

INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS UTILIZADAS NA REGRESSÃO E DIMINUIÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DA HÉRNIA DISCAL LOMBAR: uma revisão da literatura.

PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS USED IN THE REGRESSION AND DECREASE OF THE SYMPTOMATOLOGY OF LUMBAR DISCAL HERNIA: a literature review

Deyse Kelly Golo de Jesus¹
Veronica Jocasta Casarotto²

RESUMO

As degenerações do disco intervertebral são um dos distúrbios degenerativos mais prevalentes na saúde pública mundial. Com o decorrer do tempo o tratamento da hérnia discal evoluiu das ressecções transdurais para a abordagem conservadora. O manejo conservador envolve mudança no estilo de vida, terapia medicamentosa e fisioterapia. Os programas de fisioterapia são primariamente voltados para a redução do quadro algico, restauração de déficits funcionais e neurológicos, aumento da funcionalidade e a qualidade de vida, sendo em âmbito geral, traçados três objetivos para o tratamento: proporcionar analgesia, aumentar capacidade funcional e retardar a progressão da doença. Evidenciar, por meio de estudos, as principais intervenções fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da hérnia de disco. Trata-se de uma revisão da literatura realizada entre os meses de janeiro e setembro de 2019 utilizando as bases de dados *online* PeDro, SciELO, LILACS e Pub Med, relatando a intervenção conservadora utilizada no tratamento da hérnia discal. A intervenção por descompressão espinhal é comumente utilizada no tratamento da herniação lombar, no entanto apresenta viés em seus resultados, mostrando a necessidade de combinação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento da hérnia discal lombar, como a eletrofototerapia, a liberação miofascial e o fortalecimento muscular.

Palavras-chave: Degenerações Discais; Tratamento Fisioterapêutico; Fatores de Risco; Incapacidade.

ABSTRACT

Intervertebral disc degeneration is one of the most prevalent degenerative disorders in public health worldwide. Over time, the treatment of disc herniation evolved from transdural resections to the conservative approach. Conservative management involves lifestyle changes, drug therapy and physical therapy. Physical therapy programs are primarily aimed at reducing pain, restoring functional and neurological deficits, increasing functionality and quality of life. In general, three goals are set for treatment: providing analgesia, increasing functional capacity and delaying the progression of the disease. Objective: To show, through studies, the main physical therapy interventions used in the treatment of herniated disc. Method: This is a literature review conducted between January and September 2019 using online databases PeDro, SciELO, LILACS and PubMed, reporting the conservative intervention used to treat disc herniation. Conclusion: Spinal decompression intervention is commonly used in the treatment of lumbar herniation, however it presents bias in its results,

¹Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso. E-mail: deysekj@gmail.com.

²Fisioterapeuta, Coordenadora e Professora Mestra do Curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso. E-mail: veronica_casarotto@hotmail.com.

showing the need to combine physiotherapeutic techniques in the treatment of lumbar disc herniation, such as electrophotherapy, myofascial release and muscle strengthening.

Keynords: *Disc Degenerations; Physiotherapeutic treatment; Risk factors; Inability.*

INTRODUÇÃO

As degenerações do disco intervertebral são um dos distúrbios degenerativos mais prevalentes na saúde pública mundial. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, (2018), a hérnia de disco atinge cerca de 5,4 milhões de brasileiros. Fernandes e Maciel descreveram que em 2011, no Brasil, os quadros algícos lombares haviam se tornado a 1ª causa de pagamento de auxílio-doença e a 3ª causa de aposentadoria por invalidez, gerando severas repercussões negativas sobre a economia e qualidade de vida dos brasileiros.

A hérnia discal é caracterizada pelo deslocamento do núcleo pulposo através do ânulo fibroso, na maioria das vezes em sua região pósterolateral. (VIALLE *et al.*, 2010). A herniação da coluna vertebral é mais frequentemente diagnosticada na região lombar, sobretudo em níveis de L4-L5 e L5-S1 (SCHOENFELD; WEINER, 2010).

Seu surgimento inicia-se com fissuras no anel fibroso, por onde há um deslocamento do núcleo pulposo através de sua membrana externa, infiltrando as raízes nervosas espinais de diferentes formas e graus. Nesse processo, pode haver desde o abaulamento do disco, até o rompimento da parede discal com extravasamento do conteúdo nuclear para o canal medular, sendo respectivamente a protrusão e extrusão com sequestro. Estes eventos podem se localizar em quatro zonas do disco - central, pósterolateral, foraminal ou extraforaminal - e, dessa forma, provocar apresentações clínicas distintas. Os danos às raízes nervosas podem suceder através da compressão mecânica direta, ou através da irritação nervosa pela ação de mediadores inflamatórios liberados durante este processo (VIALLE *et al.*, 2010).

Os sintomas observados na herniação discal lombar (HDL) sintomática incluem dor lombar, no quadril, virilha, joelho e os dedos dos pés. Conforme o nível vertebral afetado e do volume de material herniado, poderá haver compressão e irritação das raízes lombares, as chamadas radiculopatia lombossacral ocasionando parestesia, fraqueza muscular e incontinência, sendo esta última presente em casos raros (RAJAGOPAL MARSHALL, 2014). Também pode ser observada a limitação da flexão anterior da coluna lombar, disfunção na marcha e espasmo unilateral dos músculos paravertebrais (SCHOENFELD; WEINER, 2010), tal sintomatologia está possivelmente associada à disfunção de músculos transversos abdominais, assoalho pélvico, diafragma e multifídeos (STIEGLITZ; VINSON; HAMPTON, 2016) por conta da decadência de força muscular e alterações nos mecanismos neuromusculares, que afetam a estabilidade de tronco e a eficiência dos movimentos (MIYAMOTO *et al.*, 2013).

Além das doenças articulares degenerativas e o processo natural de envelhecimento, são fatores de risco relatados para a causalidade da HDL: gênero, peso, genética, atividade laborativa, tabagismo, estilo de vida sedentário, condições psicossociais e socioeconômicas (POURAHMADI *et al.*, 2016). Dessa forma, estudos demonstram que a etiologia da HDL está relacionada à uma combinação de meios mecânicos e biológicos (STEFANAKIS, 2014).

Dentre todos os exames específicos utilizados para o diagnóstico da HDL estão a Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) e eletroneuromiografia. Atualmente, a RM é o método diagnóstico mais confiável e seguro, no que diz respeito ao que diz respeito à avaliação global da coluna vertebral e seus componentes (LURIE *et al.*, 2008).

O tratamento da HDL evoluiu das ressecções transdurais para a abordagem convencional (VIALLE *et al.*, 2010), que atualmente é a escolha de primeira linha de tratamento, reservando o tratamento cirúrgico para condições urgentes ou casos refratários ao tratamento não-cirúrgico (PEUL, 2007). Atualmente, o tratamento não-cirúrgico apresenta os

melhores resultados em cerca de 80 a 90% dos indivíduos, devendo obedecer a uma conduta terapêutica mínima de 4 a 6 semanas, para que só então a conduta cirúrgica seja proposta (ORTIZ, 2000).

De acordo com o 1º Consenso Brasileiro sobre Lombalgia e Lombociatalgias (CECIN, 2000), a cirurgia para casos de hérnia discal está indicada apenas nas seguintes situações: 1) Emergencial: síndrome de cauda equina; 2) Presença de déficit neurológico grave agudo, com ou sem dor; 3) Lombociatalgia hiperálgica que não possui evolução do quadro em 3 semanas ou as de menor intensidade que não melhoram após 90 dias de tratamento conservador, e 4) Crises recidivantes de lombociatalgia, com intensidade e frequência cada vez maiores, com incapacidade para o trabalho.

Para tanto, o manejo não-cirúrgico envolve mudança no estilo de vida, terapia medicamentosa (anti-inflamatórios esteróides e não-esteróides) e fisioterapia (WEINSTEIN, 2006). Os programas de fisioterapia são primariamente voltados para a redução do quadro álgico, restauração de déficits funcionais e neurológicos, melhora da funcionalidade e a qualidade de vida. A eletroterapia, tração, terapia manual, cinesioterapia, bandagens, órteses, acupuntura, abordagem McKenzie, neuroreflexoterapia, Pilates, *yoga* e *tai-chi* são alternativas de abordagens fisioterapêuticas para o tratamento da HDL (YILDIRIM, 2014).

Com isto, o objetivo deste artigo é evidenciar intervenções fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da hérnia de disco e na redução de sua sintomatologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo que foi realizado por meio de levantamento bibliográfico qualitativo, descritivo e exploratório entre os meses de Janeiro e Setembro de 2019, constituindo uma revisão da literatura. Para tal, foram utilizadas as bases de dados PeDro, ScIELO, LILACS e Pub Med e empregados para a busca dos artigos os seguintes descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “Hérnia de Disco”, “Tratamento Conservador” e “Fisioterapia” e os respectivos MeSH (Medical Subject Headings): “Herniated Disc” “Conservative Treatment” and “Physiotherapy”.

Foi definido como critérios de inclusão artigos na íntegra que retratassem intervenções terapêuticas para a reabsorção da hérnia discal e redução de sua sintomatologia, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas teses, dissertações, revisões da literatura e artigos indexados nos referidos bancos de dados com mais de cinco anos de publicação.

A partir da pesquisa nas ferramentas de buscas *online*, foram obtidos 08 (oito) estudos na base de dados PeDro, 127 (cento e vinte e sete) artigos na base Pub Med, 20 (vinte) artigos na base Lilacs e nenhum na base SCIELO. Desta forma, as pesquisas somaram 156 títulos, destes, 138 potenciais textos completos foram selecionados após a triagem inicial pelo título e resumo, nestes estudos foram aplicados os critérios de exclusão citados anteriormente, restando 03 (três) artigos aptos para o presente estudo (Figura 01).

Após a delimitação dos estudos a serem analisados, foram realizadas a leitura, a organização do material (Figura 02) e a sistematização dos artigos em categorias.

Figura 01 – Fluxograma da pesquisa sistemática da literatura.

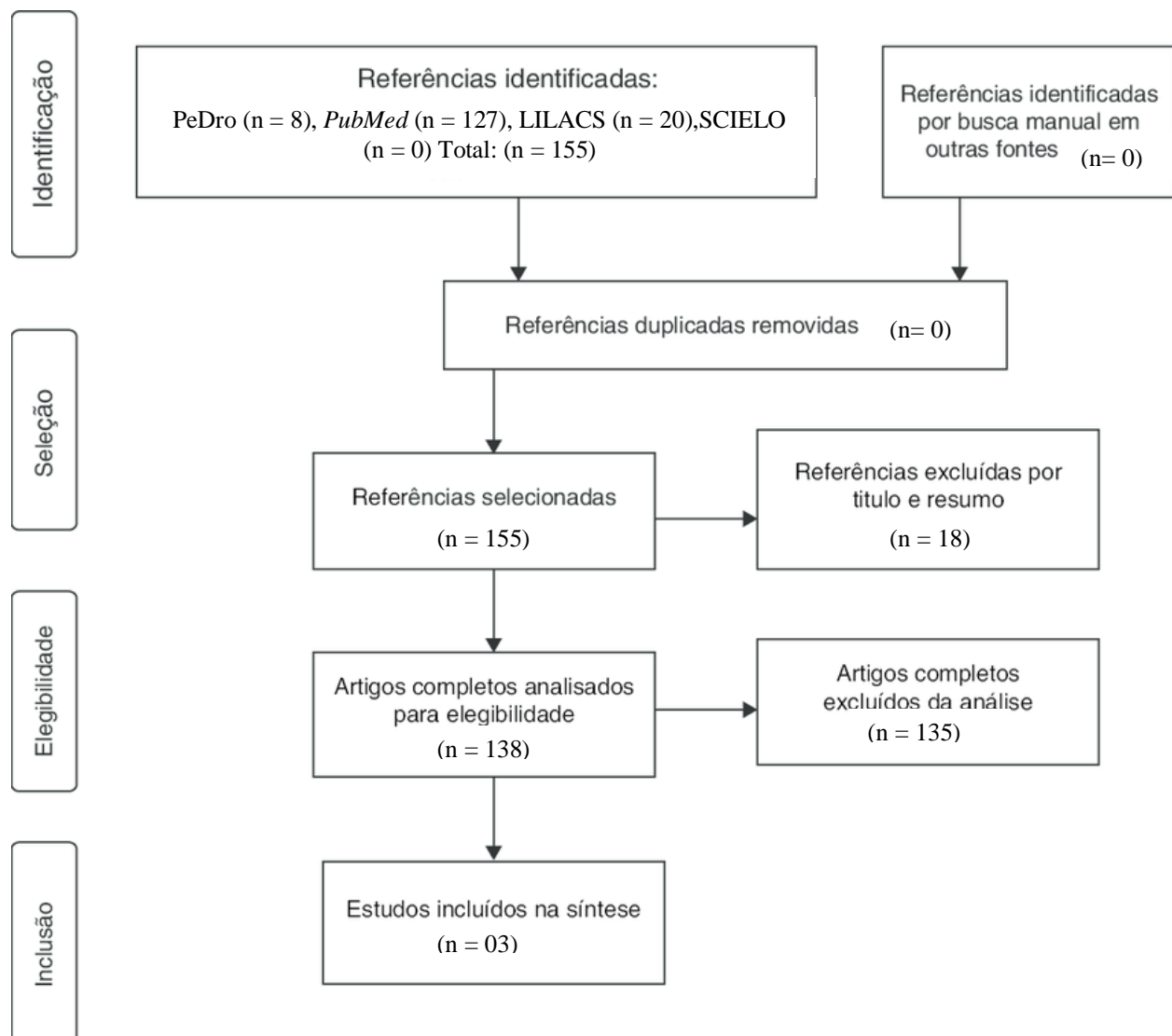


Figura 02 – Tabela com os artigos encontrados na pesquisa sistemática da literatura.

Título	Autor	Objetivo	Metodologia e tamanho da amostra	Intervenção	Resultados
Hérnia de disco lombar: regressão espontânea. ARTIGO 1	ALTUN, I.; KASIM, Z. Y. 2017	Avaliar e apresentar resultados clínicos com tratamento conservador de hérnia discal em pacientes que sofrem de dor lombar e ciática.	Coorte retrospectiva	Anti-inflamatórios não esteróides e relaxantes musculares foram administrados na forma de comprimidos (2x dia) e géis (1x dia) durante 4 a 10 semanas. Em 5 pacientes hospitalizados foi introduzido tramadol intravenoso (100 mg, 2x ao dia) e cloridrato de petidina (50 mg, 2x dia).	Todos os pacientes relataram melhora para o retorno efetivo de suas atividades de vida diária com um tempo médio de tratamento de $13,6 \pm 5,4$ meses.
Efeitos da terapia de tração segmentar sobre hérnia de disco lombar em pacientes com dor lombar medida por magnética ressonância: um ensaio clínico de braço único. ARTIGO 2	KARIMI, N.; AKBEROV, P.; RAHNAMA 2016.	Avaliar se a tração segmentar terapêutica é benéfica em pacientes com hérnia discal com sintomatologia aguda.	Ensino clínico.	Tração lombar segmentar por 15 sessões (3 semanas, 5 dias por semana) usando SpineMed Decompress System, S200BC com a terapia convencional. A fisioterapia convencional consistiu em 10 minutos de compressa quente, 15 minutos de TENS (75 μ s, 85 Hz) e 8 minutos de ultrassom contínuo (1 MHz, 1,5W / cm ²) nas áreas paravertebrais lombares.	Os benefícios propostos incluíram redução do tamanho da hérnia, dor e melhora na ADM de flexão lombar.
Regressão da hérnia de disco lombar por fisioterapia. A terapia de descompressão medular não cirúrgica faz diferença? Estudo controlado randomizado, duplo-cego. ARTIGO 3	DEMIREL, A.; YORUBULUT, M.; ERGUN, N. 2017	Determinar se a terapia de descompressão vertebral não-cirúrgica foi ou não efetiva na reabsorção de herniação e aumento da altura do disco.	Ensaio clínico randomizado. 20 indivíduos de 25-65 anos, diagnosticados com herniação do Núcleo pulposo lombar.	Ambos os grupos receberam eletroterapia (Ultrassom e TENS), massagem de fricção profunda e exercícios de estabilização por quinze sessões. O Grupo de intervenção recebeu, além destes, tração para a descompressão espinal em 18 ciclos de tração com duração de 28 minutos.	Este estudo mostrou que pacientes com hérnia discal que receberam fisioterapia tiveram um efeito positivo na redução do tamanho da herniação, mas não houve superioridade entre os grupos em relação à dor e restauração funcional.

RESULTADOS

O Artigo 01 retrata um coorte retrospectivo realizado nos departamentos de neurocirurgia dos hospitais da cidade de Kahramanmaraş. Sua amostra foi colhida entre os anos 2010 e 2015, e composta por 23 pacientes diagnosticados como hérnia discal lombar com queixa de lombalgia e ciática irradiada para uma ou ambas as extremidades inferiores, destes, 01 paciente apresentava hérnia discal no nível de L3-L4, 13 pacientes apresentavam no nível de L4-L5 e 09 pacientes apresentavam hérnia de disco no nível de L5-S1.

O artigo adotou como critérios de inclusão idade ≥ 18 anos, dor irradiante e / ou paresia abaixo do nível do joelho e hérnia discal lombar evidenciada por ressonância magnética. Foram excluídos do estudo pacientes com histórico de osteoporose, imunossupressão, uso crônico de corticosteroide, uso de drogas intravenosas, febre de origem desconhecida, histórico de câncer, perda de peso ou sintomas progressivos / incapacitantes, associados a déficits neurológicos focais. O exame físico antecedendo a intervenção foi composto por avaliação completa da pelve e dos membros inferiores, investigando a sensibilidade, força e reflexos nervosos.

A intervenção compreendeu medicamentos anti-inflamatórios não esteróides e relaxante muscular administrados na forma de comprimidos durante duas vezes ao dia, e pomadas tópicas administradas uma vez ao dia, por um período de 04 dias à 10 semanas. Para 05 pacientes hospitalizados houve o acréscimo de tramadol intravenoso (100 mg, duas vezes ao dia) e cloridrato de petidina (50 mg, duas vezes ao dia) devido ao quadro algico intenso. Também fez parte do tratamento a orientação médica fornecida pelo neurocirurgião, para que os pacientes mantivessem-se o mais ativo possível e retomassem as atividades diárias, se possível.

O tratamento teve duração média de $13,6 \pm 5,4$ meses. Todos os pacientes relataram ter benefícios substanciais com o tratamento medicamentoso, com melhora evidenciada na clínica com redução da sintomatologia e nos exames radiológicos com a regreção da hérnia. As principais limitações do estudo incluíram o tamanho pequeno da amostra, a falta de um grupo controle e os dados derivados da experiência de uma única instituição.

O Artigo 02 trata-se de um ensaio clínico com 15 pacientes recrutados no departamento de fisioterapia da Clínica Memorial Tusi, Baku, Azerbaijão, diagnosticados com hérnia discal lombar, sendo 07 homens e 08 mulheres, com média de idade, peso e altura de $37,93 \pm 8,55$ anos, $76,53 \pm 15,7$ Kg e $169,53 \pm 7,74$ cm, respectivamente.

Os critérios de inclusão utilizados foram: intensidade mínima de dor de 03 em 10 na escala visual analógica (EVA); dor irradiada em uma ou duas extremidades inferiores e RM evidenciando fragmento de núcleo pulposo em lombar maior de 04 mm. Os critérios de exclusão consistiram em: história de cirurgia da coluna vertebral no último ano; deformidade ou defeitos da coluna vertebral; fratura vertebral; doenças inflamatórias sistêmicas e gravidez.

Para o conhecimento dos dados clínicos foi utilizada a EVA para a mensuração da dor, o teste de Schober para avaliar a Amplitude de Movimento (ADM) de flexão lombar e o teste de Elevação da Perna Reta para avaliar a resistência muscular extensora das costas.

Foi aplicado dois tipos de intervenção, fisioterapia convencional e terapia de descompressão espinhal com tração segmentar. A fisioterapia convencional consistiu em 10 minutos de termoterapia com compressa quente, 15 minutos de TENS (75 μ s, 85 Hz) e 08 minutos de ultrassom contínuo (1 MHz, 1,5W / cm²) nas áreas da musculatura dos paravertebrais lombares. A terapia de tração segmentar foi realizada por 30 minutos utilizando o Sistema de Descompressão SpineMed, S200BC (British Columbia, Canadá). Os pacientes estavam posicionados em decúbito dorsal na mesa de tração, enquanto as pernas eram flexionadas com um apoio sob os joelhos. A tração foi aplicada por 60 segundos com 30 segundos de descanso. Com base nos feedbacks dos pacientes, o terapeuta adicionou ou

removeu até 2,5 kg de carga extra em cada sessão. A tração lombar segmentar foi aplicada por 15 sessões sendo 05 dias por semana, durante 03 semanas.

Os resultados do presente estudo demonstraram que a terapia de tração segmentar em conjunto com a intervenção fisioterápica diminuiu o quadro álgico, reduziu o tamanho da massa da hérnia evidenciado por RM (nível de L4-L5 média = 1,91 mm, $p = 0,027$) (nível de L5-S1 média = 1,82 mm, $p = 0,01$), e aumentou a ADM de flexão lombar ($p = 0,025$).

