05* |
| | Feminino | 57,4 \pm 17,2 | 31,25 | 87,5 | |
| Autonomia | Masculino | 42,6 \pm 14,7 | 18,75 | 75,0 | p < 0,05* |
| | Feminino | 31,25 \pm 9,3 | 12,5 | 43,75 | |
| Atividades passadas, presentes e futuras | Masculino | 53,5 \pm 14,8 | 25,0 | 81,25 | p > 0,05 |
| | Feminino | 46,0 \pm 15,4 | 25,0 | 68,75 | |
| Participa o social | Masculino | 57,0 \pm 16,1 | 25,0 | 93,75 | p < 0,05* |
| | Feminino | 44,9 \pm 17,9 | 25,0 | 75,0 | |
| Morte e morrer | Masculino | 77,0 \pm 26,8 | 18,75 | 100,0 | p > 0,05 |
| | Feminino | 71,6 \pm 34,2 | 18,75 | 100,0 | |
| Intimidade | Masculino | 9,4 \pm 22,7 | 0,0 | 75,0 | p > 0,05 |
| | Feminino | 13,1 \pm 17,3 | 0,0 | 50,0 | |
| OLD | Masculino | 52,2 \pm 12,4 | 32,3 | 87,5 | p < 0,05* |
| | Feminino | 44,0 \pm 10,8 | 22,9 | 59,4 | |

* Diferença estatisticamente significativa

Os resultados apurados pelo questionário WHOQOL-bref – Tabela 2 – apontaram que os escores médios dos homens foram sempre superiores aos das mulheres, exceto no domínio Rela oes Sociais. O domínio Meio Ambiente foi o que apresentou piores escores médios para os dois sexos, sendo 45,3 e 42,6 para o masculino e feminino, respectivamente. Verificou-se também que há diferença estatisticamente significativa entre os indicadores de qualidade de vida entre os homens e mulheres para os domínios Físico, Psicológico e Auto Avalia o.

Em rela o ao WHOQOL-old – Tabela 3 – observou-se também superioridade dos escores médios dos homens em rela o aos das mulheres, excetuando-se o domínio Intimidade. Tal domínio, inclusive, foi o que apresentou os valores mais baixos, com m dias 9,4 e 13,1 para homens e mulheres, respectivamente. Constatou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios Habilidades sensoriais, Autonomia, Participa o social e OLD (média de todos os domínios).

DISCUSSÃO

Os resultados observados permitiram verificar que os asilados tem uma rotina geralmente monótona e de baixa autonomia nas atividades, convívio social limitado, com, geralmente, poucas visitas de familiares e amigos. Isso contribui para uma baixa autoestima e valorização da própria qualidade de vida (MURAKAMI, 2010).

Os indivíduos que tiveram sua QV avaliada pelos questionários são idosos asilados da instituição Vila Vicentina de Bauru, com amostra composta de 27 sujeitos, sendo 11 homens e 16 mulheres, com idade média de $75,4 \pm 8,7$ anos e $79,4 \pm 9,6$ anos, para idosos e idosas, respectivamente, estando em concordância com o padrão demográfico brasileiro (IBGE, 2013). Em estudo de Pereira (2006) na cidade de Blumenau – SC/Brasil, a idade média dos idosos institucionalizados foi de 76,2 anos para as mulheres e 68,1 anos para os homens.

Ainda de acordo com o padrão brasileiro (IBGE, 2013), que aponta que cerca de 25% da população idosa brasileira é de analfabetos, verificou-se o baixo nível de estudo dos entrevistados (Tabela 1), revelando a cultura de vida e da época em que estes idosos tinham como contexto de estudo quando jovens. Muitos paravam de estudar cedo para ajudar nas atividades de trabalho e no sustento da casa, no caso dos homens, e na pouca importância dada à época para a educação das mulheres. Tais resultados coincidem com o estudo de Dalsenter e Matos (2009) onde 81,8% dos idosos referiram não ter concluído o ensino fundamental sendo 9% analfabetos. Lucena *et al.* (2002) também observaram que a maioria dos idosos institucionalizados era composta de analfabetos (64,0%) e de semianalfabetos (36,0%).

Na Vila Vicentina de Bauru/SP, 70,3% dos idosos declararam renda de até 1 salário mínimo e 7,4% de 1 a 10, mais baixa que a população idosa em geral no Brasil, conforme apontado pelo IBGE (2013), onde 43,2% dos idosos vive com até 1 salário mínimo, 29% tem de 1 a 2 salários mínimos e 22,9% tem mais de 2 salários mínimos. Ferreira *et al.* (2011) em pesquisa com 47 idosos residentes no abrigo Pão de Santo Antonio em Belém – PA, apontaram renda de até três salários mínimos (93,6%), ao passo que os demais têm renda acima de três salários mínimos (6,4%) Tais constatações implicam diretamente na QV, pois a baixa renda proporciona uma sensação de maior dependência levando a um sentimento de autoestima menor não possuindo recursos financeiros para custear suas próprias despesas.

Verificou-se que apenas 11,1% dos idosos realizam atividades domésticas, caracterizadas por situações bem simples como arrumar a

ARAUJO, Gécika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

própria cama, cuidar dos jardins, auxiliar no cuidado aos mais dependentes ou ajudar na cozinha. Observou-se também alto índice de atividades sedentárias como assistir televisão por 5 vezes ou mais na semana (50,0%) e mais de 2 horas por dia (60,0%), não fazer caminhadas (51,8%) e nem atividades moderadas (88,9%), ficando sentados de 6 a 15 horas (70,4%) durante um dia na semana. Chandler (2002), Rejeski e Brawley (2006) e Ferreira *et al.* (2011) demonstraram em suas pesquisas o alto comportamento sedentário que caracteriza a população idosa, motivado pelos prejuízos nos sistema estrutural e fisiológico advindos do envelhecimento.

Em relação à caracterização clínica dos idosos, os residentes tiveram dificuldade para referir morbidades e os medicamentos que faziam uso, entretanto todos afirmaram ter algum tipo de doença. Os dados obtidos apontaram a prevalência das doenças cardiovasculares e osteoarticulares confirmando os dados da literatura (CACERDAS, 2006; LACERDA, 2006).

Quanto aos domínios de QV avaliados pelo WHOQOL-bref perceberam-se diferenças entre os sexos sendo que os homens geralmente apresentam melhores índices de QV, embora ambos tenham apresentado baixos escores, estando em conformidade com as pesquisas de Del Pino (2003), Cader *et al.* (2006), Nunes *et al.* (2010) e Vitorino *et al.* (2012). Contrariando tais resultados, Dalsenter e Matos (2009) verificaram no estudo em Blumenau/SC, que os idosos tiveram uma avaliação positiva de sua QV.

As diferenças associadas ao sexo também se devem à compreensão distinta do que é a velhice. As mulheres costumam sentir muito mais a chegada da idade e se sentem mais incomodadas com ela. Além disso, as idosas de hoje, geralmente, são aquelas que, antes da idade avançada, tinham uma rotina de muita importância familiar e caseira e quando passam a frequentar a instituição, sentem falta de seus familiares, amigos e das atividades domésticas com as quais estavam acostumadas, e não possuem mais capacidade física ou mental para realizar. Avis *et al.* (2004), em estudo da QV em idosas, relataram que o esquecimento e o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes foram associados a pior qualidade de vida. Já os homens se acostumam mais rápido com um novo ambiente, além de já estarem acostumados com uma rotina em que não precisavam fazer suas atividades mais práticas, como a própria comida e cuidar do local onde vivem (THOMÉ *et al.*, 2004; MURAKAMI, 2010).

Nos domínios Físico e Psicológico, as asiladas tiveram escores médios inferiores a 50 (45,5 e 48,1, respectivamente) demonstrando não ter o mesmo ritmo e rotina de vida do que os homens, acumulando-se um sentimento de incapacidade física para as tarefas e afazeres

comuns e cotidianos, e a percepção de agravos das doenças. O domínio das Relações sociais foi o único do WHOQOL-bref onde as mulheres tiveram escore um pouco maior que o dos homens (62,1 contra 60,9), sem diferença significativa. Tais valores foram bons indicadores de que há boa convivência entre os idosos, mesmo levando-se em consideração os comprometimentos dos órgãos dos sentidos que auxiliam nas relações sociais como visão e audição, que podem prejudicar uma boa comunicação, e o afastamento da família e amigos. Em estudo realizado por Nunes em 2010 com a população de 266 idosos em seis instituições de asilamento de quatro distritos sanitários do município de Natal/RN também verificou-se a participação social no processo de institucionalização. Dalsenter e Matos (2010) confirmam tais resultados na cidade de Blumenau/SC.

No domínio Meio Ambiente, as idosas tiveram escore de 42,6 e os homens 45,3, valores que se complementam ao aspecto físico, levando-os a não apreciar o ambiente onde estão, não aproveitando o espaço arborizado, pois já faz parte de sua rotina, monotonia e falta de uma visão clara da realidade, estando em conformidade com os estudos de Nunes *et al.* (2010) e Del Pino (2003).

Quando se verificam os resultados obtidos com o questionário WHOQOL-old, destacam-se algumas diferenças importantes entre os sexos como no domínio da autonomia, onde as mulheres apresentaram escore de 31,25 contra 42,6 dos homens, resultados não são muito surpreendentes, uma vez que os idosos asilados são, normalmente, pessoas passivas, sem atividades ocupacionais, tornando os residentes, pessoas sem iniciativas próprias em realizar algo que preencha seu tempo, assim como pelo sentimento de impossibilidade na realização de tarefas rotineiras às quais estavam acostumadas (SILVA e REZENDE, 2006; NUNES, 2012). Também são relevantes as perspectivas de passado, presente e futuro das idosas, com escores de 53,5 e 46,0, para homens e mulheres, respectivamente, o que demonstra certa falta de perspectiva de vida dos asilados, que já não projetam mais atividades e interesses futuros, assim como a íntima relação entre o grau de satisfação e o nível de realizações de uma pessoa, ou seja, o quanto o indivíduo conseguiu realizar, daquilo que aspirava, ressaltando que, quanto menor a distância entre aspirações e realizações das pessoas, maior é a percepção de boa qualidade de vida (HERÉDIA, 2004; JÓIA *et al.*, 2007).

Em relação ao domínio das Habilidades sensoriais, obtiveram-se escores médios de 73,4 para homens e 57,4 para as mulheres, sendo interpretado como uma indicação de que os idosos desse estudo, em geral, estão satisfeitos quanto ao funcionamento dos seus sentidos, para participar em atividades diárias e interação com as pessoas que

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.v

residem na instituição, concordando com os estudos de Chaimowicz e Greco (1999) e Paskulin (2010).

No domínio da participação social, relativos à questão: “Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?”, observaram-se os escores 57,0 e 44,9, para homens e mulheres, respectivamente, com diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Estas diferenças foram devidas, em grande parte, ao fato de que os idosos vivem em ambientes pouco estimulantes, onde as inatividades física, mental, política, produtiva, cultural e afetiva contribuem para o isolamento, gerando apatia (DALSENTER e MATOS, 2009).

Os resultados obtidos na faceta “Morte e Morrer” obtiveram escores médios de 77,0 para homens e 71,6 para mulheres, indicando que os idosos desse estudo estão satisfeitos quanto aos sentimentos relacionados às inquietações e temores com a morte e morrer, podendo estar relacionado ao fato de que, por se sentirem no final da vida, a morte signifique algo já esperado por eles ou algum mecanismo de enfrentamento em relação à vida e ao futuro, como por exemplo, a espiritualidade, a fé e o seguimento de princípios religiosos. Resultados semelhantes foram observados por Nunes *et al.* (2010) em idosos institucionalizados no município de Natal.

O domínio da intimidade foi o que apresentou os escores mais baixos entre todos os domínios, para ambos os sexos. Segundo Del Pino (2003), a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo. Já em uma pesquisa de Paskulin (2010) em Porto Alegre- RS, os idosos argumentaram que talvez o ato sexual em si seja menos importante nesta faixa etária do que a possibilidade de intimidade, e que a imagem corporal/aparência não seja tão valorizada para os idosos quanto para pessoas mais jovens. O relacionamento entre os idosos asilados, o carinho e o respeito que constroem uns com os outros, muitas vezes os levam a considerar alguns companheiros idosos da instituição como entes queridos e até mais que a sua própria família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com a realização deste estudo permitiram inferir que, de maneira geral, a QV dos idosos asilados é satisfatória, o pior domínio de análise é o da Intimidade e há diferença entre os sexos para QV de idosos, com melhores escores médios de QV para os homens.

A utilização dos instrumentos WHOQOL-bref e WHOQOL-old foram excelentes indicadores da real situação dos idosos e se complementaram nas análises constituindo-se instrumentos válidos e fiéis para a avaliação da qualidade de vida genérica em amostras de idosos asilados, quer em termos de intervenção clínica quer em termos de investigação.

Dessa maneira, pode-se concluir que Qualidade de Vida é mais do que ter uma boa saúde mental ou física, é estar de bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar em equilíbrio, situações já muito complicadas para esta parcela da população que sofre com as doenças, o sedentarismo e a dependência para atividades diárias.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A.O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e dasabafos. Campinas, SP: Alínea, 2004.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2012.142 p.

AVIS NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. **Qual Life Res.** v.13, n. 5, p. 933-46, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.810, de 22 de setembro de 1989. Dispõe sobre as normas para o funcionamento de casa de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. **Diário Oficial da União** 23 de 1989.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.) **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 403-414.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.; PY, L.; CANÇADO, F.; DOLL, J.; GORZONI, M. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

CADER, S.A. *et al.* Perfil da qualidade de vida e da autonomia funcional de idosos asilados em uma instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v.5, n. 4, p. 256-261, 2006.

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. **SALUSVITA**, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

ARAUJO, Géssika da Silva *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.v

CAMARANO, A. A. *et al.* Envelhecimento da população brasileira. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002. p. 58-71.

CAMPOS, M.R.X; DIAS, C.A; RODRIGUES, S.M. Representações de cuidadores de idosos a respeito do “ser idoso”, da “velhice” e do “viver institucionalizado”. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 255-264, 2010.

DEL PINO, A.C.S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista Multidisciplinar de Gerontología**, La Rioja, Espanha, v. 13, n. 3, p. 188-192, 2003.

CHAIMOWICZ, F; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-60, 1999.

CHANDLER, J. M. Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002. p. 265-266.

CICONELLI, R.M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista brasileira de reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

DALSENTER, C.A; MATOS, F.M. Percepção da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados da Cidade de Blumenau (SC). **DYNAMIS revista tecno-científica**, Blumenau, v.5, n. 2, p. 32-37, 2009.

FERREIRA, T.C.R.; PINTO, D.S; PIMENTEL, K.A.; PEIXOTO JÚNIOR, O.S. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 9-20, 2011.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

HERÉDIA, V.B.M *et al.* **Institucionalização do idoso: identidade e realidade**. In: Cortelletti *et al.* Idoso asilado, um estudo gerontológico. Caxias do Sul, RS: Educs/ Edipucrs, 2004, p. 13-60.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Apresenta estatísticas sobre a população. **IBGE**, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

JÓIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.131-137, 2007.

LACERDA, J.A; *et al* Capacidade de Idosos Institucionalizados para realizar atividades instrumentais de vida diária. **Revista Inspirar**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 29-34, 2010.

LENARDT, M.H. ET. AL. O idoso institucionalizado e a cultura dos cuidadores profissionais. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 117-23, 2006.

LUCENA, N. M. G. *et al*. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro: Atlântica, v. 3, n. 3, p. 164-169, 2002.

MURAKAMI, L; SCATTOLIN, F. **Rev Med Hered**, Lima, v. 21, n. 1, 2010.

MELO, M.C. *et al*. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 1579-1586, 2009.

NUNES, V.M.A. *et al*. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum: Health Science**, Maringá, v. 32, n. 2, p.119-126, 2010.

OMS: PROMOCIÓN DE LA SALUD. GLOSARIO. GENEBRA. Índice de desenvolvimento humano. Programa das nações unidas para o desenvolvimento. [relatório]. 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acessado em: 05 mar. 2013.

PARAHYBA, I.M.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.

PASKULIN, L.M.G.; CORDOVA, F.P.; COSTA, F. M.; VIANNA, L.A.C. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 23, n.1, p.106, 2010.

PERLINI, N.M.O.G. *et al*. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.231-234, 2007.

PEREIRA, R. J. *et al*. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 33-34, 2006.

REJESKI, W.J; BRAWLEY, L.R. Functional Health: Innovations in Research on Physical Activity with Older Adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2006.

ARAUJO, Géssika da Silva *et al*. Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. **SALUSVITA**, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

ARAÚJO, Gécika da
Silva *et al.* Qualidade de
vida de idosos residentes
na Vila Vicentina de
Bausu/SP. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-
75, 2014.v

SILVA, M.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 77-91, 2003.

SILVA, T.E; REZENDE, C.H.A. Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL-bref. **Revista Eletrônica da Universidade Federal de Uberlândia**, 2006.

SOUSA, S. S.; OLIVEIRA, O.S. Study of sociodemographic factors associated with functional. **Rev Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 44-48, 2013.

TAVARES, D.M.S; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de Idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-20, 2012.

TIER, C.G; *et al.* Refletindo sobre idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 3, p. 332-335, 2004.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

THOME, B.; DYKES, A.K.; HALLBERG, I.R. Quality of life in old people with and without cancer. **Qual Life Res.**, v. 13, n. 6, p. 1067-80, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública UFRJ [online]**, Rio de Janeiro, v. 43, p.548-554, 2009.

VITORINO, L. M; PASKULIN, L. M.G; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1186-1195, 2012.

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis**. 5th. ed. New Jersey: Prentice-Hall. 2010.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ANÁLISE IMAGÉTICA E TEXTUAL DE PROGRAMAS DESENVOLVIDOS POR OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Health Promotion: imagetic and textual analysis of programs developed by Health Insurance Operators

Elizabeth Rose Assumpção Harris¹

Marcos Santos Ferreira²

Silvio de Cassio Costa Telles³

¹Licenciada.

²Doutor. Professor Adjunto do Instituto de Educação Física e Desportos. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências do Exercício e do Esporte. Universidade Gama Filho.

³Doutor. Prof. Adjunto da Escola de Educação Física e Desportos-Universidade Federal do Rio de Janeiro. Prof. do Instituto de Educação Física e Desportos-Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Prof. Adjunto do Departamento de Educação Física-Universidade Gama Filho.

Recebido em: 04/11/2013

Aceito em: 21/01/2014

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

RESUMO

Introdução: a Promoção da Saúde (PS) apresenta-se em diferentes roupagens, podendo ter diversos significados, o que denota sua maleabilidade a diferentes projetos de sociedade. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi identificar a abordagem de PS veiculada nos materiais imagéticos e textuais de programas de PS desenvolvidos por Operadoras de Plano de Assistência à Saúde (OPS), baseados em resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Metodologia:** para tal, foram analisados materiais imagéticos de programas de PS desenvolvidos por seis OPS de 2005 a 2011. A análise ocorreu por meio do método do saber indiciário (Ginzburg, 1989). **Resultados/discussão:** durante as análises, percebeu-se que os materiais de muitas das OPS alinhavam-se a mais de uma abordagem de PS e

que ainda há uma grande predominância da 1ª PS nos materiais de algumas OPS, enquanto a 2ª PS tende a aparecer em menor escala. Foram feitas sugestões de modificações a serem feitas pelas OPS em materiais com predominância de 1ª PS, como a substituição de imagens que possam transmitir temas recorrentes da 1ª PS e a modificação do texto dos materiais. **Conclusões:** após a análise dos materiais, percebeu-se que alguns materiais passam imagens contraditórias de seu alinhamento à 1ª ou 2ª PS e questionou-se se as OPS realizaram estudos sobre a PS quando o material foi elaborado. Como muitos materiais mostram alinhamento à 1ª PS, a interpretação crítica dos mesmos é importante para evitar a sensação de culpabilidade dos leitores.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Planos de Saúde. Paradigma Indiciário. Análise imagética.

ABSTRACT

Introduction: *health promotion presents itself in different manners and can have diverse meanings, denoting its conformity to different society projects.* **Objectives :** *the objective of this study was to identify which health promotion approach was used in imagetic and textual materials from health promotion programs developed by health insurance operators based on National Supplementary Health Agency resolutions.* **Methodology:** *in order to achieve this goal, imagetic and textual materials from health promotion programs developed between 2005 and 2011 by six health insurance operators were analyzed. The method used for analysis was the Indiciary Knowledge Method.* **Results/discussion:** *during the analysis, it was noted that materials from many of the health insurance operators were aligned to more than one type of health promotion and there is still a predominance of the first health promotion approach in some of the six operator's materials. The second health promotion approach tended to show on a lesser scale. Suggestions were made for changes in materials with a predominance of the first health promotion approach, like switching images that transmit recurrent themes of said approach.* **Conclusions:** *after analysis, it was perceived that many materials show contradictions regarding their alignment to the 1st or 2nd health promotion approach. It was questioned whether the operators had studies done about health promotion when the materials were elaborated. Considering the ample presence of the*

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

first approach, critical interpretation is deemed vital for readers to avoid a sensation of culpability.

Keywords: *Health Promotion. Pre-paid Health plans. Indiciary Paradigm. Image Analysis.*

INTRODUÇÃO

‘Promoção da Saúde’ (PS), mais que expressão, é ideário que vem servindo de referência para ações e políticas no campo da saúde. Marcada pela ambiguidade, a PS vem sendo identificada por diferentes abordagens. A primeira, chamada de comportamentalista ou conservadora, fundamenta-se nos preceitos de fatores de risco produzidos por vertentes reducionistas clássicas da epidemiologia e é fortemente orientada para mudanças comportamentais e de estilo de vida. Assim, a PS é vista como um meio de dirigir os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde e de reduzir os gastos com o sistema de saúde. Alinham-se a essa abordagem autores como O’Donnell (1989), que vê a PS como “a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seus estilos de vida com vistas a alcançar um estado de saúde ideal” (p.5). Essa abordagem, predominante nos anos 1970, tem como principais marcos o Informe Lalonde (LALONDE, 1974) e o Relatório ‘*Healthy People 1979*’ (U.S.D.H.E.W., 1979), publicados no Canadá e nos EUA, respectivamente.

Percebe-se pela leitura desses documentos que essa versão de PS tem um foco comportamentalista e conservador, baseando-se no estímulo a mudanças comportamentais e de estilo de vida por parte da população (FERREIRA *et al*, 2011). Considera-se que os indivíduos são diretamente responsáveis pelos efeitos deletérios que seus hábitos de vida têm sobre sua saúde (LALONDE, 1974). Essa responsabilização de indivíduos por sua saúde acaba caracterizando a culpabilização das vítimas, pois problemas que deveriam ser tratados de forma mais coletiva são individualizados, removendo a responsabilidade do governo e responsabilizando as pessoas por sua boa ou má saúde (DEVIS; VELERT, 1992 *apud* FARINATTI; FERREIRA, 2006). Além disso, evidencia mecanismos de pressão sociais, juntamente à adoção de comportamentos preconceituosos por parte das pessoas (DOWNIE *et al*, 1991 *apud* FARINATTI; FERREIRA, 2006).

