

Revista
FACID
Ciência & Vida
Volume 05 Número 01 Maio - 2009

a revista do conhecimento humano publicada pela FACID

Teresina - PI

Semestral

ISSN 1808-3366



Revista
FACID
Ciência & Vida
Volume 05 Número 01 Maio - 2009

a revista do conhecimento humano publicada pela FACID

Teresina-PI

As opiniões e artigos expressos aqui são de inteira
responsabilidade dos autores.
Periodicidade Semestral

Av. Rio Poty, 2381 - Horto Florestal
CEP: 64049-410 • Teresina (PI) • Brasil
Fone: (086) 3216-7900 / 3216-7901
www.facid.com.br

Revista Facid

<http://www.facid.com.br>

revista@facid.com.br

Editor - responsável

Dr. Luiz Ayrton Santos Júnior

Projeto Gráfico

Castino Martins da Silveira

Revisão

Antonia Osima Lopes, Francisca Sandra Cardoso Barreto, Maria Rosilândia Lopes de Amorim, Fausta Maria Miranda dos Reis, Raimunda Celestina Mendes da Silva

Jornalista Responsável

Marcos Sávio Sabino de Farias - MTB 1005

Editoração

Gráfica Júnior

Capa

Amanda Paiva e Silva Martins

Catulo Coelho dos Santos

George Mendes Ribeiro Sousa

Juciara Freitas Ribeiro

(ex-alunos do Curso de Publicidade e Propaganda da FACID)

*Revista Facid: Ciência & Vida / Faculdade Integral Diferencial.
v. 5, n. 1, 2009 / Teresina: Facid, 2009.*

Semestral

ISSN 1808-3366

1. Pesquisa científica. 2. Desenvolvimento científico.

CDD 509

CDU 001.891

Revista
FACID
Ciência & Vida
Volume 05 Número 01 Maio - 2009

a revista do conhecimento humano publicada pela FACID

Teresina-PI

**FACID - Faculdade Integral Diferencial
Integral - Grupo de Ensino Fundamental, Médio,
Técnico e Superior do Piauí S/C Ltda.**

Paulo Raimundo Machado Vale
Diretor Presidente

Maria Joseci Lima Cavalcante Vale
Diretora Acadêmica

Iveline de Melo Prado
Vice-Diretora Acadêmica

Umbelina Maria B. Jales de Carvalho
Coordenadora de Estágio e Extensão

Rômulo José Vieira
Coordenador de Pesquisa e Pós-Graduação

Conselho Editorial

Antonia Osima Lopes

Francisca Sandra Cardoso Barreto

Fausta Maria Miranda dos Reis

Maria Joseci Lima Cavalcante Vale

Dr. Luiz Ayrton Santos Júnior - Editor Responsável

Conselho Consultivo

Alexandre Henrique de Paulo Simplício - Ana Célia Sousa Cavalcante
Benício Parentes de Sampaio - Divana Maria Martins Parente Lira
Helder Ferreira de Sousa - Izânio Vasconcelos Mesquita
José Guilherme Ferrer Pompeu - Judite Oliveira Lima Alburquerque
José Carlos Formiga - Joseli Lima Magalhães
José Figueredo Silva - Liana Rosa Brito Cardoso
Luis Nódgi Nogueira Filho - Maurício Batista Paes Landim
Marcelino Martins - Morgana Moreira Sales
Maria Helena Barros Araújo Luz - Neiva Sedenho de Carvalho
Sérgio Ibiapina Ferreira Costa - Tony Batista
Waldília Neiva de Moura Santos Cordeiro

Conselho Consultivo Nacional

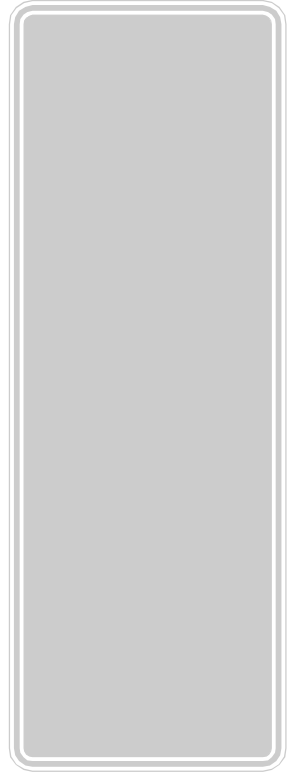
Anke Bergmann (RJ)
Álvaro Antonio Machado Ferraz (PE)
Alfredo Carlos Banos (SP)
Beatriz Azevedo (SP)
Carlos Bezerra de Lima (DF)
Fernando Pratti (RS)
José Aristodemo Pinotti (SP)
Ives Gandra da Silva Martins (SP)
Ivo Korytowski (RJ)
Liege Santos Rocha (DF)
Luiz Airton Saavedra (SP)
Maria Elena Bernardes (SP)
Ruy Gallart de Meneses (RJ)
Saul Goldenberg (SP)
Samantha Buglione (SC)
Valtencir Zucolotto (SP)

Conselho Consultivo Internacional

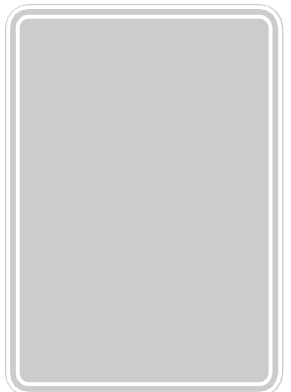
Uwe Torsten (Alemanha)
Mario Rietjens (Itália)

Bibliotecária

Maria Rosismar Farias Costa - CRB/3 - 631
Marijane Martins Gramosa Vilarinho



EDITORIAL





EDITORIAL

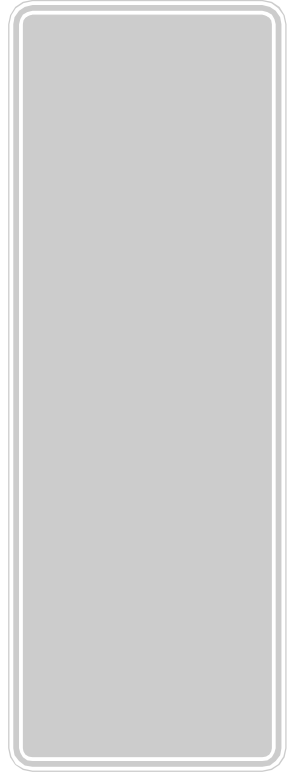
Produzir conhecimento consiste em tarefa gratificante. Em países como o Brasil, em que as Instituições de Ensino ainda cultivam a reprodução, de modo desvinculado das Diretrizes Curriculares Nacionais é, no mínimo, preocupante, pois não há perspectiva de inovação e um conseqüente desvelar.

É pensando na produção do conhecimento, mas acima de tudo, na formação de mentes abertas ao novo e dispostas a não se limitarem ao mero reprodutivismo que a Faculdade Integral Diferencial- Facid através de sua Revista, procura estimular a produção e publicação do produto dos esforços de seus graduandos, pós-graduandos, docentes e demais colaboradores da comunidade. Dessa forma, fomentando o tripé: ensino, pesquisa e extensão.

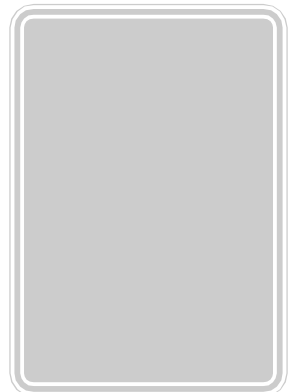
Assim sendo, é com orgulho que mais um número dessa preciosa ferramenta de incentivo à produção de conhecimento se concretiza. Espera-se que cada vez mais A Revista Facid: Ciência & Vida possa contribuir cada vez mais para o engrandecimento acadêmico do estado do Piauí e, é claro do Brasil.

Prof. Paulo Raimundo Machado Vale
Diretor-Presidente





SUMÁRIO





SUMÁRIO

ARTIGOS

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

Denise Martins de Moura, Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva..... 19-34

UMA ABORDAGEM SOBRE A OSTEOPOROSE E O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA PREVENÇÃO DESSA DOENÇA

Ana Paula de Araújo Pessoa, Bruno Araújo Abílio, Janielly Gomes Pessoa, José Paulo Bastos, Márcia Rosane Pinheiro Veloso 35-43

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO MÉDICA INTEGRADA.

Bruno Araújo Abílio, Paloma Linard Palácio Bezerra, Milena Sampaio Magalhães 44-59

A INFLUÊNCIA DO PERFIL ROTACIONAL DOS MEMBROS INFERIORES EM PORTADORES DA SÍNDROME DA DOR ANTERIOR DO JOELHO

Marcela Railin de Carvalho Deda, Rosana Martins Ferreira de Carvalho, Pábula Thaís Maurício Rodrigues de Lima, Luiz Henrique Sala de Melo Costa, Mst. Carlos Eduardo Andrade, Paulo Márcio Pereira Oliveira 60-74

IDÉIAS, DEBATES E OPINIÕES

UM GRANDE PAPA PARA O MUNDO

Dr. Rômulo José Vieira 75-77

A ODONTOLOGIA ESTÁ PREPARADA PARA RESPONDER ÀS EXPECTATIVAS ESTÉTICAS DOS PACIENTES?

Dra. Caroline de Deus Tupinambá Rodrigues 78-79



RESENHAS DE LIVRO

PAUSCH, Randy.; ZASLOW, Jeffrey. A Lição Final. Rio de Janeiro: Editora Agir, 2008.

Francisca Carla Silva de Melo Pereira, Manuella Bezerra Lopes,
Simone de Sousa Cunha

83-84

AGENDA

1 - Enfermagem	87
2 - Farmácia	92
3 - Fisioterapia	94
4 - Medicina	95
5 - Odontologia	98
6 - Psicologia	100

ARTES E ARTIMANHAS

ENTÃO, MORRA!

Por Pedro Vieira dos Santos

107

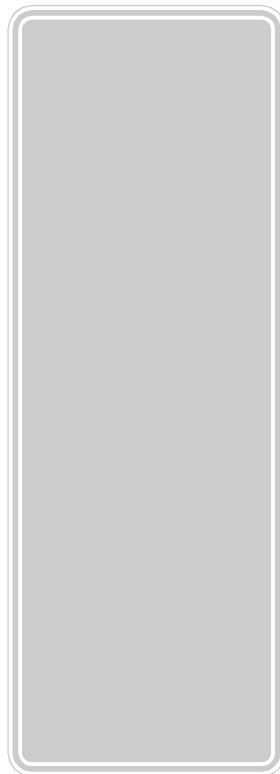
JULGAMENTO NA BOCA

Luis Antonio da Silva

108

NORMAS EDITORIAIS

115



ARTIGOS





A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

Denise Martins de Moura*
Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva**

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar as representações sociais dos idosos sobre o conhecimento, a satisfação e as mudanças sociais em decorrência do processo de institucionalização. É um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido na Casa São José. Para sua realização utilizou-se como instrumento para investigação a observação direta e a aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturado, que foi aplicado a 6 idosos, de um universo de 20. Os resultados revelaram que a institucionalização surgiu como alternativa para os familiares que não dispõem de tempo e de recursos financeiros para prover os devidos cuidados aos idosos, decorrentes muitas vezes de problemas de saúde e incapacidades físicas. Evidenciou também um bom relacionamento dos idosos com seus entes e a não alteração dos sentimentos após a institucionalização. Eles descrevem o relacionamento interpessoal como um investimento grande e a longo prazo, alegria, benção de Deus e alívio de dores físicas e emocionais. Outrossim, pontua-se a necessidade de uma atenção urgente à população em estudo, pois se sabe que a tendência nos próximos anos é de seu aumento expressivo, em especial aos institucionalizados, o que nos remete a repensar, discutir e encontrar formas de integração social, convívio e, sobretudo, envolvimento efetivo dos cuidadores e equipe multidisciplinar, garantido uma longevidade com respeito e qualidade.

Palavras chave: Representação Social. Idosos. Institucionalização.

*Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial – FACID. Email : denigrilpi@yahoo.com.br Fone: (086) 8835-7020; (86) 3233-8827.

**Orientadora, Enfermeira, Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem, ENSP/FICRUZ/ UFPI. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial – FACID. Rua Orlando Carvalho, 4810, Morada do Sol. Teresina – PICEP: 64055-240 Email: jesusmousinho@bol.com.br / marianeiva@facid.com.br.

1. INTRODUÇÃO

A crescente queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida contribuíram e contribuem para o aumento da população idosa. Segundo Veras (1994) esta população cresce mais rápida do que as demais categorias sociais; em média 21% de pessoas com menos de 18 anos e 22% de pessoas com mais de 65 anos de idade. Isto é preocupante já que a sociedade esta despreparada para lidar com esta superpopulação idosa (RAMOS, 1995).

Além do número crescente de indivíduos senis pode-se detectar na mesma proporção um aumento na quantidade de instituições asilares. Tais acontecimentos exigem dos governos competentes investimento maciço em uma equipe multidisciplinar treinada e habilitada, infra- estrutura física, material e incentivo para o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção de saúde, incluindo ações educativas, recreativas e sociais.

Assim, diante de tal situação torna-se relevante identificar o conhecimento dos idosos sobre o processo de institucionalização, descrever a satisfação ou não dos idosos em relação à institucionalização e analisar as mudanças sociais ocorridas com os idosos em decorrência do processo de institucionalização, por aprofundar diversos saberes fundamentais no cuidado humanizado e adequado às particularidades do individuo na terceira idade.

A necessidade de desenvolver saberes envolvendo a terceira idade surgiu em decorrência do reduzido número de estudos a cerca desta temática e das experiências adquiridas de práticas curriculares em instituições asilares. Pretendendo-se, dessa forma, melhorar a qualidade de vida daqueles que tanto já contribuíram para nossa sociedade e que ainda podem contribuir mais, desde que sejam estimulados e valorizados.

Com esta pesquisa deseja-se obter um conhecimento profundo sobre as representações sociais no que tange a institucionalização de idosos em Teresina-PI, bem como, a satisfação do mesmo em relação à situação em que esta vivenciando, proporcionando tanto aos familiares como aos profissionais que cuidam desses idosos, estratégias para a busca de uma vida mais saudável.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Envelhecimento e seus Aspectos Gerais

O envelhecimento é um processo permanente, amplo, dinâmico, complexo e comum a todos os animais, caracterizando-se não somente pela redução da capacidade de adaptação homeostática, mas também pelas condições

de vida (RODRIGUES et al., 2002). É, portanto, um acontecimento normal e gradativo que pode se manifestar de diferentes formas.

Indivíduos com idade cronológica de 60 anos podem ter idade biológica de 40 anos ou indivíduos com idade cronológica de 40 anos podem ter idade biológica de 60 anos. Isso dependerá da carga genética, dos hábitos alimentares adequados ou não, do padrão de sono e repouso suficiente ou não para repor a energia vital, da realização de atividades físicas e de lazer que proporcione bem estar para o corpo e para a mente, de hábitos como uso de drogas (cigarro, bebidas alcoólicas, maconha, entre outros), além de fatores desencadeantes de estresse como doenças, acidentes, abandono, dificuldades sócio-econômicas, conflitos culturais, entre outros (PFITZINGER, 2004).

Desde criança aprendemos que nós, seres vivos, possuímos um ciclo vital, isso é, nascemos, crescemos, ficamos velhos e morremos, entretanto esse ciclo pode ser interrompido precocemente por falta de conhecimento, omissão ou negligência quanto à efetividade e eficiência do cuidado. Ou pode ainda ser prolongado em resposta as boas condições sanitárias, ao acesso a educação e a saúde e o interesse e empenho cada vez mais atuante da comunidade científica em ampliar o campo das pesquisas no que tange o ser humano.

O Estatuto do idoso criado com o objetivo de assegurar os direitos dos idosos preconiza no art. 1º da lei 10.741/2003 que a velhice se inicia a partir dos 60 anos de idade e é delineada por características próprias e previsíveis. Aborda os mais variados aspectos da vida de um indivíduo na terceira idade, desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes mais comuns cometidos contra esse grupo social (BRASIL, 2003).

2.2 O Envelhecimento no Brasil

Em 2025, estima-se que haverá cerca de 34 milhões de idosos no Brasil, o que o levará à 6ª posição entre os países mais envelhecidos do mundo com uma população acima de sessenta anos. No período compreendido entre o ano de 1950 e 2025, a população brasileira terá aumentado cinco vezes, enquanto o número de idosos será quinze vezes maior (VERAS, 1988). Assim, cada vez mais, cresce a preocupação com o idoso, nas diversas áreas, pois ele constitui um grupo etário com características particulares entre si e em relação aos demais grupos etários.

O envelhecimento apesar de ser um fenômeno comum a todos os animais, ainda surpreende por possuir tantos pontos obscuros (FREITAS et al., 2002). A partir das dificuldades em compreender o processo de envelhecimento, definir “idoso” para fins de proteção, bem como, consolidar a atenção ao idoso, inclusive no pacto pela saúde, a legislação Brasileira estabeleceu em 1994 a Política Nacional

do Idoso (lei 8.842). Esta política pública elaborou normas para os direitos sociais com finalidade de garantir autonomia, integração e participação efetiva do indivíduo na terceira idade como instrumento de cidadania.

A implantação da mesma tem como objetivo proporcionar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, focalizando as ações de saúde, não apenas para os que estão velhos, mas, também, para aqueles que estão envelhecendo e que um dia se tornarão idosos (BRASIL, 1994).

2.3 Psicologia do Envelhecimento e Aspecto Social

O envelhecimento populacional não deve ser visto como preocupação para a sociedade no que diz respeito aos fundos de pensão e serviços de saúde, mas como percepção, pela mesma, de que são indivíduos pertencentes à fase do desenvolvimento humano em que podem ser exploradas várias potencialidades concernentes à velhice como experiência, responsabilidade e assertividade (ARAÚJO; COUTINHO; CARVALHO, 2004).