O Artigo 03 trata-se de um ensaio clínico composto por 20 pacientes com diagnóstico de hérnia discal, sendo 10 homens e 10 mulheres. Tais foram alocados em dois grupos: grupo controle (GC) e grupo de estudo (GE) ambos com aleatorização e cegamento. As informações clínicas colhidas dos pacientes foram o Índice de Massa Corporal (IMC) e a idade média de 24,6 2,5 kg/m² e 26,7 3,9 kg/m² para GC e GE, respectivamente, e a idade média foi de 41,3 e 50,1 anos.

Na RM foi demonstrado que os níveis mais comuns de herniação nos grupos foram L4-L5 e L5-S1, sendo que alguns pacientes apresentaram hérnias em mais de um nível, demonstro também que não houve presença de lesão em níveis de L1-L2. Foi visto, também, que não houve hérnia de disco extrusa do tipo sequestrada e transligamentar. Os pacientes foram avaliados com o Teste de Elevação da Perna Reta e Índice de Deficiência de Oswestry e a EVA.

As intervenções foram compostas por eletrofototermoterapia, abordagem miofascial e fortalecimento muscular. As modalidades de eletrofototermoterapia consistiram de 20 minutos de aplicação de compressa quente, 05 minutos de Ultrassonografia (1,5 W / cm²) e 20 minutos de Corrente de Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS). A abordagem miofascial profunda foi aplicada na musculatura dos eretores da coluna lombar, piriforme, tensor da fáscia lata, glúteo médio e glúteo máximo. Os exercícios de fortalecimento da musculatura estabilizadora da coluna vertebral foram aplicados durante 05 sessões de terapia e os pacientes foram acompanhados por até três meses, de acordo com a condição dos participantes, os programas foram revisados a cada duas semanas, quando necessário.

Ambos os grupos, estudo e controle, receberam as modalidades associadas. Para o GC, foi aplicado além disso, a terapia de decompressão espinal durante as primeiras 10 sessões de terapia. Foram realizados 18 ciclos de tração com duração de 28 minutos. Para a primeira aplicação, a força de tração foi determinada em 05 libras a menos da metade do peso do paciente. Na segunda aplicação, a força de tração foi determinada em metade do peso do paciente. Para a terceira e outras aplicações, a força de tração foi determinada em 05 libras a mais do que a metade do peso do paciente. Todas as intervenções foram aplicadas pelo mesmo fisioterapeuta.

A análise intra-grupo mostrou que não houve mudança na altura do disco antes e após o tratamento dos grupos (GC $p = 0,65$, GE $p = 0,15$); em termos de mudança na altura do disco, não houve diferença significativa ($p = 1970,46$); quanto a espessura de herniação, a análise intra-grupos mostrou que houve diferença significativa em favor do GE enquanto não houve diferença no GC; os níveis de dor reduziram significativamente em ambos os grupos em termos das variáveis abordadas (Elevação da Perna Reta e Índice de Deficiência de Oswestry e a EVA). No entanto, as comparações não mostraram efeitos favoráveis adicionais ao uso de decompressão espinal.

DISCUSSÃO

Diferentes tipos de estratégias de tratamento têm sido sugeridas com graus variados de sucesso na intervenção da hérnia discal lombar. No entanto, como afirmado anteriormente, o tratamento conservador não-invasivo é a escolha de primeira linha para a maioria dos pacientes. Chiu *et al.* (2015) citou que o mecanismo de regressão depende não apenas da intervenção, mas também de outros fatores, como o tipo da hérnia e a integridade do

ligamento longitudinal posterior, alegou ainda que a hérnia sequestrada possui altas probabilidades de regressão, assim como, há maior déficit no tratamento em que o ligamento longitudinal posterior estiver rompido.

Unlu e colaboradores relataram em 2008 que a absorção da hérnia pode ser parcialmente atribuída ao uso de ultrassom terapêutico contínuo. Eles afirmaram que as aplicações nos lados esquerdo e direito da região lombar produzem efeitos térmicos, mecânicos e biológicos que podem reduzir a inflamação do disco intervertebral e auxiliar em sua absorção, acelerando assim, o processo de cicatrização. Já a TENS, foi citada por Ahmed *et al.*, (2010) por colaborar na redução do processo algico com o bloqueio fisiológico da condução nervosa.

Outro mecanismo intervencional sugerido é a liberação miofascial profunda da musculatura dorsal, Kamanli *et al.*, cita em 2009, que a abordagem miofascial reduz a força compressiva espasmódica na coluna vertebral lombar e, conseqüentemente, contribui na abertura do espaço intervertebral do disco. Romanowski; Romanowska e Grzeskowiak (2011) mencionam, também, que a liberação miofascial produz efeitos na diminuição da dor, aumento da hiperemia local, redução da fadiga muscular e analgesia em pacientes com dor lombar crônica. Da mesma forma, o Artigo 03 evidencia que a liberação miofascial profunda obteve efeitos semelhantes no alívio da dor e na restauração funcional em comparação com a terapia descompressão espinal.

De acordo com Apfel *et al.*, (2010) em meio ao quadro clínico da hérnia discal lombar, a descompressão espinal é um método que vem sendo muito citado na literatura. Park e colaboradores relataram em 2014 que a descompressão promove a redução do estresse das fibras posteriores do anel fibroso, Kamanli *et al.*, (2009) integraliza que esta redução do estresse propicia a abertura do espaço do disco intervertebral, produzindo uma pressão negativa que faz com que a hérnia discal realize um deslizamento posterior, reduzindo o pico de estresse local no anel fibroso, a descompressão espinal também inibe o ciclo dor-espasmo e promove relaxamento. Choi, Lee e Hwangbo (2015) complementam que, por conseguinte, a pressão imposta reduz os sinais e sintomas das raízes nervosas sensibilizadas e o local inflamado.

Krause *et al.*, demonstraram em 2000 que a descompressão por tração realiza alterações fisiológicas e biomecânicas e que essas sejam responsáveis pelo aumento da mobilidade articular após a terapia de tração, resultando em melhora da ADM de flexão lombar, bem como aumento da mobilidade articular.

No entanto, a questão de eficácia da descompressão espinal com ou sem outros agentes de fisioterapia ainda não está completamente elucidada. Essa correlação foi averiguada no Artigo 03 aqui mencionado, o qual demonstra que o quadro algico diminuiu e as funções relacionadas à dor melhoraram no grupo controle, o qual não havia a descompressão por tração, o que leva a ideia de que há outro mecanismo de intervenção na melhora dos sintomas, estando análogo ao Artigo 02, que demonstra que seu principal achado foi que para o efeito da descompressão espinal ser efetivo deve haver associação a outras modalidades de tratamento da fisioterapia convencional.

Quanto ao tempo de terapia, Kamanli *et al.*, (2009) e Unlu *et al.*, (2008) observaram uma redução significativa da dor após 15 sessões de descompressão espinal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos estudos aqui apresentados, foi visto que a intervenção por descompressão espinal é uma abordagem comumente utilizada e citada na literatura, em contrapartida, com viés em seus resultados, o que demonstra ainda mais a necessidade de combinação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento da hérnia discal lombar, como a eletrofototermoterapia, a liberação miofascial e o fortalecimento muscular.

Ademais, o tratamento fisioterapêutico é caracterizado como a primeira linha de conduta para o tratamento de hérnia discal, apresentando resultados clínicos na redução da sintomatologia dolorosa e inflamatória, diminuição na espessura de herniação e casos de regressão em 15 semanas de tratamento.

REFERÊNCIAS

AHMED, A.R.; MAHMED, G. E. G.; AMIRA, S. E. The immediate effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain intensity and H-reflex in patients with lumbosacral radiculopathy. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery.*, n. 47, p. 361-366, 2010.

ALTUN, I.; KASIM, Z. Y. Lumbar herniated disc: spontaneous regression. *Asian Spine J.*, v. 30, n. 1, p. 44-50, 2017. doi : <https://doi.org/10.4184/asj.2017.11.1.71>.

APFEL, C. C.; CAKMAKKAYA, O. S.; MARTIN, W.; RICHMOND, C.; MACARIO, A.; GEORGE, E. Restoration of disk height through non-surgical spinal decompression is associated with decreased discogenic low back pain: A retrospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disord.*, v. 11, n. 1, 2010.

BRASIL, IBGE. Disponível em:<www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

CECIN, H., **1º Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias**. Uberaba, 2000.

CHIU, C. C.; CHUANG, T. Y.; CHANG, K. H.; WU, C. H.; LIN, P. W.; HSU, W. Y. The probability of spontaneous regression of lumbar herniated disc: A systematic review. *Clin Rehabil.*, v. 29, n. 2, p. 184-95, 2015.

CHOI, J.; LEE, S.; HWANGBO, G. Influences of spinal decompression therapy and general traction therapy on the pain, disability, and straight leg raising of patients with intervertebral disc herniation. *J Phys Ther Sci.* v. 27, n. 2, p. 481, 2015.

DEMIREL, A.; YORUBULUT, M.; ERGUN, N. Regression of lumbar disc herniation by physiotherapy. Does non-surgical spinal detherapy make a difference? Double-blind randomized controlled trialcompression therapy make a difference? Double-blind randomized controlled trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation.*, v. 30, n. 5, p. 1015-1022, 2017.

FERNANDES, J. L.; MACIEL, F. J. Coluna Vertebral, Rio de Janeiro: **Elsevier Brasil**, 2011.

KAMANLI, A.; KARACA, A. G.; KAYA, A.; KOC, M.; YILDIRIM, H. Conventional physical therapy with lumbar traction; clinical evaluation and magnetic resonance imaging for lumbar disc herniation. *Bratislavske Lekarske Listy.*, v. 111, n. 10, p. 541– 544, 2009.

KARIMI, N.; AKBEROV, P.; RAHNAMA, L. Effects of segmental traction therapy on lumbar disc herniation in patients with acute low back pain measured by magnetic resonance imaging: A single arm clinical Trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation.*, v. 1, p. 1–7, 2016.

KARJALAINEN K, *et al.* Light Exercise for the Spine. **Spine.**, v. 15, n. 28, p. 533- 40, 2003.
KRAUSE, M.; REFSHAUGE, K.; DESSEN, M.; BOLAND, R. Lumbar spine traction: Evaluation of effects and recommended application for treatment. **Manual Therapy.**, v. 5, n. 2, p. 72–81, 2000.

LURIE, J. D.; TOSTESON, A. N.; TOSTESON, T. D.; CARRAGEE, E.; CARRINO, J.; MIYAMOTO, G. C.; COSTA, L. O. P.; GALVANIN, T.; CABRAL, C. M. N. Efficacy of the addition of modified Pilates exercises to a minimal intervention in patients with chronic low back pain: a randomized controlled Trial. **Phys Ther.**, v. 93, n. 3, p. 310-20, 2013.

NEGRELLI, W. F. Disc Herniation: Treatments Process. **Acta Ortop Bras.**, v. 9, n. 4, 2001.

ORTIZ, J.; ABREL, A. D. Tratamento cirúrgico das hérnias discais lombares em regime ambulatoria. **Ver Bras Ortop.**, v. 14, n. 11/12, p. 115-116, 2000.

PARK, W. M.; KIM, K.; KIM, Y. H. Biomechanical analysis of twostep traction therapy in the lumbar spine. **Manual Therapy.**, v. 19, n. 6, 527–533, 2014.

PEUL, W. C.; HOUWELINGEN, V. H. C., HOUT, V. D. W. B; BRAND, R., EEKHOF, J. A.; TANS, J. T. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. **N. Engl. J. Med.**, v. 356 p. 2245-2256, 2007.

POURAHMADI, M. R.; TAGHIPOUR, M.; EBRAHIMI, T. I.; Motor control exercise for symptomatic lumbar disc herniation: protocol for a systematic review and meta-analysis. **B.M.J. Open.**, v. 6, 2016.

RAJAGOPAL, T. S.; MARSHALL R. W. Microdiscectomy. ed. European surgical orthopaedics and traumatology: the EFORT textbook. **In: Bentley G, Springer.**, p. 557–80, 2014.

ROMANOWSKI, M.; ROMANOWSKA J.; GRZES'KOWIA, M.. A compare son of the effects of deep tissue massage and therapeutic massage on chronic low back pain. **Stud Health Technol Inform.**, v. 176, p. 411-4, 2011.

SCHOENFELD, A. J.; WEINER, B. K. Treatment of lumbar disc herniation: evidence based practice. **Int. J. Gen. Med.**, v. 3, p. 209-214, 2010.

STEFANAKIS M., LUO J., POLLINTINE P., DOLAN P., ADAMS M. A. Prize winner: Mechanical influences in progressive intervertebral disc degeneration. **Spine.**, v. 39 n. 17, p. 1365–387, 2014.

STIEGLITZ, D. D.; VINSON, D. R. HAMPTON, M. D. C.; Equipment-based Pilates reduces workrelated chronic low back pain and disability: A pilot study. **J Bod Mov Therap.**, v. 20 p. 74-82, 2016.

UNLU, Z.; TASCI, S.; TARHAN, S.; PABUSCU, Y.; ISLAK S. Comparison of physical therapy modalities for acute pain in lumbar disc herniation measured by clinical evaluation and magnetic resonance imaging. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics.**, v. 31, n. 3, p. 191–198, 2008.

VIALLE, L. R.; VIALLE, E. N.; HENAO, J. E. S.; GIRALDO, G. Hérnia discal lombar. **Rev. bras. ortop.**, v. 45, n. 1, p. 17-22. ISSN 0102-3616, 2010.

WEINSTEIN, J. N.; TOSTESON, T. D.; LURIE, J. D.; TOSTESON, A. N.; HANSCOM, B.; YILDIRIM, P. Tai Chi Egzersizinin Etkileri Ve Klinik Uygulamaları. **Turk Fiz Rehab Derg.**, v. 60, p. 36-42, 2014.

ATIVIDADE FÍSICA, PREVALÊNCIA DE RISCO E PREOCUPAÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO MUNICÍPIO DE JUÍNA-MT

PHYSICAL ACTIVITY, RISK PREVALENCE AND FALL CONCERN IN ELDERLY IN THE CITY OF JUÍNA-MT

Juliana Girelli¹
Veronica Jocasta Casarotto²

RESUMO

O envelhecimento trata-se de um processo natural, progressivo que resulta na diminuição da reserva funcional do idoso causando alterações físicas, cognitivas e emocionais. O objetivo deste estudo foi verificar as alterações na capacidade funcional, prevalência e preocupação do risco de quedas e o nível de atividade física dos idosos. Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo com idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, residentes no município de Juína-MT, frequentantes do Centro de Convivência para Terceira Idade - Vó Paixão onde será aplicada a entrevista para obtenção de dados sociodemográficos, o teste *Timed Upand Go* (TUG) para verificar a prevalência do risco de quedas, a Escala de Eficácia de Quedas – Internacional (FES-I) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para analisar o nível de atividade física. A amostra foi composta por 63 idosos onde teve predomínio de mulheres, evidenciando a feminização na velhice, observou através do IPAQ que os idosos mostraram-se ativos nos domínios de atividade física doméstica e atividade física como meio de transporte, pois atingiram o recomendado de >150 min/sem, ambos de intensidade moderada, o *Time Upand Go* (TUG) indicou prevalência de baixo risco de quedas em 59% dos idosos, no entanto a escala FES-I demonstrou que 88,8% sentem preocupação em cair. De forma geral os idosos do estudo tiveram bom desempenho nas atividades físicas, exceto nas atividades físicas de lazer, já que a grande maioria não pratica regularmente, no teste TUG tiveram baixo risco de quedas, porém vale ressaltar a expressiva preocupação em cair, a qual contribui para efeitos negativos ao idoso, sendo assim, medidas de prevenção e promoção podem contribuir para diminuição do risco e medo de quedas consequentemente melhorando qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Prevalência; Quedas; Atividade Física.

ABSTRACT

Aging is a natural, progressive process that results in decreased functional reserve of the elderly causing physical, cognitive and emotional changes. The aim of this study was to verify the changes in functional capacity, prevalence and concern of the risk of falls and the level of physical activity of the elderly. This is a descriptive cross-sectional observational study with elderly (60 years old and over), of both sexes, residing in the city of Juína-MT, attending the Senior Citizenship Center - Grandmother Passion where the interview will be applied to obtain sociodemographic data, the Timed Upand Go (TUG) test to verify the prevalence of fall risk, the International Falling Effectiveness Scale (FES-I) and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) to analyze the level of physical activity. The sample consisted of 63 elderly where women predominated, evidencing feminization in old age. Through the

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso, Brasil; E-mail: juliana758girelli@gmail.com

² Fisioterapeuta, Coordenadora e Professora Mestra do Curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso. E-mail: veronica_casarotto@hotmail.com.

IPAQ, the elderly showed to be positive in the domains of domestic physical activity and physical activity as a means of transportation, as they reached the recommendation of > 150. min / wk, both of moderate intensity, Time Upand Go (TUG) indicated prevalence of low risk of falls in 59% of the elderly, however the FES-I scale showed that 88.8% feel concern about falling. In general, the elderly in the study performed well in physical activities, except in leisure physical activities, since the great majority do not practice regularly, in the TUG test had low risk of falls, but it is worth mentioning the expressive concern about falling, which contributes to negative effects on the elderly, so prevention and promotion measures can contribute to reducing the risk and fear of falls consequently improving the quality of life of the elderly.

Keywords: *Aging; Seniors; Prevalence; Falls; Physical activity.*

INTRODUÇÃO

Os números indicam que o processo de envelhecimento cresce a passos largos, pois as taxas de crescimento populacional se encontram mais altas entre a população idosa, isso tanto em nível nacional como mundial. Este fato, está associado à diminuição das taxas de fecundidade e aos avanços tecnológicos que puderam proporcionar uma melhoria na qualidade de vida e baixa taxa de mortalidade (ALVES, 2008). Estima-se que em 2050, o Brasil tenha a sexta maior população de idosos no mundo, totalizando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a cerca de 16% da população brasileira (AIRES *et al.*, 2010).

O envelhecimento consiste em um processo natural da vida, caracterizado por mudanças nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais conforme a idade. Entretanto, é um evento que ocorre de forma individualizada, variando de pessoa para pessoa, correspondente com o estilo de vida e com o meio ambiente em que se vive (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Com esse aumento da população idosa, surge a preocupação com as doenças crônico-degenerativas que estão diretamente associadas a idade, se tornando um problema de saúde pública (RODRIGUES *et al.*, 2009). Essas doenças juntamente com as alterações fisiológicas do envelhecimento trazem consigo o aumento para o risco de quedas em idosos (ALVES *et al.*, 2014).

As quedas são caracterizadas pela mudança não intencional de posição, onde o indivíduo passa de sua posição inicial para um nível mais inferior (DAMIÁN *et al.*, 2013). As quedas acontecem devido à alguns fatores, sendo eles intrínsecos ou extrínsecos. Os fatores intrínsecos que contribuem com as quedas são aqueles vinculados ao próprio idoso, como as alterações fisiológicas devido o envelhecimento, presença de doenças, medo de cair, *déficit* muscular e modificações da marcha. Os fatores extrínsecos dizem respeito ao ambiente físico em que o idoso convive (piso escorregadio ou molhado, tapetes, objetos pelo caminho, ambientes sem iluminação), entre outros (AMBROSE *et al.*, 2013).

As quedas causam inúmeras consequências na vida do idoso entre elas estão, as fraturas, o risco de óbito, a limitação de atividades, o declínio na saúde, o aumento na chance de institucionalização e o medo de cair (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Dentre essas consequências, o medo de cair tem sido uma preocupação tanto para os idosos como para os profissionais da saúde (VITORINO *et al.*, 2017). O medo de cair provoca efeitos negativos no contexto geral do idoso, pois altera o bem-estar físico, mental e funcional, gerando prejuízos na independência, na realização das atividades de vida diária (AVDS) e contribuindo para o sedentarismo nessa população (SCHEFFER *et al.*, 2008).

É necessário ter consciência dos fatores de risco que contribuem para a queda, para que assim possam ser evitados, buscando de forma eficaz planejar e adotar medidas preventivas, sejam elas de caráter primário ou secundário, que minimizem o risco de quedas entre a população idosa (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Tendo em vista o quanto as quedas e suas consequências são prejudiciais para a população idosa, medidas de prevenção para as mesmas devem ser adotadas. A prática regular de atividade física contribui de forma global na saúde do idoso, desde o retardo de alterações fisiológicas até inibição do medo em cair, pois provoca melhora da capacidade funcional, melhora da flexibilidade, manutenção da força, melhora do equilíbrio, agilidade e independência. Além disso, orientações também são cabíveis para que se faça mudanças no lar do idoso e que sempre esteja alerta durante o deslocamento, principalmente em ambientes externos (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Com o aumento desenfreado da população senil, torna-se necessário compreender o perfil atual dos idosos, por meio de pesquisas que abrangem os aspectos do envelhecimento. O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência de risco e preocupação de quedas e o nível de atividade física em uma população de idosos frequentantes do Centro de Convivência Vó Paixão, no município de Juína-MT, através do teste *Time Upand Go* (TUG), da Escala de Eficácia de Quedas – Internacional (FES-I) e Questionário Internacional Atividade Física (IPAQ).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter observacional, de corte transversal, descritivo. A população estudada foi composta por indivíduos com idade ≥ 60 anos, residentes no município de Juína-MT e participantes do Centro de Convivência Vó Paixão. Neste centro, participam cerca de 100 idosos, onde são ofertadas diversas atividades semanais, não sendo, uma instituição de longa permanência.