Ciente das imprecisões e limitações da abordagem comportamentalista de PS predominante na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) busca avançar nas discussões sobre esse ideário

e em 1984 promove um encontro de especialistas, visando estabelecer consensos mínimos em torno de ideias que, como princípios da PS, serviriam de ponto de partida para a reflexão e a definição de políticas e estratégias de ação no campo da saúde. Surge então uma nova abordagem de PS, que ficou conhecida como ‘Nova Promoção da Saúde’ (ou abordagem sócio-ambiental ou sócio-ecológica), cujo marco mais expressivo foi a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá.

A ‘Nova Promoção da Saúde’, embora também fundada na ideia de risco epidemiológico, tem seu foco dirigido para os condicionantes mais gerais da saúde como os indissociáveis ambientes social, econômico e cultural. Nessa perspectiva, a PS é vista como um meio de se contribuir para mudanças sociais e na relação entre cidadãos e Estado e, além disso, como uma forma de deslocar a ênfase na medicalização do sistema de saúde para o enfoque em políticas públicas e ações multissetoriais (LUPTON, 1995). Nesse sentido, a participação social e o *empowerment* são apontados como elementos-chave da ‘Nova Promoção da Saúde’ que, embora não deixe de advogar a adoção de comportamentos considerados saudáveis, condena estratégias que culpabilizam o indivíduo por sua condição de saúde e que se limitam a prescrever comportamentos independentemente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais e em detrimento de seu enfrentamento.

Entre as várias ações brasileiras desenvolvidas sob a égide da PS está a da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, a partir de 2005, pela Resolução Normativa nº 94 de 2005, passou a condicionar a cobertura de frações de garantias financeiras das Operadoras de Plano de Assistência à Saúde (OPS) à adoção de programas de PS, segundo calendário (ANS, 2005a) e critérios específicos (ANS, 2005b). Assim, a ANS visava estimular as OPS a desenvolver ações de PS e constituir capital mínimo para operar no mercado. Com a ambiguidade do ideário da PS e sua crescente adoção como referência para ações e políticas de saúde, que abordagem de PS ilumina as ações e os programas desenvolvidos pelas OPS?

Tivemos como objetivo identificar a abordagem de Promoção da Saúde veiculada nos materiais imagéticos produzidos por programas de promoção da saúde desenvolvidos com base na RN nº 94¹ e na Instrução Normativa nº 10 da ANS². Especificamente, buscamos: I)

1 A Resolução Normativa 94 da ANS foi modificada pela RN 105/2005 (ANS, 2005c) e pela RN 148/2007 (ANS, 2007), que permitiu a participação de autogestões patrocinadas.

2 A Instrução normativa 10 contém as instruções para as OPS se enquadrarem na RN 94 (ANS, 2005b).

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

identificar na ANS as OPS que desenvolveram programas de promoção da saúde de 2005 a 2011. II) identificar, por meio das análises, a que abordagem da promoção da saúde esses programas aparentam estar vinculados. III) discutir o resultado das análises quanto à abordagem de promoção da saúde que foi encontrada, ampliando a discussão sobre a forma de propaganda e seu impacto nas pessoas. IV) Sugerir alterações que poderiam ser feitas nos materiais de divulgação dos programas.

MÉTODOS

Para alcançar o objetivo do estudo, utilizamos o método indiciário proposto por Ginzburg (1989), método cujo princípio está na busca da verdade provável (e não absoluta), que não coincide nem com a verdade sapiencial, garantida pela pessoa que a propõe e, assim, para além da prova, nem com a verdade impessoal da geometria, inteiramente demonstrável e acessível a todo aquele capaz de aceder ao conhecimento (GINZBURG, 2002).

Embora ocultado até hoje por preceitos da ciência de inspiração galileiana, fundada na quantificação, generalização e normatividade dos fenômenos como forma de explicá-los, o método indiciário vem se apresentando como alternativa para a produção de saber, sobretudo pela impossibilidade de aquela forma de fazer ciência apreender o qualitativo, o individual³, o que não reduz-se a números. Na produção desse tipo de saber, faro, golpe de vista e intuição são elementos que, embora imponderáveis, devem de algum modo ser considerados. Assim, diz-se que o método indiciário vale-se de um 'rigor flexível'. Se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la (GINZBURG, 1989).

Para traduzir o método do saber indiciário para a prática, foram criados padrões de análises para elementos imagéticos, textuais e vídeos, explicitados a seguir. Para imagens, foram observados os seguintes itens:

- 1 Que elementos imagéticos aparecem no material?
- 2 O que é que se pode perceber com a observação detalhada desses elementos, considerando as abordagens da PS?
- 3 Que mensagem passa o conjunto geral? O que a OPS parece querer dizer com as imagens?

3 A noção de individualidade expressa aqui se refere às especificidades do objeto.

Quanto aos elementos textuais, foram observados tempo verbal, tipo de texto, além do conteúdo propriamente dito e sua associação com as imagens. Nos vídeos, foram observados os elementos imagéticos, falas das pessoas que aparecem nas imagens/personagens e, em caso de trilha sonora, seu efeito na interpretação do vídeo.

Primeiro, buscou-se no sítio eletrônico da ANS as OPS que possuíam programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Foram encontradas três tabelas com os nomes das OPS e dos programas aprovados pela ANS. Foi feita outra busca com o mecanismo de buscas *Google* e foram encontradas mais duas tabelas. Havendo um bom número de nomes de OPS e uma planilha com seus dados, buscou-se contato pelos endereços eletrônicos informados na planilha. Foram utilizados também os “Fale Conosco” dos sítios eletrônicos. Ocorreu então uma fase de contato telefônico com as OPS que não haviam respondido pela internet e com as que não possuíam canal de atendimento *online*. Decidiu-se analisar o material de todas as OPS que o forneceram ou indicaram um local para encontrá-lo, além das que já tinham o material disponível *online*. As OPS cujo material não permitia uma análise adequada para o estudo (por material insuficiente, tanto textual quanto imageticamente) foram desconsideradas. A seguir, as OPS e os programas e materiais analisados:

Cassem: Curso Casal Grávido, Pronutri, Dia M, Viva Saúde, Ônibus da Saúde e Odontologia para Bebês. Os materiais incluem pdfs explicativos, vídeos do canal da OPS no YouTube e artigos na revista da operadora.

Medplan: Programa “Mais por Você”, que aborda hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e obesidade. Os materiais foram enviados por correio.

Cassi: Programas Bem Viver, Viva Coração, Atenção aos fumantes, Atenção aos crônicos e Plena Idade. Cartilhas preventivas distribuídas aos beneficiários. Os materiais dessa OPS incluem cartilhas, folders e artigos no jornal da operadora, disponíveis em seu sítio eletrônico.

Camed: Programas Promovendo saúde, Programa de Prevenção Odontológica, Prevfone e Amigos da Família na forma de folders e informativos escaneados enviados pela OPS.

Sanepar: Programas Prevenção do Câncer Colo de Útero, Prevenção do Câncer de Próstata, Prevenção do Câncer de Mama, Programa Motiva e Programa Respire. Os materiais foram folders e explicações tirados do sítio eletrônico da OPS.

Saúde São Lucas: Preventiva São Lucas. O material consiste de imagens de informações presentes no sítio eletrônico da OPS sobre o programa.

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

Análise e discussão

Iniciaremos pela Cassems. Eis os programas analisados e seus objetivos:

- **Curso Casal Grávido:** visa reduzir as internações em UTI neonatal, doenças hipertensivas maternas e, sobretudo, acolher às gestantes, puérperas e suas famílias durante a gravidez e os momentos que se seguem a ela. O curso propõe-se a ajudá-los a compreender o que se passa durante e logo após uma gestação, auxiliando-os a se adaptarem a isso (CASSEMS, [2011]b).

- **Dia M:** Auxiliar às beneficiárias do sexo feminino na prevenção do câncer de mama e o câncer de colo de útero, fornecendo a elas o apoio necessário para tal, com exames preventivos e consultas médicas. São selecionadas para o programa as mulheres que têm os exames preventivos atrasados (CASSEMS, [2011]a).

- **Odontologia para bebês:** busca incentivar hábitos saudáveis no cuidado com os dentes das crianças, evitando tratamentos curativos. O foco é a prevenção de doenças bucais, ensinando às crianças e a seus pais como cuidar da higiene bucal dos pequenos (CASSEMS, [2011?]d).

- **Ônibus da Saúde:** levar o atendimento ambulatorial às pessoas que moram longe dos grandes centros urbanos para auxiliar na prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama. São selecionadas para agendamento de consulta as beneficiárias com os exames preventivos atrasados (CASSEMS, [2011]c).

- **Pronutri:** fornecer orientação nutricional a quem necessita (CASSEMS, [entre 2006 e 2011]a).

- **Viva Saúde:** atender à saúde do adulto com consultas, palestras e exames quando necessário. Tem caminhadas orientadas e qualquer beneficiário da OPS pode participar. Desse programa fazem parte o Programa Antitabagismo e o Dia do Diabetes (CASSEMS, [entre 2006 e 2011]b).

Os folders em pdf encontrados no sítio eletrônico da OPS contêm, em geral, imagens dos próprios programas, mostrando um pouco de seu cotidiano. Essas imagens estão lá apenas para propósito de divulgação, não sendo possível vinculá-las a qualquer abordagem de PS ou, então, identificando-se traços da 2ª abordagem. Uma exceção foi verificada no pdf explicativo do Pronutri que contém, nas imagens, um par de halteres, uma fita métrica, um punhado de grãos, salada e arroz (Figura 1). Essas imagens remetem a diretrizes sempre presentes nos programas de promoção da saúde que visam a alteração no comportamento individual das pessoas, responsabilizando-as por seu estado de saúde, algo típico da 1ª PS (CASSEMS, entre 2006 e 2011a).



Figura 1 - halteres, fita métrica, grãos e salada (CASSEMS, entre 2006 e 2011a).

Quanto aos elementos textuais dos pdfs, vê-se que em geral os programas são apresentados para que pareçam estar alinhados à 2ª PS.

Em relação aos vídeos, já se vê algo diferente. A forma como os programas são apresentados remete bastante à 1ª PS, mesmo que o objetivo do programa seja de 2ª PS. Um exemplo disso seria o programa “Casal Grávido”. Pelos objetivos do programa, ele estaria enquadrado na 2ª PS. Porém, a forma como o curso ocorre e é divulgado nos vídeos alinham-se à 1ª PS. O programa espera dos beneficiários uma mudança de comportamento e mostra isso nos vídeos de divulgação, mas com exceção de um único sábado, não aparenta fornecer suporte regular para promover a mudança. O indivíduo que não conseguir realizar as sugestões oriundas das informações veiculadas no curso pode culpabilizar-se. Esse padrão é comum à 1ª PS, como se pode ver por Devis e Velert (1992 apud FARINATTI; FERREIRA, 2006) e Ferreira *et al.* (2011).

Outro exemplo dessa situação seria o programa Pronutri. Seu objetivo enquadra-se na 2ª PS, mas em um vídeo que fala sobre uma palestra do programa, diz-se que ele visa levar saúde aos beneficiários por meio de palestras sobre alimentação saudável, mas não menciona apoio para que as mudanças necessárias à rotina dos participantes ocorram. As imagens que aparecem no início do vídeo remetem à 1ª PS. O vídeo começa falando da importância da boa alimentação para a saúde pessoal (surge uma mulher escolhendo legumes no mercado) em conjunto com a prática de atividades físicas (outra mulher correndo ao ar livre), imagens que juntamente com o texto do vídeo (CASSEMS, 2012) lembram a 1ª PS, pois remetem a um padrão frequentemente associado à abordagem, com alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e a adoção/modificação de outros comportamentos individuais.

Também há programas cujo panfleto em pdf explicativo e vídeo alinham-se à mesma abordagem da PS, como o programa “Ônibus da Saúde”. Tanto o panfleto pdf explicativo (CASSEMS, [2011]c)

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

quanto os vídeos analisados (CASSEMS, 2011e) têm fortes indícios da 2ª abordagem da PS. Indicam que o programa visa conscientizar as beneficiárias da necessidade de se realizar os exames preventivos em dia e percebe-se uma preocupação em facilitar (através do ônibus) o acesso das pessoas que moram longe, para que possam realizar os exames. Isso mostra que a OPS levou em conta fatores externos, sobre os quais as beneficiárias não têm controle e buscou contornar o problema, fornecendo prevenção e informação às comunidades. Outro programa que se pode citar nesse sentido é o Dia M. No vídeo que o menciona, pode-se ver que o programa buscou atenuar um dos fatores que influenciam a saúde das pessoas (correria cotidiana) contatando as mulheres com os exames preventivos atrasados e marcando-os (CASSEMS, 2011f).

Existem ainda alguns artigos publicados na revista da Cassems, a “Viver Cassems” que mencionam e divulgam os programas de promoção da saúde da OPS. Temos o programa Antitabagismo que é, na verdade, parte do programa Viva Saúde. No vídeo e no pdf explicativo, vemos uma abordagem que, embora tenha algo de 2ª PS (são mencionados o apoio que se dá e o trabalho que é feito para ajudar o beneficiário a parar de fumar), há também traços de 1ª PS, como pode ser visto na fala “A iniciativa da Cassems de propor uma mudança de hábitos pelo bem da saúde é a esperança de dias melhores” (CASSEMS, 2011g), que foi proferida pelo presidente da OPS. Também se vê essa mistura de 2ª e 1ª PS no pdf explicativo do Viva Saúde (CASSEMS, entre 2006 e 2011b), mas somente com o que há no pdf não se pode fazer uma análise completa.

Pelo que se pôde analisar, embora existam exceções à regra, os programas da OPS Cassems tendem a buscar a 2ª abordagem da PS, mas alguns pontos do material têm vínculos com a 1ª vertente. Algo importante a considerar é que isso pode estar vinculado ao espaço e tempo disponíveis para se aplicar o programa e por isso essa contradição pode aparecer dessa maneira nos materiais. Além disso, nem todas as pessoas estudaram as vertentes de promoção da saúde e sabem do que se tratam a 1ª e a 2ª PS, o que explicaria a diferença entre as falas de cada coordenador quanto aos objetivos dos programas nos vídeos. O material encontrado parece retratar bem a realidade dos programas. Sugerimos aqui, no caso dos programas cuja descrição indica aproximação da 2ª PS mas com imagens que remetem mais à 1ª PS, mudar as imagens para mostrar claramente o vínculo com a 2ª PS.

Sanepar

Objetivos dos programas analisados:

- **Motiva:** visa estimular a melhoria na qualidade de vida para os beneficiários portadores de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Baseia-se na educação para a saúde e na aquisição de hábitos saudáveis, tendo suporte técnico da empresa Qualicorp e contando com uma equipe profissional multidisciplinar. O atendimento é realizado mensalmente por telefone (SANEPAR, [2011?]a).

- **Respire:** busca auxiliar os beneficiários que fumam a largar o vício. Conta com uma equipe multidisciplinar e tem duração de 12 meses, sendo oito encontros grupais e três consultas individuais, além do monitoramento por telefone (SANEPAR, [2011?]b).

- **Prevenção do câncer de mama:** é um incentivo à realização da mamografia. A OPS identifica em sua base de dados as mulheres que estão com o exame atrasado e entra em contato com elas para incentivá-las a realizar o exame com um médico do plano, sem qualquer custo para elas (SANEPAR, [2008?]b).

- **Prevenção do câncer de próstata:** busca sensibilizar a população masculina que tem entre 45 e 59 anos a ir ao médico para realizar o exame de prevenção (SANEPAR, [2009?]a).

- **Prevenção do câncer de colo de útero:** incentivo à realização do exame Papanicolau, identificando as usuárias que estão com o exame atrasado e contatando-as para incentivá-las a realizar o exame com um médico do plano, sem qualquer custo (SANEPAR, [2008?]c).

Foram analisados os pôlderes explicativos encontrados no sítio eletrônico da OPS e as explicações sobre os programas que também foram encontrados lá. Alguns programas, como o “Motiva” e o “Respire” não possuíam pôlder, tendo apenas uma explicação escrita no site com a descrição do programa. Nos pôlders, que são dos programas de prevenção ao câncer de mama, câncer de colo de útero e câncer de próstata, há um padrão bem claro. A primeira página contém sempre apenas uma imagem e no verso ficam concentradas diversas perguntas sobre a doença em questão. As imagens na frente são sempre de um médico e um paciente.

O paciente consulta-se com o médico. Isso pode ser indício da visão medicalizada deles de saúde, mas pode também ser apenas uma imagem-padrão. Quanto aos elementos textuais, são em sua maioria meramente informativos, com informações sobre sintomas das doenças, exames preventivos que devem ser feitos e tratamento. Em algumas perguntas e respostas foi possível encontrar traços significativos da 1ª PS. Como exemplo, temos o seguinte trecho, extraído do pôlder do programa contra câncer de mama:

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

O que mais a mulher pode fazer para se cuidar? Comer mais frutas, legumes e verduras, controlar o peso corporal, evitar frituras e outros alimentos gordurosos, comer carne vermelha somente duas vezes na semana, não abusar do sal e nem do açúcar, praticar atividades físicas (qualquer atividade que movimente seu corpo) e não fumar. (SANEPAR, [2008?]a).

O foco nesse trecho está nos comportamentos individuais e coloca muita responsabilidade de evitar a doença na mulher. Aparentemente, o importante é a mulher se prevenir, fazendo os exames preventivos além de adaptar seus comportamentos individuais aos que são mencionados no folder. Em outras partes do folder, reconhece-se que o câncer pode ter outras causas não controláveis, como a genética. Em todos os folders há um pequeno texto, que diz que se o paciente tem dificuldades de marcar consulta médica perto de onde mora, deve entrar em contato com a secretaria ou o conselho municipais de saúde para orientações e providências, o que mostra um apoio ao cidadão no que diz respeito a seus direitos e a busca por seu engajamento social. Isso remete à 2ª PS. Todos os folders estão no mesmo formato e todos eles seguem esse padrão em relação às abordagens de PS.

Quanto às explicações sobre cada programa, são predominantemente informativas e estão em voz passiva. Não parecem exigir mudanças comportamentais das pessoas ou aconselhá-las. É possível perceber traços de 2ª PS nas explicações, pois ao falar dos objetivos dos programas, colocam-nos de modo a demonstrar que esses procuram facilitar a prevenção e diagnóstico para os beneficiários, auxiliando-os a manter seus exames preventivos em dia por meio de comunicações com quem tem os exames atrasados. Os materiais da OPS mostram uma mistura das duas abordagens da PS. Seria útil que os materiais de divulgação tivessem mais detalhes sobre os programas.

Camed

Pelas explicações escritas, os programas são apresentados como alinhados à 2ª PS, pois demonstram a capacitação de indivíduos e até de grupos (no caso do “Promovendo Saúde” e do “Programa de Prevenção Odontológica”) para que pudessem ter maior controle sobre fatores determinantes de sua saúde, tendo assim melhor qualidade de vida o que, segundo Carvalho (2004), é uma característica da 2ª PS. O Programa Promovendo Saúde envolve palestras, distribuição de materiais informativos e a criação de grupos de acompanhamento

para idosos e pessoas com diabetes, hipertensão e obesidade. Já o Programa de Prevenção Odontológica fornece informações, realiza medidas educativas e também preventivas (como a limpeza bucal e a aplicação de flúor) (CAMED, [2011 ou 2012]a).

Outro exemplo desse alinhamento à 2ª PS, mas em menor grau, seria o programa “Amigo da família”, que busca levar aos beneficiários com doenças complexas o acompanhamento do qual necessitam, fornecendo o suporte para que os mesmos se tratem, sem responsabilizá-lo por um fator sobre o qual não tem controle (CAMED, [2011 ou 2012]e). São apenas traços de 2ª PS pois pelo material não se vê tentativa do programa engajar os indivíduos atendidos na tomada de decisões referentes a sua saúde e nem de educá-los. O Prevfone não aparenta encaixar-se em nenhuma vertente da promoção da saúde, sendo apenas um programa de controle à distância, mesmo aparecendo como programa de promoção da saúde e prevenção na página da OPS (Camed, [2011 ou 2012]a). Quanto aos materiais imagéticos, foram analisados uma série de informativos mensais e pôsteres vinculados ao programa “Promovendo Saúde”. Foram encontrados materiais com abordagem direcionada à 1ª e à 2ª PS, e outros com uma mistura dos dois quanto ao conteúdo.

Quanto à 1ª PS, pode-se usar como exemplos os folhetos “Dimensões do Ser: encontre seu equilíbrio” e “Proteja seu Coração”. No caso do primeiro, em sua primeira página do arquivo eletrônico, há a imagem de uma mulher jovem usando um conjunto de ginástica rosa com os braços abertos e os olhos fechados, aparentando relaxamento e felicidade. Em outra imagem, ela está sentada com um homem que também veste roupas apropriadas para atividade física, o que indica que provavelmente praticaram ou iriam praticar atividades físicas na praia. Aliado à expressão “Tome uma atitude: viva com saúde.” (CAMED, [2011 ou 2012]a), temos a colocação da responsabilidade pela saúde física inteiramente nas mãos do paciente, o que é culpabilização da vítima (DEVIS; VELERT, 1992 *apud* FARINATTI; FERREIRA, 2006).

Nos elementos textuais, a culpabilização é óbvia. Trechos como “Apenas quando exercitamos o direito de escolher é que exercitamos também o direito de mudar” e “suas atribuições básicas, o traslado casa-trabalho, cursos e atualização profissional devem ser calculadas e planejadas para tirar o melhor proveito, adquirindo menos estresse” demonstram isso claramente (CAMED, [2011 ou 2012]a). No folheto (Proteja seu coração), pode-se ver na segunda página como plano de fundo um eletrocardiograma e suas linhas formam um coração (CAMED, [2011 ou 2012]b). Levando em conta que o eletrocardiograma é frequentemente associado a situações de “vida

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

ou morte” graças a telenovelas e filmes, isso pode ser uma tentativa de assustar ou então de dar maior importância à questão da saúde cardíaca e dos cuidados pessoais. Como a ênfase do texto é em ações que uma pessoa deve tomar para melhorar sua saúde cardíaca, parece uma mistura das duas alternativas supracitadas, encaixando-se na 1ª PS. Um trecho que mostra isso encontra-se nas dicas do folheto sobre o estresse, um dos vilões da saúde. “Evite permanecer em ambientes tumultuados ou barulhentos; Evite discutir assuntos polêmicos antes de dormir; Evite alimentar-se demasiadamente; [...] Ouça música calma ou instrumental...” (CAMED, [2011 ou 2012] b). A maioria das pessoas nada pode fazer se trabalha em um local barulhento ou precisa pegar meios de transporte lotados (tumulto e barulho) para chegar em casa. As dicas do panfleto estão escritas no tempo imperativo e, assim, parecem ordens a quem lê, podendo promover a culpabilização da vítima.