Conforme Lucca (2004) o indivíduo socialmente competente tem boa auto-estima e senso de auto-eficácia, o que facilita seu convívio com as dificuldades e o seu enfrentamento com eventos estressantes. Assim, as habilidades sociais podem ser consideradas como imprescindíveis para o desenvolvimento sócio-emocional e o ajustamento do indivíduo. As habilidades sociais são aquelas condutas que possibilitam o sujeito na interação com os outros de modo a satisfazer as necessidades e as expectativas dos demais.

Mercadante, (2001) sugere novos arranjos para a vida em comunidade e transforma questões de cunho íntimo em coletivo e dá maior importância à solidariedade. Ele afirma que nós somos agentes de mudança, pensamento e, conseqüentemente, de valores, por isso devemos ficar atentos para que a comunidade (instituição) não se feche, impedindo a vida em sociedade.

A questão social de um indivíduo insere-se na inter-relação entre atores sociais, o fenômeno e o contexto que os rodeia. Dessa forma, são constituídas por processos sociocognitivos nas interações sociais, o que significa dizer que elas têm implicações na vida cotidiana e que a comunicação e os comportamentos adotados por um grupo de indivíduos acerca de um objeto são resultantes do modo como os atores sociais representam socialmente esse objeto e do significado que este adquire em suas vidas (MOREIRA; JESUINO, 2003).

2.4 Definições, Processo e Desafios da Institucionalização

Almejadas como locais de cuidados especializados, as Instituições de Longa Permanência, ainda constituem um desafio, principalmente quando se leva

em consideração a qualidade de vida, entre outros aspectos, pelo direito à individualidade, muitas vezes interdito neste contexto.

Merlotti et al. (2004) garantiram que a adequação de uma qualidade de vida requer desenvolvimento das potencialidades que cada indivíduo possui e satisfação das necessidades básicas entre as principais e mais relevantes necessidades pode-se citar o relacionamento interpessoal, principalmente com os grupos de maior proximidade, bem como as condições de moradia.

Saber das necessidades de indivíduos senis e demonstrar interesse e compromisso para atendê-las quando necessário é fundamental para o bem estar social. Uma vez que se dá atenção a qualidade de vida e bem estar do idoso há uma probabilidade maior de se evitar doenças psicológicas e fisiológicas (PIMENTEL, 2001).

Segundo Merlotti et al. (2004) muitos idosos encaram o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono, aproximação da morte, além da ansiedade quanto às expectativas a respeito desse novo estágio de vida que irá enfrentar. No cotidiano de várias instituições para os idosos residentes a sensação que se tem é que o tempo parou e existe uma situação de mesmice nos diferentes horários do dia levando-os a depressão, tristeza profunda e fadiga. Eles constituem, quase sempre, um grupo privado de seus projetos, pois encontram-se afastados de sua casa, de seus entes queridos, enfim das relações nas quais sua história de vida foram construídas.

Os idosos são inseridos nos abrigos por vários motivos, mas são os seus próprios filhos, em sua maioria, que determinam essa situação. Dentre os principais motivos da admissão de idosos em instituições asilares Telles Filho e Petrilli (2002) destacaram a falta de respaldo familiar associado às dificuldades econômicas, distúrbios psicossociais e péssimas condições de saúde. Afirmaram que os indivíduos após inseridos no asilo tornam-se membros de uma nova comunidade e vivenciam situações diversas e por vezes conflitantes como ruptura de seus vínculos afetivos, convivência com pessoas até então desconhecidas.

Sejam quais forem as circunstâncias de sua internação, os idosos podem ter dificuldade de elaborar de maneira equilibrada a experiência a qual estão expostos. De um modo geral, o asilo não está preparado para serviços que respeitem a individualidade, personalidade, privacidade e modo de vida. A tendência é priorizar as necessidades fisiológicas deixando de lado a experiência que cada indivíduo adquiriu durante toda sua jornada de vida.

3. METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, que buscou identificar a satisfação e as mudanças sociais de idosos em relação ao

processo de institucionalização, embasado na teoria das Representações Sociais (RS), que segundo Moscovici (2003) é “uma maneira de interpretar e de pensar a nossa realidade cotidiana, uma forma de conhecimento social”.

A pesquisa foi realizada no período de agosto à setembro de 2008, em uma instituição asilar filantrópica, Casa São José, localizada no bairro Morada do Sol em Teresina-PI. Essa instituição foi idealizada em 1995 sendo fundada somente em 2002 por um grupo de religiosos, profissionais de diversas áreas e cidadãos comuns. Planejada e construída para atender idosos que não possuem condições financeiras para manter-se, desabrigados, sem familiares e que estão incapacitados temporariamente ou permanentemente para realizar o auto cuidado.

Na operacionalização da pesquisa, foram observadas e seguidas rigorosamente as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que disciplina a pesquisa envolvendo seres humanos, em vigor no Brasil.

Os sujeitos do estudo foram todos os idosos institucionalizados na Casa São José com idade igual ou superior a 60 anos, que se encontravam com no mínimo seis meses de permanência na casa e que não apresentassem problemas mentais ou problemas significativos de comunicação. A exclusão deu-se da recusa em participar da pesquisa e do não enquadramento aos critérios de inclusão.

O universo selecionado para o estudo foi de 20 idosos institucionalizados, onde seis representando 30% do total, foram escolhidos de forma não-probabilística e intencional. Obedecendo aos critérios de exclusão três tinham problemas mentais, quatro tinham problemas físicos (audição prejudicada, dificuldade de dicção e de expressão devido a idade e em consequência às doenças crônicas) e os outros sete não tiveram interesse em contribuir com o estudo.

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a observação direta e a entrevista semi-estruturada, composto de dados de identificação e perguntas abertas e fechadas, onde as informações colhidas foram baseadas no discurso livre dos entrevistados e que apreenderam o ponto de vista dos autores sociais previstos nos objetivos da pesquisa (DESLANDES; MINAYO, 2003).

As entrevistas foram gravadas em um aparelho mp4, após aprovação prévia dos participantes da pesquisa, sendo em seguida transcritas na íntegra, preservando-se o anonimato dos sujeitos, através da substituição do nome real por nomes de pontos turísticos do Piauí.

Na análise do material coletado, estes foram lidos e transcritos na íntegra, com a finalidade de encontrar respostas mais significativas para a efetivação da pesquisa. Buscou-se também explorar ao máximo as diferenças percebidas entre as falas. Aquelas caracterizadas como significativas foram agrupadas em cinco categorias de análise concernentes ao referencial teórico: dados de identificação,

motivo x processo de institucionalização, relacionamento idoso x família x amigos após institucionalização, os idosos antes e pós institucionalização e relação social x qualidade de vida.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dados de Identificação

Do total de pesquisados quatro eram do sexo masculino e dois do sexo feminino. Quanto a situação conjugal: um viúvo; um casado; dois solteiros e dois divorciados. Em relação ao grau de escolaridade tem-se um analfabeto; tres com ensino fundamental; um com ensino médio e um com ensino superior. Quanto à procedência um é de Teresina; um do interior do Estado e quatro eram procedentes de outros Estados. Em relação ao tempo de permanência na casa, variou entre 06 meses (um idoso) a mais de um ano (cinco idosos).

Um dado bastante interessante foi que dos idosos entrevistados apenas um relatou não ter família e não possuir amigos fora do abrigo. Disse ter somente um neto que não conhece. A seguir o relato que comprova tal afirmativa:

Família, eu não tenho, só tenho um neto e infelizmente nós não nos conhecemos...quando eu tiver alta daqui é que eu vou lá no Parque Alvorada procurar conhecer ,por que o pai dele já morreu...mataram! A criança estou com fé ainda de conhecer [...] [Serra da Capivara.]

Dos cinco idosos restantes, tres relataram receber visita dos familiares semanalmente enquanto dois disseram que costumam receber visitas esporadicamente. Quanto aos amigos fora do abrigo a freqüência de visitas realizadas é a seguinte: um recebe visita diariamente, dois esporadicamente e dois semanalmente.

Diante dos dados de identificação explorados consegue-se perceber que dentro de um mesmo contexto social podem existir diversas personalidades, pensamentos e processos de interação, já que cada indivíduo tem sua própria história de vida/experiência.

Neste sentidos, Moreira e Jesuino (2003) disseram que a sociedade pode ser comparada a uma máquina, que socializa e individualiza concomitantemente. Isso é, ao mesmo tempo em que a sociedade impõe inter-relações entre os membros de um mesmo espaço, ela estabelece diferenças entre eles para que se possa distingui-los.

4.2 Motivo x Processo de Institucionalização

Os idosos entrevistados não conheciam o termo processo de institucionalização, mas quando explicou-se do que se tratava, todos foram unânimes em responder ter consciência das razões pelas quais estavam no abrigo.

A seguir, seguem-se depoimentos que evidenciaram os motivos que levam muitos idosos a serem institucionalizados:

O motivo principal é porque de acordo com minha idade e meu estado de saúde...eu estava morando sozinho depois que me aposentei então estava com muita dificuldade na minha vivência...Eu passava mal, tive alguns problemas, já fui operado do coração, já fiz operação do pulmão esquerdo [...] e por esta razão eu procurei a casa.[...] [Cachoeira das Arraias].

Só tinha uma filha, ela queria cuidar de mim, mas não podia cuidar...E eu vim para cá...Eu não caminho, não me levanto. Estou com mais ~~de três anos que não me ponho nem empé~~ [...] [Morro do Gritador].

Ahhh...eu sei!Eu vim mais para me recuperar por que aqui tem fisioterapia...um bocado de coisa...A comida tem que ser de acordo com o padrão[...] [Sete Cidades].

O motivo foi uma queda que levei e tive problemas ortopédicos e quem me tirou foram as meninas da FACID [...] [Serra da Capivara].

A transferência de um idoso de sua residência para um asilo consiste num processo desafiante a qual estão expostos a várias transformações, desde psicológicas, econômicas e até sociais. Muitos experimentam a dor do abandono familiar e a angustia por saberem que não realizam mais atividades cotidianas simples com a vitalidade de antes. Outros consideram um alívio o fato de ter um lugar para morar com cuidados especializados e atenção quase que constante (MERLOTTI et al.,2004).

Observou-se, com os depoimentos de Cachoeira das Arraias e Morro do Gritador, que a institucionalização surgiu como alternativa para os familiares que não tinham tempo nem recursos financeiros para prover os devidos cuidados a esses idosos. Também é considerado como uma opção pelos depoentes devido aos problemas de saúde e as incapacidades físicas que os impossibilitam de morarem sozinhos.

Morar num asilo pra eles é questão de necessidade e por mais que sejam bem tratados e gostem do local, preferiam estar em sua residência e sob o convívio de seus entes queridos. Contudo, nem sempre isto é possível e é considerado como melhor escolha, pois alguns idosos acabam não recebendo os devidos cuidados seja por desconhecimento ou por descaso.

Nesta categoria pode-se constatar ainda, que dois dos entrevistados, Sete Cidades e Serra da Capivara, estavam residindo na casa São José temporariamente até que seus problemas de saúde sejam solucionados e os mesmos tenham condições de exercerem suas atividades diárias.

Segundo Carvalho Filho e Papaléo Netto (2006) certas enfermidades, sobretudo as que acometem mais na velhice, necessitam de tratamentos regulares ou de manutenção, já que pode afetar o auto cuidado e a rotina diária do indivíduo senil. Dentre os diversos tratamentos pode-se citar as hemodiálises, sessões de fisioterapia, injeções de insulina ou ter de tomar uma gama de medicamentos que levam os idosos a ajustarem seus horários em função da doença.

Então, aqueles que estão carregados de patologias e que não possuem vínculos familiares ou por algum motivo não podem estar junto à família, acabam sendo submetidos a morarem em casas de abrigo, por ser a única opção restada.

4.3 Relacionamento Idoso x Família x Amigos após Institucionalização

Envelhecer bem requer do ser humano desenvolvimento do potencial que existe em cada um de nós. Exige que consigamos satisfazer as nossas necessidades básicas, entre as quais estão amar e ser amado, comunicar-se, estar em relação com outros, ser reconhecido. Assim sendo, as relações de proximidade, familiares e outras, bem como, o desempenho de papéis sociais, cultural e economicamente úteis, constituem um eixo para uma maior integração das pessoas idosas na sociedade (PIMENTEL, 2001).

Muitas vezes, o idoso procura uma instituição desejando encontrar novas possibilidades de vida, segurança, respeito e assistência às suas necessidades. Essa expectativa pode ser respondida na medida em que a instituição favorece o estabelecimento de vínculos significativos e de processos interacionais, minimizando quaisquer sentimentos de desamparo ou conflitos anteriores à institucionalização.

Nesta categoria, não apresentados depoimentos sobre o relacionamento dos idosos com seus entes queridos após a institucionalização:

O investimento maior que eu fiz na minha vida foi a amizade. É o melhor investimento que você faz... não dá errado pra você nunca [...] [Sete Cidades].

Eu tenho um bom relacionamento com ele... Quando ele e meus amigos da Toca de Assis não vem me visitar eu sinto falta e fico triste [...] [Delta do Parnaíba].

Eu graças a Deus nunca tive intrigada com ninguém, e aí eu gosto de todo mundo...são os anjos que eu considero a imagem do senhor são eles...quando chegam pra me visitar é alegria e a dor diminui porque a alegria da gente quando eles chegam é maior que o da dor [Morro do Gritador].

Depois que eu vim pra cá o relacionamento com minha família mudou...Meu marido é muito desligado e cobrava que eu ainda fosse uma mulher útil pra ele e eu não tinha mais condição e vim embora pra cá. Só sei que agora só um filho que eu tenho...ele vem, mas num é de confiança...Ahh se fosse uma família normal, mas eu num mereci ter não...é só aceitar e pronto [...] [Cachoeira do Urubu].

Diante dos depoimentos expostos pode-se perceber que a perda, o enfraquecimento ou a manutenção dos vínculos dos idosos com os seus familiares e amigos, pode estar associado com o tipo de relação anterior à institucionalização. No caso de Sete Cidades, Delta do Parnaíba e Morro do Gritador, ficam evidenciados o bom relacionamento com seus entes e a não alteração dos sentimentos após a institucionalização. Eles descrevem o relacionamento interpessoal como um investimento grande e em longo prazo, alegria, benção de Deus e alívio de dores físicas e emocionais.

Um fato curioso é que a maioria dos idosos entrevistados possuía telefone portátil disponibilizado pelos próprios familiares para estabelecer uma linha de comunicação sempre que o idoso desejasse. Assim, aqueles parentes e amigos que moram em bairros distantes, ou em outras cidades, e que não podiam visitá-los com frequência, utilizavam desse meio para manter o vínculo de afetividade.

Em Cachoeira do Urubu detectou-se, através da fala e da observação das visitas recebidas durante as idas a instituição que seu relacionamento com a família é um pouco difícil. O filho mais velho é sua fonte de maior preocupação já que não trabalha e é dependente de drogas, enquanto que o marido ela guarda certo ressentimento devido à incompreensão do mesmo diante do seu estado de saúde. Percebe-se ainda uma tristeza profunda e um processo de auto culpa e auto aceitação pelas dificuldades vivenciadas.

4.4 Os Idosos Antes e Pós Institucionalização

Para a maioria das pessoas, morar num abrigo significa abandono e falta de consideração por parte dos familiares e entes queridos, solidão e sofrimento (TELLES FILHO; PETRILLI, 2002).

Não é de hoje que as instituições asilares carregam esse fardo de negatividade e desprezo por parte de uma camada da população. Contudo, naquelas

instituições que são dotadas de uma boa estrutura física, além de uma assistência multiprofissional, percebe-se uma quebra parcial desses estereótipos, pois institucionalizar é considerado como a última medida a ser tomada, já que provoca alteração no estilo de vida

Capturou-se através das falas a visão dos depoentes antes e após o processo de institucionalização.

Antes: “Eu nunca tinha parado pra pensar antes” [Delta do Parnaíba].

Após: “Aqui é bom demais...a mais tempo que eu tivesse aqui.Já estou inteirando dois anos.Sou bem tratado,não falta nada pra mim... São gente boa demais...Pra mim não tem ninguém ruim” [...] [Delta do Parnaíba].

Antes: “O pior possível, por que eu via as propagandas na televisão, as pessoas sendo maltratadas, judiadas, sendo jogadas no chão, a família judiando [...] [Cachoeira das Arraias].

Após: “Quando eu vi o trabalho da casa minha atitude mudou...é ótimo!! Aqui tem todo tipo de assistência, assistência médica, dentária...Agora mesmo recebi um aparelho de audição isso tudo oferecido pela casa tem enfermeiro de plantão 24 horas...a medicação e tudo que você recebe aqui é enquadrado dentro da sua estabilidade. As pessoas que trabalham aqui quase todas são legais...quase todas” [Cachoeira das Arraias].

Antes: [...] “Ah...Eu nunca nem pensei...Quando minha vizinha e minha família começaram, a dizer...é muito melhor o Ozanam...eles me indicaram o Ozanam...é melhor o Ozanam...o Ozanam é assim é assado...eu ficava...num é minhas amigas não...achava que quem desejava eu ir pra um abrigo não me queria bem não” [...] [Cachoeira do Urubu].

Após: “Em falar em abrigo esse aqui é o certo...o melhor...Apesar de ser o único que eu conheço...o Local é bom!! O pessoal daqui são gente boa” [Cachoeira do Urubu].

Pode-se observar que a maioria dos entrevistados nunca pensou como seria morar num abrigo. Talvez, pelo fato de acharem que jamais iriam estar nesta situação. Contudo, após a institucionalização na casa São José relataram sentirem-se felizes, pois recebiam atenção e carinho, além de serem bem tratados pelos seus cuidadores e assistido por uma equipe multidisciplinar. Eles desprezaram os funcionários da instituição e os demais moradores como pessoas legais.