Os critérios de inclusão para o estudo foram os participantes terem idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados, que aceitaram a participar do estudo de forma voluntária e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram idosos que se demonstraram incapazes de compreender as instruções referentes aos testes e questionário, após explicação dos procedimentos pelo pesquisador. O estudo foi aprovado por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da AJES-Faculdade do Vale do Juruena (CAAE: 08182119.0.0000.8099), de acordo com os aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas realizadas com seres humanos.

O estudo também analisou as variáveis sociodemográficas: idade; gênero; estado civil; nível de escolaridade. As variáveis clínicas: patologias; quedas nos últimos seis meses; mobilidade funcional; qualidade de vida; preocupação/medo de cair e risco de quedas.

Idosos que atenderam aos critérios de inclusão e que assinaram ao TCLE, passaram por uma entrevista para coleta de dados sociodemográficos, clínicos e pessoais.

Para avaliar a mobilidade funcional e o risco de quedas entre os idosos, foi aplicado o Teste *TimedUpand Go* (TUG), para avaliar a preocupação/medo do idoso em cair utilizou a Escala de Eficácia de Quedas – Internacional (FES-I) e o nível de atividade física através do Questionário Internacional Atividade Física (IPAQ), versão curta, adaptado para idosos brasileiros em forma de entrevista.

O teste TUG serve para avaliar o risco de quedas, além do desempenho e da mobilidade funcional do idoso(a). Para a realização do teste, é necessário que o idoso(a) esteja sentado(a) em uma cadeira com apoio dorsal, após o comando verbal do avaliador o idoso caminhará por 3 metros, irá virar, retornar e sentar-se novamente na cadeira. O tempo de execução do teste será cronometrado em segundos, sendo os idosos(as) classificados em: independente para as tarefas diárias e baixo risco de quedas (0 a 10 segundos); independente parcialmente para as atividades de vida diária e médio risco de quedas (11 a 20 segundos); dependência para a maioria das atividades diárias e alto risco de quedas (21 a 30 segundos) (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991).

A escala FES-I contém 16 atividades diárias com questões que envolvem a preocupação do(a) idoso(a) em cair, realizando as atividades da vida diária: limpar a casa, despir-se, vestir-se ou preparar as refeições, tomar banho, atender ao telefone antes que pare de tocar; as atividades físicas: sentar ou levantar de uma cadeira, subir ou descer as escadas, alcançar os objetos acima da cabeça, andar em superfícies escorregadias e irregulares; as atividades sociais: ir às compras, andar pela vizinhança, visitar um amigo ou parente, andar em um local que haja multidão e sair para eventos sociais, com escores que variam de zero a quatro. O idoso tinha quatro possibilidades de resposta para cada item, sendo: “nem um pouco preocupado”, “um pouco preocupado”, “muito preocupado” e “extremamente preocupado”. O escore mínimo é de 16 pontos (ausência de preocupação) e (preocupação extrema) 64 pontos (CAMARGOS *et al.*, 2010).

O nível de atividade física foi mensurado pelo questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, adaptado para idosos brasileiros, possibilitando estimar o tempo gasto semanalmente em atividades físicas cotidianas, de intensidades variadas. Este questionário é composto por cinco domínios, porém com o número de questões reduzidas, totalizando 15 questões. Os domínios são: atividades físicas no trabalho, atividades físicas como meio de transporte, atividades físicas domésticas, atividades físicas de lazer e o tempo gasto sentado (MAZO; BENEDETTI, 2010). Os idosos foram classificados como, ativos aqueles que praticam pelo menos, 150 minutos por semana (min/sem) de atividade física, no mínimo de forma moderada (CRAIG *et al.*, 2003).

Para a realização da análise descritiva das variáveis foi utilizado o programa *Statistica IPackage for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para *Microsoft Windows*.

RESULTADOS

Trata-se de uma amostra heterogênea, composta por 63 idosos, todos participantes regulares do Centro de Convivência Vó Paixão, sendo do sexo masculino n=08 (12,7%) e do sexo feminino n=55 (87,3%), com idade média de 69,5 anos, onde maioria n=43 (68,3%) possui nível de escolaridade fundamental incompleto e quando perguntados sobre o estado civil, n=29 (46%) responderam estarem em vida conjugal e n=26 (41,3%) viúvo (a), esses dados estão inseridos na **Tabela 1**.

Tabela 1- Dados Sociodemográficos (n= 63).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Masculino	08	12,7
Feminino	55	87,3
Idade (anos)		
60 a 70	35	55,5
71 a 80	24	38
80 ou mais	04	6,5
Escolaridade		
Sem escolaridade	07	11,1
Fundamental incompleto	43	68,3
Fundamental completo	05	7,9
Médio incompleto	02	3,2
Médio completo	04	6,3
Superior completo	02	3,2
Estado civil		
Casado (a)	29	46
Viúvo (a)	26	41,3
Tabela 1- Dados Sociodemográficos (n= 63).		
Divorciado, sem companheiro	3	4,8
Separado, sem companheiro	2	3,2

União estável	2	3,2
Solteiro	1	1,6

Fonte: Dados da pesquisa no Centro de Convivência Vó Paixão.

Quando perguntados se possuíam patologias diagnosticadas n=52 (82,5%) responderam que sim e n=11 (17,5%) responderam não ter nenhuma patologia. Entre as patologias citadas as que mais prevaleceram foram a Hipertensão Arterial Sistêmica n=42 (66,7%) e a Diabetes Mellitus n=10(15,9%), sendo relevante também o número de idosos que possuem problemas osteomusculares 49 (77,8%), conforme a **Tabela 2**.

Tabela 2- Patologias mais encontradas nos idosos.

Patologias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sim	52	82,5
Não	11	17,5
Diabetes		
Sim	10	15,9
Não	53	84,1
Hipertensão Arterial		
Sim	42	66,7
Não	21	33,3
Problemas Osteomusculares		
Sim	49	77,8
Não	14	22,2

Fonte: Dados da pesquisa no Centro de Convivência Vó Paixão.

A tabela3 apresenta dados relacionados com a ocorrência de quedas sofridas nos últimos 06 meses, o número de quedas e quais situações contribuíram para a queda do idoso(a). Um total de n=45 (71,4%) disseram não ter nenhuma queda e n=18 (28,6%) relataram ter algum evento de queda no último semestre, onde n=08 (12,7%) afirmaram ter até duas quedas nesse período. O motivo que mais contribuiu para que essas quedas acontecessem foram escorregões no próprio domicílio n=09 (14,2%) e em relação a acuidade visual n=52 (82,5%) relataram a necessidade de usar óculos, devido problemas visuais.

Tabela 3- Quedas e seus aspectos

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Quedas nos últimos 6 meses		
Sim	18	28,6
Não	45	71,4
Número de quedas		
0	45	71,4
1	7	11,1
2	8	12,7
3	2	3,2
5	1	1,6
Motivo das quedas		
Não teve queda	45	71,4
Escorregou piso molhado	9	14,2
Síncope	2	3,2
Outros	7	11,1
Uso de Óculos		
Sim	52	82,5
Não	11	17,4

Fonte: Dados da pesquisa no Centro de Convivência Vó Paixão.

O teste TUG tabela 4 apontou uma pequena diferença, onde n= 37 (59%) realizaram o teste em até 10 segundos sendo classificados como independentes e baixo risco de quedas, e n=26 (41%) realizaram entre 11 a 20 segundos classificando-se como médio risco para quedas. Nenhum idoso realizou o teste com tempo maior que 20 segundos, significando não haver idosos com alto risco de quedas. A escala FES-I responsável por indicar o medo/preocupação do idoso em cair durante a realização de atividades, revelou que a grande maioria n= 56 (88,8%) apresentam medo de cair em, no mínimo uma das 16 tarefas citadas na escala, tendo como média total 23,7 pontos.

Tabela 4- Teste TUG e Escala FES-I.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
TUG		
≤ 10s (Independente e baixo risco de quedas)	37	59
11 a 20s (Independência parcial e médio risco de quedas)	26	41
>20s (Depende e Alto risco de quedas)	-	-
ESCALA FES-I		
16 pontos (nenhuma preocupação)	07	11,1
>16 pontos (preocupação)	56	88,8

Fonte: Dados da pesquisa no Centro de Convivência Vó Paixão.

O nível de atividade física (AF), avaliado pelo IPAQ evidenciou que nos seguintes aspectos: AF no trabalho n=05 (8%) atingiram mais de 150min/semana de intensidade moderada; AF como meio de transporte n=38 (60,3%) de intensidade moderada; AF tarefas domésticas n= 43 (68,2%) de intensidade moderada; AF de lazer n=18 (28,5%) de intensidade moderada. Relacionado ao tempo gasto sentado em um dia da semana os idosos gastam em média de 260 min/dia e em um dia de final de semana 257min/dia, vale ressaltar que o último domínio não foi objeto de análise do presente estudo.

Tabela 5- Nível de Atividade Física (IPAQ)

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
IPAQ (>150 min/sem)		
Nível de Atividade Física		
Trabalho	05	8
Meio de Transporte	38	60,3
Tarefas Domésticas	43	68,2
Lazer	18	28,5
TEMPO GASTO SENTADO		Média total (n=63)
Um dia da semana em média		260min/dia
Um dia de final de semana		257 min/dia

Fonte: Dados da pesquisa no Centro de Convivência Vó Paixão.

DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi verificar a prevalência de risco e preocupação de quedas e o nível de atividade física em uma população de idosos que frequentam um centro de convivência.

É notório que a maior parte da amostra deste estudo seja composta por mulheres (87,3%), isso demonstra que a população feminina idosa se sobressai em relação aos homens de idade ≥ 60 anos, é o que o estudo de Nunes *et al.*, (2017) e Belo (2013) também abordam. As justificativas de que as mulheres tem maior participação em grupo de convivência, é que estamos majoritariamente diante de uma população feminina, isto já é um fato reconhecido em nível mundial, pois de acordo com o estudo de Nico Demo; Godoi (2010), estima-se que as mulheres vivam, em média, de 05 a 07 anos a mais que os homens. Conforme os números

apontam, existem aproximadamente 100 mulheres para 82 homens idosos (LEITE *et al.*, 2012).

O aumento abrupto da população idosa também faz surgir uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), trazendo incapacidades funcionais e maior necessidade de utilização de serviços de saúde (VERAS, 2009). Mais de (82%) dos idosos do estudo dizem possuir alguma patologia, destacando-se entre elas a hipertensão arterial (66%) e a diabetes mellitus (15,9%). Estes achados corroboram com o estudo de Pimenta *et al.*, (2015), onde verificaram que mais de (80%) dos idosos possuem pelo menos uma doença e que a taxa de diabetes entre os idosos foi de (17,7%) e constatou-se que (69,9%) dos idosos eram hipertensos.

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial, além de causarem alterações em todo o metabolismo e na questão nutricional (RANTANEN *et al.*, 2003), acarretam prejuízos no estilo de vida, na força muscular, distúrbios motores (ARKKILA; GAUTIER, 2003) podendo levar a incapacidades físicas (ALVARENGA *et al.*, 2010).

Em relação as quedas, este estudo pôde verificar através do TUG que maior parte dos idosos (59%) realizaram o teste em menos de 10 segundos, caracterizando como baixo risco de quedas Bretan *et al.*, (2013) também encontraram no seu estudo com idosos da comunidade, baixo risco de quedas, pois (70%) dos idosos realizaram o teste entre 10 a 19 segundos, configurando-se como indivíduos que apresentam ou têm quedas esporádicas ou poucas restrições de movimento para atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A preocupação dos idosos em cair avaliada pela escala FES-I demonstrou que (88,8%) tem essa preocupação, resultados similares também foram observados nos estudos de Utida *et al.*, (2016) e de Pimentel; Scheicher (2013) onde (92,5%) dos idosos demonstraram temer cair.

Esse medo de cair, não está definitivamente ligado a questões físicas, mas também há grande influência de fatores ambientais e psicológicos, que afetam tanto idosos caidores como aqueles que não tiveram nenhum evento de queda previamente (HALVARSSON *et al.*, 2011).

Assim como nos estudos de Gawryszewski (2010), Lopes *et al.*, (2007) e Fabrício *et al.*, (2004), grande parte dos idosos estudados que tiveram quedas, estas aconteceram devido fatores ambientais (extrínsecos), pois ocorreram dentro do próprio domicílio e a principal causa foram escorregões em piso molhado.

Dentre os fatores intrínsecos a diminuição da acuidade visual dos idosos deste estudo (82,5%), demonstra-se como um alerta, pois indivíduos que possuem alterações que comprometem a visão quando somado a pouca iluminação do local, podem contribuir a escorregões e deslizos em ambientes desnivelados (MENEZES; BACHION, 2008), além de terem seis vezes mais chances de sofrer queda, do que indivíduos com visão preservada (RAMRATTAN *et al.*, 2001). O estudo de Luiz *et al.*, (2009) confirma este fato, os idosos com déficit visual apresentaram pior desempenho na realização do TUG, maior número de quedas e maior dificuldade para realizar as atividades.

No tocante ao nível de atividade física que foi verificado pelo IPAQ, em alguns domínios (AF tarefas domésticas e AF meio transporte) os idosos conseguiram alcançar o recomendado, que são os 150min/sem, Mazo *et al.*, (2007) afirmam em estudo que a realização de atividade física regular apresenta resultados vantajosos devido maior mobilidade, funcionalidade, coordenação motora, equilíbrio, aumento de força muscular e ainda colabora como coadjuvante na prevenção de quedas na terceira idade.

Neste estudo as tarefas domésticas destacaram-se como atividade física mais realizada (68,2%), essa mesma observação foi encontrada no estudo de Cardoso *et al.*, (2008), que notou a diferença do nível de atividade física por domínios do IPAQ de acordo com o sexo dos entrevistados, isso pode ser justificado pelo fato de que em ambos os estudos, as amostras

são predominantemente compostas por mulheres e as idosas dedicam maior tempo na realização dos afazeres domésticos do que o homens.

No domínio de AF como meio de transporte os idosos demonstraram-se suficientemente ativos (68,2%), utilizando principalmente como meio de locomoção à caminhada, com uma média de 206,44 min/sem, visto que a caminhada parece ser a atividade física mais praticada e a mais acessível pelos idosos (SALVADOR *et al.*, 2009). O que se difere do estudo de Mourão *et al.*, (2013) realizado no município de Maceió, região nordestina do Brasil, onde os idosos mostraram-se insuficientemente ativos 87,5% no quesito AF como meio de transporte, os autores do estudo afirmam que esse resultado elevado, pode ser devido a uma soma dos fatores biológicos e ambientais e pelo fato de grande parte dos indivíduos nessa idade se encontrarem aposentados, sem a necessidade se deslocar para o ambiente de trabalho.

Referente a AF de lazer (71,43%) dos idosos demonstraram não atingirem mais de 150min/sem, corroborando com o estudo de Mourão *et al.*, (2013), onde a prevalência de idosos insuficientemente ativos no domínio lazer foram de (76,2%). Porém a inatividade física/sedentarismo no lazer pode ser um fato pertinente em idosos, pois em sua maioria, não estão mais integrados a atividades ocupacionais (ZAITUNE *et al.*, 2007).

Essa ausência de idosos no mercado de trabalho explica o fato de apenas 8% dos idosos desta amostra, manterem-se ativos no domínio de trabalho remunerado ou voluntário, pois os idosos associam a velhice como tempo de descanso pois dizem já terem contribuído o suficiente na juventude (CIFUENTES; SILVA, 2013). No entanto, Martinez *et al.*, (2010) destacaram, que o indivíduo idoso que permanece inserido no mercado de trabalho tem resultados positivos na saúde e no bem-estar, além de gerar benefícios a sociedade e também a empresa.

Apesar dos idosos estudados demonstrarem baixo risco de quedas e de forma geral um desempenho razoável de atividade física, eles continuam sendo expostos todos os dias aos fatores de risco, portanto, medidas de promoção e prevenção podem ser tomadas para que garanta a eles maior qualidade de vida.

A atividade física regular surge como um meio de promoção de saúde e qualidade de vida. Cada vez mais os estudos enfatizam que a AF é imprescindível para os indivíduos, pois estamos lhe dando com crucial problema do sistema de saúde pública, a inatividade física que corrobora para o sedentarismo (MATSUDO, 2001). A AF quando praticada de forma regular minimiza a implantação de disfunções musculoesqueléticas, neuromusculares e cardiopulmonares decorrentes do processo de envelhecimento do indivíduo (CAROMANO; KERBAUY, 2001). Assim sendo, fica evidente que a prática de exercício físico deve ser uma das principais medidas a serem tomadas no processo saúde doença, atribuindo privilégios para o idoso e também para a saúde pública pela diminuição dos gastos (ZAGO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O evidente aumento da população acima de 60 anos, desperta o interesse em buscar evidências que auxiliem na compreensão do envelhecimento. As quedas podem representar importantes prejuízos a saúde do idoso, pois trazem consequências na capacidade funcional, psicológica, atrapalhando o desempenho das atividades cotidianas, medo de cair, a perda da autoconfiança e a restrição/isolamento. Diante disso, o estudo da população idosa nos dá uma visão mais detalhada, possibilitando promover ações específicas de prevenção e promoção da saúde, procurando minimizar os efeitos do processo de envelhecimento.

A maior parte dos idosos do centro de convivência Vó Paixão mostraram baixo risco de quedas, sugerindo ter boa mobilidade funcional. Entretanto, um número expressivo de idosos admitira ter grande preocupação em cair, esse medo pode contribuir para deixá-los mais propensos a quedas e a limitá-los às atividades da vida diária.

Apesar de já ser comprovado por diversos estudos que a atividade física minimiza os declínios do envelhecimento e ajuda a prevenir quedas, o sedentarismo ainda é um fato bastante presente na realidade do idoso, precedendo prejuízos funcionais para esta população. Neste estudo, foi observado que a maioria dos idosos não praticam atividade física de lazer de forma regular, sendo ela primordial para uma melhor qualidade de vida.

Diante destas evidências, será realizada uma palestra no centro de convivência Vó Paixão, informando os resultados da pesquisa, bem como a exposição de situações que favorecem às quedas e também orientações e estratégias para que elas possam ser evitadas e/ou prevenidas, principalmente no próprio domicílio, além do incentivo à inclusão regular da prática de atividade física na rotina do idoso.

REFERÊNCIAS

AIRES, M. *et al.* Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_03.pdf> acesso em: 10 out 2019.

ALVARENGA, P. P. *et al.* Functional mobility and executive function in elderly diabetics and non-diabetics. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 6, p. 491-496, 2010. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f6b9/60f78afdaa46d5a77db1dab1f25726490eb1.pdf>>. acesso em: 07 out 2019.

ALVES, J. E. D. A transição demográfica e a janela de oportunidade. **São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial**, 2008. Disponível em: <<https://en.braudel.org.br/research/archive/downloads/a-transicao-demografico-e-a-janela-de-oportunidade.pdf>> acesso em: 10 out 2019.

ALVES, L. V. *et al.* Avaliação da tendência a quedas em idosos de Sergipe. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000501389> acesso em: 10 out 2019.

AMBROSE, A. F. *et al.* Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. **Maturitas**, v. 75, n. 1, p. 51-61, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23523272>> acesso em: 14 out 2019.

ARKKILA, P.E.T; GAUTIER, J. Musculoskeletal disorders in diabetes mellitus: an update. **Best practice&researchClinicalrheumatology**, v. 17, n. 6, p. 945-970, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15123045>> acesso em: 07 out 2019.

BELO, I. Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. **Revista feminismo**, v. 1, n. 3, 2013. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/feminismo/article/viewFile/29997/17739>> acesso em: 06 out 2019.

BRETAN, O. *et al.* Risco de queda em idosos da comunidade: avaliação com o teste Timedupand go. **BrazilianJournalofotorhinolaryngology**, v. 79, n. 1, p. 18-21, 2013.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000100004> acesso em: 15 out 2019.

CAMARGOS, F. F. O., *et al.* Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls EfficacyScale-International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n3/10.pdf>> acesso em: 10 out 2019.

CARDOSO, A. S. *et al.* Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 1, 2008. Disponível em: < <file:///E:/Downloads/99-Texto%20do%20artigo-960-1-10-20080906.pdf>> acesso em: 13 out 2019.

CAROMANO, F. A; KERBAUY, R. R. Efeitos do treinamento e da manutenção da prática de atividade física em quatro idosos sedentários saudáveis. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 8, n. 2, p. 72-80, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/79483/83519>> acesso em: 12 out 2019.

CIFUENTES, D. J; SILVA, S. Nível de atividade física e aspectos do envelhecimento da comunidade idosa de Guatá. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <<file:///E:/Downloads/29078-170223-1-PB.pdf>> acesso em: 15 out 2019.

CRAIG, C. L. *et al.* International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 35, n. 8, p. 1381-1395, 2003. Disponível em: <<https://www.gacusp.com.br/resources/International%20physical%20activity%20questionnaire-%2012-country%20reliability%20and%20validity%20-%20CRAIG%20-%202003.pdf>> acesso em: 10 out 2019.

DAMIÁN, J. *et al.* Factors associated with falls among older adults living in institutions. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 6, 2013. Disponível em: <<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2318-13-6>> acesso em: 14 out 2019.

FABRÍCIO, S. C. C. *et al.* Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 93-99, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000100013&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em: 07 out 2019.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **RevAssocMedBras**, v. 56, n. 2, p. 162-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000200013&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em: 06 out 2019.

HALVARSSON, A. *et al.* Effects of new, individually adjusted, progressive balance group training for elderly people with fear of falling and tend to fall: a randomized controlled trial. **Clinical Rehabilitation**, v. 25, n. 11, p. 1021-1031, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21849377>> acesso em: 08 out 2019.