Quanto à mistura das duas abordagens de PS que aparece em parte do material, podemos usar como exemplo o folheto “Atividade Física”. Em seus elementos textuais, pode-se ver que está tudo escrito de forma muito objetiva, buscando orientar o leitor da melhor maneira possível a começar a praticar atividade física e falando dos benefícios que isso traz ao corpo (CAMED, [2011 ou 2012]c). Algo a se notar, porém, é que o tempo verbal está praticamente todo no imperativo, o que dá a aparência de que as dicas não são exatamente dicas, mas ordens. Isso é um indício da 1ª PS, mas o resto do folheto aproxima-se da 2ª PS ao fornecer informações ao indivíduo sobre a prática de atividades físicas. Os elementos imagéticos desse folheto não aparentam pertencer à 1ª ou à 2ª PS.

O folheto do programa “Amigo da família” mostra uma senhora sendo atendida em casa e seus elementos textuais explicam os objetivos do programa de atendimento domiciliar (CAMED, [2011 ou 2012]d). O programa não contém traços de 1ª PS e aproxima-se da 2ª abordagem ao levar o atendimento aos que encontram-se impossibilitados de deslocar-se para buscá-lo, tirando essa responsabilidade de seus ombros e visando contornar alguns fatores externos que influem na saúde do indivíduo como a dificuldade de acessar o tratamento.

Os informativos mensais “Opção Saúde” do programa “Promovendo Saúde” abordam diversos assuntos relacionados à saúde dos beneficiários e tendem a misturar a 1ª PS com a segunda ou até mesmo ter uma abordagem somente informativa, como é o caso do arquivo que fala sobre os primeiros socorros para crianças. Na edição que fala sobre a importância das frutas para a saúde das pessoas (O colorido que ajuda sua vida), cumpre-se um papel apenas de informação, ao levar ao leitor informações sobre como as frutas podem

ajudá-los a manter uma boa saúde, mas sem pôr responsabilidade direta em quem lê. No entanto, a última frase remete à 1ª PS. “Qualidade de vida começa com uma boa alimentação” (CAMED, [2012]) responsabiliza as pessoas quanto à sua qualidade de vida.

Os materiais da OPS exibem uma mistura das duas abordagens. Quanto às que alinham-se mais à 1ª PS, recomendamos reescrever os elementos textuais para não responsabilizar somente o leitor.

Saúde São Lucas

Os materiais da OPS tendem a ser neutros, concentrando-se na informação e, às vezes, recorrendo a conceitos da 1ª ou da 2ª PS. Um exemplo seria o material de Câncer de Próstata, dividido em três partes: principal, fatores de risco e prevenção. Na parte principal, há um diagrama ilustrativo do sistema reprodutor masculino e é dada a definição da doença, com a recomendação de que os homens realizem o exame preventivo. Aparece ser somente informativo. Na parte dos fatores de risco, os mesmos são enumerados e a imagem é a de um homem com uma expressão neutra no rosto, com uma médica ao fundo. Novamente, o quadro é apenas informativo, não se aproximando de nenhuma das abordagens da PS. Apenas na parte da prevenção há elementos que se enquadram na 1ª PS. A imagem do homem jovem e aparentemente saudável que sorri abertamente enquanto come um prato de salada pode ser uma associação (embora sutil) entre hábitos individuais saudáveis e o estado de saúde pessoal. São mencionados pontos da prevenção primária e secundária e na prevenção primária os hábitos pessoais estão em foco (SAÚDE SÃO LUCAS, [2011]a).

O material é quase neutro, com algumas aproximações a ambas as abordagens da PS, especialmente nas seções de prevenção. Muitos dos materiais seguem um padrão parecido. Exemplos que podem ser citados quanto à aproximação com a 1ª PS na seção da prevenção são as partes que falam sobre dislipidemia, câncer de próstata, câncer de colo de útero, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, prevenção de riscos cardiovasculares, qualidade de vida e obesidade, que tendem a pôr a maior responsabilidade quanto à prevenção de doenças no paciente. Os materiais que falam de atenção ao idoso e do programa de atenção domiciliar alinham-se mais (embora não se enquadrem por inteiro) à 2ª PS, pois reconhecem a influência de vários fatores no que diz respeito à saúde dos idosos e da população em geral e mencionam que buscam auxiliá-los quanto a esses fatores como, por exemplo, no caso

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

da autoestima e de orientações sobre diversos assuntos como sexualidade, higiene, atividade física e nutrição, dentre outros. Assim, segundo eles, terão melhores condições de passar bem essa fase da vida (SAÚDE SÃO LUCAS, [2011]b)

Foram analisados também materiais referentes ao programa em geral, e percebeu-se uma ligeira inclinação em direção à 1ª PS, pelas imagens presentes nesses materiais. As imagens de um estetoscópio à volta de uma maçã e de uma turma de hidroginástica com a legenda “Não é a fonte da juventude mas tem o mesmo efeito!” tanto podem relacionar-se à 1ª PS quanto ser neutras. Algo interessante é que na imagem que descreve a equipe multidisciplinar, apenas a equipe médica, a enfermeira e a nutricionista têm seus nomes mencionados (SAÚDE SÃO LUCAS, [2011]c). O resto está sob o título “equipe multidisciplinar”, o que pode ser uma desvalorização das outras profissões.

Medplan

Durante as análises, percebeu-se que nos materiais, além do cunho informativo, há apenas a presença da 1ª PS. Há uma mistura de informações simples com elementos que remetem à 1ª PS. Um exemplo seria o pôster de Pressão Arterial. As imagens no geral são meramente ilustrativas ou refletem a 1ª PS. Na terceira página do mesmo, aparece uma série de imagens que visam ensinar ao leitor maneiras de evitar a hipertensão arterial. As imagens são: uma mulher que veste roupa de ginástica pesando-se. Seu corpo foi desenhado conforme um padrão estereotipado, com coxas, quadril e peitos amplos e uma cintura fina. Ela sorri ao ver seu peso. Há também um homem que come uma maçã, um “X” vermelho por cima de uma garrafa de bebida alcoólica e um copo e um símbolo de “proibido” junto a um conjunto de churrasco, batatas fritas, hambúrguer e uma garrafa que parece ser de refrigerante. Junto às imagens, estão dicas (MEDPLAN, [2011?]).

Os padrões em que o corpo da mulher foi desenhado são quase inatingíveis naturalmente (MEDPLAN, [2011?]). Reduzir o peso não quer dizer deixar o corpo conforme as imagens veiculadas pela mídia. Nesse caso, é possível ver traços de 1ª PS. As outras imagens já não contêm esses traços, parecendo ser apenas informativas. No entanto, o texto que acompanha essas imagens está completamente no tempo imperativo, possivelmente implicando que a saúde da pessoa depende apenas dela. Isso pode gerar culpabilização caso a pessoa não consiga seguir as recomendações. Sugerimos que as imagens e

o texto dos materiais sejam escolhidas com mais cautela, para não causar essa impressão.

No verso do folder, há a imagem de uma família que corre feliz junto a um coração, o que seria um incentivo à prática de atividades físicas, associando essa prática à felicidade e à boa saúde do coração. A imagem em si não remete à 1ª PS, mas associada à legenda “Faça caminhadas, mexa-se!”, pode-se perceber um pouco da 1ª PS pelo tempo imperativo e pela associação entre a legenda, a saúde cardíaca e a atividade física. Há ainda uma mulher sentada à mesa, comendo comida aparentemente saudável e a legenda, também no imperativo, diz para preferir determinados tipos de comida, sendo que nem todos têm condições de preparar ou pagar a alguém que prepare refeições com esses alimentos, ou até mesmo comer com calma, como faz a mulher da imagem. Novamente, as imagens poderiam ser interpretadas como neutras, mas com a associação às legendas no imperativo e no contexto geral do folder, a 1ª PS torna-se aparente, embora menos que em outros materiais da OPS (MEDPLAN, [2011?]).

Na primeira página do folder, o título “**Você já mediu sua pressão?**” com grifo nas palavras “você” e “pressão” aparenta colocar a responsabilidade de aferir sua pressão em cima do leitor, sendo mais um exemplo possível de 1ª PS (MEDPLAN, [2011?]). Cabe ressaltar que aferir a pressão é uma tarefa que necessita de técnica, não sendo fácil nem recomendado que seja feita sem auxílio especializado. Até os aparelhos automáticos necessitam de muito treino para serem corretamente utilizados e servirem, portanto, de ferramentas confiáveis para a aferição da pressão arterial.

Os demais materiais seguem um padrão parecido, com indícios de culpabilização da vítima misturados a informações simples. As imagens associadas aos elementos textuais acabam por mostrar uma abordagem da promoção da saúde quase que completamente baseada na 1ª vertente da PS. São nesses indícios que é preciso prestar atenção pois, de acordo com Ginzburg (1989), é pelos pequenos sinais e indícios que normalmente passariam despercebidos que se pode chegar a conclusões que talvez não pudessem ser alcançadas sem essa análise mais detalhada.

Cassi

Nas cartilhas da OPS, percebe-se um tom informativo, mas com traços de 1ª PS. Isso acaba sendo evidente nas imagens dessas cartilhas. Como exemplo, pode-se utilizar a cartilha sobre Obesidade. Na capa, há duas maçãs (Figura 2). Ambas estão envoltas por uma

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

fitas métricas. A maçã da esquerda é redonda, ao passo que maçã da direita, tem “corpo”, com a fita métrica marcando sua cintura. Essa maçã parece representar uma pessoa que está com as medidas ideais, conforme frequentemente se vê veiculado pela mídia.

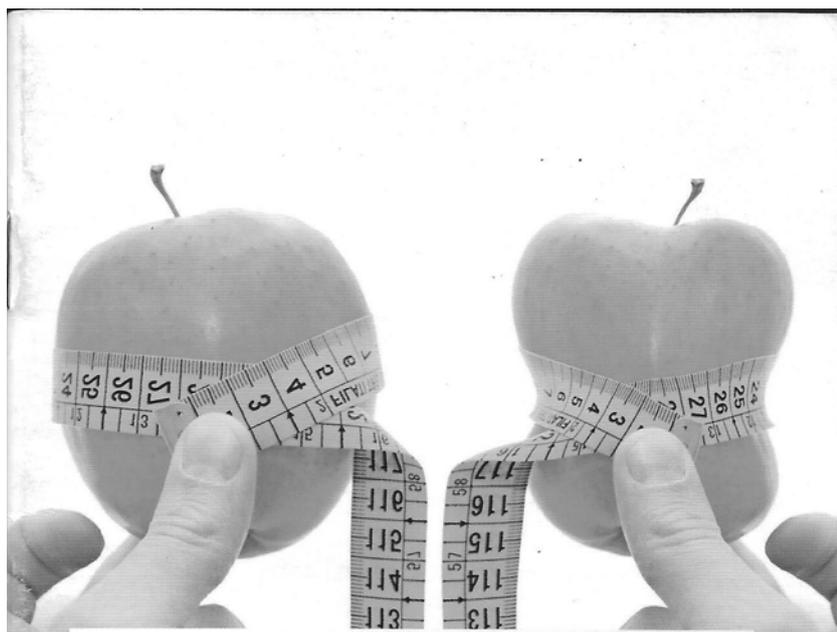


Figura 2 - maçãs envolvidas por fitas métricas (CASSI, [2011?]a).

Pode haver nessa imagem o reforço de um padrão corporal “ideal”, e a associação entre um corpo esbelto com medidas ideais e saúde. Em outras imagens da cartilha, até pode haver algum traço de 1ª PS, mas é bem menos evidente. Um exemplo seria a imagem de uma mulher grávida com uma criança abraçada a sua barriga (CASSI, [2011?]a). Isso aparenta ser apenas ilustrativo e, em conjunto com o texto da página, alusivo ao fato de que é preciso evitar ganhos de peso excessivos durante a gravidez.

Quanto ao texto da cartilha, em alguns momentos é encontra-se traços da 1ª PS, como na parte que fala sobre hábitos saudáveis e prevenção, que está escrita no tempo imperativo e põe muita responsabilidade sobre seu estado de saúde nas mãos de quem lê. Cabe ressaltar que nem todos têm condições de, sem suporte, seguir as recomendações da cartilha, como evitar o fumo e a bebida alcoólica, além de praticar ao menos 30 minutos de atividade física ao dia (CASSI, [2011?]a).

Em meio ao material da Cassi, há um pôster explicativo sobre seus programas de prevenção. Nele, há a explicação de cada programa e uma imagem para ilustrar a explicação. No caso das imagens, elas aparentam ser “imagens-padrão”, do tipo que se veria

em comerciais de televisão. Algo interessante é que algumas partes das descrições dos programas são muito parecidas. Na parte do texto que diz o que cada programa oferece, há sempre o item “consultas médicas individuais e atividades em grupo”. Às vezes, há um terceiro item que varia conforme o programa. No programa Saúde Mental, esse ponto é "acompanhamento da família" (CASSI, [2011?]b). Isso faz pensar que talvez esses programas não sejam assim tão diferentes e utilizem uma base comum. Embora partes dos programas estejam focados na mudança de comportamentos individuais, há o fornecimento de meios e ferramentas para se fazer isso como, por exemplo, atendimentos individuais e atividades grupais de acompanhamento. Os programas buscam auxiliar o participante a enfrentar a vida cotidiana em todos os seus aspectos no que diz respeito aos grupos populacionais com os quais se trabalha, o que sugere a 2ª PS. Há também uma cartilha que explica a Estratégia Saúde da Família (do qual os programas fazem parte) e nessa cartilha, diz-se que:

Diferentemente do modelo de saúde tradicional, esse modo de prestar assistência visa não somente o tratamento de doenças, mas também o enfrentamento dos problemas do cotidiano, além da busca e manutenção da saúde por meio de iniciativas focadas na promoção da saúde e na prevenção de doenças (CASSI, [2011?]c).

Isso parece ser uma tentativa de adotar o estilo da 2ª PS, pois preocupam-se com fatores intervenientes na saúde da pessoa que não sejam somente seu comportamento individual. Considerando o que foi visto nas cartilhas, isso fica contraditório pois nas cartilhas, em vários pontos se vê mais foco nas mudanças de comportamento individual do que nos outros fatores intervenientes. Parece que Cassi busca adotar a promoção da saúde conforme o segundo modelo, mas ainda baseia-se muito no primeiro.

Nos jornais da OPS, percebe-se bastante da 1ª PS, mas também são visíveis traços da 2ª PS e trechos que não mostram ligação a nenhuma das vertentes. A 2ª PS é percebida especialmente no artigo que fala sobre a Estratégia de Saúde da família e no telemonitoramento. Já a 1ª PS é bastante visível em títulos de artigos, especialmente os que falam de doenças crônicas, como a diabetes e também no início dos mesmos. O título do artigo “Diabetes, Colesterol Alto e Hipertensão: previna-se!” está em caixa alta e no tempo verbal imperativo. Ordena ao leitor que responsabilize-se quanto à prevenção das doenças citadas. Associado ao resto do artigo, em que consta que

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

a pessoa deve adquirir hábitos saudáveis de vida para evitar que o estilo de vida muitas vezes agitado traga prejuízos à saúde, fica óbvia a incidência de 1ª PS. Nesse artigo, comenta-se sobre o programa Viva Coração e, em seguida, são mencionadas diversas recomendações que têm a ver com o comportamento individual das pessoas e as medidas que devem ser tomadas por elas para evitar e controlar essas doenças. Isso ratifica o que foi percebido anteriormente (CASSI, 2008). A forma como a maioria dos artigos é escrita acaba por responsabilizar o beneficiário. Recomendamos que haja uma revisão do modo de escrever esses artigos para que isso não ocorra. É também recomendado que algumas das imagens utilizadas nas cartilhas sejam revisadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram observados vários pontos interessantes no decorrer das análises. Muitas das operadoras têm programas que poderiam ser vinculados à 2ª PS pelo conceito dos mesmos, mas que no material de divulgação parecem ser de 1ª PS devido a determinadas imagens e expressões que aparecem nesse material. Questionamos se foi realizado algum estudo sobre as diferentes abordagens da PS na hora de se planejar os programas e montar os materiais. Possivelmente quem montou o material do programa apenas buscou imagens que considerasse relevantes, sem levar em conta o que refletiriam. Outro ponto interessante é como alguns programas na teoria são de 2ª PS, mas na prática, por conta da disponibilidade de estrutura e tempo, tornam-se de 1ª PS.

Embora possa parecer que o método do saber indiciário se baseie excessivamente na emoção, na intuição e em outras variáveis que não podem ser formalizadas, a verdade é que segundo Ginzburg (1989), ele é uma alternativa para a produção de conhecimento, especialmente quando se leva em conta aquilo que não se pode reduzir a simples números e dados estatísticos. O método leva em conta não só o que aparece concretamente, como também o que pode ser deduzido a partir desses dados concretos em conjunção com o contexto geral do material.

Ao utilizarmos esse método, exercitamos a observação e sua relação com a realidade e o conhecimento sobre o tema. Por diversas vezes, as imagens passam a ideia de situações que provavelmente a OPS não gostaria de remeter a seus beneficiários. Sob o ponto de vista do leitor, decifrar o vínculo entre imagem e texto possibilita uma maior reflexão sobre que condutas seguir. A crítica deve ser utilizada

como forma de emancipação frente aos obstáculos impostos pelo sistema capitalista no que diz respeito aos padrões estabelecidos, principalmente pelos meios de comunicação de massa.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa teve apoio da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ.

REFERÊNCIAS

ANS. Resolução Normativa – RN nº 94. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Diário Oficial da União 2005a. 24 mar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=919

ANS. Instrução Normativa – IN nº 10. Estabelece procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, propostos pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, citados na RN nº 94 de 24 de março de 2005. Diário Oficial da União 2005b. 24 mar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=918.

ANS. Resolução Normativa – RN nº 105. Dá nova redação ao artigo 4º da Resolução Normativa – RN nº 94, de 23 de Março de 2005. Diário Oficial da União 2005c. 30 Jun. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=966.

ANS. Resolução Normativa – RN nº 148. Altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006; a RN nº 128, de 18 de maio de 2006; a RN nº 129, de 18 de maio de 2006; a RN nº 137, de 14 de novembro de 2006; a RN nº 94, de 23 de março de 2005; a RN nº 112, de 28 de agosto de 2005; a RN nº 67, de 4 de fevereiro de 2004; a RN nº 26, de 1 de abril de 2003; a RN nº 19, de 11 de dezembro de 2002; e a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Diário Oficial da União, 2007. 3 Mar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=843.

CAMED. **Saúde Preventiva**. Explicações sobre os programas pre-

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

ventivos da CAMED. [2011 ou 2012]a. Disponível em: <http://www.camed.com.br/Portal_CamedTemplates/ImagemCentroAmpliada.aspx?IdSis=2&id=505&idTemp=14#.UiKzZxu1HFE>.

CAMED. **Dimensões do Ser.** Folder do programa de prevenção. [2011 ou 2012]b.

CAMED. **Proteja seu coração: viva mais e melhor.** Fôlder do programa de prevenção. [2011 ou 2012]c.

CAMED. **Atividade Física.** Folder do programa de prevenção. (Coleção Qualidade de Vida) [2011 ou 2012]d.

CAMED. **Programa Amigo da Família: é a Camed cuidando de você na sua casa.** Fôlder do programa Amigo da Família. [2011 ou 2012]e.

CAMED. **O colorido que ajuda sua saúde.** Informativo mensal. [2012]. 1p.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Abrasco, v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CASSEMS. **Dia M.** Pdf explicativo do programa “Dia M”. [2011] a. 1p. Disponível em: <<http://www.mastercase.com.br/sites/Cassem/geraPDF.php?nome=1377999484>>.

CASSEMS. **Pronutri.** Pdf explicativo do programa “Pronutri”. [entre 2006 e 2011]a. 2p. Disponível em: <<http://www.mastercase.com.br/sites/Cassem/geraPDF.php?nome=1377999796>> Acesso em: 27 Dec. 2012.

CASSEMS. **Viva Saúde.** Pdf explicativo do programa “Viva Saúde”. [entre 2006 e 2011]b. 1p. Disponível em: <<http://www.mastercase.com.br/sites/Cassem/geraPDF.php?nome=1377999921>>.

CASSEMS. **Casal Grávido.** Pdf explicativo do programa “Casal Grávido”. [2011]b. 1p. Disponível em: <<http://www.mastercase.com.br/sites/Cassem/geraPDF.php?nome=1377999994>>.

CASSEMS. **Prevenção ao Câncer – Ônibus da saúde.** Pdf explicativo do programa “Ônibus da Saúde”. [2011]c. 1p. Disponível em: <<http://www.mastercase.com.br/sites/Cassem/geraPDF.php?nome=1378000117>>.

CASSEMS. **Odontologia para Bebês.** Pdf explicativo do programa “Odontologia para bebês”. [2011?]d. 1p. Disponível em: <<http://www.mastercase.com.br/sites/Cassem/geraPDF.php?nome=1378000278>>.

CASSEMS NOTÍCIAS. LANÇAMENTO ÔNIBUS ITINERANTE. Produção de TV Cassems. Campo Grande: TV Cassems, 2011e. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=H4YeVWSG-6k>>.

CASSEMS NOTÍCIAS. DIA M. Produção de TV Cassems. Campo Grande: TV Cassems, 2011f. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=_wjm6oL4fnM>.

TV CASSEMS. NOTÍCIAS – PALESTRA DO PRONUTRI NA FUNTRAB. Produção de TV Cassems. Campo Grande: TV Cassems, 2012. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=GDW_IPx3xTg> .

CASSEMS. ‘Programa Antitabagismo’ estimula fumantes a largarem o vício. **Viver Cassems.** Campo Grande: Cassems, v.2, n.8, 2011g. p.40.

CASSI. **Obesidade: gordura corporal excessiva representa riscos à saúde.** Cartilha sobre obesidade. [2011?]a. 24p.

CASSI. **[Fôlder explicativo dos programas de promoção da saúde].** [2011?]b.

CASSI. **Saiba o que fazer para escolher a CliniCassi como o primeiro contato quando o assunto for saúde.** Cartilha que tira dúvidas sobre a Estratégia Saúde da Família. [2011?]c.

CASSI. Diabetes, Colesterol Alto e Hipertensão: previna-se! **Cassi Associados.** [Brasília], ano 11, n.60, p.4-5. Maio/Agosto, 2008. Disponível em: <https://servicosonline.Cassi.com.br/pdf/jornais/JORNAL_60_ASSOCIADOS.pdf> .

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006. 286p.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Abrasco, v.16, Supl.1, p.865-872, 2011.