Cachoeira das Arraias relatou ter imagem negativa das instituições asilares, contudo mudou de idéia após conhecer a instituição que hoje reside.

Este associa asilo de qualidade a uma infra-estrutura adequada para atender o idoso nas suas diversas peculiaridades e atendimento de saúde 24 horas.

Born (1996) acredita que as pessoas em sua maioria têm uma visão de asilo como um lugar de descaracterização da identificação dos idosos, bem como desrespeito. Contudo, esse conceito vem sofrendo modificações e atraindo pessoas no intuito de melhorar a qualidade de vida dos seus internos. Muitos dos idosos até preferem ir pra esses locais ao invés de ficar a mercê do descaso e sentir-se como incômodos para seus parentes. Além de poderem ter a oportunidade de conviver com pessoas da mesma idade e, geralmente, com as mesmas vivências.

4.5 Relação Social x Qualidade de Vida

A vida social é a base comum da comunicação e da ideologia. Ela se interessa pelas relações entre o indivíduo e a sociedade. Essas relações são um foco de crises e contradições e representam o ponto de encontro das necessidades de liberdade do ser humano e de suas tendências para a insanidade em caso de não alcançar a auto satisfação (MOSCOVICI, 2003).

Para Lucca (2004), o comportamento socialmente habilidoso é considerado como um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em uma situação de interação pessoal que expressa seus sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou seus direitos, de um modo adequado ao contexto em que estiver inserido.

A qualidade de vida na velhice tem relação direta com as condições físicas, do ambiente, das condições oferecidas pela sociedade relativas à renda, saúde, educação, da existência de redes de relações de amizade e de parentesco, do progresso da cidade e das condições de trabalho.

A seguir algumas falas que demonstram a importância da manutenção da vida social e dos comportamentos socialmente habilidosos para a qualidade de vida.

[...] A gente fica aqui [...] num tem passeio...num tem assim nada pra você...é só viver aqui dentro...é um internato...essa é a regra da casa.Se você tiver que sair por necessidade ("lógico") você tem que sair acompanhado com uma pessoa da casa um diretor ou um funcionário para resolver algum problema[...] Eu sinto falta da minha liberdade, de sair...ir lá fora, passear, pegar um ônibus, sair...eu não tenho essa liberdade [Cachoeira das Arraias].

[...] Sinto falta somente da presença da família, dos filhos que estão espalhados pelo mundo...a gente sente muita saudade da família,mas num pode juntar todo mundo e o jeito é aceitar assim mesmo [Morro do Gritador].

Analisando os depoimentos foi possível identificar as necessidades dos idosos de uma vida social dentro e, principalmente, fora da instituição. Eles sentem falta de sair pra visitar os parentes, ver os amigos ou simplesmente sair para espalhar e diminuir as tensões absorvidas pelo cotidiano, muitas vezes monótono.

Os depoentes em questão referem que sua liberdade fora perdida no momento da inserção na instituição já que a mesma possui regras e estas devem ser cumpridas caso o indivíduo queira permanecer na casa e queira se relacionar bem com os funcionários e demais moradores. Eles são obrigados de certa maneira a adaptar-se a uma nova vida social e buscar satisfação nisso se quiserem ter uma vida com mais qualidade. Embora, saiba-se que satisfação depende das necessidades sancionadas e não somente do querer algo.

O que está comprovado é que para se viver com qualidade é preciso saber desempenhar com esmero diversos papéis, muitos deles essencialmente sociais, que podem ser ensinados, treinados e perfeitamente executados, proporcionando a harmonização da pessoa consigo própria e com o mundo que a rodeia (MERCADANTE,2001).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados na pesquisa revelaram que os idosos, residentes na Casa São José tem consciência da inserção no abrigo embora tenham demonstrado desconhecimento sobre o termo processo de institucionalização. Dentre os principais motivos de encaminhamentos à Casa, detectou-se condições precárias de saúde, idade avançada, debilidade física somada às dificuldades financeiras e a falta de respaldo familiar. Para alguns deles a internação no abrigo foi uma alternativa devido a necessidade de reabilitação, ausência temporária do cuidador domiciliar e dependência elevada.

A maioria dos idosos entrevistados nunca pensou como seria morar num abrigo. Depois de inseridos neste cenário, adotaram uma percepção positiva, pois os diversos espaços da instituição foram, em sua maioria, associados por eles aos sentimentos de alegria e satisfações contrariando a hipótese inicial de percepção negativa.

Pode-se observar que os idosos institucionalizados desenvolveram diferentes táticas de adaptação ao asilo, utilizando de formas variadas e especiais nas relações interpessoais. Uma dessas táticas consistiu na associação do seu estilo de vida ao processo de auto aceitação por atribuição divina, como forma de esperança e força para superar as transformações advindas do envelhecimento e da institucionalização.

A instituição estudada dispunha de infra-estrutura adequada, cuidados especializados e atenção quase que constante, contudo grande parte dos depoentes manifestaram preferência em permanecer residindo em suas casas sob cuidados de seus familiares. Eles afirmaram que ao ingressarem numa instituição perdem a sua liberdade, pois precisam seguir rigorosamente normas e regulamentos.

Assim, se por um lado a Instituição desempenha seu papel de acolhedora dos idosos em processo de exclusão social, por outro, suas normas internas contribuem para o afastamento do contexto social externo, fato este que contribui para o confinamento social, na medida em que restringe a vida do idoso apenas à vida asilar, caracterizando como uma forma de ruptura dos elos familiares e social.

Outrossim, pontua-se a necessidade de uma atenção urgente à população em estudo, pois sabe-se que a tendência nos próximos anos é de seu aumento expressivo, em especial, aos institucionalizados, o que remete-nos a repensar, discutir, refletir e encontrar formas de integração social, convívio e, sobretudo, o envolvimento efetivo dos cuidadores e equipe multidisciplinar garantido uma longevidade com respeito e qualidade.

Nessa perspectiva, considera-se este estudo como um despertar para as questões ligadas aos idosos institucionalizados como ponto de reflexão, para entender melhor a problemática vivenciada por essa população, ou o seu processo de inserção e convivência nessas instituições.

ABSTRACT

ATHE ELDERLY SOCIAL REPRESENTATION ON THE INSTITUTIONALIZATION PROCESS

This study aimed at characterizing the elderly social representation on knowledge, satisfaction and social change as a result of the process of institutionalization. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach carried out at Casa Sao Jose. For its implementation, the direct observation and a semi -structured interview, which was applied to 6 elderly out of 20, were used. The results showed that the institutionalization emerged as an alternative for families who do not have time and can not afford to provide proper care for the elderly, often resulting in health problems and physical disabilities. They describe the interpersonal relationship as a great investment and long term, happiness, God blessing as well physical and emotional pain relief. However, it is highlighted the need for immediate attention to the population studied, because it is known there is an upwards tendency for the coming years, especially the institutionalized ones. This makes

us rethink, discuss, reflect and find ways to social integration, coexistence and mainly the caregivers' and multidisciplinary team's effective involvement, which guarantees life with respect and quality.

Keywords: Social Representation. Elderly. Institutionalization.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. A. M. L. **Representações sociais da velhice entre idosos que participaram de grupos de convivência**. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100010>. Acesso em: 08 Abr. 2008.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. IN: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

BRASIL. Lei nº. 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**., Brasília, 05 jan. 1994. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>. Acesso em: 12 abr.2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. CONEPE. **Resolução nº 196/96**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 1996.

_____, Congresso. Senado. **Lei nº10.741 de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. p.7.(Série E. Legislação de Saúde).

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2.ed.São Paulo: Atheneu, 2006.

DESLANDES, S. F; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes , 2003.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LUCCA, E. **Habilidade social**: uma questão de qualidade de vida. 2004. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0224.pdf>>. Acesso em: 03 Set. 2008.

MERCADANTE, E. F. O envelhecer na comunidade. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.4, n.1, p.141-142, 2001.

MERLOTTI, H. et al. **A realidade do idoso institucionalizado**. Textos Envelhecimento, 2004.

MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. **Representações sociais**: teoria e prática. 2.ed. João Pessoa - PB: Universitária, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

PFITZINGER, P. **Envelhecimento em corredores**: estilo de vida e genética. 2004. Disponível em: <<http://www.copacabanarunners.net/idade-corredor.html>>. Acesso em: 09 abril de 2008.

PIMENTEL, L. M. G. **O lugar do idoso na família**: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto, 2001. p.244.

RAMOS, L. R. **O país não pensa no futuro**; gerontologia. 3.ed. Rev. Saúde Pública, v. 3, nº. 1, jun. 1995.

RODRIGUES, N. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

TELLES FILHO, P. C. P; PETRILLI FILHO, I. F. Causas da Inserção de idosos em uma instituição asilar. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.135-143. 2002.

VERAS, R. P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1988000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 Abr. 2008.

VERAS, R. P. **País Jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; UERJ, 1994.

A OSTEOPOROSE E O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA PREVENÇÃO DESSA DOENÇA

Ana Paula de Araújo Pessoa⁽¹⁾
Bruno Araújo Abílio⁽²⁾
Janielly Gomes Pessoa⁽³⁾
José Paulo Bastos⁽⁴⁾
Márcia Rosane Pinheiro Veloso⁽⁵⁾

RESUMO

A Osteoporose é uma doença óssea metabólica comum que afeta ambos os sexos, mas predominantemente o feminino. Caracteriza-se por densidade mineral óssea inferior à média, com desorganização da microarquitetura óssea e aumento do risco de fraturas. O objetivo desse trabalho é mostrar a prevenção de complicações mais sérias associadas à Osteoporose, em geral, as fraturas, e principalmente na prevenção dessa doença, cabendo ao Fisioterapeuta levar informação de medidas preventivas como: palestras educativas, informando sobre a importância do cálcio e vitamina D na dieta, atividade física orientada diariamente, avaliação cinético-funcional, correção de posturas viciadas e planejamento e organização do ambiente domiciliar para evitar quedas e risco de fraturas. Para atingir os objetivos deste trabalho procedeu-se uma pesquisa bibliográfica em fontes documentais de revistas científicas, artigos e livros, constituindo uma vasta bibliografia abordando os diferentes conceitos e estudos atualizados relacionados ao tema em questão. Ficou evidente a necessidade de adotar uma abordagem interdisciplinar, para se entender melhor os diferentes aspectos que envolvem a perda de massa óssea e promover nos sujeitos mudanças de atitude e de comportamento para conquista do envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Osteoporose. Prevenção. Fisioterapia.

⁽¹⁾ Fisioterapeuta pela Faculdade Integral Diferencial (FACID). Especializando em Fisioterapia Traumatologia-ortopedia com ênfase em Terapia Manual pela Universidade Cândido Mendes-RJ.

⁽²⁾ Educador Físico e Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestrando em Bioengenharia pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP).

⁽³⁾ Fisioterapeuta pela Faculdade Integral Diferencial (FACID). Especialista em Fisioterapia Traumatologia-ortopedia com ênfase em Terapia Manual pela Universidade Cândido Mendes-RJ, e especializando em Docência do Ensino Superior pela FACID.

⁽⁴⁾ Educador Físico pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Fisioterapeuta pela Faculdade Integral Diferencial (FACID). Pós-graduado em Treinamento desportivo pela UNIVERSO. Especializando em Terapia manual pela Maurício de Nassau-PE.

⁽⁵⁾ Fisioterapeuta pela Faculdade Integral Diferencial (FACID). Especializando em Fisioterapia Traumatologia-ortopedia com ênfase em Terapia Manual pela Universidade Cândido Mendes-RJ.

1 INTRODUÇÃO

A Osteoporose é uma doença caracterizada por afetar drasticamente a resistência óssea (densidade e qualidade do osso), levando a uma fragilidade esquelética e, conseqüente risco aumentado de fraturas, é, pois desenvolvida no tecido ósseo por alteração metabólica que afeta homens e mulheres (FRAZÃO; NAVEIRA, 2006).

O conjunto de alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam de forma progressiva, especialmente em função da idade, prejudica o desempenho de habilidades motoras, dificultando a adaptação do indivíduo ao meio ambiente e desencadeando modificações de ordem psicológica e social (MEIRELES, 2000). Em decorrência de tal alteração, e concomitante ao envelhecimento, observa-se um retrocesso da capacidade funcional dos sistemas do organismo. Exemplo disso ocorre com o sistema ósseo, que sofre grande influência das alterações hormonais que resultam em um aumento no processo de reabsorção óssea, levando à diminuição fisiológica da massa óssea. Quando esse processo torna-se mais intenso, tem-se como resultado a Osteoporose, caracterizada por baixa massa óssea e degradação de sua microarquitetura, aumentando assim a fragilidade óssea (RITSON, 1996).

Nos últimos anos a Osteoporose tem sido reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública, com enormes repercussões sociais e econômicas, atingindo cerca de um terço das mulheres na pós-menopausa. É uma das doenças osteometabólicas mais comuns, sendo responsável pelo alto índice de morbidade e mortalidade entre os idosos, provocando grande impacto na qualidade de vida e grau de independência nos indivíduos acometidos (ENGERMANN; EVANS, 2005).

Sabe-se que certas características podem ser determinantes para desencadear a Osteoporose, dentre as quais se destacam a idade avançada, o sexo feminino, a altura, o sedentarismo, o tabagismo, o álcool, além do baixo consumo de cálcio, vitamina D e a ingestão excessiva de proteínas e fosfato. Ressalta-se que entre os fatores nutricionais, o cálcio merece destaque, por ser o mais importante mineral constituinte do tecido ósseo e o principal componente que dá solidez ao tecido (REICHEL, 2001).

O tema proposto foi escolhido por curiosidade científica em demonstrar a importância e o conhecimento dos benefícios de uma alimentação rica em cálcio associado à vitamina D, e a prática regular de exercícios físicos que trazem efeitos diretos na proteção da perda de massa óssea. Tal preocupação leva em consideração os dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), o qual aponta para projeção da população no Brasil, mostrando como tendência um crescimento no número de idosos, que deve alcançar 25 milhões de

peças em 2020, a maioria composta por mulheres (aproximadamente 15 milhões). Daí a importância de favorecer o bem-estar das pessoas que possivelmente possam ser acometidas pela Osteoporose (PARAHYBA; VERAS, 2005).

Outro aspecto a ser abordado é o da relevância do trabalho da Fisioterapia, demonstrado através do conhecimento da Osteoporose e das aplicações direcionadas à prevenção, e da eliminação ou redução da incapacidade, de modo a oferecer ao paciente motivação e efetiva participação na sociedade.

O presente artigo também apresenta sua contribuição à sociedade, na medida em que incentiva o desenvolvimento da prática preventiva, mostrando que atitudes simples podem ser adotadas a fim de minimizar os efeitos que a pessoa acometida de Osteoporose possa desenvolver.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivos mostrar a prevenção de complicações mais sérias associadas à Osteoporose, em geral, as fraturas, e principalmente na prevenção dessa doença, cabendo ao profissional da área de saúde levar informação de medidas preventivas como: palestras educativas, informando sobre a importância do cálcio e vitamina D na dieta, atividade física orientada diariamente, avaliação cinético-funcional, correção de posturas viciadas e planejamento e organização do ambiente domiciliar para evitar quedas e risco de fraturas.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é fruto de um trabalho de análise bibliográfica em fontes documentais de revistas científicas, artigos e livros, constituindo uma vasta bibliografia abordando os diferentes conceitos e estudos atualizados relacionados ao tema em questão. Em especial, aqueles que analisavam o papel do Fisioterapeuta na prevenção e no tratamento da Osteoporose.

A pesquisa bibliográfica, dentro de sua estrutura e finalidade, permitiu a realização de um trabalho buscando atender aos objetivos propostos, com critérios e metodologia, tudo em consonância com sua contribuição à comunidade científica Fisioterapêutica.

3 OSTEOPOROSE

A Osteoporose é uma doença osteometabólica comum que afeta ambos os sexos, mas predominantemente o feminino. Caracterizada por afetar drasticamente a resistência óssea (densidade e qualidade do osso), levando a uma fragilidade esquelética e, conseqüente risco aumentado de fraturas (FRAZÃO;

NAVEIRA, 2006). A partir dos 50 anos, 30% das mulheres e 13% dos homens poderão sofrer algum tipo de fratura por Osteoporose ao longo da vida. Ressalta-se que as mulheres na pós-menopausa apresentam risco elevado da doença e maior incidência de fraturas (FRAZÃO; NAVEIRA, 2006).

Fisiologicamente o osso é constituído pelo depósito de osteoblastos e absorvido nos locais onde os osteoclastos estão ativos. Normalmente há equilíbrio entre deposição e absorção óssea; o que não ocorre na Osteoporose, quando há uma desproporção entre atividade osteoblástica e osteoclástica, com predomínio da última (ZERBINI, 1998; GALI, 2001).

A Osteoporose é uma doença de prevalência elevada, trazendo expressivos prejuízos à saúde das pessoas afetadas. A invalidez resultante das deformidades ósseas e a incapacidade dos indivíduos acometidos pela doença é de demorado tratamento e as fraturas de fêmur reduzem o tempo de vida para homens e para mulheres. Cerca de 5% a 20% dos doentes morrem um ano após a fratura de fêmur, e mais de 50% dos sobreviventes ficam incapacitados, muitos deles permanentemente (RODRIGUES, 2002, p.16).

Além dos fatores hormonais, acredita-se que a falta de atividade física seja um fator de risco, uma vez que inúmeros relatos correlacionam inatividade física com perda óssea. Em humanos, foi demonstrada redução de 0,9% por semana do volume ósseo trabecular associado à diminuição de 1,3% por dia da força de contração muscular após imobilização prolongada. Assim, devido à existência de forte relação entre atividade física, densidade óssea mineral e massa óssea, a atividade física tem sido indicada como estratégia para diminuir a perda de massa óssea, mantendo a integridade esquelética (SATO, 2004; OCARINO; SERAKIDES, 2006).