LEITE, M. T. *et al.* Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **RevBrasGeriatrGerontol**, v. 15, n. 3, p. 481-92, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a09.pdf> > acesso em: 06 out 2019.

LOPES, M. C.L. *et al.* Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 472-477, 2007. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10073/6925>> acesso em: 06 out 2019.

LUIZ, L. C. *et al.* Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **BrazilianJournalofPhysicalTherapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 5, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop048_09.pdf > acesso em: 07 out 2019.

MARTINEZ, M. C. *et al.* Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1553-1561, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/067.pdf>> acesso em: 15 out 2019.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e atividade física**. Midiograf, p. 195, 2001.

MAZO, G. Z. *et al.* Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **RevBrasFisioter**, v. 11, n. 6, p. 437-42, 2007. Disponível<<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a04>> acesso em: 08 out 2019.

MAZO, G. Z; BENEDETTI, T. R. Bertoldo. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **RevBrasCineantropomDesempenho Hum**, v. 12, n. 6, p. 480-4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198000372010000600013&script=sci_abstract&tlng=pt > acesso em: 06 out 2019.

MENEZES, R. L; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1209-1218, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400017> acesso em: 08 out 2019.

MOURÃO, A. R. C. *et al.* Atividade física de idosos relacionada ao transporte e lazer, Maceió, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1112-1122, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000601112&script=sci_abstract&tlng=en> acesso em: 13 out 2019.

NICODEMO, D; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010. Disponível em:<https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341> acesso em: 07 out 2019.

NUNES, M. G. S. *et al.* Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1102-1115, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1102.pdf> > acesso em: 06 out 2019.

OLIVEIRA, A. S. *et al.* Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisõesistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 637-645, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00637.pdf>> acesso em: 14 out 2019.

PERRACINI, M. R; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de saúde pública**, v. 36, p. 709-716, 2002. Disponível em: < <https://pdfs.semanticscholar.org/00f4/5652a0de403f8dc2a77d565a420ec174a21d.pdf>> acesso em: 14 out 2019.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2489-2498, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>> acesso em: 06 out 2019.

PIMENTEL, I; SCHEICHER, M. E. Comparação da mobilidade, força muscular e medo de cair em idosas caidoras e não caidoras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 251-257, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/05.pdf>> acesso em: 08 out 2019.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed up and go: a test of basic mobility for frail persons. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 39, p. 142-148, 1991.

RAMRATTAN, R. S. *et al.* Prevalence and causes of visual field loss in the elderly and associations with impairment in daily functioning: the Rotterdam Study. **ArchivesofOphthalmology**, v. 119, n. 12, p. 1788-1794, 2001. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/755a/950081f7346c014d5470c097b082230a3c9b.pdf>> acesso em: 07 out 2019.

RANTANEN, T. *et al.* Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 5, p. 636-641, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752838>>acessoem: 10 out 2019.

RODRIGUES, G. D. *et al.* A Prevenção de quedas no idoso: revisão da literatura brasileira. **RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 10, n. 59, p. 431-437, 2016. Disponível em: < <file:///E:/Downloads/990-4098-1-PB.pdf>> acesso em: 15 out 2019.

RODRIGUES, M. A. P. *et al.* Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 604-612, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102009000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 10 out 2019.

SALVADOR, E. P. *et al.* A prática de caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 3, p. 197-205, 2009. Disponível em: <http://www.each.usp.br/gepaf/artigos/caminh_desloc_percep_ambiente_idosos.pdf> acesso em: 14 out 2019.

SCHEFFER, A. C. *et al.* Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. **Age and ageing**, v. 37, n. 1, p. 19-24, 2008. Disponível em: <[SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>> acesso em: 14 out 2019.](https://watermark.silverchair.com/afm169.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAac485ysgAAAlswwgJXBgkqhkiG9w0BBwagggJIMIICRAIBADCCAj0GCSqGSIB3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMVB2GLn9JZNu7_diAgEQgIICDiKKjUH77rFqRP2sETucY9fKk9jQUKr_hh3VqJw_MwMkVgLnCLAIECs0xssBzqP9EBTEQduSg6fYj_Skip9XCyLTwC1GJ0UzwAuj9wCB6PP8sIoY608Z47rkwm_jE920IQR5JknW OgpI8nD35UuxTli9tMhUh3wID0BgnSkS8IG0xoxTEPkS5fzkRWIGqmQbq_NSJhPFjIX73IL0zeJ3pdoLVpcmbufk9PkBXwg5ufxaWLHKSTcnmceptYsUSdg4AxQG7K42aYesDJCU1S-8Z7adhsk0mTCxOdu0QA3oy8oTglBU5VeIaSUsgGgviz9xr4Ysry01op5Y13hNdYCOJDp5o9Fqt11NMQ4cBWynYW3jSKpud4h0Gvw8iVuDAH1bk8bR35_12xhEctcXI2Y5lfbxvFcacO3Yx50r2pMIZoRD4rDpgetauN_FBNfowGOXYPN6r7xAwopzzand7nHvMLwtLAWssUG42gffQJcc3fgiA5JJElys61MDG79tRk4a7BcabbkAb7EcSSKMHe2MYBfDymxC1nBfBIWZ4q wfp7NMuNDAQMAzIT_n8LwEuvp02PI6KPWuhD_VRMfIRvp8boRgcCy3eDCfZISgH191MIFifHIQjD1YS95VupWhZ7EMGoaqvkVz0l1WPI__VOv1wlMt0dII9oQkwXXh49TBhz53E4GluxQ>acesso em: 14 out 2019.</p></div><div data-bbox=)

UTIDA, K. A. M; *et al.* Medo de cair associado a variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Campo Grande-MS. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 441-452, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v19n3/pt_1809-9823-rbpg-19-03-00441.pdf> acesso em: 08 out 2019.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>> acesso em: 06 out 2019.

VITORINO, L. M. *et al.* Fear of falling in older adults living at home: associated factors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/af57/ed76b653b03d9f695f89efcf169fa5d6dce3.pdf>> acesso em: 14 out 2019.

ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 153-158, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v13n1/a16v13n1.pdf>> acesso em: 15 out 2019.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1329-1338, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600008> acesso em: 13 out 2019.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PREVALÊNCIA E IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS DO MUNICÍPIO DE JUÍNA-MT

URINARY INCONTINENCE: PREVALENCE AND IMPACTS ON QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WOMEN IN THE CITY OF JUÍNA-MT

Khettlen Krindges¹
Veronica Jocasta Casarotto²

RESUMO

O envelhecimento humano (senescência) é um processo natural e progressivo, que diminui a reserva funcional do indivíduo, podendo resultar em alterações físicas, como o surgimento da incontinência urinária (perda involuntária de urina). O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de incontinência urinária, bem como os impactos causados na qualidade de vida de idosas não institucionalizadas. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo realizado com idosas de 60 anos ou mais, residentes no município de Juína-MT, frequentantes do centro de convivência para terceira idade - Vó Paixão, onde foi aplicada a entrevista para obtenção de dados sociodemográficos, clínicos e pessoais e questionários para verificar a prevalência de incontinência urinária e o quanto a mesma afeta a qualidade de vida, sendo o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)* e o *King's Health Questionnaire (KHQ)*. O KHQ possui escore que varia de 0 a 100, quanto maior, pior é a qualidade de vida. Participaram do estudo 55 idosas, média de idade de 69,1 anos, destas, 26 (47,3%) apresentaram incontinência urinária, sendo em 84,6% a do tipo incontinência urinária de esforço. Por meio do ICIQ-SF foi verificado em 42,3% impacto muito grave na qualidade de vida e no KHQ destacou-se maior média (51,28) no domínio impacto da incontinência urinária, seguida da percepção geral de saúde (46,15), nos demais domínios houve médias menores que 30,12 pontos. Com os achados verificou-se alta prevalência de incontinência e mesmo com o grande impacto na vida das idosas, as mesmas buscavam realizar suas atividades e manter suas relações sociais.

Palavras-chave: Idosas; Incontinência urinária; Prevalência; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Human aging (senescence) is a natural and progressive process that decreases the individual's functional reserve and may result in physical changes, such as the emergence of urinary incontinence (involuntary loss of urine). The aim of this study was to verify the prevalence of urinary incontinence, as well as the impacts on the quality of life of non-institutionalized elderly women. This is an observational, cross-sectional, descriptive study conducted with elderly women aged 60 years and over, residing in the city of Juína-MT, attending the senior living center - Vó Paixão, where the interview was applied to obtain sociodemographic data., clinical and personal and questionnaires to verify the prevalence of

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso, Brasil; E-mail: khettlenlkrindges@gmail.com

² Fisioterapeuta, Coordenadora e Professora Mestra do Curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso. E-mail: veronica_casarotto@hotmail.com

urinary incontinence and how much it affects the quality of life, being the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) and the King's Health Questionnaire (KHQ). The KHQ has a score ranging from 0 to 100, the higher the worse the quality of life. Fifty-five elderly women participated in the study, with a mean age of 69.1 years. Of these, 26 (47.3%) had urinary incontinence, and 84.6% had stress urinary incontinence. Through the ICIQ-SF, 42.3% had a very severe impact on quality of life, and the KHQ showed a higher average (51.28) in the impact domain of urinary incontinence, followed by the general perception of health (46.15), in the other domains there were averages lower than 30.12 points. With the findings there was a high prevalence of incontinence and even with the great impact on the lives of the elderly, they sought to perform their activities and maintain their social relationships.

Keywords: *Elderly; Urinary incontinence; Prevalence; Quality of life.*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano consiste em um processo natural e progressivo, também chamado senescência, que resulta na diminuição da reserva funcional do indivíduo. Neste processo, com doenças, estresse emocional e acidentes, podem ocorrer condições patológicas que necessitam de assistência, havendo um estilo de vida mais ativo estas condições podem ser minimizadas (BRASIL, 2007).

Uma das afecções que podem surgir é a incontinência urinária. De acordo com a *International Continence Society* (ICS) a incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS *et al.*, 2003). Esta é uma alteração fisiológica não específica do envelhecimento, no entanto, é mais comumente verificada com o avançar da idade, sendo considerada uma das principais síndromes geriátricas na atualidade (MORAES *et al.*, 2010).

A incontinência urinária pode ser classificada em três tipos, sendo incontinência urinária de esforço, que ocorre associadamente aos esforços que aumentam a pressão intra-abdominal, como por exemplo, durante a tosse, espirro ou exercícios físicos; incontinência urinária de urgência, a qual é acompanhada pela vontade súbita e incontrolável de urinar e a incontinência urinária mista, que englobam sinais e sintomas dos dois tipos supracitados (ABRAMS *et al.*, 2003).

Esta doença é multifatorial, sua identificação é fundamental para a escolha do tratamento mais adequado. Sua etiologia pode ser neurogênica ou não neurogênica, a forma neurogênica está associada à lesão medular traumática, acidente vascular encefálico e esclerose múltipla. Já a forma não neurogênica tem relação com a insuficiência intrínseca do esfíncter uretral, cirurgias, fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, entre outras condições (CONITEC, 2019).

A perda de urina pode acarretar em ansiedade, sintomas depressivos, síndrome do pânico, medo, humor diminuído e vergonha. Tais consequências podem impactar no convívio social e familiar, podendo ocorrer prejuízos na prática de atividades físicas, bem como na qualidade de vida (CAETANO *et al.*, 2009). Entende-se por qualidade de vida a percepção do indivíduo quanto a sua posição no contexto cultural e do sistema de valores nos quais ele está inserido, relacionados com suas expectativas, busca de seus objetivos, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

Para o tratamento da incontinência urinária, melhorando assim a qualidade de vida, devem ser adotados protocolos terapêuticos com técnicas de melhora da dinâmica respiratória, reequilíbrio postural, reestruturação da região abdômen pélvica, normalização das tensões musculares, coordenação e técnicas de contração e relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, essas técnicas podem ser contempladas por meio da cinesioterapia,

biofeedback, eletroestimulação, cones vaginais, entre outros, a depender de cada caso (BARACHO, 2018).

Uma vez que não há estudos relacionados à incontinência urinária em idosas realizados no município de Juína-MT e sabendo da importância do tema para a saúde feminina, este teve como objetivos verificar e apresentar dados inéditos sobre a prevalência de incontinência urinária em idosas não institucionalizadas e o quanto esse fator afeta a qualidade de vida das mesmas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter observacional de corte transversal, descritivo, de amostragem não probabilística de conveniência, foi realizado no município de Juína-MT, com idosas participantes do centro de convivência para terceira idade “Vó Paixão”, durante o mês de março de 2019, após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da AJES - Faculdade do Vale do Juruena (CAAE: 08182119.0.0000.8099).

Foram incluídas no estudo idosas com 60 anos ou mais, não institucionalizadas e que aceitaram participar voluntariamente após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram excluídas do estudo as idosas que apresentaram dificuldades em compreender os questionários, após explicação dos mesmos, não respondendo-os com coerência.

As idosas que atenderam aos critérios de elegibilidade e que assinaram ao TCLE passaram por uma entrevista para coleta de seus dados sociodemográficos, clínicos e pessoais (idade, escolaridade, estado civil, renda mensal e uso de medicamentos).

Foram utilizados os questionários *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)* e *King’s Health Questionnaire (KHQ)* para verificar a presença de incontinência urinária nas idosas, bem como os impactos causados na qualidade de vida das mesmas.

O ICIQ-SF é um questionário composto por seis questões, sendo 1. data de nascimento, 2. sexo, 3. frequência da perda urinária, 4. volume de urina que imagina perder, 5. o quanto a incontinência interfere na vida diária e 6. quando ocorre a perda de urina. Para as questões 3, 4 e 5 são atribuídos valores, os quais são somados, gerando um escore total que varia de zero a 21 pontos, determinando o impacto da incontinência na qualidade de vida (ICIQ Escore = 3 + 4 + 5). Para o impacto são considerados nenhum (zero ponto), leve (de um a três pontos), moderado (de quatro a seis pontos), grave (de sete a nove pontos) e muito grave (igual ou superior a dez pontos). A questão 6 é composta por um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, que estão relacionados aos sintomas urinários específicos. Este questionário com alfa de *Cronbach* de 0,88 é considerado confiável, foi validado para o português por Tamanini *et al.*, (2004).

O questionário KHQ é composto por 21 questões, agrupadas em oito domínios, que incluem a percepção geral de saúde (um item), quanto a incontinência urinária atrapalha a vida (um item), limitações nas atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens), relações pessoais (três itens), emoções (três itens) e sono/disposição (dois itens). Além destes, há duas outras escalas independentes, uma que avalia a gravidade da incontinência urinária e outra que avalia a presença e intensidade dos sintomas. As questões foram graduadas em quatro opções de respostas (“nenhum pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo”), exceto no domínio de percepção geral de saúde que há cinco opções de respostas (“muito boa, boa, normal, ruim, muito ruim”) e no domínio de relações pessoais (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”) (TAMANINI *et al.*, 2003).

O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios. Os escores variam de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio (TAMANINI, 2002; TAMANINI *et al.*, 2003).

Para a realização da análise descritiva das variáveis (frequência absoluta e relativa) foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para *Microsoft Windows*.

RESULTADOS

Participaram do estudo 55 idosas com média de idade de 69,1 anos (60 a 85 anos), sendo a maioria viúvas (45,5%; n= 25). Em relação à escolaridade houve predomínio do ensino fundamental incompleto (65,5%; n= 36) e da renda mensal de apenas um salário mínimo (47,3%; n= 26). Referente aos medicamentos, 82% (n= 45) relatou fazer uso de pelo menos um diariamente. Do total de 55 idosas, 26 (47,3) relataram apresentar incontinência urinária (Tabela 1).

Tabela 1. Dados gerais das idosas participantes (n= 55).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Estado civil		
Viúva	25	45,5
Casada	22	40
Divorciada, sem companheiro	5	9,1
União estável	2	3,6
Solteira	1	1,8
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	36	65,5
Ensino fundamental completo	5	9,1
Ensino médio incompleto	2	3,6
Ensino médio completo	3	5,5
Ensino superior completo	2	3,6
Sem escolaridade	7	12,7
Renda mensal		
1 salário	26	47,3
2 salários	24	43,6
3 salários	4	7,3
4 salários	1	1,8
Uso de medicamentos		
Sim	45	82
Não	10	18
Incontinência urinária		
Sim	26	47,3
Não	29	52,7

Fonte: Dados da pesquisa realizada no Centro de Convivência, 2019.

De acordo com o ICIQ, dentre as 26, a maioria (46,2%; n=12) apresenta perda de urina com frequência de uma vez ou menos por semana, sete (26,9%) perdem de duas a três vezes por semana, cinco (19,2%) perdem diversas vezes ao dia, uma (3,8%) perde uma vez ao dia e outra (3,8%) relatou perder urina o tempo todo.

Foi relatado por 22 idosas (84,6%) que a perda de urina é em pequena quantidade, seguida de três (11,5%) que relataram ser em grande e uma (3,8%) em moderada quantidade.

Com relação ao quanto a incontinência interfere na vida diária, em uma escala de 0 (interfere pouco) a 10 (interfere muito), obteve-se os valores para as seguintes pontuações: 0 (11,5%; n= 3), 1 (19,2%; n= 5), 2 (3,8%; n= 1), 3 (11,5%; n= 3), 4 (11,5%; n= 3), 5 (11,5%; n= 3), 6 (0%), 7 (0%), 8 (19,2%; n= 5), 9 (3,8%; n= 1), 10 (7,7%; n= 2).

Muitas idosas perdem urina quando tosse ou espirram (80,8%; n= 21) e antes de chegarem ao banheiro (65,4%; n= 17). Durante as atividades físicas e enquanto dormem a ocorrência é menor, sendo 34,6% (n= 9) e 7,7% (n= 2), respectivamente. Quanto à perda ao se

vestir, após terminar de urinar, 50% (n= 13) afirmaram passar por este episódio e apenas cinco (19,2%) perdem sem razão óbvia.

Sobre o impacto gerado na qualidade de vida (ICIQ Escore = 3 + 4 + 5) a maioria apresentou impacto muito grave (42,3%; n= 11) (Tabela 2).

Tabela 2. Impacto na Qualidade de Vida (n= 26).

Impacto	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Leve	3	11,5
Moderado	8	30,8
Grave	4	15,4
Muito grave	11	42,3

Fonte: Dados da pesquisa realizada no Centro de Convivência, 2019.

Referente ao KHQ, metade das idosas (50%; n= 13) consideraram sua saúde como normal, nove (34,6%) como boa, três (11,5%) como ruim e apenas uma (3,8%) considerou como muito ruim. Sobre o quanto a incontinência atrapalha a vida, dez (38,5%) afirmaram atrapalhar um pouco, oito (30,8%) afirmaram que muito, cinco (19,2%) relataram que não atrapalha e três (11,5%) mais ou menos. Durante a realização das tarefas de casa, a maioria (76,9%; n= 20) referiu que não era atrapalhada pela perda de urina, seguido de um pouco (15,4%; n= 4) e mais ou menos (7,7%; n= 2). No trabalho ou fora de casa grande parte (65,4%; n= 17) também afirmou que não atrapalha, seguido de um pouco (19,2%; n= 5) e muito (7,7%; n= 2).

Além desses achados, verificou-se que a incontinência não afetava outros aspectos como a realização de exercícios físicos, por exemplo a caminhada (69,2%; n= 18), também ao fazer uma viagem (42,3; n= 11), ao ir à igreja, reunião, festa (76,9%; n= 20) e com o problema não deixavam de visitar amigos (96,2%; n= 25) (Tabela 3). Além disso, para 15 idosas (57,7%) não havia interferência na vida sexual, apenas uma (3,8%) relatou atrapalhar muito, sobre a vida com o companheiro 14 (53,8%) afirmaram que o problema não atrapalhava e uma (3,8%) referiu como muito, também verificou-se em grande parte que a incontinência não incomodava os familiares (76,9%; n= 20), seguido de mais ou menos (7,7%; n= 2) e um pouco (3,8%; n= 1). Para as demais idosas o item relações pessoais foi marcado como não aplicável.

Tabela 3. Limitações físicas e sociais (n= 26).

Limitações físicas/sociais	Não n (%)	Um pouco n (%)	Mais ou menos n (%)	Muito n (%)
Ao fazer exercícios físicos	18 (69,2)	5 (19,2)	1 (3,8)	2 (7,7)
Ao fazer uma viagem	11 (42,3)	3 (11,5)	5 (19,2)	7 (26,9)
Ao ir à igreja, reunião, festa	20 (76,9)	2 (7,7)	4 (15,4)	-
Deixa de visitar amigos	25 (96,2)	-	-	1 (3,8)

Fonte: Dados da pesquisa realizada no Centro de Convivência, 2019.

De acordo com a tabela 4, em relação ao quanto vai ao banheiro durante o dia, 11 (42,3%) idosas disseram que vão muitas vezes; quatro (15,4%) disseram que levantam muito à noite para urinar; ao ter vontade forte de urinar cinco (19,2%) relataram ser muito difícil de controlar, apenas uma idosa (3,8%) relatou perder muita urina com a forte vontade. Durante esforços físicos (tossir, espirrar, correr), sete (26,9%) afirmaram perder muita urina, duas (7,7%) têm muitas infecções urinárias e dor na bexiga e uma (3,8%) idosa disse ter outro problema relacionado à bexiga. A maioria não perde urina durante a relação sexual e não molha a cama à noite, sendo 25 (96,2%) e 23 (88,5%), respectivamente.