GINZBURG, C. **Relações de Força: história, retórica, prova.** São Paulo: Companhia das Letras; 2002.

GINZBURG, C. **Mitos, Emblemas, Sinais: morfologia e história.** São Paulo: Companhia das Letras; 1989.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a working document.** Ontario: Minister of Supplies and Services, 1974. 77p. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/>

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

HARRIS, Elizabeth
Rose Assumpção,
FERREIRA, Marcos
Santos e TELLES,
Silvio de Cassio Costa.
Promoção da saúde:
análise imagética e
textual de programas
desenvolvidos por
operadoras de planos
de assistência à saúde.
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 77-100,
2014.

perspect-eng.pdf>.

LUPTON, D. **The Imperative of Health: public health and the regulated body**. London: Sage Publications; 1995.

MEDPLAN. **Você já mediu sua PRESSÃO?** Fôlder sobre hipertensão arterial do programa “Mais por Você”. [2011?]. 4p.

O’DONNELL, M.P. Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the definition. **Am J Health Promot** 1989; 3(3): 5.

SANEPAR. **Programa Motiva**. Explicação sobre o programa Motiva da Sanepar. [2011?]a. Disponível em: <<http://www.fundacaoSanepar.com.br/sanesaude/programa-motiva-0>>.

SANEPAR. **Programa Respire**. Explicação sobre o programa Respire da Sanepar. [2011?]b. Disponível em: <<http://www.fundacaoSanepar.com.br/sanesaude/programa-respire>>.

SANEPAR. **Câncer: a informação pode salvar vidas. Câncer de Mama**. Fôlder sobre câncer de mama. [2008?]a.

SANEPAR. **Prevenção do Câncer de Mama**. Explicação sobre a prevenção do câncer de mama da Sanepar. [2008?]b. Disponível em: <<http://www.fundacaoSanepar.com.br/sanesaude/prevencao-do-cancer-de-mama>>.

SANEPAR. **Prevenção do Câncer Colo de Útero**. Explicação sobre a prevenção do câncer de colo de útero da Sanepar. [2008?]c. Disponível em: <<http://www.fundacaoSanepar.com.br/sanesaude/prevencao-do-cancer-colo-de-utero>>.

SANEPAR. **Prevenção do Câncer de Próstata**. Explicação sobre a prevenção do câncer de próstata da Sanepar. [2009?]a. Disponível em: <<http://www.fundacaoSanepar.com.br/sanesaude/prevencao-do-cancer-de-prostata>>.

SAÚDE SÃO LUCAS. **Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Próstata**. Explicação sobre o programa de prevenção de câncer de próstata. [2011]a. Disponível em: <<http://www.saudeaolucas.com.br/preventiva/programas/11.html>>.

SAÚDE SÃO LUCAS. **Programa de Atenção ao Idoso**. Explicação sobre o programa de atenção ao idoso. [2011]b. Disponível em: <<http://www.saudeaolucas.com.br/preventiva/programas/12.html>>.

SAÚDE SÃO LUCAS. **Projeto Preventiva**. Explicação geral sobre o projeto preventivo da operadora. [2011]c. Disponível em: <<http://www.saudeaolucas.com.br/preventiva/projeto-preventiva.html>>.

SAÚDE SÃO LUCAS. **Equipe**. Descrição da equipe do projeto pre-

ventivo da operadora. [2011]d. Disponível em: <<http://www.saudesalucas.com.br/preventiva/equipe.html>>.

US DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. **Healthy People: The Surgeon General's Report On Health Promotion And Disease Prevention.** Washington, D.C. 1979. 262p. Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>>.

HARRIS, Elizabeth Rose Assumpção, FERREIRA, Marcos Santos e TELLES, Silvio de Cassio Costa. Promoção da saúde: análise imagética e textual de programas desenvolvidos por operadoras de planos de assistência à saúde. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 77-100, 2014.

SÍNDROME PÓS PÓLIO: UM DESAFIO PARA EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA

Post-poliomyelitis Syndrome: a challenge for Adapted Physical Education

Thiago Caetano Furquim¹

Angela Nogueira Neves Betanho Campana²

Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares³

¹Instituto Adventista de São Paulo – IASP/ Hortolândia

²Docente na Universidade Sagrado Coração

³Professora Titular do Departamento de Estudos de Atividade Física Adaptada – FEF/UNICAMP

FURQUIM, Thiago Caetano, CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho e TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes. Síndrome pós pólio: um desafio para educação física adaptada. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 101-110, 2014.

RESUMO:

Introdução: a Síndrome Pós-Poliomielite é definida como uma nova desordem neurológica, desenvolvendo nova fraqueza muscular e fadiga muscular anormal em indivíduos que tiveram poliomyelite aguda.

Objetivo: apresentar conhecimentos básicos sobre a Síndrome Pós-Poliomielite, esclarecendo as peculiaridades deste quadro clínico e realizar uma reflexão acerca da adequação da atividade física para as pessoas acometidas por esta doença. Além de refletirmos sobre esta questão, neste trabalho também sumarizamos as condutas para o treinamento e prescrição de exercícios usadas nestes últimos 10 anos.

Métodos: trata-se de um ensaio teórico, exploratório. **Conclusões:** a questão relevante que se apresenta para a atividade física adaptada é a carga ideal de treinamento físico a ser prescrita para as pessoas que tiveram poliomyelite, uma vez que o supertreinamento é um fator de risco para o desenvolvimento Síndrome Pós- Poliomyelite.

Palavras-chaves: Síndrome pós-poliomyelite. Atividade física. Reabilitação

Recebido em: 08/10/2013

Aceito em: 25/11/2014

ABSTRACT

Introduction: *Post-poliomyelitis syndrome is defined as a new neurological disorder, with the development of new muscular weakness and abnormal muscular fatigue in people that had acute poliomyelitis. Objectives:* *the aim was to present the basic post-poliomyelitis syndrome knowledge, clarifying the peculiarities of this clinical condition, and make a reflection about the physical activity adequacy for whom had this disease. Besides reflect about this, we summarized the approach for physical training and exercise prescription proposed on those last 10 years. Methods:* *this is a theoretical exploratory study. Conclusions:* *the big issue for the adapted physical education is about the ideal amount overload that should be prescribed in physical training, considering that overtraining is a risk factor for Post-poliomyelitis syndrome.*

Key-words: *Post-poliomyelitis syndrome. Physical activity. Rehabilitation*

Síndrome Pós Poliomielite (SPP): uma nova doença velha

A poliomielite é uma doença neuronal motora, causada por um vírus da família Picornaviridae, do gênero Enterovirus, com alta infectividade e baixa patogenicidade, causando paralisia e podendo ser mortal. É transmitida pelo contato fecal-oral, secreções nasofaríngeas e de forma indireta, como em alimentos, objetos e outros. Apenas um em cada 200 infectados desenvolve a forma paralítica de poliomielite (CVE, 2000; DIAMENT, DIAMENT, 2005). A paralisia demora cerca de 4 a 10 dias para começar a se manifestar após infecção, mas também pode haver mais curtos de até 3 dias e mais longos de até 30 dias. A maioria dos pacientes apresenta um quadro progressivo de paralisia, enquanto outra parte apresenta um quadro de sintoma clínico, um intervalo assintomático e a posterior instalação da deficiência motora (Oliveira & Quadros, 2008). Após o processo infeccioso, leva-se uma vida normal. Porém as lesões moto neurais possuem um custo físico ao longo dos anos, dando-se início a síndrome pós-poliomielite (SPP) (DIAMENT, DIAMENT, 2005).

Dalakas (1995) define a SPP como o desenvolvimento de nova fraqueza muscular e fadiga na musculatura esquelética e de inervação bulbar, não relacionada a outras causas, que começam 25 a 30 anos após um quadro agudo de poliomielite paralítica. De acordo

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. SALUSVITA,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

com Oliveira (2002) a SPP é uma desordem neurológica, caracterizada por nova fraqueza muscular e/ou fadiga muscular anormal em indivíduos que tiveram poliomielite aguda, muitos anos antes. A SPP pertence à categoria das doenças do neurônio motor em virtude de o quadro clínico e histológico estar intimamente relacionado com disfunção dos neurônios motores inferiores.

Trojan e Cashman (2005) relatam que atualmente, a SPP é a doença do neurônio motor de maior prevalência na América do Norte, dado grande número de sobreviventes de poliomielite naquela região. A prevalência da SPP entre pessoas com seqüelas de poliomielite tem sido estimada entre 22% a 80%. No Brasil, ainda estima-se prevalência de 68% de SPP entre pacientes com seqüelas de poliomielite parálitica (QUADROS, 2005).

A SPP é progressiva e degenerativa, porém lenta, pode ser fatal em casos com, disfunção respiratória e disfágica (TROJAN, CASHMAN, 2005). Seu enfraquecimento pode variar de 1 % a 2% ao ano. Podendo assim levar a uma perda da independência e ao uso de equipamentos para minimizar as deficiências do paciente (AHLSTRÖM, KARLSSON, 2000).

O objetivo deste ensaio teórico, foi apresentar conhecimentos básicos sobre a Síndrome Pós- Poliomielite, esclarecendo as peculiaridades deste quadro clínico e, principalmente, realizar uma reflexão acerca da adequação da atividade física para as pessoas acometidas por esta doença.

Quadro Clínico e Diagnóstico da SPP

Dalakas (1995a) relata que a o diagnóstico da SPP requer uma cuidadosa exclusão de outras conhecidas doenças neurológicas, ortopédicas ou psiquiátricas, que poderiam desenvolver estes mesmos sintomas. São três os sintomas comumente encontrados: nova fraqueza, fadiga e dor. Estes estão freqüentes em 59% a 89% dos casos (DALAKAS, 1995A; TROJAN, CASHMAN, 2005). Ainda segunda Dalakas (1995a) a nova fraqueza muscular é o sintoma neurológico mais importante e único que permite o diagnóstico de SPP. Pode aparecer na musculatura previamente afetada ou clinicamente afetada.

Halstead e Rossi (1987) propuseram que o pesquisador e o clínico devem considerar os seguintes aspectos para estabelecer o diagnóstico da SPP: uma história de poliomielite parálitica seguida por um período de recuperação parcial ou completa; um período de estabilidade neurológica; início de dois ou mais problemas após um período de estabilidade (fadiga, dor muscular ou articular, nova fraqueza em

musculatura previamente afetada ou não, intolerância ao frio, perda funcional, nova atrofia); exclusão de outras doenças que possam explicar estes novos sintomas.

Halstead e Wiechrs (1991), propõem três critérios de confirmação de poliomielite parálitica. O primeiro é dividido em cinco pontos importantes: 1) Uma história de uma doença aguda, febril que resultou numa perda motora sem déficit sensitivo; 2) Ocorrência de doença similar ou contatos na vizinhança; 3) Presença de atrofia muscular assimétrica no exame físico; 4) Eletro-neuromiografia com padrão de denervação crônica com reinervação compatível com doença do corno anterior da medula; 5) Registros médicos de comprovação da doença aguda, quando possível. O segundo critério são as características da Eletro-neuromiografia demonstrando mudanças consistentes com doenças de corno anterior da medula. E o terceiro critério é um característico padrão de recuperação e platô de estabilidade funcional em pacientes que tem história prévia de pós-polio.

Consta ainda na literatura, outros sintomas importantes para diagnosticar a SPP, como: intolerância ao frio, dificuldade respiratória, alterações no sono, apnéia, disfagia, disfonia e outros que envolvem distúrbios emocionais, cognitivos, urinário e sexual (BOUZA, MUNOZ, AMANTE, 2005).

Os exames laboratoriais e de imagem poderão auxiliar no diagnóstico, mas o critério é clínico, realizado por exclusão. Até o momento existem vários parâmetros – nem sempre consensuais - para diagnosticar a SPP. Entretanto, existe um consenso quanto a alguns critérios considerados fundamentais nos diagnósticos pelas diferentes abordagens. O primeiro critério é a evidência de deficiência motora. É confirmada pela história de doença febril aguda parálitica, sinal de fraqueza residual, atrofia muscular no exame neurológico e eletro-neuromiografia com padrão de denervação crônica em reinervação compatível com doença do corno anterior da medula. O segundo critério é a existência de um período de recuperação após a poliomielite parálitica aguda, seguido de um intervalo de estabilidade neurológica. Verifica-se então um início gradual ou súbito, de nova fraqueza muscular progressiva e persistente, ou fadiga muscular anormal, com ou sem fadiga generalizada, atrofia muscular, dor muscular ou articular. O terceiro critério é a persistência dos sintomas por pelo menos um ano (ROWLAND *et. al.*, 2001).

Dalakas (1995a) relata que os sinais e sintomas da SPP incluem a combinação de sintomas músculo-esquelético que incluem diminuição da endurance da musculatura, aumento da fadiga, aumento das deformidades esqueléticas causando uma deteriorização precoce da capacidade funcional, e dor articular e muscular. Além destes, a atrofia muscular progressiva da SPP é outro sintoma importante.

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

A atrofia é descrita como uma fraqueza muscular lenta e progressiva com ou sem dor muscular que afeta certos grupos musculares. Muitas vezes, os sintomas de atrofia muscular progressiva pós-polio coexistem com os sintomas músculoesquelético e a distinção é clinicamente insignificante. Os sintomas de AMPP incluem: 1) Fraqueza e atrofia: envolve a musculatura totalmente ou parcialmente recuperada ou, menos frequentemente, músculos clinicamente não afetados pela doença original. Pacientes com novas perdas de força têm aumento das dificuldades das atividades da vida diária como andar, subir escadas, andarem mesmas distâncias que antes faziam, dirigir, vestir-se, pentear os cabelos e fazer a barba; 2) Fadiga: é difícil de ser definida e varia de paciente a paciente. A manifestação de fadiga é principalmente no período da tarde, com uma melhora após um período de descanso. Com menos frequência encontram-se também outros sinais como fraqueza em musculatura de inervação bulbar, intolerância ao frio, mialgia, fasciculações, novas dificuldades respiratórias, apnéia do sono (DALAKAS, 1995a; GAWNE, HALSTEAD, 1995).

Além dos sintomas músculo esqueléticos e a atrofia muscular progressiva, tem-se encontrado na população relatos de distúrbio do sono, aumento do peso corporal, distúrbio de memória, tontura, síncope, cefaléia matinal relacionada aos distúrbios do sono, distúrbios emocionais, dificuldade de concentração e déficit de memória (BOUZA *et. al.*, 2005; OLIVEIRA, 2002).

A fadiga é o sintoma mais frequente e o mais incapacitante, podendo ser classificada como periférica ou central (TROJAN, CASHMAN, 2005). A fadiga periférica é o termo apropriado para a fadigabilidade devido às desordens dos músculos e junção neuromuscular com uma objetiva redução da força motora no músculo em fadiga; pode ser mensurada com o declínio do pico de força durante a contração voluntária máxima. Por sua vez, fadiga central é essencialmente percebida ao nível do sistema nervoso central (CHAUDHURI, BEHAN, 2004). Caracteriza-se por problemas cognitivos e de atenção, explicada pela lesão determinada pelo vírus em certas áreas específicas do cérebro (BRUNO *et. al.*, 1995).

Atividade física: fator de risco x fator de proteção

Os exercícios físicos regulares apresentam-se como uma atividade ambígua: se bem prescritos diminuem e previnem as contraturas, perda da força física, a sensação da fadiga e a atrofia. Entretanto, os exercícios físicos também estão ligados à fisiopatologia da SPP, pelo

viés da teoria do supertreinamento. Ocorre que, na infecção aguda da poliomielite, o vírus lesa as células do corno anterior da medula parcialmente ou totalmente, com denervação de algumas unidades motoras (OLIVEIRA, 2002).

Um único neurônio motor que normalmente inerva 100 fibras musculares pode chegar a inervar de 700 até 2.000 fibras. Devido a este mecanismo de compensação, um músculo pode manter sua função normal até mesmo quando mais de 50% dos neurônios motores forem lesados (DALAKAS, 1995; GAWNE, HALSTEAD, 1995). A degeneração da unidade motora distal pode também produzir defeitos na transmissão neuromuscular, causando fadiga e uma gradual denervação das fibras musculares pelo processo de sobrecarga das unidades motoras. A teoria do supertreinamento se apóia nesta sobrecarga para explicar a perda de força muscular progressiva encontrada na SPP (TROJAN, CASHMAN, 2005).

A teoria também propõe que de trinta a quarenta anos após o quadro infeccioso da poliomielite, pela solicitação metabólica das unidades motoras gigantes, há um início da falência dos neurônios motores, principalmente, nas porções distais do axônio levando a uma nova denervação, conhecida como a nova fraqueza muscular. Sendo provável acometimento devido a um processo normal de envelhecimento, excesso de uso ou desuso muscular (OLIVEIRA, 2002).

Especula-se que a falência dos neurônios motores é mediada por alguns fatores de risco – o que explicaria por que não é a totalidade dos sujeitos acometidos por poliomielite que chegam a desenvolver a SPP. Para Dalakas (1995a), os fatores de risco estariam associados ao aparecimento precoce da SPP; seqüelas residuais graves, seqüelas residuais em músculos respiratórios e na musculatura de inervação bulbar, e doença aguda em faixas etárias mais elevadas.

Em contrapartida ao reconhecimento dos fatores de risco, a literatura propõem algumas ações preventivas à SPP. Logo na fase aguda da poliomielite, deve-se evitar atividade física intensa. Exercícios resistidos e atividade aeróbica são indicados na fase de recuperação. As deformidades devem ser tratadas adequadamente para permitir uma atividade muscular mais funcional, evitando sobrecarga. Recomenda-se um estilo de vida mais calmo, chamado: “Devagar e sempre”. É essencial evitar atividades muito intensas, estas podem estar comprometendo e sobrecarregando os motoneurônios, fator este que está intimamente relacionado com o surgimento da SPP (OLIVEIRA, 2002).

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

DISCUSSÃO

A atividade física é importante para todas as pessoas. A falta de compreensão da necessidade de adequação dos exercícios e esportes de forma a respeitar a individualidade das pessoas foi muitas vezes obstáculo para a prática de atividade física de forma saudável por pessoas com deficiência. O momento atual indica um novo caminho de posicionamento do profissional de educação física: orientar a prática de exercícios físicos com respeito aos princípios de individualização. Para isso uma reflexão sobre a atividade física no tratamento da SPP é um tema relevante e atual. Podemos realizar atividades que desenvolvam ou mantenham o condicionamento cardio-respiratório e a flexibilidade. Entretanto, a “dose certa” de exercícios carece de uma avaliação individual das condições do aluno e de um aprofundamento nos conhecimentos científicos disponíveis. Este dois passos são essenciais para assegurar o ajuste da intensidade do exercício proposto.

A literatura indica que na fase aguda da poliomielite deve-se evitar qualquer esforço físico enquanto houver dor, por ser a fase de maior comprometimento físico. Na fase crônica, é importante realizar atividades físicas para diminuir os efeitos da pólio. Na fase adaptada, devem-se manter atividades para não intensificar as contraturas, lesões, distensões, câimbras e problemas nas articulações, bastante freqüentes na pólio e SPP (DALAKAS, 1995; QUADROS, 2005; OLIVEIRA, 2002, OLIVEIRA, QUADROS, 2008).

Na SPP a atividade física se insere no esquema de tratamento, com grande ênfase no tratamento da fraqueza muscular e no controle da dor. Na fase degenerativa da SPP, é importante manter a atividade física, pois evitará problemas mais severos pelo desuso muscular e a progressão do enfraquecimento, mas continuando a evitar atividades resistidas e de impacto (OLIVEIRA, 2002).

No tratamento da fraqueza muscular da SPP podem ser usados exercícios aeróbicos, exercícios de alongamento e resistência com pouca carga e hidroterapia, tendo como objetivo diminuir ou prevenir as contraturas, evitar o super treinamento e evitar a fadiga (DALAKAS, 1995). Já para o tratamento de dores, Dalakas (1995) recomenda que sejam usados exercícios localizados. Para a dor ainda podem ser usadas compressas frias e/ou quentes, órteses, medicamentos e acupuntura.

Em nossa experiência, percebemos que atividades em ambientes aquáticos são agradáveis. A piscina se configura como uma boa estratégia para evitar impacto, desenvolver resistência muscular e cardíaca, aumentar condicionamento físico, corrigir postura e diminuir a fadiga.

Na SPP, atividades como a natação, podem ser realizadas, com os quatro nados (crawl, costas, peito e borboleta) sendo adaptados de acordo com a necessidade individual, com flutuadores (coletes, caneleiras, aquatubs, alteres e outros) nos membros atrofiados para auxílio, se necessário. Exercícios de imersão para trabalho cardio-respiratório, alongamentos variados e específicos, massagens e relaxamentos, são também ótimos auxiliares, conseguindo assim prevenir dores, câimbras, contraturas, sedentarismo, desuso e outros. Entretanto, a piscina exige alguns cuidados em relação às barreias arquitetônicas – desde o estacionamento, vestiários, quanto a própria piscina. Um dos requisitos indispensáveis para o trabalho na água com esta população, é a manutenção da temperatura adequada, que deve oscilar entre 31° e 33° C .

Outras abordagens também podem ser utilizadas na prática da atividade física de pessoas com SPP. Exercícios como pedalar, caminhar, vôlei, pólo, basquete, badminton, peteca, queimada, rouba bandeira são escolhas possíveis. Outros jogos de raciocínio como jogos de mesa (adaptados) xadrez, dama, dominó, cartas e outros podem ser inseridos num grande esquema de lazer e recreação.

COMENTÁRIOS FINAIS

A SPP é uma “nova doença velha” que vai exigir do profissional de educação física, que trabalha com atividade física adaptada um mergulho no tema, a fim de providenciar atendimento adequado aos alunos com esta demanda. Conhecer o quadro clínico, as características, a evolução do quadro são informações mínimas e primordiais para uma abordagem segura.

A adequação da intensidade da atividade física tem grande importância, pois o excesso pode ser prejudicial e o trabalho abaixo do limiar mínimo pode ser ineficiente. A pessoa acometida pela poliomielite e pela SPP pode realizar atividade física, desde que inserida de maneira apropriada e individual. Deve-se ter atenção com os alunos ativos, pois por serem aparentemente menos lesionados, são mais cobrados e exigidos, ocorrendo assim um super esforço por parte muscular. Podemos assim estar prejudicando de maneira a não podermos reparar tais danos posteriormente.

É um desafio posto para a educação física adaptada definir estes parâmetros e sua linha de ação, uma oportunidade de crescimento para a área.

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

FURQUIM, Thiago
Caetano, CAMPANA,
Angela Nogueira Neves
Betanho e TAVARES,
Maria da Consolação
Gomes Cunha
Fernandes. Síndrome
pós pólio: um desafio
para educação física
adaptada. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
101-110, 2014.