Há que se considerar que a incidência da doença vem crescendo significativamente devido, principalmente, ao rápido envelhecimento populacional, constituindo-se atualmente um importante problema de saúde pública pelos seus efeitos devastadores na saúde física e psicossocial (SKARE, 1999; RODRIGUES, 2002).

Revisando a literatura sobre o assunto percebe-se que o cálcio é um mineral de destaque na prevenção e no tratamento da Osteoporose, devendo ser o seu consumo monitorado em todas as etapas do ciclo de vida. Cuidados especiais devem ser dispensados ao consumo de cálcio pela pessoa idosa, devido às limitações características da idade, para o bom aproveitamento digestivo e metabólico do nutriente (WAITZBERG, 1995; REBELLATO; GERALDO, 2004).

O cálcio é um mineral importante e participa de várias funções no organismo. Além da mineralização dos ossos e dos dentes, atua na excitabilidade muscular, na transmissão dos impulsos nervosos, na ativação enzimática, na secreção hormonal, no transporte de vitamina B₁₂. A absorção do cálcio é limitada, correspondendo a cerca de 20% a 40% da ingestão total e ocorre no duodeno e jejuno. A excreção do cálcio é de 150 a 250mg/dia e se dá através da urina, suor e bile. Sobre este aspecto, é relevante mencionar que no que se refere à pessoa idosa observa-se uma diminuição da absorção intestinal e aumento da perda urinária de cálcio, o que predispõe à desmineralização óssea e ao risco aumentado de fraturas ósseas (MOREIRA; CARVALHO, 2001; CHIARELLO; RADL, 2005).

As necessidades de cálcio variam com a idade, sendo maiores durante a puberdade, gravidez, lactação e terceira idade. É recomendável que as mulheres com osteopenia pós-menopausa ingiram pelo menos 1.500 mg de cálcio por dia. A suplementação de cálcio pode ser necessária para aquelas cuja dieta for inadequada (REBELLATO; GERALDO, 2004).

A vitamina D também é importante na prevenção da Osteoporose, na medida em que vários estudos tem apontado para um aumento na densidade óssea com suplementação de vitamina D (DAVID; LLOYD, 2001). Nesse sentido, as recomendações para as ingestões de cálcio e nutrientes relacionados à formação do tecido ósseo são de 1.200 a 1.500mg/dia, na faixa etária de 51 a 70 anos (MAHAN, 2005).

Uma das conseqüências mais graves da Osteoporose é a fratura, que pode levar a limitações emocionais e sociais, comprometendo a qualidade de vida, em virtude da instalação de um quadro de ansiedade, depressão e mudança de humor, decorrentes da patologia (REICHEL, 2001; NAVEGA, 2007). Os pacientes acometidos por essa doença geralmente tornam-se sedentários e mais isolados socialmente, permanecendo mais tempo dentro de casa não só pela dor, mas também pelo medo de fraturas, contribuindo para uma má qualidade de vida.

Destaca-se assim, a necessidade e importância de medidas educativas e preventivas; primeiro, na tentativa de diminuir o número de pacientes com Osteoporose, e segundo, para intervir o mais precocemente possível em favor dos pacientes acometidos, para que estes permaneçam ativos fisicamente, evitando sofrer fraturas (NAVEGA; 2007).

O trabalho do fisioterapeuta dentro do contexto já apresentado está relacionado à prevenção de complicações mais sérias associadas à Osteoporose, em geral as fraturas, e, sobretudo, à prevenção da referida doença. Cabe a este profissional levar informação de medidas preventivas através de palestras educativas, informando sobre a importância do cálcio e vitamina D na dieta, atividade física orientada diariamente, avaliação cinético-funcional, correção de posturas viciadas

e planejamento e organização do ambiente de casa para evitar quedas e risco de fraturas.

Daí a importância da inserção do profissional de Fisioterapia na atenção primária à saúde, uma vez que além do papel de agente multiplicador de saúde, atuando junto com uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, com objetivos em comum, este profissional trabalhará com a finalidade de reduzir o impacto da Osteoporose, desenvolvendo mecanismos para otimizar a prevenção e o tratamento desta doença, com estratégias de conscientização populacional a respeito da doença e de suas complicações (RAGASSON, 2003).

4 DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional e as condutas sedentárias, aliadas aos fatores que determinam os grupos de riscos para a doença em enfoque, exigem uma redefinição do papel do Fisioterapeuta, com ações voltadas ao atendimento como uma nova perspectiva do cuidado.

Tendo por base o conteúdo investigado na pesquisa bibliográfica, as medidas preventivas são particularmente importantes, visto que os tratamentos disponíveis podem conservar a massa óssea, mas não conseguem restaurar o osso osteoporótico até a normalidade. Sendo assim, considerando o aumento da expectativa de vida, a Osteoporose tornou-se um grande desafio para a saúde pública, causando um alto impacto sócio-econômico no mundo. Assim, a Osteoporose deve ser atendida não somente nas especialidades, mas em todos os níveis dos serviços de saúde, em especial, na atenção básica.

A Fisioterapia dispõe de mecanismos simples e acessíveis para ajudar na prevenção e tratamento da Osteoporose, cujos resultados contribuirão, efetivamente, para a promoção da saúde da pessoa idosa, especialmente, quando em atuação em grupos interdisciplinares, integrada com a nutrição abordando um tema de grande complexidade.

É notória a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, a fim de trazer a um melhor entendimento dos diferentes aspectos que envolvem a perda de massa óssea e promover nos sujeitos mudanças de atitude e de comportamento para conquista do envelhecimento saudável. Nesse aspecto, a intervenção primária do Fisioterapeuta associada a um consumo equilibrado e regular de cálcio são ações que devem ser priorizadas para a prevenção da Osteoporose e suas complicações.

5 CONCLUSÃO

Pelo exposto comprovou-se que as estratégias voltadas, principalmente, para a prevenção em saúde devem ser mais numerosas, de forma a ressaltar a dimensão do cuidado fisioterápico, posto que a compreensão do assunto pela população estimulará a efetiva participação desta, como promotores de sua saúde, de sua família e de sua comunidade. Finalmente, tem-se que o conhecimento do assunto sobre Osteoporose e sua prevenção, ora aqui abordado, é fundamental para as tomadas de decisões, constituindo um aspecto essencial para ocorrência de mudanças sociais e conseqüentemente de melhorias para a saúde da população.

ABSTRACT

OSTEOPOROSIS AND THE PHYSICAL THERAPIST'S ROLE IN ITS PREVENTION

Osteoporosis is a common metabolic bone disease that affects both sexes, but predominantly the female one. It is characterized by lower bone mineral density than average with disruption of bone microarchitecture and increased risk of fractures. This paper aims at showing the prevention of more serious complications associated with osteoporosis, in general, fractures, and, specially, the prevention of this disease. So, the physical therapist is to give information on preventive measures such as educational lectures, information on the importance of calcium and vitamin D in diet, everyday supervised physical activity, kinetic and functional assessment, correction of improper posture, planning and organization of home environment to prevent fall and fracture risks. To achieve the objectives of this work it was carried out a literature research on documentary sources and scientific journals, articles and books which made up a vast literature addressing the various concepts and recent studies related to the topic. There was a clear need to adopt an interdisciplinary approach to understand the various aspects that involve bone loss better and promote changes in the subjects' attitude and behavior toward the conquest of healthy aging.

Keywords: Osteoporosis. Prevention. Physical therapy.

REFERÊNCIAS

CHIARELLO, B.; RADL, A. L. M. **Fisioterapia reumatológica**. Barueri: SP: Manole, 2005.

DAVID, C.; LLOYD, J. **Reumatologia para fisioterapeutas**. Belo Horizonte: MG: Premier, 2001.

ENGERMANN, S.; EVANS, C. H. The potential of gene therapy for fracture healing in osteoporosis. **Osteoporos Int**, v.15, n. 1, p. 82-7, 2005.

FRAZÃO, P.; NAVEIRA, M. Prevalência de osteoporose: uma revisão crítica. **Rev bras epidemiol**, v.9, p. 206-14, 2006.

GALI, J. C. Osteoporose. **Acta Ortop. Bras.** v.9, n.2, abr.-jun. 2001.

MAHAN, L. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Rocco, 2005.

MEIRELLES, M. E. A. **Atividade física na 3ª idade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MOREIRA, C.; CARVALHO, M. A. P.. **Reumatologia diagnóstico e tratamento**. 2.ed. São Paulo: Medsi, 2001.

NAVEGA, M. T. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. **Reumatol**, v. 47, n.4, p. 258-264, jul/ago, 2007

OCARINO, N. de M.; SERAKIDES, R. Efeito da atividade física no osso normal e na prevenção e tratamento da osteoporose. **Rer. Bras. Med.**, v.12, n. 3, mai/jun. 2006.

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

RAGASSON, C. A. P. et al. **Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família**: reflexões a partir da prática profissional, Cascavel, 2003. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/arquivos/PSF1.pdgf>>. Acesso em: 24 set. 2003.

REBELLATO, J. R.; GERALDO, J. M. **Fisioterapia geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. Barueri-SP: Manole, 2004.

REICHEL, W. M. D. **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RITSON, F. S. Physiotherapy for osteoporosis: a pilot study comparing practice and Knowledge in Scotland and Sweden. **Physiotherapy**, v.82, p.1390-4, 1996.

RODRIGUES, H. L. Ainda há lugar para cálcio e Vitamina D na terapêutica da osteoporose Pós-menopausa. **R F M L: Série III**, v.7, n.1, p.15-27, 2002.

SATO, E. I. **Guia de reumatologia**. São Paulo: Manole, 2004.

SKARE, T. L. **Reumatologia**: princípios e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZERBINI, C. A. F. Osteoporose — revisão. **Revista Bras. Clín. Terap**, v. 24, n. 1, p. 22-26, 1998.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição enteral e parenteral na prática clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO MÉDICA INTEGRADA

Bruno Araújo Abílio ⁽¹⁾

Paloma Linard Palácio Bezerra ⁽²⁾

Milena Sampaio Magalhães ⁽³⁾

RESUMO

O estudo objetivou mostrar a importância da atenção primária à saúde, na qualidade de vida dos usuários do serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza. A estratégia trabalhada foi a metodologia qualitativa. A coleta das informações aconteceu de janeiro a março de 2007 e ocorreu a partir de uma entrevista semi-estruturada individual e diário de campo. Foram selecionados 9 usuários do serviço, maiores de 18 anos e independente do sexo. Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas no WINWORD 7.0 e analisadas através da Técnica de Análise Temática. Os resultados mostraram que a atuação dos profissionais e estudantes na atenção primária à saúde estão sendo bem desenvolvida no NAMI, contribuindo positivamente na qualidade de vida dos participantes, contudo a atenção fisioterapêutica nos níveis secundário e terciário foram mais valorizadas. Enfatizar a compreensão, sobre a dimensão do cuidado fisioterapêutico na atenção primária é de grande importância, pois poderá estimular a população a participar efetivamente como promotores de sua saúde e esse conhecimento é fundamental para as tomadas de decisões e aspecto essencial para que ocorram mudanças sociais e com isso melhorias na saúde da população.

Palavras-chave: Fisioterapia. Qualidade de vida. Atenção primária.

⁽¹⁾ Fisioterapeuta e Educador Físico pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Saúde da Família pela UFC em Fortaleza-CE. Mestrando em Bioengenharia pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP).

⁽²⁾ Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Terapia Manual e Postural pela CESUMAR.

⁽³⁾ Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde é realizada no período de pré-patogênese, compreendendo os níveis de promoção da saúde e proteção específica (LEAVELL; CLARK, 1976). Apresenta-se como uma busca de um bem estar do indivíduo, no seu ambiente, almejando assim uma qualidade de vida ideal. Para alcançar este estado de saúde se faz necessário uma série de requisitos interagindo entre si, com um objetivo em comum (BRASIL, 2001; MONTEIRO, 2000, LALONDE, 1974).

Um dos primeiros autores a fazer referência sobre promoção da saúde, a definiu como sendo um empenho da comunidade organizada, para buscar políticas que proporcionem condições de saúde à população e programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde assim como o desenvolvimento de uma sociedade que garanta a todos, os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (WINSLOW, 1920 apud CZERESNIA; FREITAS, 2003). Seria o processo de capacitação da população para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo sua maior participação no controle deste processo (DELIBERATO, 2002; LITVOC; BRITO, 2004).

Quando as medidas para a promoção de saúde da população não são totalmente eficientes, se faz necessário empregar a proteção específica. Esse nível de prevenção primária é aplicado ao risco de adoecer ou a um tipo de dano específico (JEKEL; KATZ, 2005). Proteção específica é a prevenção em seu sentido convencional e compreende intervenções a uma doença ou grupo de doenças específicas, visando interceptar as causas das mesmas antes que elas atinjam o homem. Estudos minuciosos na população, em laboratório e clínicas resultaram no conhecimento de detalhes da história natural de muitos distúrbios. Uma vez conhecido o processo, desenvolveram-se medidas específicas a respeito dos ciclos desses agravos procurando-se meios de interromper estes ciclos e proteger o homem (LEAVELL; CLARK, 1976).

Quanto ao que se refere a qualidade de vida, é necessário considerar muitos aspectos que revelam conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a eles se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. Pode-se dizer que a qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao setor saúde (PAIM, 1997; BUSS et al., 1998; MELLO, 2000; MINAYO et al., 2000).

Vários são os requisitos necessários para manter um estado de saúde a um indivíduo ou uma comunidade, justamente pelo processo saúde-adoecimento

ser efeito de múltiplos aspectos, sendo propenso a todos os setores da sociedade. Nesta diversidade, portanto, faz-se necessário à atuação de profissionais em saúde, dentre eles o fisioterapeuta. Estes devem estar comprometidos com o mesmo objetivo, interrelacionando-se e buscando uma saúde coletiva (FORATTINI, 2004).

A Fisioterapia, historicamente, tinha as atividades direcionadas quase que na sua totalidade para o tratamento e reabilitação, tendo a enfermidade como uma condição para a sua realização. A partir da nova concepção de saúde que considera a qualidade de vida e não mais somente a ausência de doença, o fisioterapeuta inseriu-se no sistema de atenção básica, numa nova perspectiva de atuação na atenção primária à saúde e não só no tratamento e na reabilitação (DELIBERATO, 2002), pois este está habilitado a atuar nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, conforme a Resolução COFFITO-8 (1978). Portanto, a inserção do profissional de Fisioterapia na atenção primária à saúde é de extrema importância, pois ao mesmo atribui-se um papel de agente multiplicador de saúde, atuando com uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar (RAGASSON, et al. 2003).

Diante desta realidade, analisou-se a importância da atenção primária à saúde na qualidade de vida dos usuários do serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), da Universidade de Fortaleza.

2 METODOLOGIA

A estratégia escolhida para ser trabalhada foi a metodologia qualitativa, levando em consideração o caráter perceptivo do estudo e seu objetivo que é de identificar as informações/conhecimentos sobre atenção primária à saúde. Esta abordagem justificou-se por ser capaz de integrar significados, motivos e atitudes, retratando melhor o espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, os quais não podem ser quantificados (MINAYO, 1994).

O universo escolhido para a investigação foram os usuários do serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Baseada na perspectiva qualitativa, a amostra não se orientou pelo critério numérico para garantir representatividade (MINAYO, 1994). Segundo esta pesquisadora, uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1992).

Participaram deste estudo 9 usuários, entre 46 e 58 anos, independente do sexo, que podiam verbalizar seus pensamentos e não apresentarem alterações mentais/psicológicas, pela dificuldade de expressar um raciocínio analítico.

A pesquisa ocorreu no período de janeiro a março de 2007, após a aprova-

ção do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (parecer n. 041/2007) e seguiu conforme as normas da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos e do Código de Ética do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional – Resolução COFFITO-10. Para evitar a identificação dos envolvidos, foram utilizados nomes fictícios.

Para coleta de informações utilizou-se a entrevista semi-estruturada individual e o diário de campo. Conforme Minayo (1994), este tipo de entrevista permite aos entrevistados falar sobre o tema em questão sem respostas ou condições determinadas pelo pesquisador. Esta técnica associa perguntas fechadas e abertas, por meio de roteiro que parte de certas indagações básicas, apoiadas em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem vasto campo de interrogativas, produtos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987).

O diário de campo foi utilizado para anotações das observações, questionamentos, dúvidas, percepções, angústias e manifestações (verbais, ações e atitudes) que, apesar da relevância, não são possíveis de serem registrados através de outras técnicas (MINAYO, 1994; TRIVIÑOS, 1987).

Após a aceitação dos participantes, as entrevistas foram gravadas e acompanhadas de anotações gerais sobre atitudes ou comportamentos dos entrevistados, para melhor contribuir aos esclarecimentos que perseguem os pesquisadores. Este procedimento conferiu maior fidedignidade às informações, constituindo condição fundamental para a realização da pesquisa.

Os usuários foram entrevistados pelos pesquisadores, no NAMI, de acordo com a disponibilidade de horário dos sujeitos selecionados.

As entrevistas com os usuários seguiram um roteiro que abrangeu as seguintes variáveis: sexo, idade, cor, religião, nível de escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, mora com quem, situação da moradia e saneamento básico, estado psicológico (alegre, ansioso, deprimido, agitado, dentre outros), estilo de vida, se participa de grupos, hábitos e atividade física, motivo do acompanhamento no NAMI; conceito de saúde, promoção de saúde, proteção específica e qualidade de vida; se a Fisioterapia contribui na promoção de saúde e proteção específica; aspectos relacionados à promoção de saúde e proteção específica desenvolvida pelos fisioterapeutas do NAMI; a importância destas informações para a qualidade de vida do usuário; sugestões de temas relacionados à promoção de saúde e proteção específica que poderão ser desenvolvidos pelos fisioterapeutas; outras observações que os entrevistados quiseram fazer sobre o tema discutido.