Tabela 4. Quanto aos problemas que afetam as idosas (n= 26).

Sintomas	Não n (%)	Um pouco n (%)	Mais ou menos n (%)	Muito n (%)
Aumento da frequência urinária	-	7 (26,9)	8 (30,8)	11 (42,3)
Noctúria	-	13 (50)	9 (34,6)	4 (15,4)
Urgência	7 (26,9)	6 (23,1)	8 (30,8)	5 (19,2)
Urge incontinência	6 (23,1)	9 (34,6)	10 (38,5)	1 (3,8)
Incontinência de esforço	4 (15,4)	8 (30,8)	7 (26,9)	7 (26,9)
Enurese noturna	23 (88,5)	-	3 (11,5)	-
Incontinência durante relação sexual	25 (96,2)	1 (3,8)	-	-
Infecções urinárias frequentes	16 (61,5)	3 (11,5)	5 (19,2)	-
Dor na bexiga	18 (69,2)	2 (7,7)	4 (15,4)	2 (7,7)
Outro problema na bexiga	18 (69,2)	6 (23,1)	1 (3,8)	1 (3,8)

Fonte: Dados da pesquisa realizada no Centro de Convivência, 2019.

Sobre as emoções 17 (65,4%) idosas não ficavam deprimidas por causa da incontinência, seguido de um pouco (15,4%; n= 4), mais ou menos (11,5%; n= 3) e muito (7,7%; n= 2) deprimidas. Quanto ao sono 21 (80,8%) se sentem atrapalhadas pela incontinência, quatro (15,4%) relataram que atrapalha às vezes e uma (3,8%) várias vezes.

Algumas situações ocorrem com as idosas, dentre as incontinentes 15 (57,7%) relataram não fazer uso de protetores higiênicos como fraldas, absorventes ou forros e não se preocupavam em estar cheirando urina; 17 (65,4%) não controlavam a quantidade de líquido que ingerem e 14 (53,8%) não precisavam trocar a roupa íntima por conta da incontinência (Tabela 5).

Tabela 5. Situações que acontecem com as idosas (n= 26).

Situações	Não n (%)	Às vezes n (%)	Várias vezes n (%)	Sempre n (%)
Uso de protetor higiênico	15 (57,7)	8 (30,8)	-	3 (11,5)
Controle da quantidade de líquido ingerido	17 (65,4)	5 (19,2)	2 (7,7)	2 (7,7)
Troca de roupa íntima	14 (53,8)	7 (26,9)	1 (3,8)	4 (15,4)
Preocupação em estar cheirando urina	11 (42,3)	4 (15,4)	5 (19,2)	6 (23,1)

Fonte: Dados da pesquisa realizada no Centro de Convivência, 2019.

Sabendo que o escore varia de 0 a 10 e que quanto maior for, pior é a qualidade de vida, foi calculada a média do escore para cada domínio, variando de 7,9 pontos (limitações sociais) para 51,28 pontos (atrapalha a vida), como pode ser observado na tabela 6. No domínio relações pessoais considerou-se apenas os valores de 16 idosas, já que para dez foi marcado como não aplicável.

Tabela 6. Valores das médias entre os domínios do KHQ (n= 26).

Domínios	Média de pontuação
Percepção geral de saúde	46,15
Impacto da incontinência urinária	51,28
Limitações nas atividades diárias	14,74
Limitações físicas	30,12
Limitações sociais	7,90
Relações pessoais*	6,25
Emoções	19,23
Sono/disposição	23,07

Fonte: Dados da pesquisa realizada no Centro de Convivência, 2019. *Considera-se n= 16, restante não aplicável.

Considerando que a maioria dos domínios no KHQ não atingiu metade da pontuação geral (100 pontos), salvo o domínio impacto da incontinência urinária e que grande parte das idosas obteve como resultado impacto muito grave na qualidade de vida (questionário ICIQ-SF), pode-se perceber que ainda assim as idosas buscam manter suas tarefas e seus vínculos sociais e pessoais, evitando limitar-se aos afazeres, como visto na baixa pontuação obtida em limitações sociais (questionário KHQ). O KHQ possui um escore ainda muito complexo, não havendo ponto de corte definido, mas assim como o ICIQ-SF este serve como apoio e comparação para tratamentos (TAMANINI *et al.*, 2003).

A coleta de dados aconteceu em um único dia, no qual foram indagadas as questões presentes nos questionários, sendo livremente respondidas pelas idosas. Entende-se que muitas das questões estão relacionadas à intimidade das participantes, portanto, pode ser que tenha ocorrido contradição em algumas respostas, devido ao envergonhamento.

DISCUSSÃO

Durante o envelhecimento ocorre o hipostrogenismo (queda nos níveis de estrogênio), sendo este considerado um dos principais fatores para o surgimento da incontinência urinária feminina. Juntamente com o hipostrogenismo, ocorre queda da coaptação da mucosa uretral, levando a um *déficit* funcional do esfíncter e por consequência às perdas de urina (BARACHO, 2012).

De forma transitória a incontinência pode acontecer quando associada ao uso de alguns tipos de medicamentos, como bloqueadores adrenérgicos, diuréticos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, benzodiazepinas, entre outros (BOTELHO *et al.*, 2007). No presente estudo 82% das idosas afirmaram fazer uso de pelo menos um medicamento diariamente, o que pode ter relação com o índice de incontinência. Como exposto no estudo de Marques *et al.*, (2015) o uso de medicamentos foi responsável pelo aumento em 27% na prevalência de incontinência urinária.

Neste estudo, 47,3% das idosas referiu ter incontinência urinária, um percentual elevado, que deve ser considerado para a indicação de tratamentos específicos. Carvalho *et al.*, (2014), que também utilizaram o ICIQ-SF como instrumento de avaliação, verificaram prevalência de 40,91% de idosas com incontinência, média de idade de 68,56 anos, a amostra maior que a do presente estudo, foi formada por 132 idosas, estas eram participantes de um centro de convivência de Pelotas-RS.

Com ICIQ-SF Lazari *et al.* (2009) constataram em seu estudo que 22 idosas (100%) avaliadas apresentaram incontinência urinária, no entanto, estas se diferem por serem residentes de uma instituição de longa permanência, a média de idade foi de 72,9 anos entre este público. Já no estudo de Pitangui *et al.* (2012), por meio do questionário KHQ verificou-se que 47,5% das 40 idosas, também institucionalizadas, apresentaram incontinência.

Referente ao tipo foi verificada maior prevalência de incontinência urinária de esforço (84,6%; n= 22), seguida da incontinência urinária de urgência (76,9%; n= 20), assim como verificado no estudo de Virtuoso *et al.* (2012), no qual 28,7% (n= 60) das idosas relataram ter incontinência de esforço e 14,9% (n= 31) do tipo incontinência urinária de urgência.

De acordo com os resultados houve grande prevalência de impacto na qualidade de vida, como verificado pelo ICIQ-SF a maior porcentagem (42,3%) foi considerada como muito grave e pelo KHQ obteve-se maior pontuação média em relação ao domínio impacto da incontinência urinária, ou seja, o quanto atrapalha a vida, seguido do domínio percepção geral de saúde, com média de 46,15 pontos.

Padilha *et al.*, (2018) avaliaram 44 idosas com média de idade de 67,1 anos. Por meio do ICIQ-SF foi constatado pela maioria (43%) impacto muito grave na qualidade de vida, o que corrobora com os achados deste estudo. Já com o KHQ também utilizado pelos autores, foram verificadas médias menores que 50 pontos entre os domínios, o mais prevalente foi no domínio independente de medidas de gravidade com média de 35 pontos, seguido do domínio percepção geral de saúde e o quanto a incontinência urinária atrapalha a vida, com média de 34,1 e 27,8 pontos, respectivamente.

Em uma amostra menor, de apenas 11 idosas, Oliveira e Garcia (2011) verificaram pelo KHQ médias maiores que 50 pontos nos domínios, percepção geral da saúde (65,9), quanto a incontinência atrapalha a vida (63,6) e nas limitações das atividades diárias (51,4), isso antes de um protocolo de exercícios para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, realizados por três meses. Após esse período houve diminuição nestes e nos demais

domínios, para a percepção geral da saúde passou a ter média de 36,3 pontos, o quanto atrapalha a vida 48,5 pontos e limitações das atividades diárias passou a ser 21,9 pontos. Tal fato demonstra a importância da realização do tratamento para diminuição da perda de urina e alívio dos sinais relacionados.

Diante do baixo nível de escolaridade, como também verificado entre as idosas participantes do estudo de Carneiro *et al.*, (2017), a qualidade das respostas pode ter sofrido influência e por não buscarem informações necessárias as idosas podem pensar que é algo simples, específico da idade, influenciando na busca precoce por assistência.

Com o estudo, foi ainda constatada baixa renda mensal, sendo que a maioria recebia até um salário mínimo (47,3%; n= 26) e de acordo com o estado civil, 25 (45,5%) idosas eram viúvas, o que se assemelha com os achados do estudo de Cavalcante *et al.* (2014), onde a maioria também apresentavam estes aspectos prevalentes. Tais situações citadas podem ter influência na saúde, uma vez que isso leva à redução do acesso aos serviços e menor envolvimento com a educação nesta área (VAGETTI *et al.*, 2013).

Quanto à frequência da perda urinária, observou-se no presente estudo que apenas sete (26,8%) idosas perdem urina diariamente (em algum momento do dia) e, em relação à quantidade, verificou-se que a maioria (84,6%; n= 22) perde pequena quantidade, o que corrobora com o estudo de Carvalho *et al.* (2014).

Devido ao grande índice de incontinência urinária, torna-se indispensável o tratamento fisioterapêutico, melhorando por consequência os sintomas urinários e a qualidade de vida deste público.

De acordo com Baracho (2012) o tratamento varia de acordo com a avaliação fisioterapêutica, o mais comumente realizado é o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, com contração voluntária, sendo verificado movimento de fechamento do intróito vaginal, para dentro e para cima em direção ao púbis. O interessante é que vários exercícios podem ser realizados durante a execução das atividades diárias, sendo ainda melhor para o sucesso da terapêutica. Além disso, a eletroestimulação pode ser utilizada, com estímulo do nervo tibial posterior, por correntes interferenciais, também o *biofeedback* (manométrico ou eletromiográfico), no qual faz uso de eletrodos superficiais ativos e eletrodo terra, que emitem informações visuais e auditivas para um monitor, ampliando a resposta fisiológica dos músculos e ainda com uso de cones vaginais, dispositivos endovaginais, utilizados no treinamento do assoalho pélvico, importante para restaurar as fibras musculares, recrutando em especial as fibras do tipo I (contração lenta).

A incontinência urinária não deve ser considerada uma alteração normal do processo de envelhecimento. Portanto, são necessárias ações educativas em saúde para toda a população e qualificação de profissionais da área da saúde quanto à abordagem que deve ser tomada. São necessários, ainda, estudos que demonstrem a relação da incontinência urinária com indicadores de saúde mental, física e de qualidade de vida. Torna-se imprescindível a busca pela identificação e solução dos diferentes tipos de incontinência, visando melhoria no bem-estar físico, psíquico e social desta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto foi verificada alta prevalência de incontinência urinária entre idosas não institucionalizadas, participantes de um centro de convivência para terceira idade, visto que quase metade da amostra sofre com a problemática. E, com os resultados obtidos pelo ICIQ-SF e KHQ pode-se concluir que a incontinência gera grandes impactos na qualidade de vida, interferindo negativamente nas condições de saúde destas mulheres.

Dessa forma, são necessárias ações de promoção e prevenção, por meio da disseminação de informações relevantes quanto aos problemas que podem ocorrer com a incontinência urinária, tanto a nível físico como psicológico, bem como, ações que previnam

o seu surgimento, podendo ser através de exercícios específicos. É de responsabilidade dos profissionais da área da saúde promoverem a conscientização e buscarem os melhores meios para intervir no reparo desta condição, muitas vezes pouco conhecida pela população em geral.

Em relação à conscientização, este público receberá por meio de palestra maiores esclarecimentos quanto aos achados neste estudo, enfatizando a importância do tratamento adequado, sendo informadas sobre a oferta de serviços na área de ginecologia, por meio da Clínica Escola AJES.

Sugerem-se novos estudos com grupos de características mais homogêneas, que utilizem destes e outros instrumentos de avaliação, que servem também como comparações para tratamentos. E ainda, que abrangem estratégias para minimizar os efeitos devastadores sobre a qualidade de vida da população idosa, que cresce a passos largos.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. *et al.* The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, n. 1, p. 37-49, 2003. Disponível em: <[https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(02\)02243-4/pdf](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(02)02243-4/pdf)>. Acesso em: 09 set 2019.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5.ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Disponível em: Biblioteca virtual da AJES. Acesso em: 20 set 2019.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: Biblioteca virtual da AJES. Acesso em: 09 set 2019.
- BOTELHO, F. *et al.* Incontinência urinária feminina. **Acta Urológica**, v. 24, n. 1, p. 79-82, 2007. Disponível em: <<https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/inc-urin-fem.pdf>>. Acesso em: 20 set 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 09 set 2019.
- CAETANO, A. S. *et al.* Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 2, p. 93-97, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000200002>. Acesso em: 09 set 2019.
- CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030295.pdf>>. Acesso em: 14 out 2019.
- CARVALHO, M. P. *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 721-730, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838840003.pdf>>. Acesso em: 20 set 2019.

CAVALCANTE, K. V. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 216-223, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/408/40833375010.pdf>>. Acesso em: 12 nov 2019.

CONITEC - COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_-_Incontinencia_Urinaria_no_Neurognica_CP_47_2019.pdf>. Acesso em: 09 set 2019.

LAZARI, I. C. F.; *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 103-112, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v12n1/1981-2256-rbgg-12-01-00103.pdf>>. Acesso em: 20 set 2019.

MARQUES, L. P. *et al.* Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. **Rev bras epidemiol**, v. 18, n. 3, p. 595-606, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v18n3/pt_1415-790X-rbepid-18-03-00595.pdf>. Acesso em: 20 set 2019.

MORAES, E. N. *et al.* Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-56, 2010. Disponível em: <<https://unasus.ufpel.edu.br/moodle/ccufpel/bib/Sindromes%20geriatricas%20MORAES.pdf>>. Acesso em: 09 set 2019.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, p. 343-51, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a14.pdf>>. Acesso em: 14 out 2019.

PADILHA, J. *et al.* Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6302/3561>>. Acesso em: 14 out 2019.

PITANGUI, A. C. R.; *et al.* Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 15, n. 4, p. 619-626, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838800002.pdf>>. Acesso em: 14 out 2019.

TAMANINI, J. T. N. *et al.* Validação do " King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 203-211, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n2/15287.pdf>>. Acesso em: 12 set 2019.

TAMANINI, J. T. N. **Tradução, confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária**. 2002. 92f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/308524>>. Acesso em: 12 set 2019.

TAMANINI, J. T. N., *et al.* Validação para o português do " International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de saúde pública**, v. 38, n.3, p. 438-444, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20662.pdf>>. Acesso em: 12 set 2019.

VAGETTI, G. C. *et al.* Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.18, 3483-3493, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n12/3483-3493/>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

VIRTUOSO, J. F. *et al.* Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/21413/20517>>. Acesso em: 20 set 2019.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: **Quality of life assessment: International perspectives**. Springer, Berlin, Heidelberg, 1994. p. 41-57. Disponível em: <https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9_4> Acesso em: 14 out 2019.

A RELEVÂNCIA DAS REDES SOCIAIS NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

THE RELEVANCE OF SOCIAL NETWORKS IN PREVENTING SUICIDE

Marcos Roberto Blatt¹

RESUMO

A pergunta que norteou este estudo foi “De que forma as redes sociais podem contribuir na prevenção ao suicídio?”. No cenário mundial, o suicídio vem se tornando assunto rotineiro nos meios de comunicação e mídias sociais. Considerado como um problema de saúde pública pelas agências e órgãos de saúde, este problema vem afetando a população em uma velocidade alarmante. Diante disto, o presente trabalho tem por objetivo analisar como as redes sociais podem contribuir para a prevenção ao suicídio, vindo a se tornar um meio de prevenção e divulgação de materiais pró vida. Apresentando as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para a diminuição dos casos de suicídio. Buscou-se pontuar os impactos do efeito Werther e Papageno na sociedade e sua relação com as redes sociais. A metodologia adotada baseia-se no levantamento histórico de suicídios em massa noticiados em revistas, jornais e artigos científicos e sua relação com notícias impactantes que antecederam a onda. Os resultados obtidos foram satisfatórios, uma vez que artigos e materiais apontam o uso benéfico das redes sociais na prevenção ao suicídio, desde que usadas de forma correta pode sim se tornar um aliado contra o suicídio. A partir dos dados obtidos, percebeu-se um número escasso de informações acerca de estudos a respeito do efeito Papageno, necessitando desta forma de uma ampla produção teórica.

Palavras-chave: Efeito Werther; Efeito Papageno; Mídias Sociais; Prevenção; Suicídio em Massa.

ABSTRACT

The question that guided this study was, “How can social networks contribute to suicide prevention?” On the world stage, suicide has become a routine issue in the media and social media. Considered as a public health problem by health agencies and agencies, this problem has been affecting the population at an alarming rate. Given this, this paper aims to analyze how social networks can contribute to the prevention of suicide, becoming a means of prevention and dissemination of pro-life materials. Presenting the strategies used by health institutions to reduce suicide cases. We sought to score the impacts of the Werther and Papageno effect on society and its relationship with social networks. The methodology adopted is based on the historical survey of mass suicides reported in journals, journals and scientific articles and their relationship with impacting news that preceded the wave. The results obtained were satisfactory, since articles and materials point to the beneficial use of social networks in the prevention of suicide, since used correctly can become an ally against suicide. From the obtained data, it was noticed a scarce number of information about studies about the Papageno effect, thus needing a broad theoretical production.

Keyword: Werther effect; Papageno Effect; Social media; Prevention; Mass Suicides.

¹ Acadêmico do X Termo do Curso Bacharelado em Psicologia, da AJES – Faculdade do Vale do Juruena. Juína - Mato Grosso (MT) - E-mail: marcos.blatt@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A internet teve seu início em 1969 com o nome *ARPANET*, possuía a simples função de conectar os laboratórios dos Estados Unidos, facilitando o envio de e-mails entre as instituições. Porém, o seu uso comercial se deu a partir de 1992 com o surgimento de empresas provedoras de internet. A proposta do serviço era de facilitar a comunicação com outras pessoas, sendo através de compartilhamento e envios de vídeos, fotos e mensagens por e-mail. O Brasil só viria a conhecer as maravilhas da internet em 1996 com a liberação definitiva do serviço para todo o país. Com a expansão acelerada da internet, surgiram as redes sociais como o famoso Orkut antecessor do *Facebook* e precursor de outros meios de comunicação social (*Instagram, WhatsApp, Telegram e Snapchat*). No entanto esta facilidade acabou por se tornar um dos agentes colaboradores para uma gama de suicídios em massa. Este efeito denomina-se efeito *Werther* (refere-se a um pico de emulações de suicídios depois de um suicídio amplamente divulgado). Porém em contraponto existe o efeito *Papageno* (refere-se à quando uma superação é amplamente divulgada servindo de inspiração a outras pessoas a desistirem de algum ato que coloque sua vida em risco), a título de exemplo podemos citar a campanha do setembro amarelo que serve de incentivo a prevenção ao suicídio.

Diante dos casos frequentes de suicídios noticiados, compreende-se a necessidade de abordar o tema suicídio, porém com enfoque nas redes sociais. Notoriamente as redes sociais possuem um alcance global. Segundo dados da empresa Facebook.Inc de 2019, Facebook, Twitter e Instagram possuem cerca de; 2,3 bilhões, 330 milhões e 1 bilhão de usuários respectivamente e desta forma, ampliaria a abrangência das campanhas de prevenção ao suicídio, tornando-se em uma ferramenta tecnológica na luta contra a prática do suicídio. De acordo com Organização Pan-Americana da Saúde (2018), cerca de 800 mil pessoas atentam contra a vida por ano. No Brasil segundo dados do Ministério da Saúde (2017), em 2016 foram registrados 11.433 casos de suicídio. Devido à dificuldade em diminuir os índices de suicídio que esta pesquisa se justifica através da análise da importância da redes sociais como meio de prevenção, atuando como um dos principais incentivadores a potenciais suicidas buscarem por ajuda especializada. O objetivo deste estudo analisar a importância das redes sociais e suas contribuições para a prevenção ao suicídio.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada por meio de uma Revisão Bibliográfica. Este tipo de pesquisa se baseia no levantamento de publicações científicas em periódicos, livros, anais de congressos e entre outros. Trata-se de uma revisão da literatura brasileira, com abordagem qualitativa. O método de pesquisa escolhido favorece uma liberdade na análise de mover-se por diversos caminhos do conhecimento, possibilitando assumir várias posições no decorrer do percurso, não obrigando atribuir uma resposta única e universal a respeito do objeto. Os critérios de inclusão são: dissertações, teses, livros, monografias e outros documentos de natureza primária, a respeito do efeito *Werther, Papageno* e rede social; publicações referente a efeito *Werther, Papageno* e rede social; publicações em português relacionados ao efeito *Werther, Papageno* e rede social. A coleta de dados referente à pesquisa, serão utilizados como mecanismos de busca e bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO, PEPSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), publicações em jornais e entre outros meios de comunicação. Para a pesquisa serão utilizadas as palavras-chave: Redes Sociais e Prevenção, Políticas Públicas, Redes Sociais e Suicídio. No intuito de aumentar os resultados de pesquisa, serão utilizados os booleanos AND e NOT.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O suicídio acomete cerca de 800 mil pessoas por ano, representando uma morte a cada 40 segundos. Segundo dados da OMS (Organização Mundial da Saúde), os jovens com idade de 15 a 29 anos estão entre os grupos que mais acometem contra a vida. Diante do grande impacto social e número de vítimas, governos e autoridades de saúde reconhecem ser uma prioridade de saúde pública mundial. (OPAS, 2018).