REFERÊNCIAS

AHLSTRÖM, G.; KARLSSON, U. Disability and quality of life in individuals with postpolio syndrome. **Disability and Rehabilitation**, Londres, v. 22, n.9, p. 416-422, junho 2000.

BOUZA, C.; MUNOZ, A.; AMANTE, J. M. Postpolio syndrome: a challenge to the health-care system. **Health Policy**, Amsterdã, v.71, n.1, p.97-106, jan 2005.

BRUNO, R. L.; SAPOLSKY, R.; ZIMMERMAN, J. R.; FRICK, N. M. Pathophysiology of central cause of post-polio fatigue. **Annual New York Academy of Science**, New York, v. 753, p. 257-75, 1995.

CHAUDHURI, A.; BEHAN, P. O. Fatigue in neurological disorders. **The Lancet**, Londres, v. 363, n.9413, p. 978-88, 2004

Centro de Vigilância Epidemiológica. CEV. Poliovírus/Poliomielite. In: **Informe NET DTA**. 2000. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 14 abr. 2008.

DALAKAS, M. C. Post-polio syndrome 12 years later: how it all started. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 753, p. 11-18, 1995

DALAKAS, M. C. The Post-Polio Syndrome as an evolved clinical entity: definition and clinical description. **Annals of the New York Academy of Sciences**. New York, v.753, p.68-80, 1995a.

DIAMENT, A.; DIAMENT, D. Enteroviroses/Poliomielite. In: FO-CACCIA, R. (ed.). **Veronesi: tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

GAWNE, A. C.; HALSTEAD, L. S. Post-polio syndrome: pathophysiology and clinical management. **Critical Review of Physical Rehabilitation Medicine**. Redding, v.7, n.2, p.147-88, 1995

HALSTEAD, L. S.; WIECHRS, D. O. **Late Effects of Poliomyelitis**. Miami: Symposia Foundation,1985.

HALSTEAD, L. S.; ROSSI, C. D. New problems in old polio patients: results of survey of 539 polio survivors. **Orthopedics**, Thoro-fare, v. 8, n. 7, p.845-50, 1985.

OLIVEIRA, A. S. B. Síndrome Pós-Poliomielite: Aspectos Neurológicos. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v.10, n.1, p.31-34, 2002.

QUADROS, A. A. J. **Síndrome pós-polio: uma nova doença velha**. 2005 Dissertação (Mestrado) São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2005.

ROWLAND, L.P., BACH, J.R., BORG, K., CASHMAN, N.R., DALAKAS, M.C., DEAN, E., HASTEAD, L.S., HEADLEY, J.L., JOHN, T.J., JOHNSTON, R.B., OLKIN, R., PERLMAN, S.L., TROJAN, D.A., VICKREY, B.C., WENDLING, W.W. **Post-polio syndrome: identifying best practices in diagnosis and care** [documento na internet]. White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation; 2001. Disponível em: <<http://www.marchofdimes.com/files/PPSreport.pdf>>.

TROJAN, D. A.; CASHMAN, N. R. Post-poliomyelitis syndrome. **Muscle Nerve**, Boston. v.31, n.1, p.6-19, 2005

FURQUIM, Thiago Caetano, CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho e TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes. Síndrome pós pólio: um desafio para educação física adaptada. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 101-110, 2014.

PATOGÊNESE E ASPECTOS CLÍNICOS DO GRANULOMA GRAVÍDICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Pathogenesis and clinical aspects of granuloma gravidarum: case report and review of literature

Rafaela Elvira Rozza de Menezes¹
Solnete Oliveira da Silva²
Angélica Zanata³
Bethânia Molin Giaretta De Carli⁴
Mauro Dal Zot Dutra⁴
João Paulo De Carli⁵

¹CD, MSc, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

²CD, DDS, Curso de Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

³Curso de Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

⁴CD, MSc, Curso de Graduação em Odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

⁵CD, DDS, Curso de Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

Recebido em: 25/11/2013

Aceito em: 13/01/2014

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

RESUMO

Objetivo: relatar o caso de um granuloma gravídico (GG) presente em gengiva de uma mulher no sexto mês de gestação, que apresentou queixa funcional e estética e realizar uma revisão de literatura sobre os principais aspectos clínicos, hormonais e acerca da patogênese da lesão. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, cor parca, procurou atendimento odontológico queixando-se da presença de lesão na gengiva palatina, a mesma encontrava-se no sexto mês de gestação. Após exame anamnésico e clínico as hipóteses diagnósticas foram GG, lesão periférica de células gigantes e fibroma ossificante periférico. Diante do comprometimento estético e funcional, a biópsia excisional conservadora foi realizada, confirmando a hipótese diagnóstica de GG. A paciente foi acompanhada durante os últimos meses de gestação, tendo demonstrado um processo cicatricial

normal e prognóstico favorável. **Considerações Finais:** no decorrer da gravidez o GG pode apresentar evolução súbita e exacerbada, atingindo dimensões tais que podem alarmar profissionais da Odontologia menos informados. Assim, a conduta baseada em adequada anamnese, avaliação clínica criteriosa e observação do período gestacional da paciente será decisiva para a realização do tratamento, o qual pode ser cirúrgico ou apenas observacional. É importante evidenciar a necessidade de cuidados com a higiene, remoção da placa bacteriana e o uso de escovas dentais adequadas, com técnicas de escovação que diminuam o trauma da mucosa bucal.

Palavras-chave: Granuloma piogênico. Crescimento excessivo da gengiva. Complicações na gravidez. Hormônios esteroides sexuais.

ABSTRACT

Objective: *To report the case of a granuloma gravidarum (GG) present in the gum of a woman in the sixth month of pregnancy, complained functional and aesthetic and conduct a literature review on the main clinical, hormonal and regarding the pathogenesis of the lesion. Case Report:* *Female patient, 24 years old, brown color, sought dental care complaining of the injury gum palate, it was in the sixth month of gestation. After anamnesis and clinical examination diagnostic hypotheses were GG, peripheral giant cell lesions and peripheral ossifying fibroma. Given the esthetic and functional, conservative excisional biopsy was performed, confirming the diagnosis of GG. The patient was followed during the last months of pregnancy, having demonstrated normal wound healing process and favorable prognosis. Conclusion:* *during pregnancy may have an evolution GG sudden and exacerbated, reaching such dimensions that may scare dental professionals less informed. Thus, the conduct based on accurate anamnesis, clinical evaluation and careful observation of the patient during pregnancy is crucial to the achievement of the treatment, which can be surgical or just observational. It is important to highlight the need for care with hygiene, plaque removal and proper use of toothbrushes with brushing techniques that reduce the trauma of the oral mucosa.*

Key-words: *Pyogenic granuloma. Gingival overgrowth. Pregnancy complications. Gonadal steroid hormones.*

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela
Elvira Rozza de *et al.*
Patogênese e aspectos
clínicos do granuloma
gravídico: relato de
caso e revisão de
literatura. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
111-127, 2014.

INTRODUÇÃO

Granuloma piogênico (GP), também conhecido como hemangioma capilar lobular, é uma entidade clínica que apresenta um componente vascular significativo (SHAFER, 1983; NEVILLE *et al.*, 2008). Consiste na lesão mais frequente em boca quando há história de trauma local, caracterizando 30% a 60% de todas as lesões reacionais em gengiva (ANGELOPOULOS, 1971). Atualmente há um consenso geral de que o GP seja originado a partir de um fator irritante local (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006) que ocasiona o trauma crônico, fatores hormonais e medicamentosos (MUSSALLI; HOPPS; JOHNSON, 1976), originando uma resposta tecidual intensa composta pela proliferação excessiva de tecido conjuntivo e tecido endotelial. O GP é um processo reacional hiperplásico não neoplásico e, apesar de sua denominação, não caracteriza um granuloma verdadeiro (SHAFER, 1983; NEVILLE *et al.*, 2008).

Grande parte das crianças e adultos desenvolve o GP, ocorrendo mais no sexo feminino (SHAFER, 1983; NEVILLE *et al.*, 2008). Desta forma, sugere-se alguma ação hormonal sobre o desenvolvimento do GP, já que também 1% a 25% (MCDONALD, 1956; SILK *et al.*, 2008) dos casos ocorrem em mulheres grávidas. Essa lesão apresenta as mesmas características histopatológicas do GP convencional que ocorre na população não gestante, entretanto, devido ao seu desenvolvimento durante a gravidez, denomina-se granuloma gravídico (GG) (SHAFER, 1983; NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). Mais de 50% dos casos acometem a gengiva (FENTON; TIMON; MCSHANE, 1996; CRUZ; MARTOS, 2010; OJANOTKO-HARRI *et al.*, 1991), havendo alguns poucos relatos em língua (FENTON; TIMON; MCSHANE, 1996; DURAIRAJ *et al.*, 2011). As lesões podem surgir no primeiro trimestre de gestação (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006), mas são mais comuns a partir do sétimo mês (NEVILLE *et al.*, 2008). O aumento gradual de sua incidência pode estar relacionado aos níveis hormonais da progesterona e estrogênio (YUAN; WING; LIN, 2002), sendo que muitos estudos apontam a presença da inflamação gengival como requisito para o desenvolvimento do GG (MCDONALD, 1956). Os altos níveis hormonais consequentes à gravidez não formam isoladamente o GG; eles exacerbam a resposta inflamatória na presença de biofilme dentário e inflamação gengival (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; OJANOTKO-HARRI *et al.*, 1991; SOORIYA-

MOORTHY; GOWER, 1989; HENRY *et al.*, 2006; WHITAKER *et al.*, 1994) levando a sua formação.

O GG normalmente é um nódulo, sésil ou pediculado, podendo ser único ou multilobulado, que apresenta coloração vermelha (lesões jovens), acastanhada ou púrpura (lesões traumatizadas) ou rósea (lesões mais antigas). A lesão comumente pode apresentar erosão e áreas ulceradas, as quais demonstram tendência à hemorragia espontânea ou ao mínimo traumatismo. O tratamento convencional é apenas observacional devido ao alto índice de recidiva após a remoção cirúrgica em mulheres grávidas (SILLS *et al.*, 1996), e muitas vezes, regressão espontânea após o parto (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um GG presente em gengiva de uma mulher no sexto mês de gestação, que apresentou queixa funcional e estética. Uma revisão de literatura sobre os principais aspectos clínicos, hormonais e acerca da patogênese da lesão também foi realizada.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos, cor parda, procurou atendimento odontológico queixando-se da presença de lesão na gengiva palatina entre os dentes 22 e 23. Ao exame clínico intrabucal observou-se, pela vestibular dos dentes incisivos e caninos, apenas a presença de leve edema e eritema nas papilas gengivais (Fig. 1A; setas azuis). Na região palatina, evidenciou-se um nódulo pediculado, indolor e fibroso à palpação, róseo-avermelhado, com pequenas áreas ulceradas e dois sulcos marcados no centro da lesão devido ao trauma crônico ocasionado pelos dentes inferiores durante a oclusão dentária (Fig. 1B; seta azul). A lesão media aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro. Durante a coleta dos dados anamnésicos, a paciente relatou perceber a presença da lesão há 1 mês, sendo que ela estava no sexto mês de gestação. Desta forma, a lesão surgiu no segundo trimestre de gestação. O exame físico extrabucal não foi contributivo para o diagnóstico. Baseado na avaliação e informações coletadas, as hipóteses diagnósticas foram GG, lesão periférica de células gigantes e fibroma ossificante periférico.

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela
Elvira Rozza de *et al.*
Patogênese e aspectos
clínicos do granuloma
gravídico: relato de
caso e revisão de
literatura. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
111-127, 2014.

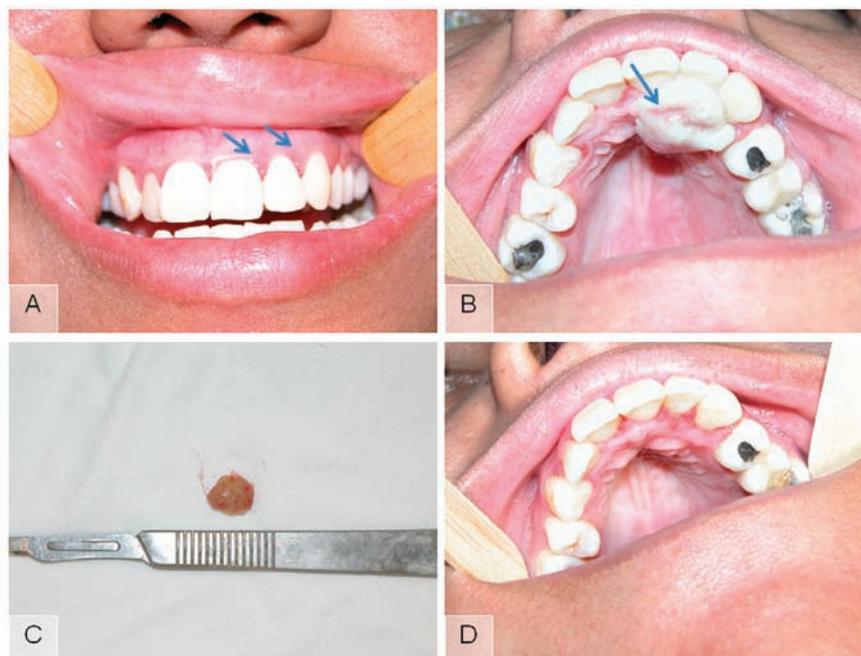


Figura 1 - Ao exame clínico intraoral são vistos eritema e edema tecidual que acometem as papilas gengivais entre os dentes 21 e 23 (setas azuis), **A**. Ao exame físico intraoral da gengiva palatina adjacente à área descrita anteriormente é visto um nódulo sésil, róseo e avermelhado, fibroso à palpação, indolor, apresentando a superfície com áreas ulceradas e erosivas. Na área central da superfície da lesão, há dois sulcos demarcados pelo trauma crônico ocasionado pelos dentes inferiores ao realizar a oclusão (setas azuis), **B**. Lesão removida após a biópsia excisional, medindo 3 cm em seu maior diâmetro, **C**. Após o procedimento cirúrgico, a paciente foi acompanhada durante 60 dias apresentando cicatrização normal e excelente prognóstico, **D**.

Após relato de dificuldade durante a alimentação e incapacidade de ocluir totalmente os dentes, além da insatisfação estética, a biópsia excisional conservadora do nódulo pediculado (Fig. 1C), sob anestesia local, foi eleita como medida terapêutica. No exame histopatológico, em menor aumento, foi observado tecido conjuntivo fibroso contendo intenso infiltrado inflamatório, principalmente adjacente à área recoberta por tecido epitelial estratificado danificado por uma área ulcerada, demonstrando intensa exocitose, áreas de destruição e hiperplasia epitelial (Fig. 2A, 50X, HE). Ao maior aumento, havia presença de tecido conjuntivo fibroso, celularizado, demonstrando grande proliferação tanto de pequenos como de vasos endoteliais com maior calibre. Estes vasos estavam dispostos entre as fibras colágenas e fibroblastos, caracterizando um comportamento fibrovascular (Fig. 2B, 200X, HE). Estavam presentes também células inflamatórias crônicas na maior profundidade da lesão, sendo que na superfície próxima à área ulcerada havia a presença de células in-

flamatórias agudas, edema e membrana fibrinopurulenta. Vasos capilares neoformados foram vistos, apresentando células endoteliais em processo de mitose, o que sugere o processo de angiogênese na periferia da lesão (Fig. 2C, 400X, HE). O diagnóstico final foi GG. A paciente foi acompanhada periodicamente, sendo que após 60 dias do procedimento cirúrgico, demonstrou processo cicatricial normal (Fig. 1D).

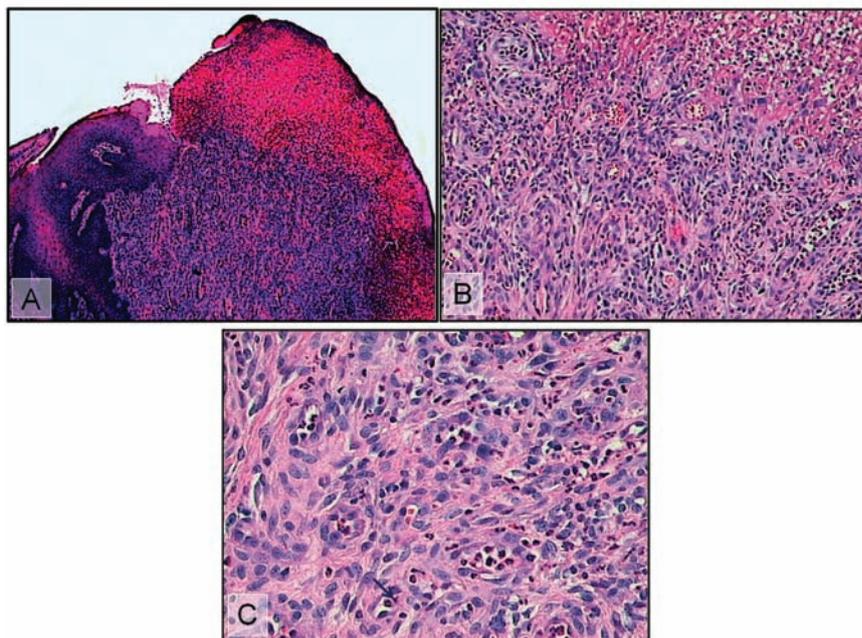


Figura 2 - Imagem histopatológica em menor aumento mostrando tecido conjuntivo com intenso infiltrado inflamatório, sendo recoberto por epitélio danificado por áreas de necrose liquefativa e intensa exocitose, apresentando também ulceração seguida por área de hiperplasia epitelial (50X, coloração em HE*) **A**. Ao menor aumento nota-se a presença de intensa vascularização capilar preenchida por hemácias e entremeada por tecido conjuntivo fibroso e células inflamatórias crônicas. Superiormente, observa-se área de necrose tecidual (200X, coloração em HE*), **B**. Visão maior mostrando inúmeros vasos sanguíneos capilares neoformados com células endoteliais em processo de mitose celular, o que sugere o processo de angiogênese (400X, coloração em HE*), **C**. *HE = Hematoxilina & Eosina.

DISCUSSÃO

Inicialmente, pensou-se que o GP fosse uma infecção botriomycótica (*botrys* = cachos, *mykes* = cogumelo), porque, muitas vezes, a lesão era multilobulada lembrando o formato de cachos (SHAFER, 1983). Outros estudos posteriores sugeriram que a lesão fosse causa-

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

da por estafilococos ou estreptococos, devido à formação de colônias semelhantes às dos fungos (SHAFER, 1983). Atualmente, sabe-se que o GP resulta de vários fatores etiológicos que levam os tecidos a responderem de forma intensa a essa agressão, resultando na produção demasiada de tecido conjuntivo e endotelial (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). Sua terminologia é também equivocada, pois ele não possui origem infecciosa, e também não caracteriza um granuloma verdadeiro, já que não é visto o arranjo de células constituídas por macrófagos, semelhantes às células epitelióides, e as células gigantes todos envolvidos por um colar de linfócitos e células plasmáticas (NEVILLE *et al.*, 2008; KUMAR *et al.*, 2012).

Hullihen, em 1844, foi o primeiro a descrever o GP na literatura escrita em língua inglesa; contudo, o termo “granuloma piogênico” foi primeiramente mencionado por Hartzell em 1904. O termo “granuloma gravídico”, assim como seu primeiro relato em gengiva, foi publicado em dois diferentes trabalhos em 1956, por Martens & Macpherson e MacDonald, respectivamente. O GP, incluindo o GG, é uma lesão reacional hiperplásica não neoplásica comum em pele (88%) (DOMÍNGUEZ-CHERIT *et al.*, 2006), porém ao tratar-se de mucosa (12%) (DOMÍNGUEZ-CHERIT *et al.*, 2006), é extremamente rara no sistema gastrointestinal com exceção da boca (YAO *et al.*, 1995), sendo visto principalmente em mucosa ceratinizada (FOWLER *et al.*, 1996). Nosso caso ocorreu em gengiva palatina superior, estando de acordo com as maiores incidências do GG relatadas na literatura.

Quando se trata do GG, praticamente dois terços dos casos ocorrem em gengiva (FENTON; TIMON; MCSHANE, 1996; CRUZ; MARTOS, 2010; OJANOTKO-HARRI *et al.*, 1991). Esse dado é justificado pela presença de cálculo dentário, biofilme e outros fatores irritativos (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; JAFARZADEH; SANATKHANI, 2007) associados aos dentes e gengivas, o que não é visto em outras áreas afetadas como a língua, local que provavelmente relaciona-se diretamente com o fator traumático (OJANOTKO-HARRI *et al.*, 1991; DALEY; NARTEY; WYSOCKI, 1991). No caso do GG, todos os fatores etiológicos estão associados à influência hormonal (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; OJANOTKO-HARRI *et al.*, 1991; DALEY; NARTEY; WYSOCKI, 1991). Em nosso relato, a paciente não apresentava cálculo dentário, apenas gengivite local, assim, a mesma foi orientada a seguir rigorosamente as orientações de higiene bucal, inclusive a usar de forma adequada o fio dental.

O GG é uma lesão, em geral, séssil ou pediculada, que emerge da papila gengival interdental, de forma globosa ou lisa, eritematosa, com tamanho variável mensurando poucos milímetros a vários centímetros, porém normalmente não excede 2,5 cm (NEVILLE *et al.*, 2008), sendo que alcança este tamanho em semanas ou meses (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). Zegarelli *et al.* (1972) descreveram que a grande diferença entre GG e GP, quando presentes na gengiva, é o sangramento. Assim, exemplificando que o GG é semelhante a uma esponja que sangra fartamente à mínima injúria. Com exceção desta característica clínica, não há diferença marcante entre GG e GP encontrado na gengiva. Todos os aspectos clínicos acima descritos foram apresentados pelo presente caso, inclusive a gengivite em papilas envolvendo a área acometida pelo GG.

Os aspectos histopatológicos do GP e GG são praticamente os mesmos (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). O principal aspecto histopatológico destas lesões é a proliferação intensa de vasos sanguíneos semelhantes ao tecido de granulação (NEVILLE *et al.*, 2008). Esses vasos são, muitas vezes, de diferentes calibres e preenchidos por hemácias (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). As células endoteliais são arredondadas e podem apresentar as células basais mais achatadas, figuras mitóticas podem ser observadas devido à alta atividade proliferativa destas células (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; EPIVATIANOS *et al.*, 2005), as quais foram vistas nas lâminas microscópicas do caso apresentado. Esses vasos sanguíneos são envolvidos e separados por camadas finas de tecido colageinizado e fibroblastos arredondados. A superfície da lesão pode apresentar aspectos histopatológicos secundários ao trauma crônico, como a presença de úlcera e membrana fibrinopurulenta, hiperplasia do tecido epitelial, edema do estroma subjacente, e até mesmo a formação de microabscessos (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). Em nosso caso, foi possível observar a associação da área ulcerada, microabscesso e áreas de hiperplasia epitelial, possivelmente ocasionados pelo trauma crônico dentário. Neutrófilos, linfócitos e plasmócitos são frequentemente vistos, sendo que os neutrófilos são mais prevalentes próximos à superfície ulcerada. Células inflamatórias crônicas são vistas com mais frequência na profundidade da lesão (SHAFER, 1983; NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006).