As entrevistas foram transcritas no WINWORD 7.0 para melhor análise das informações com auxílio da técnica de análise temática, que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 1992; BARDIN, 1997).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve como informantes 9 usuários do serviço de Fisioterapia do NAMI, com a faixa etária entre 46 e 68 anos, sendo 2 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, que será descrito a seguir: o perfil psicossocioeducacional e aspectos relacionados à entrevista, a compreensão dos conceitos: saúde, qualidade de vida, promoção de saúde e proteção específica, a contribuição da Fisioterapia na atenção primária à saúde, a influência das atividades desenvolvidas pela Fisioterapia para a qualidade de vida dos participantes e sugestões de melhoria das estratégias educativas sobre prevenção primária na qualidade de vida dos participantes.

3.1 Perfil Psicossocioeducacional e Aspectos Relacionados à Entrevista

- Icarai – Sexo feminino, 59 anos, morena, viúva, católica, cursando o ensino fundamental. Mora com um bisneto; dispõe de rede pública de esgoto e água. Trabalha como artesã com renda familiar de R\$ 120,00. Não ingere bebidas alcoólicas e parou de fumar há 16 anos. Diverte-se em grupos de oração, em passeios, em conversas com amigas e faz atividades físicas diariamente. Iniciou no NAMI devido diagnóstico de diabetes e hipertensão, faz acompanhamento com médico, fisioterapeuta e nutricionista; participa de vários grupos e os julga muito importante em sua vida. Momento antes da entrevista revelou-se descontraída e desinibida. Durante a conversa permaneceu à vontade, falando pausadamente e gesticulando.
- Cumbuco – Sexo masculino, 49 anos, moreno claro, católico não praticante, segundo grau completo. É paisagista, mas atualmente desempregado devido fratura em um acidente em competição ciclística, motivo que o levou ao NAMI. É presidente da Federação Cearense de Ciclismo com renda familiar de R\$ 800,00, mantida pela esposa; tem saneamento básico e água encanada. Não participa de grupos; bebe socialmente e fumou por um ano. Diverte-se pelo simples fato de estar vivo, viajando, conhecendo pessoas e andando. Gesticulou bastante durante a entrevista, em alguns momentos aumentava o tom de voz; ao falar do acidente se emocionou e chorou.
- Fortim – Sexo masculino, 68 anos, pele branca, católico, odontólogo, militar aposentado, casado; renda familiar R\$ 4.000,00; mora com filhos e esposa. Apresenta seqüela de AVC que foi o motivo pelo qual iniciou no NAMI; participa de grupo, não faz atividade física e se diverte

- conversando e escutando música. Durante a entrevista ficou à vontade, concentrado, falando pausadamente com leve dificuldade na dicção, mostrou-se tenso nos momentos em que tentava lembrar-se de assuntos que há muito não ouvia falar.
- Lagoinha – Sexo feminino, 46 anos, terapeuta ocupacional com mestrado, pele morena, católica, solteira. Trabalha como professora: sua renda familiar é de R\$ 8.000,00; mora com os pais. Iniciou no NAMI devido à seqüela de fratura de tíbia e fíbula; fumou por 27 anos, não ingere bebidas alcoólicas. Faz atividade física com frequência e se diverte encontrando com as amigas em barzinhos, indo ao cinema, conhecendo pessoas. Durante a entrevista permaneceu tranqüila, segura de suas palavras, com o corpo rodado para o entrevistador, falando pausadamente e utilizando exemplos.
- Caponga - Sexo feminino, 65 anos de idade, morena, analfabeta, católica, viúva, dona de casa, com a renda familiar de 3 salários. Procurou o NAMI por sentir dores na coluna; participa do grupo de idosos; não fuma, consome bebida alcoólica socialmente; faz caminhada e alongamentos 3 vezes por semana e se diverte conversando com as amigas e participando do grupo de idosos. Durante a entrevista apresentou-se de início, inibida, descontraindo-se na seqüência.
- Flexeiras – Sexo feminino, 68 anos de idade, pele morena, nível fundamental incompleto, católica, viúva, empregada doméstica, com renda familiar em torno de R\$ 1.700,00. Procurou o NAMI por ser hipertensa; participa do grupo saúde da mulher que faz parte de um programa social; não fuma, não consome bebidas alcoólicas; faz caminhada regularmente e se diverte assistindo televisão e bordando. Durante a entrevista, apresentou-se um pouco inibida.
- Taíba – Sexo feminino, 46 anos de idade, pele morena, nível fundamental incompleto, católica, vive com um companheiro; trabalha como merendeira escolar e tem uma renda familiar em torno de R\$ 400,00. Procurou o NAMI por apresentar artrose; participa do grupo saúde da mulher, que faz parte de um programa social; parou de fumar há 12 anos: consome bebida alcoólica socialmente; faz caminhadas todos os dias e se diverte indo à praia e em festas familiares. Durante a entrevista apresentou-se tranqüila, falando bastante, bem à vontade.
- Jericoacoara – Sexo feminino, 52 anos de idade, pele branca, nível fundamental incompleto, evangélica, casada, dona de casa, com a renda familiar em torno de R\$ 700,00. Procurou o NAMI após realizar uma mastectomia; participa do grupo saúde da mulher, e faz parte de um programa social; não fuma: não consome bebida alcoólica; não pra-

Tabuba – tica atividade física e se diverte frequentando a sua igreja. Durante a entrevista apresentou-se bastante tímida, falando pouco; mantém poucos relacionamentos pessoais, considerando-se bem reservada. Sexo feminino, 54 anos de idade, pele morena, nível médio completo, católica, casada, desempregada, não sabendo informar a renda familiar; procurou o NAMI por estar com uma tendinite; participa do grupo “despertar corpo e mente”, que faz parte de um programa social; não fuma e não consome bebidas alcoólicas; faz caminhada regularmente, e se diverte indo à praia e frequentando a casa de familiares. Durante a entrevista apresentou-se tranquila, verbalizando bem; considera-se uma pessoa reservada.

3.2 Compreensão dos Conceitos: Saúde, Qualidade de Vida, Promoção de Saúde e Proteção Específica

Admitindo a saúde como uma busca do bem estar, que envolve o físico, o mental e o social do indivíduo no seu ambiente e qualidade de vida, como o padrão que a própria sociedade define, considerando os conhecimentos, experiências e interesses de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2001; MINAYO, 2000). São conceitos bastante pessoais, revelando os valores de cada ser humano, como pode-se observar nas falas a seguir:

- Icarai - “Eu acho melhorar a saúde é um alimento bem balanceado, a caminhada, o alongamento. Qualidade de vida (...) ser bem humorada, né, amar, premeramente a gente, né, passear, rir”.
- Cumbuco - “Saúde eu acho que é você procurar viver bem, você procurar se cuidar, porque do contrário aí vem é a doença (...) procurar se alimentar bem. Qualidade de vida (...) viver em paz comigo mesmo, e viver ao natural, procurar ser feliz, procurar sorrir”.
- Lagoinha - “Saúde é uma coisa bem complexa, estado de completo bem estar físico, mental, social e vocacional. Qualidade de vida é você ter um lazer, você participar de grupos, você participar dos esportes, (...) ter acesso à internet, ter acesso a cinema”.
- Fortim - “Saúde... uma das coisas melhores que a gente tem. A pessoa ter qualidade de vida é quando ele tem dentro dos padrões dele a saúde, a alimentação, lazer, moradia, instrução futura”.
- Caponga - “O que a gente precisa pra ter saúde? Acho que é se cuidar. Aí eu acho que é a gente trabalhar né, trabalhar pra ter uma boa qualidade de vida, hoje também outra coisa muito importante é estudo”.

No que diz respeito a valores pessoais, qualidade de vida foi descrita pelos participantes considerando a definição de sua forma mais focalizada, ou seja, colocando sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade; assim como também foi referida no sentido mais ampliado, se apoiando na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais tendo na promoção da saúde seu foco mais relevante (MINAYO, 2000).

Já os conceitos de promoção da saúde e proteção específica, são desconhecidos pela maioria dos entrevistados. Há uma carência, no contexto universitário de estímulos ao desenvolvimento de práticas na atenção primária. Explorando o desconhecimento dos conceitos formais pelos mesmos. Apenas Lagoinha e Fortim falaram com propriedade a respeito do assunto (VERAS, 2003):

Lagoinha - “Promoção de saúde é o meio utilizado para promover saúde para o bem estar da população. A vacinação é proteção específica que tá protegendo contra as doenças”.

Fortim - “Promoção de saúde é a maneira de manter a saúde ideal. Proteção específica... quando a pessoa tem uma deficiência, uma dificuldade na saúde e vai ter um atendimento específico pra resolver ou minimizar esse problema”.

3.3 Contribuição da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde

A Fisioterapia está preparada para explorar o campo de atenção primária à saúde e isso beneficiará a população, os profissionais de saúde e o governo; validando a importância da atenção primária à saúde descrevendo que esta busca ampliara a cobertura de assistência à população atendida, impactando de modo favorável os indicadores de saúde e melhorara a qualidade de vida (DUCAN, 2004).

Porém ao questionar os participantes sobre a contribuição da Fisioterapia na atenção primária à saúde, 8 participantes não responderam corretamente, até porque, os entrevistados não souberam explicar o que seria o conceito de promoção da saúde e proteção específica.

Lagoinha - “O fisioterapeuta pode trabalhar num ramo de coisas né, pra ele promover saúde até numa escola mesmo, [...] a maneira de sentar como é que ta sendo? Postura, né! Tudo isso é promoção de saúde”.

Fortim – “é muito importante. Inclusive quando eu vou participar desses grupos (...) cada um falando um pouquinho de cada coisa (...) sabe, vocês falam numa linguagem bem acessível”.

Entretanto, nos relatos de alguns entrevistados, observou-se que o atendimento na atenção primária à saúde é realizado pelos fisioterapeutas do NAMI. Isto fica bem evidente quando eles falam a respeito do trabalho realizado nos grupos do programa social em que participam.

Jericoacoara - “Dá uma vida a gente né, gente se alegra né (...). Eu só vivia em casa (...). Eu gosto, sabe, ajuda né, alegra a gente”.

Caponga - “A gente faz todo tipo de exercício, alongamento (...). O que que a gente tem que fazer, o que que a gente não tem que fazer (...). Fala sobre câncer, diabetes, pressão alta (...), dão umas dicas pra gente”.

Icarai - *“Nesse grupo aí tem uma vez que fala sobre hipertensão, outra vez que fala sobre diabetes, outra vez que fala sobre artrose (...) que eu acho que ajuda muito a gente (...) orienta muito a gente sobre a saúde (...). A caminhada, os alongamentos, faz bem pra diabets, faz bem pra hipertensão, pro peso.*

3.4 Influência das Atividades Desenvolvidas pela Fisioterapia para a Qualidade de Vida dos Participantes

De acordo com o conceito de Sutherland e Fulton (1992 apud BUSS, 2000), a promoção de saúde se constitui nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio da família e do ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Para esses pesquisadores, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças que estariam sobre o controle do próprio indivíduo.

Dessa forma, verificou-se que tal definição se repete na fala dos entrevistados quando esses relatam sobre a aprendizagem, através dos grupos dos programas sociais realizados por professores, alunos e profissionais do NAMI. Constatou-se que a importância, principalmente, dos temas sobre socialização, auto-estima, orientações e palestras sobre doenças, prevenção e tratamento destas e ainda que tanto a promoção de saúde, como a qualidade de vida, foi bem introduzida nos grupos e transferida para a vida pessoal dos integrantes.

Tabuba - “(...) o grupo da gente tudo elas comemoram, eu acredito que isso também contribui muito. Por exemplo, na páscoa elas fazem uma

festinha, no dia das Mães elas fazem uma festinha, e tudo isso vai é juntando a gente. É como se fosse uma família”.

Icarai – “(...) a gente pra ser feliz tem que premero a gente ser, né. Pra mim amar você, eu tenho que me amar premero. Aprendi isso também, né... nos grupos, né. Esses grupos é uma benção”.

Taíba - “nós tava aqui na reunião (no grupo) e tava falando sobre isso... sobre a prevenção como é a, é prevenção sobre cardiologia essas coisas né, não comer sal, ter cuidado né, até os medicamentos sobre tomar direito, fazer atividade física, tudinho. (...) mesmo que não tenha (doença), é importante porque a pessoa tá se prevenindo, se algum dia chegar a ter já sabe como é”.

No entanto, observou-se a atuação da assistência fisioterapêutica no nível secundário e terciário (recuperação e reabilitação), quando expressavam a questão da cura e da reabilitação das limitações funcionais e a busca pela independência física, provavelmente pelas alterações físicas que os componentes apresentavam. Essa realidade também foi encontrada na pesquisa de Silva e Magalhães, desenvolvida na comunidade do Dendê, quando relataram que a melhora da funcionalidade foi mais valorizada do que a atuação da Fisioterapia no nível primário, conseqüentemente merecedor de destaque (SILVA; MAGALHÃES, 2004).

Caponga – “(...) quando eu tô com meu joelho doendo muito, (...) a gente não tem alegria (...), não tem gosto nem de viver! (...) aí mas quando ele não tá doendo eu viro o sete por aí, saio pra casa das minhas amiga sexta-feira chego na segunda, é, é bom demais né... e a gente sem saúde como é que a gente sai de casa, ninguém faz nada”.

Fortim - “(...) uma junta médica, especialistas... disseram que eu ia encontrar grande dificuldade de falar e de andar (...) E... uma coisa que eu nunca imaginei que eu pudesse fazer isso....: dirigir. O próprio, o próprio Detran quando me deu a habilitação novamente... disseram... disse que eu era,.... ia ser o primeiro hemiplégico a ter carteira nacional, a ter a habilitação”.

Uma das participantes do grupo foi além, talvez por ser a única com nível de pós-graduação e integrante da área da saúde. Evidenciando que evitando a contaminação, incentivando e realizando projetos de pesquisa e a ação da promoção de saúde nas diversas áreas e ambientes que a Fisioterapia pode atuar, os fisioterapeutas contribuem para o bem estar da população, influenciando na qualidade de vida destes. Além do que, devolvendo a funcionalidade e facilitando a

obtenção do lazer para as pessoas.

Lagoinha - *“Utilizando... é... objetos de proteção específica, né! Por exemplo você usando a máscara, você tá prevenindo de se contaminar, contra a tuberculose, (...) Através de projetos, né! Projetos de pesquisa, tudo o que... para o bem estar da população, né! (...) E promovendo a saúde, eu tô até prevenindo algumas doenças, né! (...) A promoção de saúde pode ser feita em postos de saúde, em hospitais, em centros, em escolas. O fisioterapeuta pode trabalhar num ramo de coisas né, pra ele promover a saúde (...) Se ele (o paciente) evoluir na fisioterapia, ele pode praticar um esporte, ele pode sair, né de casa, ter um lazer, né, participar de grupos. Tudo isso melhora a qualidade de vida!”*

3.5 Sugestões de Melhoria das Estratégias Educativas sobre Prevenção Primária na Qualidade de Vida dos Participantes

Para Vuori (1991), o cuidado não pode ser avaliado de alta qualidade, a menos que o paciente esteja satisfeito. Donabedian (1988) vai além, quando ensina que a satisfação do paciente pode ser considerada um elemento do status de saúde por si próprio. Hopkins (1990), traz a satisfação como uma dimensão importante do desfecho do atendimento, pois um paciente satisfeito tem mais probabilidade de participar e seguir o aconselhamento de tratamento.

Considerando que as intervenções são mais efetivas quando o paciente está contente com o atendimento, observou-se pelos relatos dos informantes, que os resultados visados pelas estratégias educativas (prevenção primária) e de tratamento (prevenção secundária) foram atingidos, pois a maioria dos informantes não pronunciaram-se em sugestões e utilizou elogios e palavras de gratidão aos serviços prestados pelo núcleo à população.

Fortim - *“Olha... eu não tenho muito a acrescentar, porque vocês fazem um... uma coisa tão bem organizada. Não é porque eu sou militar não, parece que foi feita por militar. [Risos] (...) dá pra pessoa perceber que o... o objetivo é alcançado. Isso é muito importante”.*

Dentre os 9 participantes, 3 sugeriram como atividade complementar a Hidroterapia. Os efeitos terapêuticos da técnica são importantes tanto na reabilitação como na prevenção e promoção de saúde. A capacidade de ser independente na água, de atingir as habilidades que podem ser impossíveis ou difíceis no

solo, só pode ter resultados psicológicos favoráveis e prolongados, que elevam a confiança e a moral, e isso pode ser transferido para a vida em terra (CAMPION, 2000).

Icarai - “Ah! a hidroginástica na piscina quente..... Eu já fiz o ano passado, (...) É... eu achei... foi maravilhoso! Melhorou bastante, tanto (...). Eu acredito que a gente nasce, né, ai vai crescendo, assim fortão, né, tudo fortão, né ai quando chega numa certa idade ai vai baxando, vai baxando.... ai até a respiração da gente às vezes falha, né. Ai então, foi muito bom, eu me dei muito bem, adorei. Gostaria que continuasse”.

Uma das respostas colhidas se diferenciou, sugerindo informações ilustrativas através de informativos e/ou cartazes, justificando-se por haver poucas no ambiente.

Lagoinha - “Pode fazer também cartazes no estabelecimento, sobre as doenças. Cartazes... coisa chamativa que chame a tenção da população, ilustrativa, é. Aqui tem muita pouca coisa chamando atenção”.

4 CONCLUSÃO

A atuação da Fisioterapia na atenção primária à saúde – promoção da saúde e proteção específica – é algo que está sendo desenvolvido no NAMI. Observou-se através dos relatos dos participantes, que estas ações são efetivas nas suas vidas, influenciando positivamente na qualidade de vida.