Frente ao quadro epidemiológico alarmante, a OMS criou o “Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2020”. Neste plano estão definidos os objetos para a diminuição do suicídio em âmbito global. Entre os objetivos principais podemos citar: promover o bem-estar mental, fortalecer a liderança das governanças na eficácia do campo da saúde mental, fornecer assistência social abrangente nos serviços de saúde mental a nível comunitário e implementar estratégias de promoção a saúde e prevenção no campo da saúde mental (OMS, 2013).

Ainda de acordo com o plano, os membros filiados devem cumprir uma série de metas exigidas pela Organização. Entre tantas metas importantes podemos destacar: os países membros devem possuir o mínimo de dois programas nacionais em funcionamento de promoção e prevenção em saúde mental até 2020 e comprometem-se em reduzir as taxas de suicídio em 10% até 2020 (OMS, 2013).

Porém, no Brasil, a realidade parece um pouco distante, foram registrados 11.433 suicídios no período de 2016, um crescimento de 2,3% em relação ao ano anterior, onde 11.178 indivíduos tiraram a própria vida. A taxa de mortalidade vem crescendo a cada ano e estes dados podem ser ainda maiores se levados em consideração os dados notificados como “intenção não determinada”, ou seja, quando não há a possibilidade de definir a causa da morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No entanto, vale ressaltar que o Brasil vem lutando ao longo dos anos para combater o avanço dos casos de suicídio. O Ministério da Saúde se viu na situação de criar diretrizes específicas para atender à este grave problema de saúde pública que afeta a sociedade de formas diferentes. Em 2006, fora instaurada a portaria N° 1.876, instituindo desta forma as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Estas diretrizes reforçaram a “obrigatoriedade” dos estados e órgãos municipais a tomarem medidas mais enérgicas na prevenção e diminuição dos casos suicídio, estabelecendo que os indivíduos que procurem o serviço de saúde tenham atendimento em todos os âmbitos de assistência, além de identificar os fatores de riscos, criando ações eficazes na atuação e resolução do problema, desenvolvendo estratégias e meios de abordar o tema com a população.

Ainda em de 2006, o Brasil lança o “manual de prevenção ao suicídio” (baseado nas diretrizes nacionais), como uma das estratégias de prevenção ao suicídio destinado a todo o profissional de saúde. No manual vem elencados os comportamentos e sinais de pessoas em risco de suicídio, abordando ainda a importância das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fornecendo informações de como abordar o paciente e a forma adequada do encaminhamento para tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em 2014 é criada a portaria nº 1.271, com o intuito de instituir a obrigatoriedade da notificação de todas as tentativas de suicídio, possibilitando a criação de um índice epidemiológico de cada região, permitindo desta forma agilizar a adoção de medidas adequadas, evitando o aumento exponencial de novos casos. Entre os anos de 2014 e 2015, fora ofertado o curso EAD – Crise e Urgência em Saúde Mental, direcionado a capacitação de profissionais do SUS no atendimento a paciente suicidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No entanto, vale destacar que em 2015 o Ministério da Saúde firma parceria com o CVV (Centro de Valorização da Vida). O Centro foi fundado em São Paulo em 1962, uma instituição sem fins lucrativos, que desde 1973 é reconhecida como uma instituição de utilidade pública por prestar serviços voluntários e gratuitos de apoio emocional a todos que necessitem conversar, sob total sigilo e anonimato, promovendo a prevenção ao suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Porém somente no ano de 2017 houve a assinatura de um acordo para que as ligações do CVV se tornassem gratuitas em todo o território brasileiro. Os contatos são feitos através do número 188 funcionando 24 horas por dia ou pessoalmente em seus 93 postos de atendimento e até mesmo pelo site “www.cvv.org.br” através do *chat online*. O centro participou ativamente da força tarefa para a criação da “Política Nacional de Prevenção do Suicídio”. Desenvolveu ainda o projeto do Setembro Amarelo, em parceria com instituições de saúde federais, busca conscientizar as pessoas sobre o suicídio (CVV, 2019).

Como forma de prevenção o Conselho Federal de Psicologia (CFP) incentiva o debate sobre saúde mental, reforçando a importância da prevenção e o debate sobre as questões atreladas ao suicídio, depressão e demais ações de saúde mental, pontuando que essas temáticas devem ser abordadas mensalmente e não somente no mês de setembro quando ocorre a campanha referente ao assunto, justamente por se tratarem de problemas de caráter biopsicossocial (CPF, 2019 p. 1).

Ainda de acordo com o CPF, ao ser reconhecido como problema individual, o suicídio perde a identidade de questão de saúde pública, e por isso, desta forma algumas ações destinadas a prevenção se tornam inadequadas, para o Conselho Federal, a atuação de psicólogas e psicólogos na prevenção ao suicídio não devem ser somente individuais, buscando compreender as condições de vida que contribuíram para a produção do sofrimento mental. Desta forma “[...]o papel da Psicologia é acolher e ressignificar esses sofrimentos, a partir do entendimento de como são produzidos nas instâncias sociais, históricas e culturais, sempre em diálogo com outros campos do saber” (CPF, 2019, p.1).

Segundo Werlang (2013, p. 29) “No âmbito da saúde pública, o psicólogo pode intervir a partir do momento em que possui a qualificação suficiente para entender o fenômeno e identificar fatores que levam ao risco do suicídio”. Diante da afirmação, o psicólogo deve, então, buscar constantemente manter-se informado sobre o fenômeno, compreendendo que há diversos fatores que levam o indivíduo ao suicídio e que sempre haverá uma vulnerabilidade que precisa ser compreendida.

Em consonância com as diretrizes expostas anteriormente, em 2017 o Ministério da Saúde publicou a “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil”. A agenda propõe as atuações e ações estratégicas divididas em 3 eixos: Eixo I- Vigilância e Qualificação da Informação, Eixo II - Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde e Eixo III – Gestão e Cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Eixo I, visa sensibilizar sobre a importância da notificação dos casos suicídios ocorridos dentro do município, qualificando os profissionais para que possam efetuar esta função. Simplificar as fichas de notificação, facilitando o entendimento e evitando erros nas notificações. Formular estratégias locais de enfrentamento do suicídio, publicando relatórios periódicos sobre o tema, dando visibilidade aos grupos com maior vulnerabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Eixo II, propõe que os profissionais de comunicação (rádio, TV, Internet e entre outro), se qualifiquem para fornecer informações responsáveis, facilitando desconstruir o estigma relacionado ao suicídio, disseminando desta forma as estratégias de prevenção. Propõem ainda manter a divulgação de materiais de prevenção no decorrer do ano, intensificando essa divulgação no mês de setembro, pois é quando ocorre a campanha do setembro amarelo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Eixo III, busca orientar as Secretarias de Saúde, na identificação e apoio de sobreviventes de tentativa de suicídio, fornecendo base aos familiares e pessoas próximas, dando início imediato de acompanhamento clínico e psicossocial. Tendo em vista ainda a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento de povos indígenas, considerando suas especificidades. Inserindo desta forma o tema suicídio nas formações de profissionais de saúde que busquem fazer atendimento no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Buscando atender as diretrizes do Ministério da Saúde, a Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso, cria o projeto de lei nº 556/2015, tornando-se posteriormente na lei nº 10.598/2017. A lei por sua vez, não substitui as diretrizes nacionais, apenas reforça as ações a serem tomadas tais como: promoção de palestras na semana que compreende a do setembro amarelo, divulgação e exposição de cartazes com sintomas e aspectos de possíveis suicidas, disponibilização de atendimento imediato aos que necessitarem (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA – MT, 2017).

Segundo Koch e Oliveira (2015, p. 165), “Muitos suicídios podem ser evitados por meio do monitoramento de pessoas com comportamento suicida frente ao acesso aos meios para cometer o ato. ” Esta citação se refere aos familiares e pessoas próximas ao potencial suicida, tendo em vista que a residência do próprio indivíduo se tornara um local de risco, uma vez que se tem acesso a produtos/instrumentos como por exemplo, venenos, armas brancas, giletes e entre outros que auxiliem no suicídio.

Na categoria de políticas públicas preventivas, afim de tentar diminuir os casos de suicídio, poderiam ser tomadas ações que restrinja o acesso a certos meios que facilitem a auto violência tais como: aquisição de armas de fogo, pesticidas, medicamentos que possam ser potencialmente nocivos. A construção de cercas em pontes e passarelas, tem demonstrado grande eficiência na prevenção ao suicídio, e em consequência evitando que o efeito Werther ocorra (KOCH & OLIVEIRA, 2015, p. 165).

DO EFEITO WERTHER AO EFEITO PAPAGENO E SUA RELAÇÃO COM AS REDESSOCIAIS

O termo efeito *Werther*, foi usado pelo sociólogo David Phillips em 1974, para designar um comportamento de imitação dos suicidas, e advém da obra de Wolfgang Von Goethe, sob o nome de “*Die Leiden des jungen Werthers*” que tradução literal significa “Os sofrimentos do jovem Werther”. Na obra o jovem personagem *Werther*, comete suicídio por não ter seu amor correspondido. Foi um grande sucesso no ano de publicação em 1774, no entanto houveram relatos de que 40 jovens acometeram contra a vida, alguns de maneira semelhante ao personagem (A MENTE É MARAVILHOSA, 2017).

Diante deste fenômeno, a publicação do livro foi proibida em diversos países como Itália e Dinamarca. Podemos ainda destacar a obra de Romeu e Julieta de William Shakespeare que sofreu duras críticas por romantizar o suicídio além de exaltá-lo. Com base em casos semelhantes, Phillips realizou um estudo entre 1947 e 1968, chegando à conclusão de que após o *The New York Times* noticiar o suicídio de alguma celebridade, os índices de suicídio subiram quase 12% dentro do mês da publicação (A MENTE É MARAVILHOSA, 2017).

Muito embora o primeiro relato do fenômeno tenha ocorrido no século XVIII, o século XXI foi palco de algo astronômico, noticiado em diversos meios de comunicação, e que até o momento não se tinham notícias de algo que pudesse gerar tamanha preocupação global; tratava-se do jogo da “*Blue Whale*” (Baleia Azul). Acreditasse que esta ampla divulgação tenha sido um dos fatores cruciais para a propagação do jogo.

Os veículos de comunicação tinham em suas manchetes textos como: “Baleia Azul: o jogo da morte”, “Baleia Azul: o jogo suicida” e até mesmo “Baleia Azul: o misterioso jogo que escancarou o tabu do suicídio juvenil”. As manchetes sensacionalistas, instigavam a curiosidade dos jovens que acabavam entrando no jogo, muito deles sem opção de sair dele.

Originalmente o jogo partiu de uma notícia falsa em meados de 2015 na Rússia, onde haviam vinculado na mídia o suicídio de um jovem de 15 e outro de 16 anos como sendo resultado da participação do jogo. Mesmo se tratando de uma notícia fictícia, ainda existe um efeito que, sendo verdadeira ou não, a notícia gera um contágio principalmente entre os jovens. “O jogo não existia, mas com a grande repercussão da notícia, pode ter passado a existir.” (MÍDIA BAHIA, 2017).

O jogo iniciou na rede social *Facebook* vindo a tomar proporções colossais. Nele o “jogador” cumpriria uma lista de 50 tarefas, propostas por um indivíduo aleatório e desconhecido, denominado como “curador”. Todas as tarefas consistiam em incentivar o autoflagelo físico, como pede em um dos itens; “Faça algo doloroso”, “machuque-se”, “fique doente” ou ao isolamento: “Não fale com ninguém o dia todo”.

As motivações para participar do jogo podem partir de uma simples necessidade de aceitação tendo o vislumbre de fazer parte de um grupo, tribo e/ou almejando ser reconhecido. Segundo Cordeiro (2017, p. 1548) “O jogador sente a necessidade de obedecer às regras do jogo desde o seu ingresso no jogo, pois representa para ele a sua valorização enquanto sujeito no mundo [...]”. Podendo ainda inclusive ter ligação direta com algum grau de depressão invisível para membros próximo.

Na obra de Goethe, os jovens da época se identificavam com o personagem *Werther* por sua capacidade de amar, mas não ser correspondido. No jogo da Baleia Azul, a identificação se dá através da superação do medo que o jogo traz, seja ela por manipulação psicológica do “curador” ou até mesmo por ameaças aos jogadores forçando-os a superar cada etapa do jogo, intensificando a angústia e tristeza em uma ascendência rumo ao suicídio (CORDEIRO, 2017, p. 1547,1548).

Contrariando o efeito *Werther*, temos o efeito *Papageno*, referência direta à obra de Wolfgang Amadeus Mozart de nome “*A Flauta Mágica*”. Na obra conhecemos o jovem *Papageno* que por não ter seu amor correspondido e convencido de que não terá êxito em conquistá-la, tenta se enforcar, no entanto é convencido por 3 seres mágicos a não cometer tal ato (A MENTE É MARAVILHOSA, 2017).

Diferentemente do que aconteceu com o jogo da Baleia Azul que desencadeou um efeito *Werther* alarmante, o efeito *Papageno* tem como foco principal promover a vida e atingir o máximo de pessoas possíveis tornando assim um efeito de contágio em massa onde uma pessoa salva, salvaria mais uma provocando uma reação em cadeia (BLATT, 2019).

As empresas que administram as redes sociais, percebendo seu forte impacto na sociedade têm trabalhado arduamente para colaborar com a prevenção e manutenção da vida em seus ambientes virtuais. A gigante *Facebook* tem investido em algoritmos cada vez mais complexos. Em ciências da computação, os algoritmos são definidos como sendo uma sequência finita de ações executáveis que visam obter uma solução para um determinado tipo de problema. O *Facebook* utiliza essas ações para percorrerem o sistema buscando postagens que tenham algo relacionado ao tema suicídio, automutilação e entre outro que possam causar danos a vida (CVV, 2016).

Com tudo, esta funcionalidade possui limitações (físicas e de processamento), pois devido a massa de dados que trafegam por segundo nas redes acaba tornando impossível verificar todas as postagens feitas, no entanto os usuários têm a liberdade de avisar a plataforma quando alguma postagem inspira preocupação, podendo oferecer ajuda ou indicando os serviços do CVV (BLATT, 2019).

Assim como o CVV que utiliza as redes sociais para divulgar as campanhas do setembro amarelo, a Associação Brasileira de Psiquiatria, buscou produzir conteúdos para serem vinculados as redes sociais, com o intuito de alertar pais e responsáveis a respeito dos comportamentos apresentados por indivíduos que desejam pôr fim em suas vidas.

Em 2018, o *Twitter* em parceria com o CVV, criaram a *hashtag* #*ExisteAjuda*, que quando acessada, direciona o usuário à uma página da própria plataforma, que possui uma lista de contatos do centro e conteúdos voltados para prevenção do suicídio, fornecendo suporte psicológico temporário ao indivíduo, com objetivo de incentivá-lo a buscar ajuda profissional (ARBULO, 2018).

No mesmo período, a rede de compartilhamento de fotos Instagram, disponibilizou a função que oferece ajuda aos que buscarem pela palavra ou *hashtag* #*suicídio*, redirecionando o usuário para uma página com publicações de telefones do Centro de Valorização da Vida e postagens de psicólogos oferecendo ajuda momentânea para aplacar a angústia do indivíduo. Permite ainda que outros usuários notifiquem sobre postagens consideradas de risco, tendo a possibilidade de oferecer ajuda pessoal ou indicando os meios de comunicação do CVV (LOUBAK, 2019).

RESULTADOS

Através deste estudo, pôde-se encontrar singularidades entre trabalhos que pontuaram a respeito do uso das redes sociais para a prevenção ao suicídio. Através dos buscadores: “Efeito Werther”, “Efeito Papageno”, “redes sociais e suicídio”, “redes sociais e prevenção” e “suicídio e prevenção social”, a pesquisa nas plataformas resultou em 203 manuscritos dos quais após minuciosa avaliação foram extraídos 3 com relação direta ao assunto abordado neste trabalho. Os trabalhos resultantes da pesquisa são 2 da base de dado *Scielo* e 1 da BVS.

Pereira e Botti (2017) investigaram as propriedades da comunicação sobre suicídio em redes sociais virtuais e apontaram duas categorias de análise: comunicação online preventiva e comunicação online pró suicida. Concluíram que as redes sociais possuem fácil acesso a

conteúdo que incentivam o suicídio. Enquanto ao mesmo tempo proporciona uma promoção a saúde mental na divulgação de grupos de apoio e auxílio de jovens em situação de vulnerabilidade.

Vedana (2018) também defende criação de grupos de apoio como sendo uma opção viável de prevenção. Destaca a incorporação de estratégias virtuais criativas, e a importância de se investir em pesquisas e ações educativas para que as mídias sociais possam ser utilizadas de forma positiva na promoção da saúde mental e da prevenção do suicídio.

Assim como Pereira e Botti (2017), Vedana (2018) aponta que utilização das redes sociais podem se tornar prejudiciais quando associadas a busca por formas de suicídio ou grupos que abordem o tema abertamente dando dicas de como cometer o ato. Destaca ainda que o tema suicídio, demonstrou ser um “ponto de encontro” de indivíduos vulneráveis.

Pereira (2016) estudou os comportamentos suicidas em redes sociais, aonde apontou uma ambiguidade dos conteúdos encontrados entre prevenção e incentivo. No entanto destacou a necessidade de enxergar o espaço *online* como uma ferramenta de prevenção, pontuando a necessidade da criação de políticas públicas de saúde específicas para o ambiente virtual, reforçando a importância de aumentar visibilidade de conteúdos que abordem a prevenção.

Santos (2012) faz um paralelo entre a consulta médica domiciliar e uma consulta ao “domicílio cibernético” como definiu as redes sociais. Apontando que assim como o atendimento em loco fornece dados biopsicossocial do paciente, o “domicílio cibernético” demonstrou ser uma ferramenta útil na exploração das interações do paciente com o seu meio, fornecendo informações relativas ao seu *status* na dimensão social e psicológica. O autor ainda defende que redes sociais possuem papel auxiliar no complemento do diagnóstico de problemas de saúde.

Pereira (2016) também aponta a necessidade de os profissionais de saúde utilizarem as redes sociais, encarando o ambiente online como uma aliada na prevenção, destacando que os cuidados com o indivíduo como um todo vão muito além dos cuidados físicos. As buscas, compartilhamentos e comentários na Web, podem demonstrar importantes sinais de adoecimento psicológico.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados visaram responder à pergunta “de que forma as redes sociais podem contribuir na prevenção ao suicídio?” É notório que as políticas públicas atuais estão perdendo sua eficácia se comparado ao número crescente de suicídios no país, fazendo-se necessário uma mudança na forma de abordagem e divulgação das informações.

As redes sociais podem desempenhar um papel fundamental na divulgação de materiais de prevenção, alcançando um número expressivo de pessoas, considerando que a velocidade em que as informações viajam é muito superior se comparado aos outros meios de comunicação tradicional (rádio e tv). Haja vista que os usuários do *Facebook*, *Twitter* e *Instagram* são de; 2,3 bilhões, 330 milhões e 1 bilhão respectivamente.

Segundo dados de 2019 divulgados pelas próprias plataformas, o Brasil possui cerca de 66 milhões de contas ativas e no *Instagram*. No *Twitter* já são mais de 8,28 milhões usuários e no *Facebook* este número é ainda maior chegando a marca de 130 milhões de usuário deixando o Brasil em 3º lugar no ranking dos países com o maior número de perfis da plataforma.

Como afirma Loubak (2019) “O Instagram [...]A rede social, que já foi considerada a “mais prejudicial” à saúde mental dos jovens, oferece desde dicas de psicólogos [...]até um canal direto de contato com voluntários do Centro de Valorização da Vida (CVV)”. Notasse que preocupação em oferecer um ambiente virtual seguro tem sido o foco das redes sociais,

através de implementações de algoritmos capazes de identificar os comportamentos do usuário.

Os autores Pereira e Botti (2017), Pereira (2016), Vedana (2018) concordam que existem ambiguidades em seus achados, dificultando a chegarem em uma conclusão definitiva dos benefícios da utilização das redes sociais como promoção e prevenção nos casos de suicídio. No entanto ambos defendem que a utilização das redes sociais pode trazer grandes benefícios se usada de forma correta.

Pereira (2016), Santos (2012) demonstram que os profissionais de saúde devem ver nas redes sociais um meio de complementar o diagnóstico do paciente, avaliando de forma crítica os conteúdos compartilhados e comentados do paciente, uma vez que o paciente verbaliza seu estado mental através destas postagens, viabilizando uma amostragem de suas relações sociais que vão muito além das físicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o número efêmero de documentos científicos que abordem em específico o tema de redes sociais e prevenção, pode-se ponderar a respeito da importância deste trabalho e suas contribuições para os estudos referente ao tema abordado. Contribuindo para a produção teórico científico, proporcionando conhecimento a todos os profissionais que busquem por este tema.