O desenvolvimento do GP e GG ocorre em três fases distintas (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). A pri-

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela
Elvira Rozza de *et al.*
Patogênese e aspectos
clínicos do granuloma
gravídico: relato de
caso e revisão de
literatura. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
111-127, 2014.

meira é a fase celular, na qual os vasos sanguíneos são compactos e celularizados, demonstrando pequeno lúmen. Na fase capilar (segunda), os vasos sanguíneos aparecem em maior número e são maiores, apresentando o lúmen preenchido por hemácias. Na última fase, a involutiva, poucos vasos sanguíneos se desenvolvem, sendo mais localizados na área central da lesão. Nesta fase há a formação de uma fibrose perivascular, células maduras denominadas fibrócitos e um processo de maturação do tecido conjuntivo surge (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; EPIVATIANOS *et al.*, 2005). O caso apresentado no presente estudo corrobora a segunda fase de desenvolvimento, ou seja, a fase capilar, devido ao grande número de vasos de diferentes calibres, estando a maior parte preenchida por hemácias, e pouca fibrose lesional e perivascular foram observadas.

Moléculas como o fator de crescimento do tecido conjuntivo (CTGF) (IGARASHI *et al.*, 1998), fator de crescimento de fibroblasto básico (bFGF) (HAGIWARA *et al.*, 1999), fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) (YUAN; WING; LIN, 2002; YUAN; LIN, 2004) e a enzima óxido nítrico sintetase (NOS) (SHIMIZU *et al.*, 1998) têm determinada função no processo de angiogênese que ocorre no GP. Muitos estudos têm investigado os fatores envolvidos nas mudanças funcional e estrutural da microvascularização endotelial e linfática que ocorre na pele e mucosas de gestantes (HENRY *et al.*, 2006), e que são diretamente relacionados com o desenvolvimento e regressão do GG, já que muitas vezes, ele regride espontaneamente após o parto (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; DALEY; NARTEY; WYSOCKI, 1991). Atualmente sabe-se que o estrogênio acelera o processo de reparo, estimulando a formação do tecido de granulação, já que estimula a produção do fator de crescimento do nervo (NGF) e do VEGF através dos macrófagos, do bFGF e fator beta de transformação de crescimento (TGF- β 1) pelos fibroblastos, e do fator estimulador de colônias de granulócitos (GM-CSF) em ceratinócitos (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; KANDA; WATANABE, 2005). O VEGF e bFGF são expressos de forma mais significativa no GP quando comparados com a expressão em gengiva e periodonto saudáveis (YUAN; JIN; LIN, 2000). O mecanismo molecular envolvido na regressão espontânea do GG após o parto permanece incerto. Atualmente sabe-se que uma das moléculas mais importantes envolvidas no processo de angiogênese é o VEGF, o qual induz a migração de células precursoras endoteliais da medula óssea e aumenta a proliferação e diferenciação de células nos locais da angiogênese (KUMAR *et al.*, 2012). Yuan *et al.*, em

2000 e 2004, propuseram um mecanismo da angiogênese envolvido na involução do GG após o parto, inferindo que essa lesão expressa significativamente mais VEGF durante a gravidez do que na gengiva saudável e em GG após o parto. Além do VEGF, foi demonstrado que a expressão para Angiopoetina 1 (Ang-1) e um receptor das células endoteliais (Tie-2), ambos responsáveis pela maturação dos vasos e quiescência endotelial (KUMAR *et al.*, 2012), não apresentaram diferenças quanto a sua expressividade durante e após o período gestacional. Já após o parto, além do VEGF, houve menor expressão da Angiopoetina-2 (Ang-2), a qual demonstrou ter ação protetora vascular somente na presença do VEGF durante a gestação. Assim foi visto que a Ang-2 tornou às células endoteliais mais responsivas à estimulação ao VEGF, e na sua ausência, não teve nenhuma ação sobre o GG. Para Ye *et al.* (2002), os hormônios sexuais femininos atuam na angiogênese, pois eles evidenciaram que houve um aumento considerável nos níveis de Ang-2 em ratas histerectomizadas após o uso de 17- β -estradiol por 8 dias, sugerindo desta forma, essa ação direta. Esses mecanismos podem auxiliar na descoberta de procedimentos terapêuticos não cirúrgicos, já que a cirurgia periodontal é relativamente contra-indicada durante a gestação (LITTLE *et al.*, 2012), com exceção de casos com complicações determinadas pela presença do GG, como em nosso caso.

Apesar do GP ocorrer em todas as faixas etárias (AL-KHATEEB; ABABNEH, 2003; DE CARLI; SILVA, 2004), existe uma predominância em mulheres na segunda década de vida (NEVILLE *et al.*, 2008; ANGELOPOULOS, 1971; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006), e nosso caso vem ao encontro desses achados, pois o GG ocorreu numa mulher de 24 anos. McDonald *et al.* (1956), descreveram um caso semelhante ao nosso relato, sendo que a lesão apenas apresentava maior extensão, tanto por face labial como palatina. Além da maior prevalência em mulheres, a associação entre o GG e a gravidez juntamente com a regressão espontânea da lesão após o parto, sugerem a ação hormonal sobre o crescimento e desenvolvimento desta lesão (YUAN; WING; LIN, 2002; WHITAKER *et al.*, 1994; YUAN; JIN; LIN, 2000). Alguns autores acreditam na associação dos níveis aumentados da progesterona com a presença de agentes agressores locais (SILK *et al.*, 2008), e outros, no potencial angiogênico do estrogênio (DEMIR; DEMIR; AKTEPE, 2004), ou até mesmo que ambos, em níveis aumentados, podem aumentar a vascularização da mucosa bucal, inibindo a resposta inflamatória aguda ao trauma, e estimulando a reação de reparo crônica com subsequente formação do granuloma (FENTON; TIMON; MCSHANE, 1996; OJANOTKO-HARRI *et al.*, 1991). A

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela
Elvira Rozza de *et al.*
Patogênese e aspectos
clínicos do granuloma
gravídico: relato de
caso e revisão de
literatura. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
111-127, 2014.

presença de receptores hormonais no GG foi investigada através de testes imuno-histoquímicos demonstrando resultados controversos. O receptor do estrogênio tem sido observado nas células endoteliais de GG (DEMIR; DEMIR; AKTEPE, 2004), sugerindo uma maior sensibilidade destas células ao efeito deste hormônio durante a gravidez. No entanto, outros estudos têm demonstrado a ausência dos receptores da progesterona e estrogênio nessas lesões (WHITAKER *et al.*, 1994; RODINS *et al.*, 2011), o que nos sugere que apenas os hormônios circulantes possam influenciar no crescimento e desenvolvimento do GG (YUAN; WING; LIN, 2002).

Os achados histopatológicos são necessários para a obtenção do correto diagnóstico, e os diagnósticos diferenciais são importantes para o delineamento do diagnóstico final e tratamento. Os diagnósticos diferenciais do GG em gengiva apresentados neste relato foram os seguintes: lesão periférica de células gigantes (LPCG) (NEVILLE *et al.*, 2008; SHADMAN *et al.*, 2009; MOTAMEDI *et al.*, 2007) e fibroma ossificante periférico (NEVILLE *et al.*, 2008; MISHRA; BHISHEN; MISHRA, 2011). A LPCG é relativamente comum na boca, ocorre exclusivamente em gengiva e rebordo alveolar edêntulo, e também é incluída no grupo de lesões reacionais em resposta a algum fator irritativo, como uma extração dentária, cálculo dentário, próteses e restaurações mal adaptadas (NEVILLE *et al.*, 2008; SHADMAN *et al.*, 2009; MOTAMEDI *et al.*, 2007). Células gigantes são vistas e a origem desta lesão provém do tecido conjuntivo do perioste e membrana periodontal (SHADMAN *et al.*, 2009), o que, muitas vezes, ocasiona a reabsorção óssea em forma de taça, constituindo as principais dissemelhanças entre a LPCG e o GP. Sua aparência clínica é muito semelhante ao GP, trata-se normalmente de um nódulo séssil ou pediculado, podendo ou não ser ulcerado, embora frequentemente a LPCG apresente uma coloração mais azul purpúrea, enquanto o GP é vermelho ou róseo (NEVILLE *et al.*, 2008). Shadman *et al.* (2009) e Motamedi *et al.* (2007), após realizarem um estudo demográfico de 525 e 123 casos de LPCG, respectivamente, obtiveram dados variáveis em relação à idade, os quais variaram entre 2 e 85 anos, ambos os estudos com médias de idade na terceira década de vida, corroborando a idade do GP e GG, mais frequentes entre a segunda e terceira décadas de vida (NEVILLE *et al.*, 2008; ANGELOPOULOS, 1971; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006). Já outros autores reportaram que a LPCG é mais frequente entre a quinta e sexta décadas de vida (NEVILLE *et al.*, 2008), mais tardia quando comparado ao GP e GG. A lesão não apresentou diferenças entre a distribuição do sexo. Já Naderi *et al.* (2012), analisaram 2068 lesões hiperplásicas reacionais que aco-

metem a boca, e a LPCG foi a única lesão com diferença estatística significativa em relação ao sexo, sendo mais frequente em homens. Dado que difere do GG, uma vez que está associado com a gravidez, apresentando também associação com os hormônios sexuais femininos (SHAFER, 1983; NEVILLE *et al.*, 2008). Além das informações acima, associação entre o desenvolvimento da LPCG durante a gravidez é escassa na literatura (CAILLOUETTE; MATTAR, 1978).

Lesões, como o GG e GP mais senescentes, apresentam um maior grau de fibrose conforme aumenta a sua profundidade, podendo assemelhar-se a um fibroma (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI, 2007). Desta forma, o FOP torna-se um diagnóstico diferencial destas entidades clínicas, já que caracteriza também uma lesão reacional, acomete exclusivamente a gengiva e envolve sempre a papila gengival (NEVILLE *et al.*, 2008), o que corrobora também com o envolvimento do GG a partir da gengivite em papila gengival (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; OJANOTKO-HARRI *et al.*, 1991; SO-ORIYAMOORTHY; GOWER, 1989; HENRY *et al.*, 2006; WHITAKER *et al.*, 1994) em grande parte dos casos e como em nosso caso. Sua origem é a partir de diferentes componentes celulares provenientes do perióstio e tecido periodontal (NEVILLE *et al.*, 2008; MISHRA; BHISHEN; MISHRA, 2011), como fibroblastos, cementoblastos e osteoblastos. Alguns autores ainda acreditam que o FOP possa se originar de células odontogênicas (MISHRA; BHISHEN; MISHRA, 2011), o que o destaca, apesar da semelhança clínica, como uma entidade totalmente diferente do GP. Sua apresentação clínica é análoga ao GP gengival, sendo que alguns FOP são considerados GP que na fase inicial sofrem maturação fibrosa e subsequente calcificação (NEVILLE *et al.*, 2008). Entretanto, o FOP acomete mulheres mais jovens que o GG e GP (MISHRA; BHISHEN; MISHRA, 2011). Segundo Mishra, Bhishen e Mishra (2011), o pico de incidência do FOP é aos 13 anos de idade, sendo comum, muitas vezes, em indivíduos pré-púberes, o que jamais poderia ocorrer com o GG (NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI, 2007). Eversole & Rovin (1975), observaram que a constante irritação durante a esfoliação dos dentes decíduos e erupção de dentes permanentes pode estar associada com a maior prevalência do FOP nesta faixa etária. O FOP também difere histopatologicamente do GP devido à presença da mineralização variável, podendo consistir em osso, material semelhante a cimento ou calcificação distrófica, havendo relatos de até 95% dos casos apresentando estas características histopatológicas (DE CARLI; SILVA, 2004). Muitas vezes, essa mineralização, é vista no exame

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

radiográfico como áreas radiopacas no interior da lesão. O GG e GP normalmente não demonstram esse aspecto radiográfico.

Segundo recomendações de Little *et al.* (2012), as cirurgias periodontais durante a gestação devem ser evitadas. O índice de recidiva da lesão também se encontra aumentado neste período (SHAFFER, 1983; NEVILLE *et al.*, 2008; JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006; SILK *et al.*, 2008) entretanto, muitas vezes a lesão causa desconforto estético, sangramento e alterações funcionais durante a mastigação, sendo indicado, nestes casos, o procedimento cirúrgico. Silk *et al.* (2008) recomendaram, ao ser indicado o procedimento odontológico, que ele seja realizado no segundo trimestre de gestação devido à completa organogênese do feto e também por evitar o desconforto postural durante o procedimento no último trimestre. Tais cuidados foram considerados em nosso caso, e a biópsia excisional foi indicada devido ao desconforto funcional durante a mastigação e realizada no segundo trimestre de gestação, sob anestesia local e sem intercorrências. Delay *et al.* (1991) sugeriram que existem duas formas clínicas do GG, uma que regride espontaneamente após o parto e outra que permanece após o parto ou recidiva se removida durante a gestação. Em nosso caso, o prognóstico foi excelente após 60 dias de acompanhamento, não ocorrendo recidiva durante e após a gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da gravidez o GG pode apresentar evolução súbita e exacerbada, atingindo dimensões tais que podem alarmar profissionais da Odontologia menos informados. Assim, a conduta baseada em adequada anamnese, avaliação clínica criteriosa e observação do período gestacional da paciente será decisiva para a realização do tratamento, o qual pode ser cirúrgico ou apenas observacional. É importante evidenciar a necessidade de cuidados com a higiene, remoção da placa bacteriana e o uso de escovas dentais adequadas, com técnicas de escovação que diminuam o trauma da mucosa bucal.

REFERÊNCIAS

AL-KHATEEB, T.; ABABNEH, K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg*, Philadelphia, v. 61, p. 1285-1288, 2003.

ANGELOPOULOS, A. P. Pyogenic granuloma of the oral cavity: statistical analysis of its clinical features. **J Oral Surg**, Chicago, v. 28, p. 840-847, 1971.

CAILLOUETTE, J. C.; MATTAR, N. Massive peripheral giant-cell reparative granuloma of the jaw: a pregnancy dependent tumor. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 131, p. 176-179, 1978.

CRUZ L. E.; MARTOS, J. Granuloma gravidarum (pyogenic granuloma) treated with periodontal plastic surgery. **Int J Gynaecol Obstet**, Baltimore, v. 109, p. 73-74, 2010.

DALEY, T. D.; NARTEY, N. O.; WYSOCKI, G. P. Pregnancy tumor: an analysis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, St. Louis, v. 72, p. 196-199, 1991.

DE CARLI, J. P.; SILVA, S. O. Análise clínico-histopatológica do granuloma piogênico e do fibroma ossificante periférico. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 13-17, 2004.

DEMIR, Y.; DEMIR, S.; AKTEPE, F. Cutaneous lobular capillary hemangioma induced by pregnancy. **J Cutan Pathol**, Copenhagen, v. 31, p. 77-80, 2004.

DOMÍNGUEZ-CHERIT, J.; PUEBLA-MIRANDA, M.; RANGEL-GAMBOA, L.; ROLDÁN-MARÍN, R. Giant gravidarum granuloma of the scalp. **Gac Med Mex**, México, v. 142, p. 411-413, 2006.

DURAIRAJ, J.; BALASUBRAMANIAN, K.; RANI, P. R.; SAGILI, H.; PRAMYA, N. Giant lingual granuloma gravidarum. **J Obstet Gynaecol**, Bristol, v. 31, p. 769-770, 2011.

EPIVATIANOS, A.; ANTONIADES, D.; ZARABOUKAS, T.; ZAIRI, E.; POULOPOULOS, A.; KIZIRIDOU, A. *et al.* Pyogenic granuloma of the oral cavity: comparative study of its clinicopathological and immunohistochemical features. **Pathol Int**, Tokyo, v. 55, p. 391-397, 2005.

EVERSOLE, L. R.; ROVIN, S. Reactive lesions of the gingiva. **J Oral Pathol**, Copenhagen, v. 1, p. 30-38, 1972.

FENTON, J. E.; TIMON, C. I.; MCSHANE, D. P. Lingual granuloma gravidarum. **Otolaryngol Head Neck Surg**, Rochester, v. 114, p. 682-683, 1996.

FOWLER, E. B.; CUENIN, M. F.; THOMPSON, S. H.; KUDRYK, V. L.; BILLMAN, M. A. Pyogenic granuloma associated with guided tissue regeneration: a case report. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 67, p. 1011-1015, 1996.

MENEZES, Rafaela Elvira Rozza de *et al.* Patogênese e aspectos clínicos do granuloma gravídico: relato de caso e revisão de literatura. **SALUSVITA**, Bauru, v. 33, n. 1, p. 111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela
Elvira Rozza de *et al.*
Patogênese e aspectos
clínicos do granuloma
gravídico: relato de
caso e revisão de
literatura. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
111-127, 2014.

HAGIWARA, K.; KHASKHELY, N. M.; UEZATO, H.; NONAKA, S. Mast cell “densities” in vascular proliferations: a preliminary study of pyogenic granuloma, portwine stain, cavernous hemangioma, cherry angioma, Kaposi’s sarcoma, and malignant hemangioendothelioma. *J Dermatol*, Tokyo, v. 26, p. 577-586, 1999.

HARTZELL, M. B. Granuloma pyogenicum (botryomycosis of French authors). *J Cutan Dis*, [S.I.], v. 22, p. 520-523, 1904.

HENRY, F.; QUATRESOOZ, P.; VALVERDE-LOPEZ, J. C.; PIÉRRARD, G. E. Blood vessel changes during pregnancy: a review. *Am J Clin Dermatol*, Auckland, v. 7, p. 65-69, 2006.

HULLIHEN, S. P. Case of aneurysm by anastomosis of the superior maxilla. *Am J Dent Sc*, [S.I.], v. 4, p. 160-162, 1844.

IGARASHI, A.; HAYASHI, N.; NASHIRO, K.; TAKEHARA, K. Differential expression of connective tissue growth factor gene in cutaneous fibrohistiocytic and vascular tumors. *J Cutan Pathol*, Copenhagen, v. 25, p. 143-148, 1998.

JAFARZADEH, H.; SANATKHANI, M.; MOHTASHAM, N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci*, Tokyo, v. 48, p. 167-175, 2006.

JAFARZADEH, H.; SANATKHANI, M. Regression of a lesion resembling pyogenic granuloma after endodontic treatment. *Aust Endod J*, Melbourne, v. 33, p. 32-35, 2007.

KANDA, N.; WATANABE, S. Regulatory roles of sex hormones in cutaneous biology and immunology. *J Dermatol Sci*, Amsterdam, v. 38, p. 1-7, 2005.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. *et al.* **Robbins Basic Pathology: with STUDENT CONSULT Online Access**. 9. ed. Philadelphia: Saunders, 2012.

LITTLE, J. W.; FALACE, D.; MILLER, C.; RHODUS, N. L. **Little and Falace’s Dental Management of the Medically Compromised Patient**. 8. ed. Missouri: Mosby, 2012.

MARTENS, V. E.; MACPHERSON, D. J. Fibroangioma: a proposed descriptive term for granuloma pyogenicum, granuloma gravidarum, juvenile angiofibroma, and urethral caruncle. *AMA Arch Pathol*, Chicago, v. 61, p. 120-124, 1956.

MCDONALD, R. H. Granuloma gravidarum; pregnancy tumor of the gingiva. *Am J Obstet Gynecol*, St. Louis, v. 72, p. 1132-1136, 1956.

MISHRA, M. B.; BHISHEN, K. A.; MISHRA, S. Peripheral ossifying fibroma. *J Oral Maxillofac Pathol*, [S.I.], v.15, p. 65-68, 2011.

MOTAMEDI, M. H. K.; ESHGHYAR, N.; JAFARI, S. M.; LASSEMI, E.; NAVI, F.; ABBAS, F. M. *et al.* Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: a demographic study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 103, p. 39-43, 2007.

MUSSALLI, N. G.; HOPPS, R. M.; JOHNSON, N. W. Oral pyogenic granuloma as a complication of pregnancy and the use of hormonal contraceptives. **Int J Gynaecol Obstet**, Baltimore, v. 14, p. 187-191, 1976.

NADERI, N. J.; ESHGHYAR, N.; ESFEHANIAN, H. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. **Dent Res J**, Isfahan, v. 9, p. 251-255, 2012.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C.; BOUQUOT, J. E. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 3. ed. Philadelphia: Saunders, 2008.

OJANOTKO-HARRI, A. O.; HARRI, M. P.; HURTTIA, H. M.; SEWÓN, L. A. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 18, p. 262-266, 1991.

RODINS, K.; GRAMP, D.; JAMES, D.; KUMAR, S. Pyogenic granuloma, port-wine stain and pregnancy. **Australas J Dermatol**, Sidney, v. 52, p. 8-10, 2011.

SHADMAN, N.; EBRAHIMI, S. F.; JAFARI, S.; ESLAMI, M. Peripheral giant cell granuloma: a review of 123 cases. **Dent Res J**, Isfahan, v. 6, p. 47-50, 2009.

SHAFER, W. G. **Textbook of Oral Pathology**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 1983.

SHIMIZU, K.; NAITO, S.; URATA, Y.; SEKINE, I.; KONDO, T.; KATAYAMA, I. Inducible nitric oxide synthase is expressed in granuloma pyogenicum. **Br J Dermatol**, London, v. 138, p. 769-773, 1998.

SILK, H.; DOUGLASS, A. B.; DOUGLASS, J. M.; SILK, L. Oral health during pregnancy. **Am Fam Physician**, Kansas City, v. 77, p. 1139-1144, 2008.

SILLS, E. S.; ZEGARELLI, D. J.; HOSCHANDER, M. M.; STRIDER, W. E. Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor (pyogenic granuloma). **J Reprod Med**, Chicago, v. 41, p. 467-470, 1996.

SOORIYAMOORTHY, M.; GOWER, D. B. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 16, p. 201-208, 1989.

MENEZES, Rafaela
Elvira Rozza de *et al.*
Patogênese e aspectos
clínicos do granuloma
gravídico: relato de
caso e revisão de
literatura. **SALUSVITA**,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
111-127, 2014.

MENEZES, Rafaela
Elvira Rozza de *et al.*
Patogênese e aspectos
clínicos do granuloma
gravídico: relato de
caso e revisão de
literatura. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
111-127, 2014.

ZEGARELLI, D. J.; RANKOW, R. M.; ZEGARELLI, E. V. A large dental granuloma (inflammatory pseudotumor) with unusual features: report of case. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 89, p 891-894, 1974.

WHITAKER, S. B.; BOUQUOT, J. E.; ALIMARIO, A. E.; WHITAKER, T. J. Jr. Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in pyogenic granulomas of pregnancy. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol**, St. Louis, v. 78, p. 755-760, 1994.