Verificou-se que os mesmos valorizam mais a atenção fisioterapêutica nos níveis secundário e terciário, provavelmente pelo fato de ter sido o motivo que os levou ao setor de Fisioterapia, buscando solução para suas incapacidades e limitações físicas.

Sugere-se que as estratégias de prevenção voltadas para a atenção primária à saúde sejam mais numerosas, de forma a ressaltar a dimensão do cuidado fisioterápico, pois a compreensão do assunto pelos usuários poderá estimulá-los a participarem efetivamente como promotores de sua saúde, de sua família e de sua comunidade. Esses conhecimentos são fundamentais para as tomadas de decisões e constituem-se como aspecto essencial para que ocorram mudanças sociais e com isso melhorias na saúde da população.

ABSTRACT

PRIMARY HEALTH CARE IN THE QUALITY OF LIFE OF THE USERS OF PHYSICAL THERAPY SERVICE AT THE NUCLEUS OF INTEGRATED MEDICAL ASSISTANCE

This study aimed at showing the importance of the primary health care in the quality of life of the users of Physical Therapy service at the Nucleus of Integrated Medical Assistance of the University of Fortaleza. The strategy used was the qualitative approach. The collection of the information happened from January to March, 2007, through a semi-structured interview field diary. 9 users of the service, over 18 years, regardless sex were selected. After the collection of the data, the interviews were transcribed in WINWORD 7,0 and analyzed through the Technique of Thematic Analysis. The results show that the professionals' and students' performance in the primary health attention is being well developed at NAMI, contributing positively to the participants' life quality. However the physical therapy attention to the secondary and tertiary level was valued more. To emphasize the understanding on the physical therapy care perspective on the primary attention is very important, once it can stimulate population to participate effectively as responsible for their health. Such knowledge is essential for decisions making and a key aspect so that social changes occur and bring about improvements in population health.

Key words: Physical therapy. Quality of life. Primary health care.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Mega países e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS no 196. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 16 de outubro de 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; 1996. [publicada no **Diário Oficial da União**, n. 201.

BUSS, P. M et al. **Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1998.

CAMPION, M. R. **Hidroterapia: princípios e práticas**. São Paulo: Manole, 2000.

COFFITO-08. **Resolução n. 353, de 8 de novembro de 2008. Aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências**. Brasília: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 1978. [publicada no Diário Oficial da União n.º 216, 1978; Fev 20].

COFFITO-10. **Resolução conffito, 10 de junho de 1978. Aprova o código de ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 1978. [publicada no **Diário Oficial da União** n. 182; 1978; Jun 3].

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. São Paulo: Manole; 2002.

DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

FORATTINI, O. P. **Ecologia epidemiologia e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

HOPKINS, A. **Measuring the quality of medical care**. London: Royal College of Physicians of London, 1990.

JEKEL, J. F; KATZ, D. L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LALONDE, M. **A new perspective of the health of Canadians: a work document**. Ottawa, 1974.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**.

São Paulo: Atheneu, 2004.

MELLO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 1149. out./dez 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18. 2000.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3. ed. Petrópolis: Vozes. 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil** – a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: BARATA R. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p.7-30.

RAGASSON, C. A. P. et al. **Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família**: reflexões a partir da prática profissional, Cascavel, 2003. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/arquivos/PSF1.pdggf>>. Acesso em: 24 set. 2003.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, M. S. **A prática fisioterapêutica na saúde coletiva sob a óptica da comunidade do Dendê** [Monografia]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ática, 1987.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 105-715, mai-jun. 2003.

VUORI, H. Patient satisfaction does it matter? **Qual. Assur. Health Care**, v.3, n.3, p.183-189, 1991.

A INFLUÊNCIA DO PERFIL ROTACIONAL DOS MEMBROS INFERIORES EM PORTADORES DA SÍNDROME DA DOR ANTERIOR DO JOELHO

Marcela Ralin de Carvalho Deda¹
Rosana Martins Ferreira de Carvalho
Pábula Thaís Maurício Rodrigues de Lima²
Luiz Henrique Sala de Melo Costa³
Carlos Eduardo Andrade⁴
Paulo Márcio Pereira Oliveira⁵

RESUMO

O objetivo do presente estudo é discutir a literatura atual acerca da importância da avaliação do perfil rotacional (torção femoral, torção tibial e pronação da articulação subtalar) em portadores da Síndrome da Dor Anterior do Joelho, para traçar-se uma conduta terapêutica mais eficaz e individualizada, fundada na etiologia real de tal patologia. Este trabalho consta de um levantamento bibliográfico, por meio do acesso a sites de pesquisa MEDLINE 1966-2006 para obtenção de artigos científicos de cunho particular e público, através de livros e materiais de acervo pessoal. Resultando assim, na obtenção de 6 livros, e 59 artigos de revisão literária e de pesquisa de campo realizados entre 1903 e 2005. Dentre as alterações rotacionais pesquisadas, a torção femoral interna, rotação lateral da tibia e pronação subtalar foram as mais encontradas e relacionadas biomecanicamente com o surgimento de tal disfunção patelar. No entanto, ainda há no meio científico, discordância a despeito dessas correlações.

Palavras-Chave: Biomecânica patelar. Dor femoropatelar. Perfil rotacional.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as patologias que acometem a articulação do joelho, a Síndrome da Dor Anterior é a desordem patelofemoral que gera o maior número de queixas

¹Fisioterapeuta Especialistas em Fisioterapia Músculo-esquelética e mestranda da Universidade de São Paulo-USP/RP email: deda.marcela@hotmail.com

²Fisioterapeuta mestranda da Universidade Federal de Sergipe-UFS

³Graduando do curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP

⁴Professor do curso de Fisioterapia da Universidade Tiradentes, Mestre em ciências da reabilitação neuromotora-Uniban-SP, Especialista em aparelho locomotor no esporte-epm-SP

⁵Professor da prática supervisionada de trauma-ortopedia (unit), Pós-graduado em reabilitação trauma-ortopedia(FDC), membro titular da Sociedade Brasileira de Biomecânica.

em consultórios ortopédicos e de medicina desportiva. Esta patologia possui incidência duas vezes maior em mulheres e acomete primordialmente adolescentes e adultos jovens, entre 16 e 26 anos, os quais estão diretamente envolvidos com atividades recreativas, escolares, desportivas e profissionais. Os portadores desta síndrome apresentam dor difusa na face anterior do joelho, que leva a diferentes níveis de incapacitação física (PUNIELLO, 1993; LIANZA, 1995; CALLAGHAN; OLDHAM, 1996; WILK, 1996; HERRINGTON; PAYTON, 1997; POWERS et al., 1999; STEINKAMP et al., 1999; THOMÉE; AUGUSTSSON; KARLSSON, 1999; WITYROUW, et al., 2000; GROSS; JUDYL; FOXWORTH, 2003; IRELAND, et al., 2003; LIN et al., 2003; MASCAL; LANDEL; POWERS, 2003; POWERS, 2003; BOHNSAC, et al., 2005).

Apesar da realização de diversos estudos sobre a temática, a abordagem terapêutica desta enfermidade ainda é vaga e controversa devido às discordâncias existentes na literatura acerca do real fator causal desta afecção (WILK et al., 1996; WITVROUW, et al., 2000; GROSS, 2003; IRELAND, et al., 2003; POWERS, 2003; BOHNSAC, et al., 2005). A dor patelofemoral tem sido atribuída a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Os fatores internos estão relacionados com as características físicas individuais como, por exemplo, mau alinhamento da patela e dos membros inferiores (FICAT; HUNGEFORD DS, 1979). Já as causas externas estão relacionadas aos tipos de atividades profissionais ou desportivas executadas, à maneira como estas são realizadas, às condições envolvidas e aos equipamentos utilizados (MILGRON; KEREM; FINESTONE, 1991).

Uma vez que o corpo humano é um sistema articulado, qualquer movimento alterado em uma de suas partes afetará o movimento global da marcha. Desta forma, o mau alinhamento do membro inferior, através de seus perfis rotacionais, tem sido considerado um fator contribuinte no desenvolvimento desta síndrome. A avaliação do perfil rotacional relacionado ao alinhamento dos membros inferiores inclui os parâmetros de versão femoral, torção tibial e pronação da articulação subtalar (TURNER, 1994; POWERS; MAFFUCCI; HAMPTON, 1995; KLINGMAN; LIAOS; HARDIN, 1997; POWERS et al., 2002). Tais rotações no plano transversal são associadas a muitos problemas clínicos que, no passado, foram ignorados devido ao difícil diagnóstico. Por outro lado, as deformidades no plano frontal e sagital foram facilmente visualizadas e mensuradas nas radiografias convencionais (STAHOLI et al., 1985).

Fulkerson (2000), afirma que a função patelofemoral anormal é proveniente de um deslocamento patelar mínimo que pode levar à progressiva destruição articular e dor, as quais originam-se, em muitos casos, de uma excessiva pressão exercida pela patela sobre estruturas ricamente inervadas ao redor do joelho, seja por episódios moderados e repetitivos de sobrecarga, como na marcha, seja por uma

pressão contínua nessa articulação por tempo prolongado, frequentemente associada ao desalinhamento patelar.

Além disso, diversos pesquisadores têm notado que uma diferença sutil na alteração da mecânica normal poderá ter um efeito profundo, gerando uma significativa lesão e dor na articulação patelofemoral no fim de um período de tempo relatado com movimentos repetitivos (MILGRON; KAREM; FINESTONE, 1991). Com isso, uma biomecânica alterada afeta a performance articular, durante as atividades diárias, recreativas, escolares e profissionais, dos portadores desta síndrome.

Devido ao fato de a Síndrome da dor anterior do joelho ser ainda muito discutida no meio científico, em virtude da existência de contradições quanto à sua terminologia, etiologia, tipos e níveis de dor, é que se faz necessário investigar de forma mais acurada esta desordem patelar. Uma vez que o mau alinhamento do membro inferior é considerado uma importante causa desta síndrome, o objetivo do presente estudo é discutir a literatura atual acerca da importância da avaliação do perfil rotacional em pacientes portadores desta patologia, para que se possa desenvolver uma conduta terapêutica mais eficaz e individualizada, baseada na etiologia real de tal afecção.

2 METODOLOGIA

Este trabalho consta de um levantamento bibliográfico, por meio do acesso a sites de pesquisa (MEDLINE 1966-2006) para obtenção de artigos científicos de cunho particular e público, utilizando como palavras-chaves: Dor femoropatelar, perfil rotacional, biomecânica patelar. Buscou-se também, livros através da Biblioteca Jacinto Uchôa da Universidade Tiradentes e da Biblioteca da Saúde (Bisau) do Hospital Universitário, como também materiais de acervo pessoal. Considerando, a partir dessa seleção, os critérios de cientificidade, atualidade e temática. Resultando assim, na obtenção de 6 livros, e 59 artigos de revisão literária e de pesquisa de campo realizados entre 1903 e 2005, sendo utilizados na elaboração da revisão de estudos, em ordem cronológica, e posterior discussão dos achados literários.

3 REVISÃO DE ESTUDOS

Staheli e Engel (1972) estudaram o grau de torção tibial em crianças e adultos através de um aparato que determinava o valor do eixo transmaleolar com o joelho a 90°. Os autores observaram que a torção aumentava com a idade, ocorrendo durante o primeiro ano de vida aumento de 5° na rotação lateral, 10° nas crianças mais velhas, e 20° nos adultos.

Airanow e Zippel (1990), em sua pesquisa examinaram a torção fêmoro-tibial em pacientes portadores de instabilidade patelar através da tomografia computadorizada, examinando os ângulos de torção femoral e em 40 pacientes com deslocamento recorrente da patela e em 10 pessoas sem patologia prévia e observou no grupo patológico um aumento significativo da rotação interna do fêmur e da rotação externa da tibia em comparação ao grupo controle.

Stuberg et al. (1991) mensuraram a torção tibial através do goniômetro e da tomografia computadorizada em 17 indivíduos sem patologia ortopédica prévia, com idade entre 3 e 24 anos e observaram uma diferença de 5° entre os dois métodos de avaliação, que não foi significativa, uma vez que esta está dentro da margem de erro da mensuração goniométrica.

Turner (1994) em seu estudo, mensurou através do goniômetro, a torção tibial em pacientes portadores da síndrome da dor anterior do joelho. O valor de torção tibial externa encontrado no grupo controle foi de 19°, já no grupo sintomático, foi de 23° a 24.5°, observando assim, a presença da torção tibial externa aumentada em pacientes portadores de disfunção patelofemoral.

Lee et al. (1994) examinaram a influência da rotação interna do quadril com a biomecânica patelar em joelhos de cadáveres usando um filme de sensibilidade à pressão e observou que com uma rotação interna do fêmur a partir de 30° associado a uma flexão acima de 30° do joelho, haverá um aumento da pressão na região lateral da patela.

Powers; Maffucci; Hampton (1995) realizaram um estudo para observar o alinhamento do retropé em pacientes portadores de disfunção patelofemoral, comparando com indivíduos saudáveis. A mensuração foi realizada através de um goniômetro em 30 mulheres, sendo 15 sintomáticas e 15 assintomáticas, que foram posicionadas em prono com a articulação subtalar na posição neutra. Um pequeno, mas significativo, aumento do varo do retropé foi encontrado nas pacientes sintomáticas. Sendo assim, este pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento da dor.

Seber et al. (2000) avaliaram a torção tibial e femoral em 50 adultos assintomáticos do sexo masculino, através da tomografia computadorizada, e encontraram valores de 14 a 28° para a torção femoral e de 16 a 50° para a torção tibial. Não foi observada correlação biomecânica entre estas torções, nem diferença entre o membro inferior direito e esquerdo.

Powers et al. (2002) propuseram uma pesquisa para comprovar a hipótese de que indivíduos com Síndrome da dor anterior do joelho apresentam um aumento da rotação interna do fêmur, rotação interna da tibia e pronação subtalar quando comparados com indivíduos assintomáticos. O grupo sintomático foi composto por 24 mulheres e o controle por 17, sendo realizada uma avaliação de forma dinâmica, em 3 dimensões e utilizando 6 câmeras com sistema de análise do

movimento do fêmur, da tíbia e do pé. Não houve diferença entre os grupos com relação à angulação da pronação subtalar e da torção tibial. No entanto, o grupo sintomático demonstrou uma redução significativa da rotação interna do fêmur. Os resultados obtidos parte estudo não suportam a hipótese anteriormente descrita. Powers sugeriram que a torção femoral interna reduzida observada no grupo sintomático ocorre como uma estratégia compensatória para reduzir o ângulo Q.

Silva (2002) realizou um estudo para provar que a Síndrome patelofemoral deve ser vista como consequência de um mau alinhamento da patela em relação ao fêmur, e para isso avaliou 36 pacientes, através de um estudo descritivo, transversal, composto de análises biomecânicas, posturais e estudo da manifestação da dor com questionários e dados coletados em exame físico e avaliação postural. Apesar de a literatura relatar que uma das principais causas de tal Síndrome seria a presença de pé pronado, no presente estudo não houve uma presença significativa desta alteração, pois foi encontrado em apenas em 8.3% dos casos. No entanto, em todos os joelhos que possuíam dor foi encontrada uma rotação interna do quadril.

4 DISCUSSÃO

Para muitos pesquisadores uma das principais causas do desenvolvimento da Síndrome da dor anterior do joelho é o mau alinhamento do membro inferior, refletido através da alteração do seu perfil rotacional (TIBERIO, 1987; ENG; PIERRYNOWSKI, 1993; TURNER, 1994; POWERS; MAFFUCCI; HAMPTON, 1995; KLINGMAN; LIAOS; HARDIN, 1997; FULKERSON; ARENDT, 2000). Entretanto, Powers et al. (2002) avaliaram o perfil rotacional em pacientes portadores de tal Síndrome e não observou alterações rotacionais que justificassem a presença da mesma.

Quanto à avaliação rotacional, a versão femoral é um importante parâmetro a ser investigado, uma vez que sua alteração repercutirá diretamente na biomecânica da articulação patelofemoral. A avaliação goniométrica pode ser realizada com o paciente em decúbito ventral e joelhos fletidos a 90° (REIDER, 2001; STAHELI, et al. 1985), em decúbito dorsal com o membro inferior estendido (REIDER, 2001; KOSIC et al., 1997) ou fletido nesta mesma angulação, podendo ainda estar o paciente sentado à beira da maca (REIDER, 2001). Tal mensuração pode ser realizada também através da tomografia computadorizada e radiografia convencional (AIRANOW; ZIPPELH, 1990; REIKERAS, 1991).

O aumento da rotação interna do quadril é duas vezes mais freqüente em mulheres (STAHELI, et al. 1985; REIDER, 2001). Staheli, et al. (1985) relatam ainda que a rotação externa é mais comum em crianças, as quais, com o avançar da idade, tendem a desenvolver uma internalização rotacional do quadril que perdura

à fase adulta, assumindo valores de rotação interna de 25 a 65° em homens, de 15 a 60° em mulheres e de rotação externa de 25 a 65° para ambos os sexos. Todavia, Reider (2001), estabelece limites de rotação interna de até 35° e rotação externa de até 45° para ambos os sexos. Observa-se a não concordância entre os autores quanto a melhor forma de mensuração e os valores de normalidade. No entanto, como Staheli estudou 1000 quadris em 500 indivíduos (279 mulheres e 221 homens), com idade entre menos de um ano e dezessete anos, seu estudo torna-se mais relevante e seus achados mais fidedignos.