Os estudos realizados foram satisfatórios em responder ao objetivo geral e específicos. Demonstrando que as entidades de saúde e governamentais estão preocupadas com o avanço do suicídio em âmbito global e diante deste cenário, firmaram acordos para reduzir as taxas de suicídio em seus países. Para isto, foram implementados diretrizes e a criação de campanhas e materiais de divulgação que visam conscientizar a população a respeito do suicídio.

Ressaltando que ambos os efeitos *Werther* e *Papageno*, são forças opostas entre si, e sua relação com as redes sociais podem acabar gerando as ambiguidades descritas por diversos autores, comprovando que seus impactos na sociedade possuem ligação direta com a forma em que se é usado.

Demonstramos que a maioria da população mundial possui acesso a alguma das redes sociais existente, tornando desta forma um facilitador crucial na divulgação de materiais de ajuda. Vale destacar que as plataformas também demonstram preocupação em fornecer um ambiente seguro, implementando formas de verificação com a intenção de barrar conteúdos que possam ser prejudiciais aos demais usuários.

Com tudo, a dificuldade em encontrar materiais documentais que não sejam ambíguas entre si, demonstra que as redes sociais ainda são um ambiente desconhecido e pouco explorado quando se trata de promover a prevenção ao suicídio, dividindo opiniões quanto ao seus benefícios e malefícios, demonstrando a necessidade de estudos teóricos e científicos atestando seus benefícios quando usado de forma correta.

No entanto, este estudo abre novas discussões com relação a utilização das redes sociais com o intuito de beneficiar a todos que necessitem de ajuda, focando promoção a saúde mental e o bem-estar do indivíduo, através da intensificação de campanhas vinculadas as redes sociais que tenham conteúdo sobre suicídio e as formas de prevenção.

Vale ressaltar que apesar dos poucos trabalhos teóricos referente ao tema, pode-se dizer com base no que foi apresentado que as redes sociais podem ser utilizadas como uma ferramenta importante na prevenção ao suicídio quando utilizada de forma benéfica. Tanto na divulgação de materiais com informações positivos, quanto na sua utilização para complemento de diagnóstico como defendem os autores Pereira (2016) e Santos (2012).

Conclui-se, portanto, que o tema é de total relevância frente ao avanço dos números de pessoas que utilizam as redes sociais, evidenciando a necessidade de um amplo estudo a

respeito de seus benefícios, conseqüentemente uma possível implementação e criação de políticas públicas voltadas para o âmbito *online*.

REFERÊNCIAS

A MENTE É MARAVILHOSA. **Efeito Werther: o suicídio é contagioso**, 2017. Disponível em: <<https://amenteemaravilhosa.com.br>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

ARBULU, R. **Twitter e Centro de Valorização da Vida firmam parceria para prevenir suicídios**, 2018. Disponível em: <<https://canaltech.com.br>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO MATO GROSSO. **Lei nº 10.598, de 26 de Setembro de 2017**. Institui o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio. Cuiabá, MT, 26 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Institui a criação do Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes, DF, 19 set. 1990.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA – CVV. **O CVV**, 2015. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/o-cvv/>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O SUICÍDIO E OS DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA**. Brasília: CPF 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP chama atenção para a importância da Psicologia na prevenção ao suicídio**, 2019. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/cfp-chama-atencao-para-a-importancia-da-psicologia-na-prevencao-ao-suicidio/>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

CORDEIRO, MARCELO. **O blue whale e o efeito werther – um estudo discursivo do suicídio juvenil - algumas reflexões sobre a melancolia no mundo digital e a sua última consequência factual no século XXI**. XII Colóquio do Museu Pedagógico. Bahia, v.12, n.1, p.1543-1548, 2017.

IBGE. **Domicílios particulares permanentes, por posse de televisão**, 2015. Disponível em <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

IBGE. **Domicílios particulares permanentes, por posse de rádio**, 2015. Disponível em <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

KOCH, D. B.; OLIVEIRA, P. R. M. **As políticas públicas para prevenção de suicídios**. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais. Itajaí – SC, v.2, n.2, p.161-172, 2015.

LOUBAK, A. L. **Instagram oferece apoio para quem sofre de ansiedade**, 2019. Disponível em: <<https://www.techtodo.com.br>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MÍDIA BAHIA. **Veja os 50 desafios do jogo Baleia Azul**, 2017. Disponível em: <<http://midiabahia.com.br>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção ao Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília, 2006. 76 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para a Prevenção ao Suicídio. Brasília, DF, 14 ago. 2006.

NIEDERKROTENTHALER, T. et al. **Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects,** The British Journal of Psychiatry. Cambridge University Press, v. 197, n. 3, p. 234-243, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental Health Action Plan 2013 - 2020.** OMS, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DE SAÚDE – OPAS. **Folha Informativa - Suicídio, 2018.** Disponível em: <<https://www.paho.org>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

PEREIRA, C. C. M; BOTTI, N. C. L. **O suicídio na comunicação das redes sociais virtuais: Revisão integrativa da literatura.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto , n. 17, p. 17-24, jun. 2017 . Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt> >. Acessos em 06 out. 2019.

SANTOS, J. A. **Uma consulta no outro domicílio.** Rev Port Med Geral Fam, Lisboa , v. 28, n. 3, p. 188-194, maio 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt> >. Acesso em 06 out. 2019.

VEDANA, K, G, G. **Mídias sociais e suicídio. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 194-195, dez. 2018. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em 22 set. 2019.

REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES PORTADORES DE OSTEOARTROSE SUBMETIDOS À ARTOPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (ATQ): REVISÃO DE LITERATURA.

PHYSIOTHERAPEUTIC REHABILITATION IN PATIENTS WITH OSTEOARTROSIS SUBMITTED TO TOTAL HIP ARTPLASTY (THA): LITERATURE REVIEW.

Nilcineia Zocche¹
Tailon Gustavo Küster Azeredo²

RESUMO

A osteoartrite ou osteoartrose é uma doença crônico-degenerativa que consiste no desgaste da cartilagem articular, provocando com o avanço da doença deformidades ósseas, como por exemplo, os osteófitos. Dentre as técnicas invasivas mais utilizadas para o tratamento de casos avançados de osteoartrose temos a artroplastia total de quadril (ATQ), que apesar de ser uma alternativa bastante radical, tem se mostrado bastante eficaz. A fisioterapia é um excelente recurso para ser utilizado no pré e pós-operatório de ATQ, sendo seus objetivos baseados no alívio da dor, na prevenção de deformidades e no aumento da força muscular e ganho de amplitude de movimento articular. Este trabalho consiste numa revisão bibliográfica narrativa com o objetivo de apresentar a importância da reabilitação fisioterapêutica em pacientes com osteoartrose submetidos à cirurgia de artroplastia total de quadril (ATQ). A pesquisa demonstrou a importância do tratamento fisioterapêutico tanto no pré como no pós-operatório em pacientes que realizaram a cirurgia de ATQ. O tratamento deve considerar as características específicas do tipo cirúrgico, prótese utilizada e condições clínicas, físicas e psíquicas do paciente, devendo se iniciar logo no primeiro dia após a cirurgia.

Palavras-chave: Fisioterapia; Osteoartrose; Artroplastia total de Quadril.

ABSTRACT

Osteoarthritis or osteoarthritis is a chronic degenerative disease that consists of the wear and tear of the articular cartilage, which causes bone deformities, such as osteophytes, as the disease progresses. Among the most commonly used invasive techniques for the treatment of advanced cases of osteoarthritis are total hip arthroplasty (THA), which, despite being a very radical alternative, has been shown to be very effective. Physical therapy is an excellent resource to be used before and after THA. Its objectives are based on pain relief, prevention of deformities and increased muscle strength and gain in joint range of motion. This paper consists of a narrative bibliographic review aiming to present the importance of physical therapy rehabilitation in osteoarthritis patients submitted to total hip arthroplasty (THA) surgery. Research has shown the importance of physiotherapeutic treatment both preoperatively and postoperatively in patients undergoing THA surgery. Treatment should consider the specific characteristics of the type of surgery, prosthesis used, and the patient's clinical, physical, and mental condition, and should begin as early as the first day after surgery.

Keywords: *Physiotherapy; Osteoarthritis; Total hip Arthroplasty.*

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso.; E-mail: nilcineiaz.geo@gmail.com

² Fisioterapeuta e Professor Especialista do Curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES. Juína, Mato Grosso, Brasil; E-mail: tailon-gustavo@live.com

INTRODUÇÃO

A osteoartrite ou osteoartrose é uma doença crônico-degenerativa que, segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2019) está presente em torno de 30 a 40% das consultas nos ambulatórios de reumatologia. Além disso, é altamente incapacitante, sendo responsável por 7,5% dos afastamentos do trabalho e é a quarta doença a causar aposentadoria forçada no país. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2011), as doenças reumatológicas atingem cerca de 12 milhões de brasileiros, sendo responsáveis pela segunda maior causa de gastos de dinheiro público em auxílio doença no país (BRASIL, 2011).

Segundo Patrizzi et al (2004), a osteoartrose atinge tanto pessoas do sexo feminino, predominado as mãos e joelhos, quanto do sexo masculino, principalmente na articulação coxofemoral. Os quadris são frequentemente afetados pela grandeza da sobrecarga sobre a articulação, considerando os movimentos dos membros inferiores durante as atividades de vida diária (FUKUDA, 2019). A osteoartrose é reconhecida como doença da terceira idade, pois atinge gradativamente os indivíduos com avançar da idade, sendo mais comum a partir dos 40 anos de idade e mais frequente a partir dos 60 anos (PATRIZZI et al, 2004).

A fisiopatologia da osteoartrose consiste no desgaste da cartilagem articular, que provocam com o avanço da doença, deformidades ósseas, como por exemplo, os osteófitos. As causas podem ser primárias quando não há origem específica, e secundária, que neste caso diversos fatores podem desencadear a doença, dentre eles o excesso de movimentos repetitivos das articulações ou a falta de atividade física. Clinicamente a osteoartrose apresenta-se com recidivas de dores, sinovites com ou sem derrame, rigidez articular e limitações de movimentos articulares (DUARTE et al, 2017).

De acordo com Weinstein e Buckwalter (2000) o tratamento fisioterápico para osteoartrose, se realizado no início da doença, pode trazer resultados positivos e devolver a qualidade de vida ao paciente sem procedimentos invasivos, usando-se somente de fisioterapia e fármacos específicos para a condição do paciente. Dentre as técnicas invasivas mais utilizadas para o tratamento de casos avançados de osteoartrose temos a artroplastia total de quadril (ATQ), sendo esta articulação uma das mais prejudicadas pela doença, devido sua grande utilidade nas atividades de vida diária (AVD's). A ATQ, apesar de ser uma alternativa bastante radical, tem se mostrado bastante eficaz, segundo Lombardi Júnior et al (1987), garante ao paciente melhora na sua qualidade de vida e rápido retorno às AVD's.

Segundo Urso et al (2017) a fisioterapia é um excelente recurso para ser utilizado no pré e pós-operatório de ATQ. Sendo seus objetivos baseados no alívio da dor, na prevenção de deformidades e no aumento da força muscular e, conseqüentemente, no ganho de amplitude de movimento articular, de forma que esses fatores não se tornem limitantes da deambulação.

Desta forma, este trabalho teve por objetivo apresentar, através de revisão literária, a importância da reabilitação fisioterapêutica em pacientes com osteoartrose submetidos à cirurgia de artroplastia total de quadril (ATQ).

METODOLOGIA

A pesquisa baseia-se em revisão de literatura, com a utilização das bases de dados eletrônicos e periódicos indexados: foram analisadas publicações a partir do ano de 2007 até o ano de 2019, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), na base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (Lilacs) e na base de dados Pubmed.

Markoni e Lakatos (2010) definem revisão bibliográfica como o estudo de toda bibliografia já publicada em relação ao tema escolhido. Segundo Elias et al. (2012) a revisão narrativa consiste em um método que permite o desenvolvimento do artigo a partir da análise

e interpretação de estudos já publicados, de forma abrangente crítica, sob um ótica contextual e teórica.

Esta pesquisa envolveu a busca por estudos nas referidas bases de dados eletrônicos com os seguintes descritores: Osteoartrose, Artroplastia completa de quadril, tratamentos fisioterapêuticos, em português, e com os descritores em língua inglesa: Osteoarthritis, Full Hip Arthroplasty, Physical Therapy Treatments.

Foram consideradas publicações compreendendo os seguintes critérios de inclusão: se tratem sobre pacientes que apresentaram Osteoartrose na articulação coxo femoral submetidos à Artroplastia total do quadril e tratamento fisioterapêutico na fase pós-cirúrgica. Foram excluídos os artigos e publicações anteriores a 2007, os que eram não condizentes com o tema em questão, os que não foram encontrados nas plataformas supracitadas ou serem de revisão literária, TCC e/ou teses e dissertações. Desta forma foram identificados 180 artigos com os descritores supracitados, após passar por triagem 10 deles foram selecionados e após sua leitura, foram utilizados 08 artigos para a revisão (Figura 01).

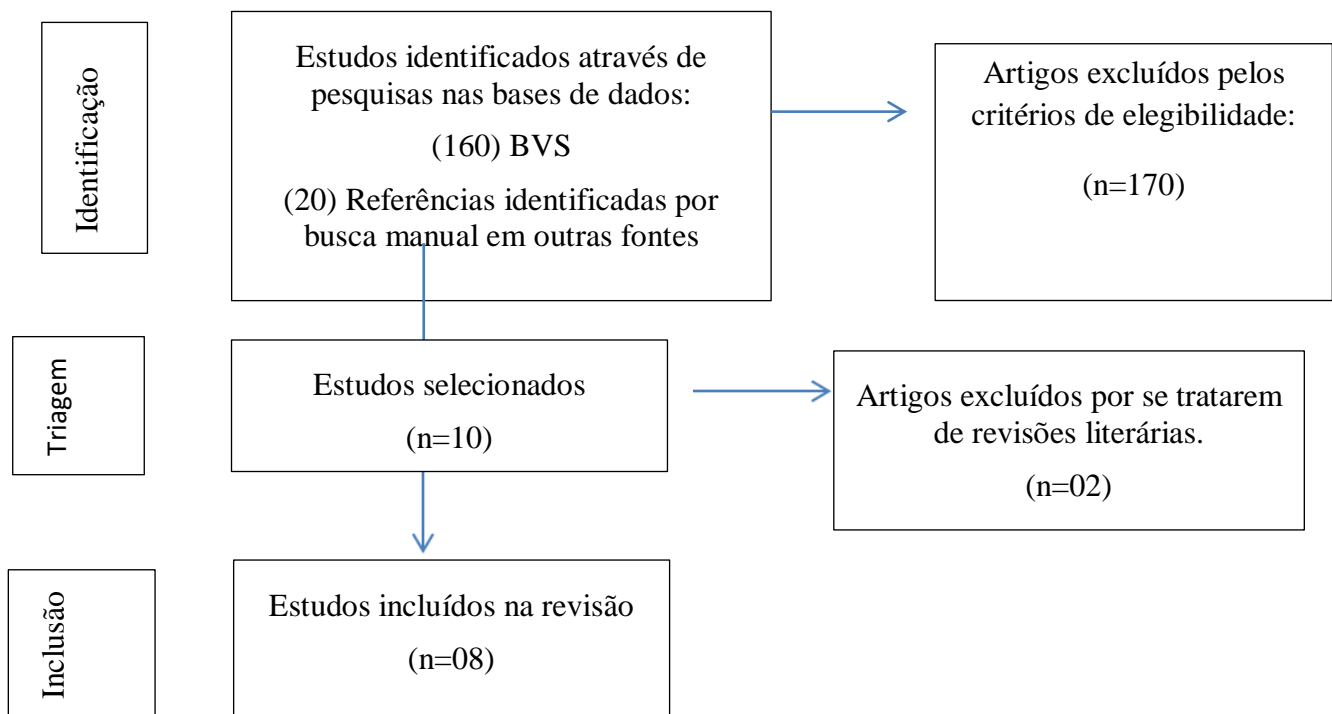


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão literária.

Tabela 1: Artigos selecionados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e Pub Med.

Número do artigo	Título	Autor	Ano	Método	Objetivos	Conclusão
1	Avaliação da função e qualidade de vida em pacientes submetidos a artroplastia de ressecção tipo Girdlestone.	Yamamoto et al	2007	Estudo transversal.	Avaliar a função e a qualidade de vida dos pacientes pós-artroplastia de Girdlestone e comparar os resultados entre os grupos Girdlestone unilateral e o grupo com prótese total de quadril contralateral.	Dos 9 indivíduos analisados, 6 do grupo ARG unilateral, realizaram fisioterapia e nenhum dos indivíduos do grupo com PTQ contralateral realizaram fisioterapia no PO e hospitalar. Desta forma, se a amostra fosse maior haveria probabilidade de existir diferenças entre os grupos que se submeteram a fisioterapia e os que não se submeteram a mesma.
2	Tratamento operatório da osteoartrite congênita do quadril com alta luxação do quadril.	Kohlhof H., Ziebarth K., Gravius S., Wirtz DC., Siebenrock KA.	2013	Estudo de caso.	Analisar a estabilização mecânica e funcional de quadris luxados com displasia coxartrose usando artroplastia total do quadril (ATQ).	Os resultados intermediários mostraram uma melhora no escore clínico pós-operatório (escore Merle d'Aubigné) em 86% dos pacientes. Resultados bons a excelentes foram obtidos em 79% dos casos. Os resultados a longo prazo ainda não estão disponíveis. Em um caso, observou-se neuropraxia iatrogênica do nervo ciático e, após trauma, uma nova localização da artroplastia apareceu em outro caso. Em 2 casos, uma infecção do THA apareceu 8 e 15 meses após a cirurgia de índice. Não foi observada pseudoartrose do trocânter ou afrouxamento asséptico.
	Atuação do Fisioterapeuta na sala de recuperação e	Viñas, Guilherme Silveira; Biazus,	2008	Pesquisa exploratória.	Avaliar a resposta do paciente em relação aos efeitos do tratamento fisioterapêutico no	O presente estudo mostrou a eficácia em dois objetivos, na amplitude de movimento e na redução do quadro

3	quarto do Hospital Nossa Senhora da conceição, no pós-operatório imediato de Artroplastia Total de Quadril.	Jaqueline de F.; Rodrigues, Marco Aurélio.			pós-operatório imediato de cirurgia ortopédica de artroplastia total de quadril, na sala de recuperação e no quarto, até a alta hospitalar.	álgico, mostrando que se a fisioterapia atuar imediatamente após este tipo de intervenção cirúrgica, maiores são as possibilidades de o paciente ter uma qualidade de vida que o proporcione um nível de independência funcional e medicamentosa.
4	Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre Osteoartrose.	Matos, Denise Regina; Araújo, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de	2009	Estudo de caso	Investigar e avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à artroplastia de quadril nas etapas pré-operatória e pós-operatória.	Houve aumento em todos os escores do SF-36, o que evidencia melhora na qualidade de vida da amostra estudada. Por outro lado, nas entrevistas nota-se que os participantes esperam conseguir ganhos futuros com a cirurgia; conseqüentemente, é possível supor que a percepção de sua qualidade de vida possa ser incrementada mais adiante. Quanto à eficácia terapêutica da artroplastia de quadril, ao que parece, é um procedimento recomendável para alívio da dor e ganho funcional.
5	Análise da qualidade de vida de pacientes osteoartrosicos submetidos à artroplastia total do quadril.	Loures, Elmano de Araújo; Leite, Isabel Cristina Gonçalves.	2012	Estudo de caso do tipo coorte.	Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde em pacientes afetados por osteoartrose do quadril e tratados por artroplastia total do quadril.	O estudo demonstra uma significativa melhora na qualidade de vida relacionada com a saúde em pacientes afetados por osteoartrose de diferentes etiologias e que foram submetidos à artroplastia total do quadril.
	Artroplastia total de quadril e joelho: aspectos clínicos na fase perioperatória.	Piano, Luciana Pereira Almeida de; Golmia, Ricardo Prado, Scheinberg, Morton.	2010	Análise retrospectiva nos registros de todas as AJ e AQ realizadas no Hospital Abreu Sodré da	Conhecer o perfil dos pacientes submetidos à artroplastia de quadril e joelho em um período de dois anos e comparar os dados com relatos da literatura.	O perfil dos pacientes submetidos à artroplastia melhorou substancialmente nos últimos dez anos, associando a diminuição do período de internação com menor risco de eventos tromboembólicos e ausência de infecção, quando

6				Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) durante o período de 2008-2009.		comparados com publicações anteriores.
7	Análise dos Resultados da Implantação da Endopróteses Totais do Quadril em Coxartrose Displástica Grave.	Kamnar, Viktor; Puposka, Anastasika; Atanasov, Nenad; Bogojevska, Milena.	2014	Estudo retrospectivo.	Afirmar a importância do tratamento operatório da coxartrose displásica grave por meio da análise dos resultados do implante de endoprótese total não cimentada em pacientes com DDH Crowe tipos III e IV. Pacientes	Na maioria dos casos em que é realizada uma substituição total do quadril com endoprótese não cimentada devido à coxartrose displásica, é alcançada uma fixação primária suficiente tanto do componente acetábulo quanto do femoral, a menos que um terço do copo acetábulo seja descoberto com estoque ósseo. Os problemas de diminuição da força muscular e claudicação geralmente são resolvidos por meio de fisioterapia em um período de 45 meses
8	Efeito do cicloergômetro e exercícios convencionais na reabilitação de pacientes idosos com artroplastia total de quadril: protocolo de estudo para ensaio clínico randomizado e controlado.	Rampazo-Lacativa, Mariana Kátia; D'Elboux, Maria José.	2015	Estudo prospectivo, único, ensaio clínico piloto controlado randomizado.	Testar a viabilidade de realizar um ensaio clínico completo para avaliar o efeito dos exercícios convencionais associados à ciclagem ergométrica sobre os resultados funcionais e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes mais velhos com artroplastia anca total THA.	Em pacientes com ATQ, a dor e a função, avaliadas pelo WOMAC, apresentaram melhora em três meses no pós-operatório no grupo que realizou exercícios associados ao cicloergômetro em comparação com pacientes que receberam apenas fisioterapia convencional. Não foram observadas melhorias significativas em pacientes com ATJ.