YAO, T.; NAGAI, E.; UTSUNOMIYA, T.; TSUNEYOSHI, M. An intestinal counterpart of pyogenic granuloma of the skin. A newly proposed entity. **Am J Surg Pathol**, New York, v. 19, p. 1054-1060, 1995.

YE, F.; FLORIAN, M.; MAGDER, S. A.; HUSSAIN, S. N. A. Regulation of angiopoietin and Tie-2 receptor expression in non-reproductive tissues by estrogen. **Steroids**, San Francisco, v. 67, p. 305-310, 2002.

YUAN, K.; JIN, Y. T.; LIN, M. T. The detection and comparison of angiogenesis-associated factors in pyogenic granuloma by immunohistochemistry. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 71, p. 701-709, 2000.

YUAN, K.; WING, L.; LIN, M. T. Pathogenetic roles of angiogenic factors in pyogenic granulomas in pregnancy are modulated by female sex hormones. **J Periodontol**, Indianapolis, v. 73, p. 701-708, 2002.

YUAN, K.; LIN, M. T. The roles of vascular endothelial growth factor and angiopoietin-2 in the regression of pregnancy pyogenic granuloma. **Oral Dis**, Houndmills, v. 10, p. 179-185, 2004.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA DERMATOMIOSITE

Diagnostic approach to Dermatomiositis

Aline Marques da Silva Braga¹
Cristina Michielon Baldisserotto²
Marco Antonio Minchola Robles^{1(*)}
José Antônio Garbino³

¹ Médico Neurologista, Aluna do Programa de Ensino em Neurofisiologia Clínica do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP

² Médico Fisiatra, Aluna do Programa de Ensino em Neurofisiologia Clínica do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP.

^{1(*)} Médico Neurologista, Ex-aluno do Programa de Ensino em Neurofisiologia Clínica do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP - *in memoriam*

³ Coordenador do Programa de Ensino em Neurofisiologia Clínica do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP

BRAGA, Aline Marques da Silva *et al.* Abordagem diagnóstica da dermatomiosite. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 129-138, 2014.

RESUMO

Introdução: o Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) é um centro de referência dermatológica e a dermatomiosite é uma doença freqüente em seu ambulatório. A dermatomiosite é identificada por suas lesões de pele específicas e pela presença de miopatia inflamatória. Sua incidência é baixa. A confirmação diagnóstica é realizada através da análise da apresentação dermatológica, dosagem sérica de enzimas musculares, eletroneuromiografia e biópsias de pele e músculo. **Objetivo:** analisar a incidência, características clínicas e procedimentos diagnósticos realizados bem como o tempo para o diagnóstico, levando em conta a sua efetividade. **Método:** estudo retrospectivo dos prontuários de pacientes diagnosticados com dermatomiosite de janeiro de 2000 a abril de 2013 no ILSL. **Conclusão:** aconselha-se que se dê prioridade ao atendimento de pacientes com os sintomas neurológicos mais sugestivos, tais como: fraqueza muscular e disfagia associadas a lesões de pele, tendo em vista a possibilidade de dermatomiosite.

Palavras chave: Dermatomiosite. Diagnóstico Eletroneuromiografia. Biópsia de pele. Biópsia de músculo.

Recebido em: 27/10/2013

Aceito em: 13/12/2013

ABSTRACT

Introduction: *as the Instituto Lauro de Souza Lima is a Dermatology Reference Center, dermatomyositis is prevalent in its outpatient clinic. Dermatomyositis is identified by its specific skin lesions and inflammatory myopathy and has low incidence. Diagnostic confirmation is made by the dermatological presentation, serum muscle enzymes, electroneuromyography and skin and muscle biopsies. Objective:* *to analyze the incidence, clinical features, diagnostic procedures and time to diagnosis of dermatomyositis patients, according to the algorithm rationality and effectiveness*
Methods: *it is a retrospective surveillance of Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) patients from January 2000 until April 2013.*
Conclusion: *in a dermatology outpatient department it is advisable to prioritize dermatological cases with neurological symptoms suggestive of dysphagia and muscular weakness with skin lesions, referring for neurological examination due to the possibility of dermatomyositis.*

Key words: *Dermatomyositis. Diagnose. Electromyography. Skin biopsy. Muscle biopsy.*

INTRODUÇÃO

As miopatias inflamatórias (MI) são um grupo heterogêneo de doenças com etiologia variada: associação com antígenos de histocompatibilidade, vírus, drogas e auto-imunidade (ORTIGOSA, 2008). Entre elas, destacam-se a dermatomiosite (DM) e a polimiosite (PM), pois são mais frequentes. Ocorrem mais em pacientes do sexo feminino e acredita-se que tenham herança poligênica não mendeliana para doença autoimune.

A DM é uma doença adquirida que foi primeiramente descrita por Wagner e Jackson em 1863 e apresenta prevalência geral de 0,6-0,93/100.000 (ENGEL, 2004). Na faixa etária infantil, observou-se maior prevalência em crianças judias asiáticas. Na Europa, PM e DM ocorrem sete vezes mais no sul. Trabalhos epidemiológicos mostraram aumento significativo da prevalência com a latitude geográfica indo do norte para o sul da Europa, sendo maior em países como Itália, Grécia, Eslovênia, República Tcheca (HENGSTMAN, 2000).

A DM é menos comum que PM em crianças e a maioria dos pacientes apresenta doenças do colágeno.

BRAGA, Aline Marques da Silva et al. Abordagem diagnóstica da dermatomiosite.. SALUSVITA, Bauru, v. 33, n. 1, p. 129-138, 2014.

BRAGA, Aline
Marques da Silva
et al. Abordagem
diagnóstica da
dermatomiosite..
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 129-
138, 2014.

A DM caracteriza-se por acometer a musculatura estriada principalmente proximal dos membros e apresentar lesões de pele típicas, as quais a diferenciam da polimiosite. Ocorre nas seguintes formas: DM infantil ou juvenil (5 - 14 anos) e DM da idade adulta, de maior prevalência na quinta e sexta década, que se subdivide em dermatomiosite associada à colagenose, síndrome de sobreposição e DM associada a neoplasia. Em crianças, também há relatos de malignidade associada, como linfoma, leucemia e disgerminoma (ENGEL,2004; MASTAGLIA, 2002).

Na DM idiopática, o início é insidioso, não há fatores precipitantes identificáveis e as lesões de pele na fase aguda são caracterizadas por eritema e edema do tecido celular subcutâneo afetando as áreas: perioral, periorbital, malar, face anterior do tronco (V) e superfícies extensoras das extremidades (Figura 1). Pode haver ainda descolorações lineares eritematosas em torno das unhas. Às vezes, ocorre associação com fenômeno de Raynaud.



Figura 1 - A) Eritema periorbicular - Heliótopo - e eritema na face extensora das articulações interfalangeanas dos dedos - Gottron.

Além da pele e músculos, alguns pacientes apresentam envolvimento cardíaco e/ou pulmonar que podem se manifestar na forma de anormalidades eletrocardiográficas e miocardiopatia dilatada, defeito restritivo pulmonar pela fraqueza dos músculos respiratórios, doença intersticial pulmonar ou pneumonia aspirativa secundária.

Em relação à incidência de malignidade associada, esta é maior na DM que na PM, variando entre 6-45% na primeira. Ocorre mais em pacientes acima de 40 anos e geralmente se diagnostica a malignidade com cerca de 1 ano de diferença da DM, podendo qualquer das entidades aparecer primeiro. Na China, 90% dos pacientes com DM e malignidade têm câncer de nasofaringe (ENGEL, 2004).

A confirmação diagnóstica das MI é realizada pela dosagem sérica das enzimas musculares, eletroneuromiografia e biópsia muscular (DALAKAS,1991; PLOTZ,1989).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar os procedimentos diagnósticos realizados nos pacientes com suspeita de miopatia inflamatória referidos ao Ambulatório do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) e a relevância desse grupo de doentes.

MÉTODOS

O estudo teve caráter retrospectivo, em que se realizou a busca eletrônica aos prontuários de janeiro de 2000 a abril de 2013 dos pacientes do ILSL de Bauru, São Paulo, referência nacional para hanseníase e outras doenças dermatológicas.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com o diagnóstico de dermatomiosite cuja investigação e confirmação da doença tenham sido realizadas no ILSL. Dessa forma, dentre 24 pacientes com prontuário referindo dermatomiosite, 16 foram estudados.

Foram coletadas informações quanto ao gênero, idade, início dos sintomas, data da primeira consulta no centro de referência, data da confirmação diagnóstica, descrição dos sintomas, presença de comorbidades, exames complementares realizados e seus resultados.

RESULTADOS

A maioria dos pacientes estudados era do sexo feminino, 68,7%, com a média de idade de 33,8 anos (variando entre 9 a 59 anos).

BRAGA, Aline Marques da Silva *et al.* Abordagem diagnóstica da dermatomiosite.. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 129-138, 2014.

BRAGA, Aline
Marques da Silva
et al. Abordagem
diagnóstica da
dermatomiosite..
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 129-
138, 2014.

A incidência de DM no Ambulatório do ILSL foi de 2,4 pacientes/ano. Os pacientes demoraram em média 9,6 meses para chegar ao ILSL desde o aparecimento dos primeiros sintomas. Encontrou-se uma média de 6,1 meses entre a chegada ao ILSL e o diagnóstico. Portanto, somadas as médias antes e depois de chegar ao ILSL atingem 15,7 meses.

Os diagnósticos diferenciais aventados foram farmacodermia (46,6%), lupus eritematoso sistêmico (33,3%) e doença mista do tecido conjuntivo (20%), podendo cada paciente ter tido mais que um diagnóstico diferencial.

A hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais frequente (46,6%), seguida do hipotireoidismo (20%), câncer de mama metastático (13,3%) e *diabetes mellitus* (13,3%). Um paciente tinha história de schwannoma retroauricular e um paciente adenoma túbulo-viloso de cólon.

Os sintomas mais encontrados foram: lesões de pele (93,7%), fraqueza muscular (87,5%), lesões articulares (60%), disfagia (40 %) e dispnéia (6,66%).

Em relação às alterações laboratoriais, havia aumento das enzimas musculares: creatinofosfoquinase (CK) em 56% dos pacientes e de desidrogenase láctica (DHL) também em 56%.

O exame eletroneuromiográfico (ENMG) foi realizado em oito pacientes (50%) mostrando miopatia de leve a pronunciado comprometimento, um dos exames não apresentou anormalidades.

Em 12 pacientes foi realizada a biópsia de pele e 10 deles tiveram o resultado compatível com dermatomiosite. Em 3 casos, realizou-se biópsia muscular que mostrou características de miopatia inflamatória.

Houve um caso de DM infantil e um de sobreposição de dermatomiosite com esclerodermia. Nos demais pacientes, não foi encontrada sobreposição.

DISCUSSÃO

A amostra confirmou a predominância do sexo feminino e a frequência de malignidade associada como as encontradas na literatura mundial (ENGEL, 2004) e brasileira (SCOLA, 2000). Foi encontrado apenas 1 caso de sobreposição com doença do colágeno. Como se sabe, esta associação é mais frequente em pacientes com PM.

Pode-se perceber que o tempo de início de sintomas até a consulta com especialista é longo, e do momento de chegada ao Centro de Referência até o diagnóstico se passam em média seis meses, o que atrasa o início do tratamento adequado.

Os critérios mais usados para o diagnóstico e classificação da DM são os critérios de Bohan e Peter, descritos a seguir:

- 1) Achados Dermatológicos típicos: eritema orbitário em heliotropo e pápulas de Gottron em superfícies extensoras;
- 2) Achados Neurológicos: fraqueza muscular simétrica de músculos da cintura pélvica, escapular e flexores do pescoço, progressiva em semanas a meses, com ou sem disfagia;
- 3) Exames laboratoriais: níveis séricos de enzimas musculares elevados, creatina-fosfoquinase (CPK), aldolase, desidrogenase láctica (DHL), alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST);
- 4) Eletromiografia: traçados com unidades motoras polifásicas curtas, fibrilações, ondas positivas agudas, e descargas repetitivas de alta frequência, e
- 5) Biópsia muscular: com evidência de necrose de fibras musculares, fagocitose, regeneração com basófilos, grandes vacúolos no sarcolema e nucléolo proeminente, atrofia de distribuição perifascicular, fibras musculares de tamanho variável e exsudato inflamatório perivascular.

Para dermatomiosite definida, deve-se ter o primeiro critério mais três dos demais e para provável, o critério 1 mais 2 dos demais (BRIANI, 2006).

No ILSL, o fluxograma da investigação iniciou-se pela história e exame clínico. A prevalência de lesões de pele foi 93% (critério 1), foi observada queixa de fraqueza muscular proximal em 86,6% (critério 2) e disfagia em 40 % (critério 2). A seguir, foram dosadas as enzimas musculares, e CPK e aldolase estavam aumentadas em 53% dos pacientes cada (critério 3). A CPK é a enzima que mais frequentemente se altera na DM e pode ser usada para monitorar atividade da doença e eficácia do tratamento (ENGEL, 2004).

Para a confirmação diagnóstica, a biópsia da pele foi mais utilizada do que a ENMG e esta mais utilizada do que a biópsia de músculo. A biópsia de pele se mostrou alterada em 83,33% dos pacientes que a realizaram. Apesar de não ser critério diagnóstico clássico, é de extrema importância no auxílio à confirmação diagnóstica, principalmente em locais em que a biópsia muscular não está disponível. Seus achados são caracterizados por hiperqueratose, acantose e atrofia epidérmica. Também pode existir dermatite de interface, infiltrado linfocitário perivascular, depósitos de mucina e edema dérmico. Depósito fibrinóide subepidérmico pode ser visto em casos de inflamação intensa (ORTIGOSA, 2008).

BRAGA, Aline Marques da Silva *et al.* Abordagem diagnóstica da dermatomiosite.. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 129-138, 2014.

BRAGA, Aline Marques da Silva *et al.* Abordagem diagnóstica da dermatomiosite.. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 129-138, 2014.

A ENMG foi solicitada para confirmação do diagnóstico em apenas 47% dos casos, sendo útil no auxílio à terapêutica em casos com suspeita de necrose muscular significativa. Em 85,7% dos casos em que a ENMG foi realizada, sinais de miopatia inflamatória foram observados (critério 4). De acordo com a literatura mundial, 70-90% dos pacientes apresenta achados na ENMG. Tais anormalidades são: a) em repouso: fibrilações, ondas positivas e descargas repetitivas de alta frequência inespecíficas e as miotonias mais específicas e, b) a presença de potenciais de unidades motoras polifásicas, de baixa amplitude e curta duração, Figura 2.

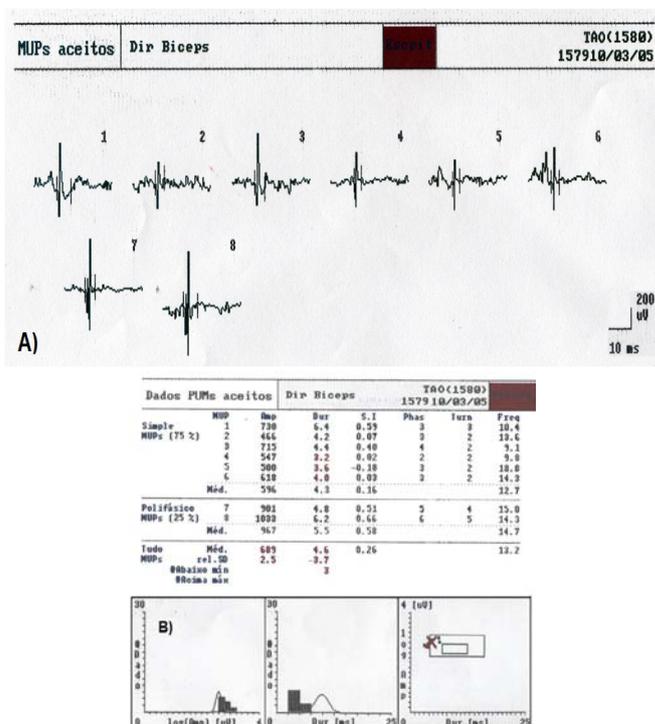


Figura 2 - A) Potenciais da Unidade Motora de curta duração no Bíceps Braquial. B) Duração média desviada para a esquerda e amplitude limítrofe. O Índice das dimensões (Size index - SI) é abaixo de 1 ou negativo, caracterizando-se as Unidades Motoras pequenas.

Elas são vistas com mais facilidade em músculos proximais das cinturas escapular e pélvica e nos músculos paravertebrais. Com o tratamento, desaparecem as atividades espontâneas e num processo mais crônico, os potenciais de unidade motora aumentam em amplitude e duração, assumindo características neurogênicas em 50% dos pacientes. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que tais alterações não são específicas da dermatomiosite, podendo ocorrer em outras patologias (MARVI, 2012; PRESTON, 2005; BOHAN, 1975).

Por fim, a biópsia muscular foi realizada em apenas dois pacien-

tes, mostrando alterações compatíveis com miopatia inflamatória em ambos os casos (critério 5). A biópsia muscular simples com hematoxilina-eosina (HE) mostra infiltrados inflamatórios no intermísio, necrose e atrofia de fibras musculares (BOHAN, 1975; AMATO, 2008), Figura 3.

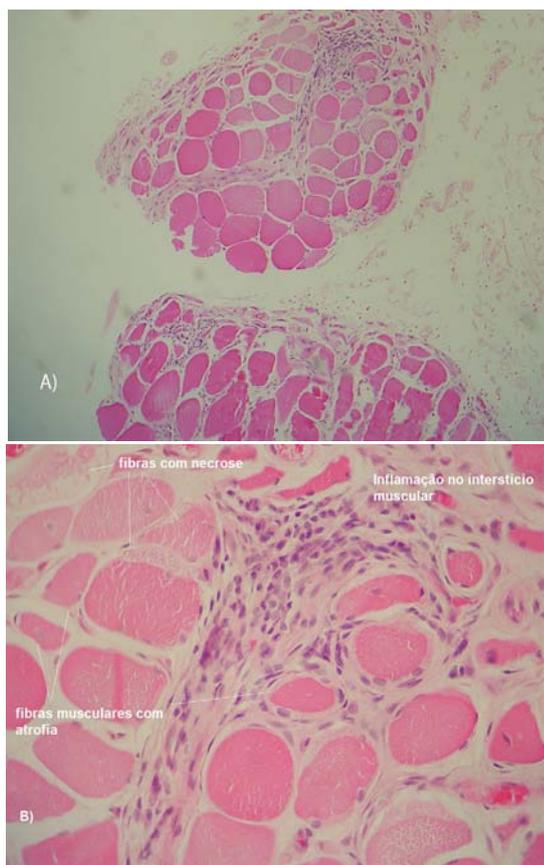


Figura 3 - A) Dois fascículos musculares com fibras com necrose, as mais claras e mais “esfareladas”, fibras atróficas: pequenas e anguladas e inflamação no interstício fascicular. B) Aumento maior com necrose de fibras, fibras atróficas e inflamação no interstício fascicular.

Considerou-se que a avaliação diagnóstica no ILSL foi adequada, pois a maior parte dos pacientes preencheu critérios para DM definida ou provável. Porém, deve-se melhorar o tempo de diagnóstico para que os pacientes possam ter o benefício do tratamento mais precoce. Ademais, dada a sensibilidade da ENMG para achados miopáticos compatíveis com DM, sua maior utilização pode ajudar a aumentar a sensibilidade do diagnóstico, aumentando o número de casos de DM definida, ou mesmo, DM provável em casos de diagnóstico mais difícil (não foram incluídos casos de suspeita não confirmada de DM neste estudo).

BRAGA, Aline Marques da Silva *et al.* Abordagem diagnóstica da dermatomiosite.. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 129-138, 2014.

BRAGA, Aline
Marques da Silva
et al. Abordagem
diagnóstica da
dermatomiosite..
SALUSVITA, Bauru,
v. 33, n. 1, p. 129-
138, 2014.

O VHS, marcador de atividade inflamatória, não faz parte dos critérios de Bohan e Peter, porém está aumentado em 50% dos casos e não tem correlação com grau de atividade.

Além dos exames acima mencionados, a ressonância magnética é sensível para detecção de miosite com edema muscular (MARVI, 2012). Entretanto, não se justifica seu emprego para o diagnóstico da DM pelas opções de exames mais simples e conhecidos, de mais fácil acesso e custo e mais específicos.

CONCLUSÃO

O algoritmo da investigação empregado no ILSL foi considerado adequado, mas diante da gravidade que o quadro pode assumir, o diagnóstico deve ser mais precoce. Torna-se, portanto, aconselhável que o Ambulatório do ILSL ofereça prioridade ao atendimento de pacientes com os sintomas neurológicos mais sugestivos, tais como: fraqueza muscular e disfagia associadas a lesões de pele.

REFERÊNCIAS

AMATO, A.A; RUSSELL, J.A. Inflammatory myopathies. In: Amato AA, Russell JA. Neuromuscular disorders. McGraw-Hill, 2008; 679-719.

BRIANI. C; DORIA. A; SARZI-PUTTINI. P; DALAKAS, M.C. Update on idiopathic inflammatory myopathies. **Autoimmunity**, Chur (NY), v. 39, n. 3, p. 161-70, 2006.

BOHAN, A; PETER, J.B. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). **N Engl J Med**. Boston, v 13, n. 292, p. 292:344-7, 1975.

DALAKAS, M.C. Polymyositis, dermatomyositis, and inclusion-body myositis. **N Engl J Med.**, Boston, v. 325, n. 21, p. 1487-1498, 1991

ENGEL, A.G; HOHLFELD, R. The Polymyositis and Dermatomyositis Syndromes. Inflammatory Myopathies. In: Engel AG and Franzini-Armstrong C. **Myology**. 3 rd ed. McGraw-Hill, 2004; vol. II, 1321-1366.

HENGSTMAN, G; VAN VENROOIJ, W.J; VENCOSKY, J; MOUTSOPOULOS, H; VAN ENGELEN, B.G.M. The relative prevalence of dermatomyositis and polymyositis in Europe exhibits a latitudinal gradient. **Ann Rheum Dis.**, London, v. 59, n. 2, p. 141-142, 2000.

MARVI, U; CHUNG, L; FIORENTINO, DF. Clinical presentation and evaluation of dermatomyositis. **Indian J Dermatol.** Mumbai, v. 57, n. 5, p. 375-81, 2012.

MASTAGLIA, F.L; PHILLIPS, B.A. Idiopathic inflammatory myopathies: epidemiology, classification, and diagnostic criteria. **Rheum Dis Clin North Am.**, Philadelphia, v. 28, p. 723-41, 2002.

ORTIGOSA, L.C; REIS, V.M.S. Dermatomiosite. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, 2008.