Diante disto, a mensuração da torção femoral se torna relevante na investigação da causa da disfunção patelar, pois na presença de rotação femoral interna a tróclea lateral se impõe à face articular lateral da patela, empurrando-a medialmente e tensionando o retináculo lateral. O contrário ocorre com a rotação externa do fêmur, onde a tróclea medial se impõe à face articular medial da patela, empurrando-a lateralmente e tensionando o retináculo medial, (BRODY; THEIN, 1998; LEE; MORRIS; CSINTALAN. 2003). Além disso, diversos autores relatam que existe uma maior predominância da torção femoral interna no desenvolvimento da disfunção patelofemoral, pois o centro da patela irá se mover para uma posição mais medial em relação à espinha íliaca ântero-superior, aumentando assim o ângulo Q, resultando num acréscimo do vetor de força lateral que age sobre a patela, contribuindo para lateralização da mesma (AIRANOW; ZIPPEL. 1990; LEE TQ et al., 1994; POWERS; MAFFUCCI; AMPTON. 1995; SODEBERG, 1997; THOMEE; AUGUSTSSON; KARLSSON. 1999; TENNANT; et al., 2001; SILVA, 2002).

Outro parâmetro importante que deve ser avaliado na investigação da Síndrome da dor anterior do joelho é a torção tibial, primeiramente descrita por Le Damany (1903) como sendo a rotação da tibia através do eixo longitudinal, resultando em uma mudança do alinhamento nos planos de movimento do joelho e do tornozelo (HUTTER; SCOTT, 1949).

A torção tibial pode ser mensurada goniometricamente, com o paciente posicionado em decúbito dorsal (RITTER; DE ROSA; BABCOCK. 1976), ventral ou com o paciente sentado (STAHILI; ENGEL, 1972). Segundo Reider (2001), a posição mais convencional para mensuração é com o paciente em decúbito ventral, estando os joelhos fletidos a 90°, tíbias mantidas verticais e tornozelos em posição neutra. Assim, o examinador observa os pés do paciente de cima e avalia o ângulo formado pela borda medial do pé com o eixo longitudinal das coxas.

Stuberg et al. (1991) preconizam como melhor metodologia de avaliação deste parâmetro, na posição anteriormente descrita, a visualização do ângulo formado entre o eixo transmaleolar (linha formada entre os dois maléolos) e o eixo transcondilar (linha formada entre os dois côndilos femorais), podendo ainda ser mensurado através do ângulo coxa-pé, que está situado entre a linha que segue o

fêmur e outra que segue o segundo metatarso. Já Staheli et al (1985) afirmam que os valores obtidos nesses dois métodos são semelhantes, porém o ângulo coxapé avalia a deformidade combinada da torção da tíbia e do retropé. Além disso, a torção tibial pode também ser mensurada através de tropômetros, radiografias, ressonância magnética (TURNER, 1994) e tomografia computadorizada (AIRANOW; ZIPPEL, 1990; REIKERAS, 1991; STUBERG, et al. 1991; LANG; VOLPE, 1998; SEBER et al. 2000).

Le Damany (1903) preconiza a existência de uma rotação interna da tíbia durante a fase intra-uterina, que será reduzida até tornar-se rotação externa e estabilizar-se na fase adulta. Tal afirmativa foi ratificada por Khemosh; Lior; Weissaman (1971), pois, ao estudar a torção tibial em crianças do nascimento aos cinco anos, foi observada uma variação da torção externa, com o avançar da idade, de 2 a 10°. Entretanto, não há um consenso na literatura acerca dos valores de torção tibial externa para o indivíduo na fase adulta, uma vez que Wyne-Davies (1964) encontrou uma variação de 0 a 40°, Malekafzali (1979), observaram variação de 7 a 20°, Seber, et al. (2000) deparou-se com valores entre 24 e 40° e Reider (2001), preconizou limite de até 20°. Ainda sobre este aspecto, de acordo com estudo mais recente, Lee; Morris; Csintalan (2003) postularam como valor limítrofe para este parâmetro os 15° de torção tibial externa, uma vez que, com uma torção tibial acima de 15° haverá uma compressão da faceta ipsilateral da patela durante todo o arco de movimento de flexão do joelho, sendo esta pressão transmitida para a cartilagem articular, ocorrendo dano condral, subcondral e ocasionando dor.

Outros estudos demonstram que a torção tibial externa pode ocorrer de forma secundária à torção femoral interna, que por sua vez promove estresse do trato íleo-tibial, tensor da fâscia lata e conseqüentemente do retináculo lateral, aumentando a compressão patelar e causando inclinação lateral da mesma. Ademais, a tensão excessiva de tal musculatura irá aumentar as forças entre o tendão patelar e o tendão quadriciptal, levando ao aumento do ângulo Q, implicando diretamente no aumento das áreas de contato e pressão na superfície articular lateral da patela (SHARRARD, 1971; FOX, 1975; FICAT, 1977; LARSON, 1978; TERRY, 1986; ZAPPALA; TAFFEL; SCUDERI. 1992; TURNER, 1994; BRODI; THEIN, 1998; NISSEN et al., 1998; FULKERSON, 2000).

A articulação subtalar também merece atenção na avaliação das alterações rotacionais, uma vez que está diretamente relacionada às disfunções femoropatelar, em virtude de sua íntima relação com as rotações do membro inferior e principalmente com a tíbia (ROSE et al., 2002; GROSS, 2003).

Para Reider (2001), uma forma de avaliar o alinhamento do retropé é mensurando, através do goniômetro, o ângulo formado entre a bissetriz que passa pela panturrilha e a bissetriz que segue o tendão de aquiles, sendo o ortostatismo

com apoio bipodal o melhor posicionamento para se obter tal ângulo. Paradoxalmente, alguns autores afirmam que é em decúbito ventral (GOULD, 1993; POWERS, 1995; DONATELLI, 1996; DONATELLI, 2001).

Dessa forma, em condições normais, a linha mediana do calcânhar encontra-se entre 5° e 10° em relação à linha mediana da panturrilha. (REIDER, 2001). Já Eng e Pierrynowski (1993) ao avaliarem 10 voluntárias com disfunção patelar, observaram ângulos de pronação subtalar maiores que 6°, considerando então como valor de normalidade até esta angulação. Da mesma forma de avaliação, Gross (2003) postulou um extremo de 9°. No entanto, como o estudo realizado por Reider avaliou o perfil rotacional em indivíduos saudáveis, o mesmo tem maior validade científica.

A pronação subtalar é um episódio fisiológico que ocorre entre o contato inicial e o apoio médio do pé durante a marcha, contudo, uma pronação excessiva ou prolongada é uma causa comum das lesões por excesso de uso da extremidade inferior (CANAVAN, 2001), devido a uma flexão e adução do tálus sobre o calcâneo, levando à rotação medial da tibia e culminando em uma torção femoral interna, de forma compensatória, para gerar uma relativa rotação lateral do platô tibial sobre os côndilos femorais. Tal cascata de alterações resultará no aumento do ângulo Q, acréscimo da compressão lateral da articulação patelofemoral, e incremento da tendência à incongruência patelar e dor (LEVENS et al., 1949; TIBÉRIO, 1987; HILYARD, 1990; DOUCETTE; GOGLE, 1992; ZAPPALA, 1992; LAFOURTUNE et al., 1994; SODEBERG, 1997; REISCHL et al., 1999; FULKERSON 2000; ROSE et al., 2002; GROSS, 2003; POWERS, 2003).

Diante disto, a pronação da articulação subtalar é considerada por muitos autores como uma importante causa para o desenvolvimento da Síndrome da Dor Anterior do Joelho (TIBÉRIO, 1997; FULKERSON, 2000; ROSE et al., 2002; GROSS, 2003; POWERS, 2003). Entretanto, Silva (2002) observou, em seu estudo, a presença de pronação subtalar em apenas 8.3% dos indivíduos portadores de tal síndrome, já Messier, (1991) e Powers (2002) afirmaram que não há correlação entre esta alteração rotacional e a presença de disfunção femoropatelar. Curiosamente, Powers et al., 1995, observaram um pequeno, mas significativo aumento do varo do retropé em pacientes portadores de tal disfunção, evidenciando que este pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento da mesma.

5 CONCLUSÃO

A Síndrome da Dor Anterior do Joelho é ainda bastante discutida no meio científico, dada sua diversificada terminologia, diferentes tipos e níveis de dor resultante da mesma, além de etiologia bastante controversa. A partir da revisão sistemática e do levantamento bibliográfico realizado, verificou-se que as alterações do perfil rotacional foram tidas como uma das principais causas da disfunção patelofemoral, sendo a torção femoral interna, a torção tibial externa e a pronação subtalar as alterações mais citadas na literatura. No entanto, existe ainda freqüente

contradição bibliográfica sobre como ocorrerão tais alterações rotacionais, que, por sua vez, repercutirão sobre a articulação femoropatelar. Conclui-se, portanto, que devem ser realizadas pesquisas mais aprofundadas acerca destes parâmetros, com o objetivo de que, através desses estudos, possam ser elaboradas estratégias de tratamento mais condizentes e mais adequadas às especificidades deste tipo de afecção musculoesquelética.

ABSTRACT

THE INFLUENCE OF THE LOWER MEMBER ROTATIONAL PROFILE IN CARRIERS OF ANTERIOR PAIN KNEE SYNDROME

This paper aims at discussing current literature about the importance of the rotational profile evaluation (femoral twist, tibial twist and subtalar pronation) in carriers of the Anterior Knee Pain Syndrome so that it can be traced a more individual and efficient therapeutical procedure, established in the real etiology of such illness. This work consists of a literature review in research sites (MEDLINE 1966-2006) to get public and private scientific articles, through books and personal materials. 6 books and 59 literature review and field research articles carried out between 1903 and 2005 were used. Amongst the rotational alterations searched, internal femoral twist, lateral rotation of tibia and subtalar pronation were the most common ones and biomechanically related with this syndrome. However, there is disagreement about these correlations in scientific field.

Keywords: Patellar biomechanics, Patellofemoral pain, Rotational profile.

REFERÊNCIAS

AIRANOW S; ZIPPEL H. Femoro-tibial torsion in patellar instability. A contribution to the pathogenesis of recurrent and habitual patellar dislocations. **Beitr Orthopaedic Traumatology**; v.37, n.6, p.311-6, 1990.

BONSACK M; BORNER C.; RUHMANN O; WIRTH CJ. Patellofemoral pain syndrome. **Der Orthopade**, v.34, n.7, p.668-76, 2005.

BRODY, L.T.; THEIN, J.M. Nonoperative treatment for patellofemoral pain. **Journal of orthopaedics sports physical therapy**, v.28, n.5, p.336-344, 1998.

CALLAGHAN JM; OLDHAM JA. The role of Quadriceps Exercise in the treatment of patellofemoral Pain Syndrome. **Sports Medicine**, v.21, n.5, p. 384–390, 1996.

CANAVAN, P. K. **Reabilitação em Medicina. Esportiva.** São Paulo: Manole, 2001.

DONATELLI RA; WOODEN M. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2001.

DONATELLI R; BRASEL J; BROTZMAN SB. Foot orthoses. **Clinical Orthopaedic reahabilitation**, Saint Louis: Ed.Mosby, 1996.

DOUCETTE, S.A.; GOBLE, M. The effect of exercise on patellar tracking in lateral patellar compression syndrome. **Journal sports medicine**, v.20, n.4, p.434-440, 1992.

ENG, J.J.; PIERRYNOWSKI, M.R. Evaluation of soft orthotics in the treatment of patelofemoral pain syndrome. **Physical Therapy**, v.73, p.62-70, 1993.

FICAT, R.P.; HUGERFORD, D. **Disorders of the patello-femoral joint.** Baltimore: Masson, 1977.

FICAT, R.P., PHILIPPE, J., HUNGEFORD, D.S. Chondromalacia patellae: a system of classification. **Clinical Orthopedics**, 144, 1979.

FOX, T. A. Dysplasia of the Quadriceps Mechanism. **Surgical Clinics of North America**. v. 55, n.1; p.199,1975.

FULKERSON, J. P.; ARENDT, E. A. Anterior knee Pain in Females. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, 372, 2000.

FULKERSON, J.P.; **Patologia da articulação patelofemoral.** Revinter, p. 233, 2000.

GOULD III, J.C. **Fisioterapia na ortopedia e na medicina do esporte.** 2º ed. São Paulo: Manole, 1993.

GROSS, M.T.; JUDY, L.; FOXWORTH. *The role of foot Orthoses as an intervention for patelofemoral pain.* **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 33, p. 661-670, 2003.

HERRINGTON L; PAYTON CJ. Effects of Corrective Taping of the Patella on Patients With Patellofemoral Pain. v. 83, n.1, p.556-572, 1997.

HILYARD, A. Recent developments in the management of patelofemoral pain. **Physical Therapy**, v. 76. n.9, p.559-565, 1990.

HUTTER, C. G.; JR SCOTT . Tibial torsion. **The Journal of Bone and Joint Surgery**. v. 31-A, p. 511-518, 1949.

IRELAND M. L. et al., Hip Strength in Females With and Without Patellofemoral Pain. **JOSPT**, v. 33, n.11, p. 671-676, 2003.

KHEMOSH, O.; LIOR, G.; WEISSAMAN, S.L. Tibial torsion in children . **Clinical Orthopedics**, v. 79, p. 25-31, 1971.

KLINGMAN RE; LIAOS SM; HARDIN KM. The effect of subtalar joint posting on patellar glide position in subjects with excessive rearfoot pronation. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**. v. 25, p.185-191, 1997.

KOZIC S; et al., Femoral anteversion related to side differences in hip rotation. Passive rotation in 1140 children aged 8-9 years. **Acta Orthopaedics Scandinavian**, v. 68, n.6, p.533-6, 1997.

LAFORTUNE, M.A. et al., Foot inversion-eversion and knee kinematics during walking. **Journal Orthopaedic Research**. v. 12, p.412-420, 1994.

LANG, L.M; VOLPE, R.G. Measurement of tibial torsion. **Journal of American Podiatric medical Association**, v. 88, n.4, p.160-165, 1998.

LARSON, R.L. et al. The patellar compression syndrome. surgical treatment by lateral retinacular release. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, julho/agosto, v.134, p.158-167,1978.

LE DAMANY, P. G. M. Technique of tibial tropometry .**Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 302, p. 4-10, 1903.

LEE, T. R. et al. The influence of fixed rotational deformities of the femur on the patelofemoral contact pressures in human cadaver knees. **Clinical Orthopedics and Related Research**, maio, v. 302, p. 69-74, 1994.

LEE, T. Q.; MORRIS, G.; CSINTALAN, R. P. The Influence of Tibial and Femoral Rotation on Patellofemoral Contact Area and Pressure. **JOSPT**, v.33, n.11, p.686-693, 2003.

LEVENS, A.S.; INMAN, V.T.; JA.; Transverse rotation of the segments of the lower extremity in locomotion. **Journal Bone Surgery**, v.30A; p.859-872, 1949.

LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. 2º ed. Rio de Janeiro–RJ: Guanabara Koogan, 1995.

LIN F. et al.; In: Vivo and noninvasive six degrees of freedom patellar tracking during voluntary Knee movement. **Clinical Biomechanics**, v.18, p. 401-409, 2003.

MALEKAFZALI; SAEED; WOOD, M. B. Tibial torsion - A simple clinical Apparatus for its measurement and its Application to a normal adult population. **Clinical Orthopedics**, v.145, p.154-157, 1979.

MASCAL, C.L.; LANDEL, R.; POWERS, C. Management of Patellofemoral Pain Targeting Hip, Pelvis, and Trunk Muscle Function: 2 Cases Reports. **JOSPT**, v. 33, n.11, p. 647-660, 2003.

MESSIER, SP; et al. Factors associated with patelofemoral pain in runners. **Medical Science Sports Exercise**, v. 23, p.1008-1015, 1991.

MILGRON, C.; KEREM, E.; FINESTONE, A. Patellofemoral Pain Caused by Overactivity. A Prospective Study of Risk factors in infantry recruits. **Journal of bone surgery**, v. 73a, p.1041-1043, 1991.

NISSEN, C.W.; et al., Physical and arthroscopic examination techniques of the patellofemoral joint. **JOSPT**. v. 28, n.5, p. 277-285, 1998.

POWERS, C.M.; MAFFUCCI, R.; HAMPTON, S. Rearfoot posture in subjects with patelofemoral pain. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v.22, p.155-60, 1995.

POWERS, C. M.; et al. The influence of pain on lower limb loading during gait. **Clinical biomechanics**, v. 14, p. 722–728, 1999.

POWERS, C.M.; et al. Comparison of foot pronation and Lower Extremity Rotation in Persons with and without Patellofemoral pain. **American Orthopaedic Foot and ankle Society**, v. 23, n.7, 2002.

POWERS, C.M. The influence of altered lower-extremity kinematics on patelofemoral joint dysfunction:A Theoretical Perspective.**Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v.33, p.639-646, 2003.

PUNIELLO, M.S. Iliotibial band tightness and medial atellar glide in patients with patello femoral dysfunction. **JOSPT**, v.17, p.144-148, 1993.

REIDER, B. **O Exame físico em ortopedia**. Rio de Janeiro: Guanabana Koogan, 2001.

REIKERAS, O. Is there a relationship between femoral anteversion and leg torsion? **Skeletal Radiology Publisher**: Springer Berlin/Heidelberg, v. 20, n.6, p. 409-411, 1991.

REISCHI, SF; et al. Relationship between foot pronation and rotation of the tibia and femur during walking. **Foot ankle international**, v. 20, p. 513-520, 1999.

RITTER, M. A; DE ROSA, GP; BABCOCK, J.L. Tibial torsion. **Clinical Orthopedics**, v.120, p.159-163, 1976.

ROSE, M. H.; et al. Orthotic Intervation does not affect muscular response times and activation patterns at the knee. **Journal of Athletic training**, v. 37, n.2, p.133-140, 2002.

SEBER, S.; et al. Rotacional profile of lower extremity and foot progression angle: computerized tomographic examination of 50 male adults. **Arch Orthop Trauma Surgery**, v.120, p.255-258, 2000.