O artigo 1 teve por objetivo avaliar a função e a qualidade de vida de pacientes pós-artroplastia de ressecção tipo Girdlestone (ARG) e comparar os resultados entre o grupo Girdlestone unilateral com o grupo com prótese total de quadril (PTQ) contralateral. O estudo foi realizado no Hospital São Paulo, Ambulatório do Grupo de Patologias do Quadril Adulto da Disciplina de Ortopedia do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da UNIFESP EPM, no período de maio a dezembro de 2005, neste, foram avaliados 3 indivíduos com diagnóstico de ARG em um quadril e prótese total no quadril (PTQ) contralateral e 9 com ARG unilateral, os pacientes apresentavam idade média de 58.67 anos, variando entre 27 e 89 anos. Os resultados apontaram que o grupo Girdlestone unilateral são bons nos itens dor, aspectos emocionais, sociais, estado geral de saúde (EGS) e saúde mental. Enquanto que foram considerados ruins no critério vitalidade que atingiu escore moderado, e na capacidade funcional e os aspectos físicos. Já o grupo Girdlestone com PTQ contralateral apresentou pontuação boa em 3 tópicos: dor, aspectos emocionais e saúde mental.

Ao analisar os resultados do SF-36 observou-se que os pacientes com procedimento unilateral apresentaram mais critérios com escores elevados que o outro grupo. Numa investigação a parte, os autores verificaram a influência do tratamento fisioterapêutico e verificou-se que dos 9 indivíduos do grupo ARG unilateral, 6 foram submetidos a fisioterapia hospitalar/ ambulatorial e nenhum dos indivíduos do grupo com PTQ contralateral realizou fisioterapia no PO.

O artigo 2, realizado em 2007, teve por objetivo avaliar a estabilização mecânica e funcional de quadris luxados com displasia coxoartrose usando artroplastia total do quadril (ATQ). Neste pode-se verificar que este tipo de cirurgia traz excelentes resultados para estabilização da articulação coxofemoral em pacientes com displasia coxoartrose. Porém o mesmo não destaca a importância do tratamento fisioterapêutico.

O artigo 3 teve por objetivo avaliar a resposta dos pacientes aos efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatório imediato de artroplastia total de quadril, na sala de recuperação e no quarto, até a alta hospitalar, a pesquisa ocorreu no Centro Cirúrgico do HNSC. Este estudo trouxe como resultado que a fisioterapia é eficaz em dois objetivos, na amplitude de movimento e na redução do quadro álgico, demonstrando que o atendimento fisioterapêutico no pós-operatório imediato de ATQ promove maiores possibilidades de o paciente ter uma qualidade de vida que o proporcione um nível de independência funcional e medicamentosa.

No artigo 4, através de um estudo de caso, publicado em 2009, é apresentada a eficácia do procedimento cirúrgico de ATQ para o alívio da dor e melhora da funcionalidade do paciente na realização de suas atividades de vida diária.

O artigo 5 é artigo mais recente, publicado em 2012, onde os autores realizaram um estudo de caso do tipo coorte com o objetivo de analisar a qualidade de vida relacionada com a saúde em pacientes afetados por osteoartrose do quadril e tratados por artroplastia total do quadril. Neste artigo foi realizada uma coorte de 38 pacientes operados em hospital universitário de referência regional pelo mesmo cirurgião no ano de 2010, estes foram acompanhados durante cerca de seis meses até atingirem reabilitação satisfatória. Os pacientes responderam ao formulário SF-36 e teve o Harris Hip Score estabelecido imediatamente antes da operação e aos seis meses de seguimento. A análise dos resultados obtidos pelos testes pré e pós-operatórios foram comparados com a literatura.

O estudo demonstrou uma significativa melhora na qualidade de vida relacionada com a melhora na saúde em pacientes afetados por osteoartrose de diferentes etiologias e que foram submetidos à ATQ.

No artigo 6, os autores realizaram e uma análise retrospectiva nos registros de todas as artroplastias de joelho e quadril realizadas no Hospital Abreu Sodré da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) durante o período de 2008-2009, onde foram

coletados os dados demográficos iniciais: idade, sexo, diagnóstico, comorbidades e diagnóstico etiológico. Os dados clínicos coletados após o procedimento incluíam dias de hospitalização, perda sanguínea, infecção e tromboembolismo, comparação entre ATJ e ATQ. Foram revisados 323 prontuários médicos, sendo 225 (69,7%) para artroplastia de joelho e o restante para procedimentos no quadril. Os resultados demonstraram que o perfil dos pacientes submetidos à artroplastia melhorou substancialmente nos últimos dez anos, associando a diminuição do período de internação com menor risco de eventos tromboembólicos e ausência de infecção, quando comparados com publicações anteriores.

O artigo 7 tem como título: Análise dos resultados da implantação da endoprótese totais do quadril em coxartrose displástica grave. Neste artigo, publicado em 2014, os autores realizaram um estudo retrospectivo em 28 pacientes com coxartrose displástica, onde 26 tinham unilateralmente, e dois pacientes tiveram a displasia desenvolvida bilateral do quadril. Todos foram tratados com a recolocação total não cimentada do quadril na clínica Ortopédica da cirurgia de University em Skopje. A amostra continha 21 pacientes do sexo feminino e 7 do sexo masculino, distribuição etária de 30 a 65 anos. Este estudo trouxe como resultados que os problemas de diminuição da força muscular e claudicação geralmente são resolvidos por meio de fisioterapia em um período de 45 meses.

O artigo 8, as autoras realizaram um estudo prospectivo, teve por objetivo Testar a viabilidade de realizar um ensaio clínico completo para avaliar o efeito dos exercícios convencionais associados à ciclagem ergométrica sobre os resultados funcionais e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes mais velhos com artroplastia anca total THA, onde foram utilizados pacientes mais velhos (≥ 60 anos) na fase pós-operatória após THA unilateral primária para osteoartrite do quadril serão recrutados consecutivamente para este estudo e alocados aleatoriamente em 2 grupos de tratamento. O grupo I executou treinamento em cicloergômetro e exercícios convencionais, e o grupo II realizou apenas exercícios convencionais. As sessões foram conduzidas duas vezes por semana durante 8 semanas.

Os desfechos primários foram avaliados por meio do Harris hip Score (HHS) e da bateria de desempenho físico curto (SPPB). O desfecho secundário é a QVRS, medida por meio de 2 instrumentos de avaliação: o estudo de desfechos médicos 36-item pesquisa de saúde de forma curta (SF-36) e o Western Ontario e o índice de osteoartrite das universidades de Mc Master (WOMAC). Os coletores de dados pacientes ficaram cegos e não tiveram contato com os participantes durante as intervenções. Concluiu-se que em pacientes com ATQ, a dor e a função, avaliadas pelo WOMAC, apresentaram melhora em três meses no pós-operatório no grupo que realizou exercícios associados ao cicloergômetro em comparação com pacientes que receberam apenas fisioterapia convencional. Não foram observadas melhorias significativas em pacientes com ATJ.

DISCUSSÃO

Dos dez artigos considerados para esta pesquisa, 5 deles consideraram a artroplastia total de quadril um recurso bastante eficaz para os pacientes acometidos de doenças que levam à degeneração da cartilagem articular coxofemoral, como a osteoartrose e a coxoartrose. Em seu estudo transversal, o artigo 1 relata que dentre os 9 participantes da pesquisa os melhores resultados de qualidade de vida no pós-operatório de ATQ foram entre os 6 pacientes que haviam recebido fisioterapia hospitalar ou ambulatorial.

Os artigos analisados neste estudo demonstraram através de suas diferentes frentes de estudo que não há um consenso na literatura sobre um protocolo de tratamento fisioterapêutico específico para o tratamento de pacientes com osteoartrose submetidos à artroplastia total de quadril. Urso (2017) relata que os protocolos fisioterapêuticos não entram

em um consenso em relação ao tempo exato para a execução dos mesmos, porém podemos afirmar que a fisioterapia é essencial no pré e pós-operatório

Todos os trabalhos concluíram que a fisioterapia é um suporte de grande importância para a melhora do bem-estar físico, alívio da dor e incorporação do paciente novamente à sua rotina de atividades diárias. Os estudos apontaram que exercícios que envolvam mobilidade e fortalecimento articular são os mais favoráveis à reabilitação em pós-operatório de ATQ. Urso (2017) ressalta que a fisioterapia é um recurso favorável ao restabelecimento da deambulação nesses pacientes, já que os objetivos do tratamento se baseiam no alívio da dor, ganho de força muscular, ganho de mobilidade articular. O artigo 8 também ressalta a importância da fisioterapia no pós-operatório de ATQ, em seu estudo destacou também a atividade aeróbica como o cicloergométrico, que são mais eficientes que o tratamento fisioterapêutico convencional, diminuindo o tempo de reabilitação e retorno às atividades diárias.

O tratamento para a osteoartrose é multidisciplinar e deve envolver a parte medicamentosa, terapia física e em último caso cirurgia (BIAZOLA e ISOLA, 2003). Um trabalho de revisão bibliográfico cita a importância do tratamento fisioterapêutico em pacientes acometidos por osteoartrose de quadril. As autoras retratam que em casos de osteoartrose o tratamento escolhido deve considerar as condições clínicas do paciente assim como a condição da doença, desta forma deve-se considerar os fatores dor, grau de inflamação, danos articulares, número e locais das articulações afetadas, assim como o grau de incapacidade em relação às atividades diárias do paciente. Desta forma cada paciente é analisado individualmente, com plano de tratamento específico (BIAZOLA e ISOLA, 2003).

A fisioterapia como recurso de tratamento na osteoartrose de quadril segundo Dauty.; Genty; e Ribinik (2007) tem por objetivos manter/aumentar a mobilidade e estabilidade articular, manter/aumentar o alongamento dos músculos que atuam na articulação afetada, otimizar a biomecânica articular, promovendo alinhamento corporal correto e reduzir qualquer excesso de carga anormal sobre a articulação envolvida, além de promover alívio da dor, da rigidez dentre outros sintomas associados. Os recursos fisioterápicos que podem ser utilizados incluem:

Crioterapia (gelo, almofadas de gel, sprays), órteses, faixas e coletes, cinesioterapia (exercícios passivos, ativos, ativos-resistivos, isométricos, isotônicos e isocinéticos), termo terapia (calor úmido, parafina, almofadas elétricas, luz infravermelho), eletroterapia (diatermia por ondas curtas, corrente interferência, TENS, ultrassom, correntes dinâmicas e corrente russa), massagens (clássica, ayurveda, shiatsu), manipulações (medicina osteopática), alongamento muscular e reeducação postural (RPG e ginástica holística), treino de marcha e equilíbrio, ergonomia (ensinamentos posturais e adaptações nas AVD), hidroterapia (Bad Ragaz, Halliwick, Watsu), orientações gerais (alimentação, relaxamento físico e mental, condicionamento físico, apoio psicológico) (BIAZOLA e ISOLA, 2003).

O artigo 7 relata que a artroplastia de quadril (AQ) consiste na substituição dos componentes ósseos da articulação por tecidos ou materiais com o objetivo de revestir as superfícies articulares tanto nos processos de destruição ou degeneração como ou em casos de fratura da cabeça, do colo femoral ou do acetábulo. Enquanto que no artigo 6 diz que existe a AQ parcial e total, na primeira o objetivo é restabelecer a distribuição de cargas na superfície articular, nas áreas de compressão da cabeça femoral, para aliviar a dor e implementar os movimentos da articulação, porém esta técnica demonstrou não ser tão eficiente, já que há ocorrência de formação de tecido de granulação entre o osso subcondral e o molde. Já a artroplastia total de quadril, consiste na substituição total da articulação degenerada por uma prótese com componente femoral e acetábulo. Este método cirúrgico foi introduzido por John Charnley, em 1958. Em 1961, esse autor apresentou a prótese total de quadril (PTQ) com componentes femoral metálico e acetábulo de polietileno, o que trouxe vantagens pela relação ao desgaste das peças. Atualmente, os componentes femorais das PTQ são constituídos de

titânio, vanádio ou ligas de níquel e cobalto e os componentes acetabulares são constituídos de polietileno de alta densidade (URSO, 2017).

A reabilitação de pacientes pós-operatórios de ATQ é específica de acordo com o tipo de cirurgia realizada e o tipo de prótese a ser utilizada. Segundo Almeida (2016), existem diferentes tipos de próteses, escolhidas de acordo com características físicas e até mesmo psíquicas dos pacientes como idade, tipo de enfermidade e a qualidade óssea do paciente, alterações cognitivas ou de acordo com a experiência do cirurgião. Os tipos de prótese assim como os tipos de fixação disponíveis são: cimentada, não-cimentada, híbrida, cefálica unipolar e cefálica bipolar, próteses totais e endoprótese.

Kisner e Colby (2006) destacam que o tratamento fisioterapêutico em pós-operatório de ATQ envolve exercícios ativos de alongamento, fortalecimento, cinesioterapia, hidroterapia, treino de marcha, exercícios de propriocepção,

O tratamento com fisioterapia se inicia logo após a cirurgia, no artigo 3 encontra-se o fisioterapeuta que posiciona o paciente com uma almofada entre os joelhos, mantendo uma abdução de quadril de 15° e menos de 90° de flexão. Também é realizado posicionamento do paciente para semi-inclinado na cama, para assim realizar exercícios respiratórios. O membro operado recebe exercícios de abdução e flexão de quadril, o que pode ser realizado de forma ativa, ativa-assistida, o movimento de adução de quadril é extremamente contra-indicado e deve ser evitado, pois o mesmo pode causar a luxação da prótese. No segundo dia de pós-operatório, se realiza os movimentos de abdução, flexão de quadril, e flexão e extensão de joelho de maneira ativa. A partir do 3° e 4° dias de pós-operatório o paciente já pode ser incentivado a curtos períodos sentado na cama com abdução de quadril e flexão de joelho, e também já pode ser iniciado o treino de marcha com auxílio de muletas ou andador. A partir destas fases o tratamento evolui de acordo com as respostas físicas do paciente. (DIDOMENICO e PAES, 2010).

O artigo 4 traz como conclui que os pacientes submetidos a terapia no pós-operatório de AQ, possuem melhora na sua qualidade vida e retornam às suas atividades cotidianas mais rapidamente. O que é confirmado no artigo 5, que traz a AQ como tratamento recomendável aos pacientes com osteoartrose em estágio crônico.

CONCLUSÃO

A artroplastia de quadril é um recurso muito indicado no tratamento de pacientes que apresentem patologias com degeneração crônica da articulação coxofemoral. Os pacientes que se submetem a esta cirurgia possuem prognóstico favorável à diminuição do quadro algico, da inflamação e da rigidez articular devolvendo ao paciente sua capacidade de realizar suas atividades de vida diária.

A osteoartrose consiste numa doença crônico-degenerativa que afeta a cartilagem articular, as principais articulações afetadas são joelhos e quadris. Primeiramente o tratamento da osteoartrose consiste em fisioterapia convencional, em casos mais graves e crônicos o paciente pode ser submetido à ATQ. Neste caso, o tratamento fisioterapêutico é indicado no pré e pós-operatório. Os benefícios da fisioterapia aos pacientes submetidos à ATQ são diminuição da dor, manter/aumentar a mobilidade e estabilidade articular, manter/aumentar o alongamento dos músculos que atuam na articulação afetada, otimizar a biomecânica articular, promovendo alinhamento corporal correto e reduzir qualquer excesso de carga anormal sobre a articulação envolvida, além de promover alívio da dor, da rigidez dentre outros sintomas associados.

Dentre os estudos analisados não há um consenso de protocolo de procedimentos e exercícios fisioterapêuticos tanto no pré quanto no pós-operatório de pacientes submetidos à ATQ, os procedimentos vão depender do tipo de cirurgia, do tipo de prótese implantada e das características físicas e clínicas do paciente. Foram encontrados apenas dois artigos que

tratam especificamente de pacientes com osteoartrose submetidos à ATQ. O que sugere a necessidade de mais estudos sobre a importância da fisioterapia em pacientes submetidos à artroplastia total de quadril, visto que com o envelhecimento da população esse procedimento se torne cada vez mais requisitado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. F. C. **Grupo de cirurgia do Quadril**. Manual de orientações Universidade Federal do Maranhão. 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16424/0/MANUAL+DE+ATQ+DO+HU+UFMA+%281%29.pdf/5626497a-7560-4668-946c-fe69e2777e8e>.

BIASOLI, M. C.; IZOLA, L. N. T. Aspectos gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose. **Rev Bras Med**, v. 60, n. 3, p. 133-6, 2003. Disponível em: https://biasolifisioterapia.com.br/publicacoes/reabilitacao_fisica.pdf.

BRASIL. **Sociedade Brasileira de Reumatologia. O que é Osteoartrite?** Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/osteoartrite-artrose/>. Acesso em: 15/09/2019.

DAUTY, M.; GENTY, M.; RIBINIK, P. Physical training in rehabilitation programs before and after total hip and knee arthroplasty. In: *Annales de réadaptation et de médecine physique*. Elsevier Masson, 2007. p. 462-468. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.04.011> Get rights and content.

PIANO, L. P. A; GOLMIA, R. P.; SCHEINBERG, M. Artroplastia total de quadril e joelho: aspectos clínicos na fase perioperatória. **Einstein**, v. 8, n. 3 Pt 1, p. 350-3, 2010. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1660-Einsteinv8n3_pg350-3.pdf.

DIDOMENICO, L.; PAES, M. B. **Fisioterapia na Artroplastia Quadril**: Relato de um caso: Clínica de Reabilitação Física Dom Bosco/ Letícia Didomenico; Mayra Battistini Paes. – Lins, 2010. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/51834.pdf>.

DUARTE, V. S. *et al.* Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/21494>.

ELIAS, C. S. R. *et al.* Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 48-53, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100008&lng=pt&nrm=isso.

Fukuda T. **Artrose de quadril**. 2019; Pag: 01. Acesso em: 03 de jun de 2019. Disponível em: www.institutotrata.com.br/doencas/quadril/artrose/.

KAMNAR, V. *et al.* Analysis of the Results of Implantation of Total Hip Endoprosthesis in Severe Dysplastic Coxarthrosis. **Prilozi**, v. 35, n. 2, p. 111-116, 2014. Disponível em:

<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/prilozi.2014.35.issue-2/prilozi-2014-0014/prilozi-2014-0014.pdf>.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercício Terapêutico: fundamentos e técnicas**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2006.

KOHLHOF, H. *et al.* Operative treatment of congenital hip osteoarthritis with high hip luxation (Crowe type IV). **Operative Orthopädie und Traumatologie**, v. 25, n. 5, p. 469-482, 2013. Disponível em: <https://boris.unibe.ch/41538/>.

LOMBARDI JÚNIOR, B. *et al.* Artroplastia total do quadril não cimentada com a prótese de Roy Camille. **Folha Med**, v. 95, n. 4, p. 249-55, 1987.

LOURES, E. A.; LEITE, I. C. G. Análise da qualidade de vida de pacientes osteoartrosicos submetidos à artroplastia total do quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, 2012. Disponível em:

<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/8201/1/Análise%20da%20qualidade%20de%20vida%20de%20pacientes%20osteoartrosicos.pdf>.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, D. R.; ARAUJO, T. C. C. F. Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 3, p. 511-518, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a12>.

PATRIZZI, L. J. *et al.* Análise pré e pós-operatória da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes portadores de osteoartrose de quadril submetidos à artroplastia total. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 2004. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/37705487.pdf>.

RAMPAZO-LACATIVA, M. K.; D'ELBOUX, M. J. Effect of cycle ergometer and conventional exercises on rehabilitation of older patients with total hip arthroplasty: study protocol for randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 1, p. 139, 2015. Disponível em: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0647-8>.

URSO, G. O. Abordagem fisioterapêutica em diferentes tipos de artroplastia de quadril. **Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 1, p. 49-53, 2017. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1332>.

VIÑAS, G. S.; BIAZUS, J.F.; RODRIGUES, M. A. **Atuação do Fisioterapeuta na Sala de Recuperação e Quarto do Hospital Nossa Senhora da Conceição, no Pós-Operatório Imediato de Artroplastia Total de Quadril**. Campus Tubarão, 2008. Disponível em: fisio-tb.unisul.br/Tccs/08a/guilherme/artigo.pdf.

YAMAMOTO, P. A. *et al.* Avaliação da função e qualidade de vida em pacientes submetidos a artroplastia de ressecção tipo Girdlestone. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, n. 4, p. 214-217, 2007.

WEINSTEIN, S. L.; BUCKWALTER, J.A. **Ortopedia de Turek: princípios e sua aplicação**. São Paulo: Manole, 2000.