PLOTZ, P.H; DALAKAS, M. LEFF, R.L; LOVE, L.A; MILLER, F,W. CRONION, M.E. Current concepts in the idiopathic inflammatory myopathies: polymyositis, dermatomyositis, and related disorders. **Ann Intern Med.**, Philadelphia, v. 111, p. 143-157, 1989.

PRESTON, D.C; SHAPIRO, B.E. **Myopathies**. In: electromyography and neuromuscular disorders. 2 nd ed. Elsevier, 2005; 575-589.

SCOLA, R.H; WERNECK, L.C; PREVEDELLO, D.M.M.S; TORDERKE, E.D; IWAMOTO, F.M. Diagnosis of dermatomyositis and polymyositis: a study of 102 cases. **Arq Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 58, n. 3-B, p. 789-799, 2000.

BRAGA, Aline Marques da Silva *et al.* Abordagem diagnóstica da dermatomiosite.. **SALUSVITA**, Bauru, v. 33, n. 1, p. 129-138, 2014.

CONEXÃO DENTE-IMPLANTE: UMA ALTERNATIVA VIÁVEL? RELATO DE CASO CLÍNICO USANDO PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL APOIADA SOBRE DENTES E IMPLANTES

*Connection tooth-implant: a viable alternative?
Case report using removable partial denture
supported on teeth and implants*

Jaine Zanolla¹
José Fernando Scarelli Lopes¹

¹Setor de Prótese Dentária,
Hospital de Reabilitação de
Anomalias Craniofaciais de
Bauru, Universidade de São
Paulo, HRAC/USP, Bauru –
SP, Brasil.

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.

RESUMO

Introdução: as fissuras labiopalatinas levam os profissionais a idealizarem próteses não convencionais na busca da solução das reabilitações por se tornarem, muitas vezes, bastante complexas. Próteses totalmente implanto-suportadas devem ser o tratamento de escolha, embora haja casos em que a união de dentes com implantes é inevitável. Há autores que defendem a união rígida, outros a não rígida e outros ainda que não recomendem a união dente-implante. Os riscos relacionados a esta união são resultado de diferenças biomecânicas entre as estruturas envolvidas, ligamento periodontal e osso, e da biomecânica dos dentes e implantes apoiados sobre as próteses. **Objetivo:** este trabalho relata um caso clínico de reabilitação oral com uma PPR sobre dentes unidos a implantes em uma paciente com fissura labiopalatina do Hospital de Reabilitação de Anomalias

Recebido em: 25/12/2013
Aceito em: 07/03/2014

Craniofaciais de Bauru. **Método:** relato do caso. **Resultados e Discussão:** paciente de 47 anos, gênero feminino, portadora de fissura pós-forame incisivo incompleta, apresentava os dentes 13, 23 e 27, sendo este extraído por problemas periodontais, e 2 implantes instalados nas regiões dos dentes 16 e 26. O planejamento reabilitador protético foi a instalação de uma PPR com encaixe tipo barra-clip retida por 3 barras metálicas unindo os dentes aos implantes por meio de um sistema tubo parafuso. A união não-rígida demonstra maior distribuição das forças, embora possa causar a intrusão dentária. Já a união rígida, apresenta maior estresse e maior perda óssea na região dos implantes. **Conclusão:** o correto planejamento, embasado na biomecânica, assim como controles clínicos e radiográficos posteriores, são de suma importância para o sucesso do tratamento reabilitador protético.

Palavras-chave: Prótese parcial removível. União dente implante. Implante dentário. União rígida. Fissura labiopalatina.

ABSTRACT

Introduction: *cleft lip and palate lead professionals to idealize unconventional prostheses to find the solution for the rehabilitation that becomes, oftentimes, complex. Totally implant-supported prostheses should be the treatment of choice, although there are cases in which the connection of teeth with implants is inevitable. Some authors advocate the rigid connection, others the non-rigid connection and still others do not recommend the implant-tooth connection. The risks related to this connection are the result of biomechanical differences between the structures involved, periodontal ligament and bone, and biomechanics of teeth and implants supported on the prostheses.*

Objective: *this report presents a case of oral rehabilitation with a removable partial prosthesis on teeth connected to implants in a patient with cleft lip and palate in Hospital of Rehabilitation of Craniofacial Anomalies of Bauru. **Method:** case report. **Results and Discussion:** a 47 year old female patient, with incomplete post foramen cleft presenting the teeth 13, 23 and 27, which was extracted by periodontal problems, and two implants placed in regions of the teeth 16 and 26. The prosthetic rehabilitation treatment was the installation of a removable partial prosthesis with a bar-clip type of fit retained by 3 metal bars connecting teeth to implants through a tube screw system. The non-rigid connection demonstrates greater distribution of forces, although it can cause tooth intrusion.*

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.

However, the rigid connection has greater stress and greater bone loss in the region of the implants. Conclusion: the correct planning, based in biomechanical as well as clinical and later radiographic controls, are of paramount importance to the success of prosthetic rehabilitation treatment.

Keywords: *Partial dentures. Tooth-implant connection. Dental implant. Rigid connection. Cleft lip and palate.*

INTRODUÇÃO

A reabilitação de pacientes edentados ganhou novo horizonte com o conceito de osseointegração desenvolvido pelo professor Per-Ingvar Branemark e sua equipe, inicialmente proposta para reabilitar pacientes edentados totais com as próteses tipo protocolo. Diante do bom prognóstico dessa reabilitação, a implantodontia foi aperfeiçoada e desenvolvida para ser capaz de substituir qualquer unidade dentária perdida. Desde então, clínicos e pesquisadores modificaram as opções de tratamento iniciais, sendo os implantes também usados tanto para edentulismos totais quanto parciais, para limitações anatômicas e para conexão de dentes com implantes como uma maneira viável de reconstrução protética (MICHALAKIS, *et al*, 2012). Implantes e restaurações dentárias foram feitos para receber força oclusal independentemente um do outro. Próteses totalmente implanto-suportadas devem ser o tratamento de escolha, embora haja casos em que a união de dentes com implantes é inevitável (SPYROPOULOU, *et al*, 2011; CHEE e MORDOHAI, 2010).

Em muitas situações, as reabilitações complexas como ocorrerem em indivíduos com fissura labiopalatinas, o profissional reabilitador deverá lançar técnicas e métodos pertinentes ao caso. As fissuras labiopalatinas, muitas vezes levam os profissionais a idelizarem próteses não convencionais na busca da solução das reabilitações.

No entanto, a conexão entre dentes, implantes e prótese parcial removível se torna uma possibilidade de reabilitação. Para isso, o correto planejamento, embasado na biomecânica, assim como controles clínicos e radiográficos posteriores, são de suma importância para os casos onde a literatura ainda não possui uma conclusão firmada.

Assim sendo, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de reabilitação oral com uma prótese parcial removível sobre dentes unidos a implantes em uma paciente com fissura labiopalatina do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru (HRAC).

DISCUSSÃO

A fissura labiopalatina resulta de um defeito congênito que ocorre na união dos processos embrionários que dariam origem à formação da face. Ocorre entre a 4^a a 12^a semanas de gestação, sendo sua etiologia de caráter multifatorial. Dentre suas causas estão fatores genéticos e ambientais como fatores nutricionais, tabagismo, uso de drogas e bebidas alcoólicas, idade de concepção, entre outros. As fissuras labiopalatinas são comuns entre as malformações que atingem a face do ser humano, tendo uma incidência em torno de 1:650 nascimentos (CAPELLOZA, *et al*, 1987; CAPELLOZA, *et al*, 1988, GARIB, *et al*, 2010). Pode acometer toda a área de formação de cabeça e face, causando várias anormalidades e comprometimentos morfológicos e funcionais, entre elas, deformidades dentárias e maxilo-mandibulares. O processo de reabilitação oral do paciente com fissura depende do tipo e extensão da fissura, requerendo um protocolo de tratamento multi e interdisciplinar, sendo iniciado desde bebê até a fase adulta. Esse processo geralmente culmina na indicação de próteses dentárias, sendo uma das últimas etapas da reabilitação. A reabilitação do paciente com fissura é de extrema importância para devolver características funcionais e estéticas adequadas, além de reintegrá-lo à sociedade, o que implica em questões de aspecto psicossociais. Nesse contexto, as próteses parciais removíveis desempenham um papel de suma importância para a reabilitação desses indivíduos, funcionando como aparelhos capazes de devolver o suporte labial, fechar fistulas e fissuras amplas inoperáveis, devolver parte de estruturas maxilares ausentes, assim como melhorar a fala e deglutição. Com isso os implantes auxiliam a retenção e estabilidade onde a prótese parcial removível é a melhor forma de reabilitação (LOPES, *et al*, 2010).

Existem várias situações em que os autores defendem a união de dentes com implantes. A maioria delas é quando não há osso suficiente na região posterior, quando foram colocados implantes muito curtos ou quando alguns implantes foram perdidos restando outros e o paciente opta por não colocá-los novamente por questões financeiras e cirúrgicas. Outros relatam que os implantes podem fornecer estabilidade para dentes periodontalmente prejudicados (CHEE e MORDOHAI, 2010). Além disso, a união dente-implante cria um apoio adicional para a prótese, amplia as possibilidades de tratamento e evita o uso de cantilevers (SPYROPOULOU, *et al*, 2011). Entretanto, não há um consenso na literatura quanto ao prognóstico da união dente-implante e os estudos são limitados. Há autores que defendem a união rígida, outros a não rígida e outros ainda que não recomendem a união dente-implante, pois esta união cria uma si-

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.

ZANOLLA, Jaine e
LOPES, José Fernando
Scarelli. Conexão
dente-implante: uma
alternativa viável?
Relato de caso clínico
usando prótese parcial
removível apoiada
sobre dentes e
implantes. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
139-150, 2014.

tuação biomecânica incompatível tanto para o dente quanto para o implante (CHEE e MORDOHAI, 2010).

A opção de não unir dentes com implantes é preferencialmente recomendada, pois os implantes se comportam como estruturas anquilosadas ao osso, enquanto que o dente apresenta alguma mobilidade devido ao ligamento periodontal (MICHALAKIS, *et al*, 2012; CHEE e MORDOHAI, 2010). O ligamento periodontal é composto por fibras de tecido conjuntivo em torno da raiz dentária que unem o dente com o osso adjacente, tendo uma espessura de 0,2mm. Essas fibras estão organizadas em várias direções, tendo a função de absorver forças funcionais e parafuncionais, além de funcionarem como mecanorreceptores, atuando na mobilidade dentária fisiológica. Já os implantes estão rigidamente ancorados ao osso e, qualquer movimento é resultado da resiliência inerente ao osso e da flexibilidade dos componentes protéticos (CHEE e MORDOHAI, 2010).

Ligamento periodontal e osso apresentam características biomecânicas completamente diferentes. A conexão de dentes, que apresentam alguma mobilidade devido ao ligamento periodontal, com implantes, que estão praticamente anquilosados ao osso, apresenta alguns riscos que devem ser avaliados e planejados. De acordo com Michalakis *et al*, um planejamento cuidadoso do tratamento deve ser feito por meio da avaliação dos seguintes fatores biomecânicos: mobilidade do dente a ser unido com o implante, número de dentes e implantes a serem unidos, forças oclusais incluindo magnitude, direção, duração e distribuição, rigidez da prótese, tipo de conexão (rígida ou não rígida) e tipo de osso.

O fenômeno da intrusão pode ser descrita como a perda da memória elástica do ligamento periodontal para voltar a sua posição inicial. Isso causa movimentação ortodôntica e remodelação do ligamento periodontal a fim de reduzir o trauma constante (CHEE e MORDOHAI, 2010). A posição do dente a ser unido com o implante parece não ter associação com a intrusão dentária. Entretanto, a proximidade do dente unido ao implante parece ser importante. Na maioria dos casos de múltiplos dentes unidos a implantes que desenvolveram intrusão, esta foi observada no dente pilar adjacente ao implante.

Um dos pontos mais significativos quando implantes osseointegrados e dentes naturais são comparados, está na diferença do potencial de movimento dessas estruturas quando uma força é aplicada (SPYROPOULOU, *et al*, 2011). As diferentes características biomecânicas do ligamento periodontal e osso refletem num comportamento diferente de dente e implante quando submetidos a forças oclusais. Sob forças de 20N, os dentes tendem a intruir 50µm, enquanto que os implantes intruem 2µm sob esta mesma força (MI-

CHALAKIS, *et al*, 2012; CHEE e MORDOHAI, 2010). Como resultado, os implantes estarão sujeitos a uma sobrecarga em forças oclusais maiores, já que os dentes naturais intruem e os implantes não. Consequentemente, em uma prótese parcial fixa unindo dente-implante, como o dente intrui, a prótese irá agir como um cantilever para o implante. Isso implica em complicações técnicas como fratura de abutments, de parafusos, dos implantes ou da prótese e biológicas como fratura do dente, periimplantite, intrusão dentária, cárie marginal, problemas endodônticos e periodontais (SPYROPOULOU, *et al*, 2011; HOFFMANN e ZAFIROPOULOS, 2012). O número de dentes esplintados e implantes, mobilidade do dente periodontalmente envolvido, razão da coroa para o implante, qualidade do osso onde o implante foi instalado, localização da prótese fixa sobre dente-implante em relação aos músculos elevadores da mandíbula e movimentos parafuncionais são fatores importantes que devem ser avaliados quando o equilíbrio oclusal é realizado.

Como os dentes não estão anquilosados, um mecanismo que aumente a mobilidade do implante iria resolver o problema. Para superar os problemas biomecânicos, vários métodos de conexão dente-implante foram apresentados na literatura (CHEE e MORDOHAI, 2010). Os sistemas de união entre duas partes de uma prótese fixa podem ser rígidas ou não rígidas. A rígida pode ser caracterizada como o sistema tubo-parafuso, em que há um parafuso unindo as duas partes. A não rígida pode ser caracterizada como o sistema macho-fêmea, em que uma parte desliza sobre a outra. Há controvérsias na literatura quanto se a união dente-implante deve ser rígida ou não rígida. A união não rígida apresenta a vantagem de permitir o movimento fisiológico dentário submetido às forças oclusais. No entanto, há relatos de que esse tipo de união pode causar a intrusão dentária (Chee e MORDOHAI, 2010; HOFFMANN e ZAFIROPOULOS, 2012). Os estudos clínicos mostram que um tipo de união rígida deve ser preferencialmente utilizada, uma vez que com a união não-rígida, uma intrusão pode ocorrer em 3% a 4% do casos (Michalakis, *et al*, 2012). Em contrapartida, outros estudos demonstram que há maior estresse e maior perda óssea na região dos implantes quando a união rígida é usada (MICHALAKIS, *et al*, 2012; CHEE e MORDOHAI, 2010; HOFFMANN e ZAFIROPOULOS, 2012).

A grande variedade de estudos que relatam bons resultados da união dente-implante podem ser devido ao fato de que os problemas técnicos e de intrusão dentária aumentam com o decorrer do tempo, demonstrando melhores resultados em casos avaliados por um curto período de tempo (HOFFMANN e ZAFIROPOULOS, 2012).

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.

A taxa de sucesso a longo prazo de restaurações sobre dentes unidos a implantes é menor do que com implantes usados isoladamente. Se o uso desta união não pode ser evitado, então o uso de conectores rígidos apenas com dentes prejudicados periodontalmente produz maiores taxas de sucesso (HOFFMANN e ZAFIROPOULOS, 2012).

Caso Clínico

Paciente SSVB, 47 anos de idade, gênero feminino, portadora de fissura pós-forame incisivo incompleta em tratamento no HRAC. No arco superior apresentava os dentes 13, 23 e 27 e 2 implantes instalados nas regiões dos dentes 16 e 26. No arco inferior apresentava ausência apenas dos dentes 35, 36 e 46, onde foi planejada a posterior reabilitação com implantes osseointegrados nessas regiões. Para o arco superior, o planejamento reabilitador protético foi a instalação de uma PPR com encaixe tipo barra-clip retida por 3 barras metálicas unindo os dentes aos implantes. Para isso foram confeccionadas infraestruturas metálicas cimentadas nos dentes 13 e 23 unidas por uma barra metálica e 2 coroas metalocerâmicas parafusadas sobre os implantes também com uma barra metálica para anterior, unindo a barra dos implantes às infraestruturas metálicas dos dentes por meio de um sistema tubo parafuso (Figura 1).



Figura 1 - Vista das infraestruturas metálicas cimentadas nos dentes unidas por uma barra metálica e coroas metalocerâmicas com uma barra metálica, unindo a barra dos implantes às infraestruturas metálicas dos dentes por meio de um sistema tubo parafuso.

O dente 27 seria extraído por problemas periodontais. A sequência dos procedimentos clínicos se deu da seguinte maneira: foi feita a moldagem com casquete (Impregum – 3M ESPE®) dos dentes 13 e 23 juntamente com a transferência dos implantes, retirando todo o conjunto com uma moldeira individual preenchida com silicona leve e pesada (Speedex - Coltene®). Os dentes 13 e 23 receberam apenas as infraestruturas em metal e às infraestruturas metálicas sobre os implantes foi aplicada porcelana (cor A3 da escala Vita - Vitapan®) apenas por vestibular, sendo coroas fresadas para os encaixes da futura PPR. A armação metálica da PPR foi feita sobre este conjunto todo. Com a armação da PPR encaixada perfeitamente às estruturas metálicas na boca, foi feito um plano de cera obtendo os registros da dimensão vertical de oclusão, suporte labial, corredor bucal, linha do sorriso, linha das comissuras labiais e linha média. O registro foi feito com pasta zincoenólica (Lysanda). Após a montagem e prova de dentes, seguiu-se para a acrilização da PPR. As infraestruturas metálicas sobre os dentes 13 e 23 foram cimentadas com cimento de ionômero de vidro modificado por resina (RelyX Luting 2 - 3M ESPE®) e as coroas metalocerâmicas foram parafusadas sobre os implantes. A prótese removível foi instalada confeccionando-se um encaixe tipo barra-clip apenas na região anterior, pois a prótese apresentava-se com retenção o suficiente, não necessitando de mais clips na região posterior (Figura 2). A escolha da cor dos dentes da PPR, cor A3, contrastou com os dentes inferiores naturais da paciente, cor C3. Mas esta cor foi escolhida por ser uma paciente jovem e por mostrar apenas os dentes superiores no sorriso, favorecendo a estética (Figuras 3, 4 e 5). A paciente retornou após 5 meses e um controle da prótese foi feito. Sua única queixa foi que, ao se alimentar, a PPR “se soltava atrás”. Assim, 2 clips na região posterior de ambos os lados foram capturados para aumentar a retenção da prótese que se encontravam em ótimo estado e a paciente apresentava-se bastante satisfeita.

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. *SALUSVITA*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.

ZANOLLA, Jaine e
LOPES, José Fernando
Scarelli. Conexão
dente-implante: uma
alternativa viável?
Relato de caso clínico
usando prótese parcial
removível apoiada
sobre dentes e
implantes. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
139-150, 2014.



Figura 2 - Prótese removível confeccionada com encaixe tipo barra-clip.



Figura 3 - A prótese em uso.



Figura 4 - Vista lateral



Figura 5 - Vista frontal com semi-abertura. Dentes superiores.

ZANOLLA, Jaine e
LOPES, José Fernando
Scarelli. Conexão
dente-implante: uma
alternativa viável?
Relato de caso clínico
usando prótese parcial
removível apoiada
sobre dentes e
implantes. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
139-150, 2014.

ZANOLLA, Jaine e
LOPES, José Fernando
Scarelli. Conexão
dente-implante: uma
alternativa viável?
Relato de caso clínico
usando prótese parcial
removível apoiada
sobre dentes e
implantes. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 33, n. 1, p.
139-150, 2014.



Figura 6 - Vista lateram com semi-abertura.

CONCLUSÃO

Não há um consenso na literatura quanto à unir dente-implante com próteses e, caso seja feita, se esta união deve ser rígida ou não. Apesar de ser uma alternativa de tratamento, ela deve ser feita apenas como última opção, uma vez que os riscos relacionados a esta união são resultado de diferenças biomecânicas entre as estruturas envolvidas, ligamento periodontal e osso, e da biomecânica dos dentes e implantes apoiados sobre as próteses. Os estudos mostram que há uma grande diferença biomecânica na distribuição das forças dependendo do tipo de conector usado. A união não-rígida demonstra maior distribuição das forças, embora possa causar a intrusão dentária. Já quando a união rígida é usada, há maior estresse e maior perda óssea na região dos implantes.

REFERÊNCIAS

CAPELLOZA FILHO, L.; ALVARES, A.N.G.; ROSSATO, C.; VALE, D.M.V.; JANSON, G.R.P.; BELTRAMI, L.E.R. **Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras labiopalatinas.** *Rev.Bras. Cir.* Rio de Janeiro, v. 77, n. 4, p. 223-230, 1987.

CAPELLOZA FILHO, L.; ALVARES, A.N.G.; ROSSATO, C.; VALE, D.M.V.; JANSON, G.R.P.; BELTRAMI, L.E.R. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas. **Rev.Bras.Cir**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 233-240, 1988.

CHEE, W.W.; MORDOHAI, N. **Tooth-to-Implant Connection: A systematic review of the literature and a case report utilizing a new connection design. Clinical Implant Dentistry and Related Research**, Ontário, v. 12, n. 2, 2010.

GARIB, D.G.; SILVA FILHO, O.G.; JANSON, G.; PINTO, J.H.N. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) - fissuras labiopalatinas. **Rev. Clin. Ortod. Dental Press.**, Maringá, v. 9, n. 4, p.: 30-6, 2010.

HOFFMANN, O.; ZAFIROPOULOS, G.G. Tooth-Implant Connection: A Review. **Journal of Oral Implantology**, Abington, v. 37, n. 2, 2012.

LOPES, J.F.S.; PINTO, J.H.N.; ALMEIDA, A.L.P.F.; LOPES, M.M.W.; DALBEN, G.S. Cleft Palate Obturation With Branemark Protocol Implant-Supported Fixed Denture and Removable Obturator. **Cleft Palate–Craniofacial Journal**. Lewinston, v. 47, n. 2, p. 211-215, 2010.

MICHALAKIS, K.X.; CALVANI, P.; HIRAYAMA, H. Biomechanical considerations on tooth-implant supported fixed partial dentures. **Journal of Dental Biomechanics**, New york, n. 3, 2012. doi: 10.1177/1758736012462025.

SPYROPOULOU, P-E; RAZZOOG, M.E.; CHRONAIOS, D. Non-rigid connection of tooth with implants in the esthetic zone with a ceramic restoration: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis, v. 106, n. 4, p. 214-218, 2011.

ZANOLLA, Jaine e LOPES, José Fernando Scarelli. Conexão dente-implante: uma alternativa viável? Relato de caso clínico usando prótese parcial removível apoiada sobre dentes e implantes. **SALUSVITA**, Bauru, v. 33, n. 1, p. 139-150, 2014.