SHARRARD, W.J.W. Paediatric orthopaedics and fractures. Oxford, **Blackwell Scientific**, Aldena Mowbray, 1971.

SILVA, R.P. Estudo das alterações posturais em indivíduos portadores da síndrome da dor patelofemoral. **Revista Reabilitar**, v. 15, n. 18, p. 6-19, 2002.

STAHELI, L.T.; ENGEL, G. M. Tibial Torsion .A method of assessment and a Survey of normal children. **Clinical Orthopedics**, v. 86, p.183-186, 1972.

STAHELI, L.T. et al. Lower-extremity rotacional problems in children .**The Journal of Bone and Joint Surgery**, v.67-A, n.1, 1985.

SODEBERG, G. L. Kinesilogy: application to pathological motion. Baltimore: Williams & Wilkns, 1997

STEIKAMP, L.A; et al. Biomechanical considerations in the patellofemoral joint rehabilitation. **The American Journal of Sports Medicine**, v. 21, n.03, 1999.

STUBERG W; et al. Measurement of tibial torsion and thigh-foot angle using goniometry and computed tomography. **Clinical Orthopaedic Related Research**, n.272, 1991.

TENNANT, S.; et al. Patellofemoral tracking in the weight-bearing knee: a study of asymptomatic volunteers utilizing dynamic magnetic resonance imaging: a preliminary report. **Knee surgery Sports Traumatol Arthrodc.** v.9, p.155-162, 2001.

TERRY, G.C.; HUGHSTON, J.C.; NORWOOD, L.A. The anatomy of the iliopatellar band and iliotibial tract. **Journal Sports medicine**, v.14, p.39-45, 1986.

THOMÉE, R.; AUGUSTSSON, J.; KARLSSON, J. Patellofemoral Pain Syndrome. **Sports Medicine**, v. 28, n.4, p. 245–262, 1999.

TIBERIO, D. The effect of exercise subtalar joint pronation on patelofemoral mechanics: a theoretical model. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 9, p.160-165,1987.

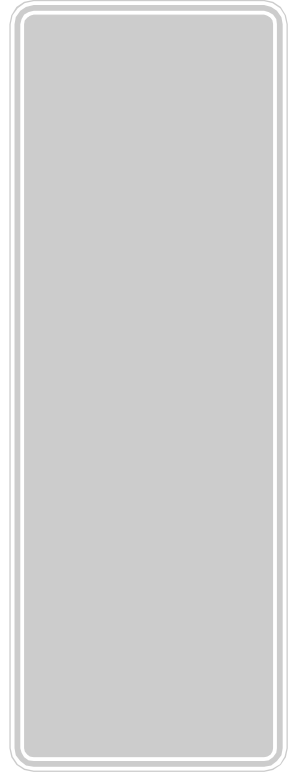
TURNER, M.S. The association between tibial torsion and knee joint pathology. **Clinical Orthopaedic Related Research**, n. 302, 1994.

WILK, K.E.; et al. Patellofemoral Disorders: A Classification System and Clinical Guidelines for Nonoperative Rehabilitation. **JOSPT**, v. 25, n. 5. 1996.

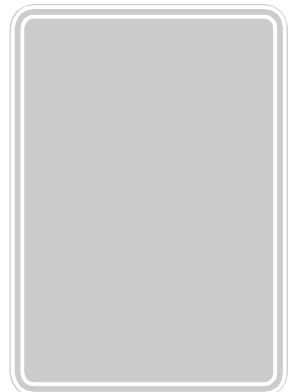
WYNNE-DAVIES, R. Talipes Equinovarus. A review of eighty-four cases after completion of treatment. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, v.46-B, n.3, p.464-476, 1964.

WITYRONOW E; et al. Intrinsic Risk Factors For The Development of Anterior Knee Pain in Athletic Population. **The American Journal of Sports Medicine**, v.28, n. 4, p.480-489, 2000.

ZAPPALA, F. G.; TAFFEL, C.B.; SCUDERI, G.R. Rehabilitation of patellofemoral joint disorders. **Ortho. Clin. North Am**, v. 23, n.4, p.555-66, 1992.



IDÉIAS, DEBATES E OPINIÕES





UM GRANDE PAPA PARA O MUNDO

Prof. Dr. Rômulo José Vieira
Médico Veterinário
Presidente da Academia de Medicina Veterinária do Piauí
Coordenador de Pesquisa e Pós-Graduação da FACID

No próximo dia 16 de outubro, a eleição do Papa João Paulo II, completaria 32 anos. Ele foi eleito em 16 de outubro de 1978 e entronizado solenemente no dia 22 de outubro do mesmo ano, mas quem foi este homem emissário de Cristo? De onde veio? Como chegou a ser Papa?

João Paulo II, ou melhor, Karol Wojtyła, nasceu em 18 de maio de 1920 em Wadowice-Cracóvia, sul da Polônia. Compunham sua família: seu pai Karol Wojtyła, um militar do exército austro-húngaro, sua mãe Emilia Kaczorowsky, uma jovem siciliana de origem lituana, um irmão adolescente de nome Edmund e uma irmã Olga, que o mesmo nem conhecera, pois esta morreu seis anos antes dele nascer.

Desde a sua juventude o futuro Papa manifestou grande interesse pelas artes literárias na Polônia. Semelhantemente como ocorrera com Santo Agostinho, que teve sua vida modificada quando conheceu o bispo Ambrósio, o futuro pontífice teve seus sonhos de estudar filosofia e lingüística modificados, quando conhecera o Cardeal Sapieha, que contribuiria significativamente para sua vocação sacerdotal.

O grande amor e respeito que o Papa João Paulo demonstrava pelos trabalhadores e pelos pobres, em todo mundo, hoje é compreendido pela sua própria experiência vivida, antes mesmo de assumir os estudos no seminário, quando trabalhou arduamente como operário em uma pedreira.

Foi sempre um defensor dos mais necessitados. Já em 1979, no México, defendeu a realização da reforma agrária, os direitos dos índios e a liberdade sindical. São palavras de sua Santidade: “Permaneçam fiéis à sua cultura, rica em religiosidade”. Em sua encíclica *Sollicitudo* revelou: “A igreja quer permanecer ao lado das multidões pobres.”.

Karol Wojtyła teve uma vida muito sofrida, assim talvez possamos entender tanta devoção, persistência, coragem, determinação e fé em toda sua vida. Seu pai morreu de um ataque cardíaco. Sua mãe, “alma da casa” como ele mesmo denominava-a, morreu aos 45 anos. Seu único irmão, Edmundo, morreu em 1932, portanto quando ele tinha apenas 12 anos. Sua irmã Olga, nem chegou a conhecer.

Tamanho foram os desenganos, sofrimentos, do jovem Karol que fizeram Sua Santidade, certa vez em um diálogo com um amigo dizer: “Com 20 anos eu já tinha perdido todas as pessoas que amava e, mesmo aquelas que eu poderia ter amado, como minha irmã Olga, que dizem, morreu seis anos antes de eu nascer”. Entretanto aquele jovem não se deixou abater e este sofrimento forjou um homem

com tanto caráter, coragem, determinação, consciência, amor e fé, como a humanidade veio a conhecer posteriormente.

Acredita-se que a devoção de Sua Santidade à Nossa Senhora nascera dessa vida sofrida. Quando da morte de sua mãe Emília ele e seu pai foram visitar o santuário da Virgem de Kalwaria tendo iniciado neste dia, provavelmente, sua devoção à Nossa Senhora, marcando sua vida profundamente.

Em toda sua existência o Papa João Paulo II sempre demonstrou muito carinho, respeito e fé nos jovens, pois em sua juventude, em plena Segunda Guerra Mundial, Karol Wojtyła, com um grupo de jovens organizaram uma Universidade Clandestina, onde estudou filosofia, idiomas e literatura. Teve que viver ocultamente durante vários anos, juntamente com outros seminaristas, que foram acolhidos pelo Cardeal de Cracóvia.

Posteriormente, como pároco da cidadezinha de Niegowic, apadrinhou grupos de estudo clandestinos e fundou um grupo chamado Srodowisko (ambiente) cujo objetivo era colocar os jovens em contato com a natureza, o melhor jeito de alcançar Deus, como ele mesmo afirmara.

Durante seu período de Arcebispo, na mesma Cracóvia onde nascera, caracterizou-se pela integração dos leigos, nas tarefas pastorais, na promoção do apostolado juvenil e vocacional, a construção de templos, apesar da forte oposição do regime comunista, a promoção humana e formação religiosa dos trabalhadores e o alento do pensamento e as publicações católicas.

Caracterizando mais uma vez sua dedicação à juventude em sua Visita Apostólica a Paris em 21 de agosto de 1997 ele dissera: “Cristo é sempre jovem. Nunca deixem de proclamar e de cantar a paz. Temos necessidade de alegria de viver demonstrada pelos jovens. Nela está algum reflexo da alegria primeira que Deus teve ao criar o homem”.

Sua Santidade também sempre demonstrou seu carinho, respeito e admiração pelas mulheres, defendendo-as diante das discriminações e outras agressões sofridas por elas. Sempre pregou a igualdade entre os homens e as mulheres. Em sua carta às mulheres publicada em 29 de junho de 1995 ele proclamou: “Obrigado a você, mulher, pelo simples fato de ser mulher”

Além do coração impressionantemente humanitário, o jovem Karol Wojtyła também demonstrou sempre inteligência, e notável capacidade intelectual. Fez estudos brilhantes de doutorado na Jagellonian University, em Cracóvia. Sua obra literária ele assina sob o pseudônimo de Stanislaw Andrzej Gruda. O seu primeiro livro foi Amor e Responsabilidade, publicado em 1960, junto com o drama A Loja do Ourives, sobre o casamento.

O Santo Padre tem muitas publicações. Estudiosos de sua vida citam inclusive que antes de João Paulo II, os papas falavam pouco e escreviam muito. João Paulo falou muito e escreveu muito. Produziu dois volumes de ensinamentos com mais de mil páginas por ano. Segundo estes estudiosos, ele publicou dez vezes mais documentos e discursos do que Pio XII nos 19 anos de seu pontificado. Dentre outras publicações suas, pode-se citar: treze Encíclicas, doze Exortações Apostólicas, onze Constituições Apostólicas, quarenta Cartas Apostólicas, 2306 discursos durante as viagens.

Em sua Pílula da Fraternidade, o Papa João Paulo II marcou sua vida de Homem-Cientista-Santo, digno representante de Cristo, mostrando a relação homem/ciência: “O « domínio » do homem sobre o mundo visível, que lhe foi confiado como tarefa pelo próprio Criador, consiste na prioridade da ética sobre a técnica, no primado da pessoa sobre as coisas e na superioridade do espírito sobre a matéria”.

Sua vida Apostólica pode ser resumida no seguinte Currículo: 1º de novembro de 1946- Ordenado sacerdote; 04 de julho de 1958- Eleito Bispo de Ombi; 28 de setembro de 1958 – Consagrado Bispo; 13 de Janeiro de 1964 – Arcebispo de Cracóvia; 26 de Junho de 1967 –Cardeal da Santa Igreja; 16 de outubro de 1978 – Eleito Papa; 22 de outubro -Entronizado solenemente.

Foi o Papa mais novo desde o Papa Pio IX porque foi eleito aos 58 anos de idade, tornando-se o primeiro papa não-italiano em um período de 455 anos (o último tinha sido o papa holandês Adriaão VI). Foi o primeiro papa de origem polaca. Seu papado foi o terceiro mais longo da história do catolicismo, com 26 anos de pontificado (ficando atrás apenas dos papados de São Pedro que fundou e dirigiu a igreja católica, por 34 a 37 anos e de Pio IX que foi Papa por por 31 anos e sete meses). Ele foi o primeiro papa no terceiro milênio.

O jovem Karol Wojtyła, o querido Papa João Paulo II, (não poderia ter adotado nome mais significativo, formado por dois extraordinários pregadores/soldados de Cristo), foi exemplo de vida: Homem defensor das minorias, da justiça e da natureza, pregador devotado, catequista incondicional, cientista ligado ao mundo, devoto pleno de Nossa Senhora. Precisamos muito ainda de seus ensinamentos e de seus exemplos de vida como sua lucidez, seu amor aos povos, sua vida, sua dignidade como representante de Cristo na terra.

O Papa João Paulo II nos deixou em um sábado, dia dois de abril de 2005, vítima da doença de Parkinson que o fizera sofrer por vários anos.

A Benção João de Deus... E do Mundo...

REFERÊNCIAS

A VIDA de Karol Wojtyła. Disponível em: <www.auxiliadora.org.br/papa/vida.htm>. Acesso em 20 de janeiro de 2007.

CARTA do Papa João Paulo II às mulheres. Disponível em: <www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/1998/index_po.htm>. Acesse em 20 de janeiro de 2007.

O TEMPO de João Paulo II. Disponível em: <www.auxiliadora.org.br/papa/tempo.htm>. Acesso em: 20 de janeiro de 2007.

ROQUE, T. As sábias palavras do Pontífice João Paulo II sobre a violência. Pílula da Fraternidade. Disponível em: <www.psicologia.org.br/internacional/ap7.htm>. Acesso em 20 de janeiro de 2007.

A ODONTOLOGIA ESTÁ PREPARADA PARA RESPONDER ÀS EXPECTATIVAS ESTÉTICAS DOS PACIENTES?

Dra. Caroline de Deus Tupinambá Rodrigues
Professora da Disciplina Dentística da Facid

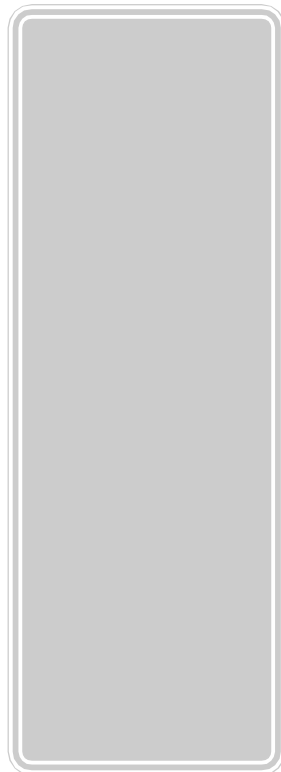
É crescente o número de pacientes que buscam por tratamentos estéticos nos consultórios odontológicos. Esses pacientes desejam obter um sorriso com dentes brancos e bem alinhados, semelhantes aos vistos em artistas de TV e modelos de revistas. Com relação aos desejos estéticos odontológicos, algumas questões merecem reflexão: Estará a Odontologia preparada para corresponder a essas expectativas? Existem materiais que mimetizam com excelência os dentes? Estará o dentista preparado para perceber o que paciente espera alcançar no novo sorriso?

Com relação aos materiais estéticos disponíveis no mercado, um grande avanço ocorreu da década de cinquenta para os dias atuais. Atualmente existem materiais restauradores como as resinas compostas e as porcelanas, que produzem restaurações estéticas. Os implantes promoveram uma evolução para resolução de casos em que há falta de dentes, os quais possibilitaram instalar próteses sobre esses pilares. A Ortodontia, além de alinhar os dentes, possui atualmente aparelhos de porcelana e aparelhos montados na parte lingual dos dentes, praticamente imperceptíveis. Clareamento a laser e pastas clareadoras representam opções para obtenção de dentes mais claros... Portanto, inúmeros são os materiais e técnicas existentes que podem ser usados na resolução de problemas estéticos. O grande problema desses materiais e técnicas refere-se ao preço. As porcelanas mais estéticas possuem preços maiores, assim como os aparelhos ortodônticos de porcelana. Uma prótese removível trata-se de opção mais barata que a de prótese sobre implante, sendo esta última opção a mais estética. Existem materiais restauradores de estética aceitável e mais baratos, mas mesmo para esses materiais, o problema continua sendo o custo do tratamento. A realização de uma restauração em que todos os detalhes estéticos sejam reproduzidos demanda um maior tempo. Tempo é dinheiro, como maior é a demora na confecção, maior preço devem ter as restaurações. Essa mesma analogia pode ser feita para as diversas especialidades odontológicas em muitas situações. Dessa maneira, a Odontologia estética ainda parece excludente, sendo o custo do tratamento o principal fator limitante.

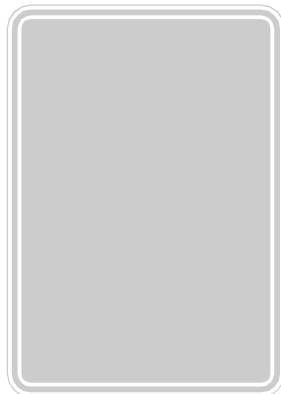
Outro ponto importante nos tratamentos odontológicos consiste na interpretação correta dos desejos dos pacientes. De nada adianta um sorriso com

dentes constituídos do melhor material se o fator gerador da insatisfação do paciente não for eliminado. Vários métodos, medidas, normas de beleza são empregados pelos dentistas na tentativa de descobrir o problema gerador da aparência do sorriso. Estudos recentes mostram que nem sempre essas regras estéticas descobrem os reais anseios dos pacientes, sendo, portanto, indispensável a participação dos pacientes no planejamento estético. Por outro lado, cabe ao cirurgião-dentista conscientizar os clientes quanto às expectativas irreais verificadas. Limitações de ordem óssea, funcional, orgânica etc, do paciente podem prejudicar nos resultados estéticos dos tratamentos, não sendo possível alcançar o resultado almejado. Além disso, o nível de expectativa das pessoas pode ser muito elevado, não sendo possível alcançar mesmo com o arsenal de material e de técnicas atuais. Como por exemplo, em caso de pacientes com os dentes largos e que desejam dentes finos e compridos, incompatível com sua estrutura óssea e biotipo. Assim, o sucesso para a compreensão das expectativas daqueles que buscam tratamentos estéticos é preciso somar os dados colhidos pela análise realizada pelos profissionais e pelas queixas relatadas e subtrair as expectativas irreais com relação ao tratamento.

Após essa reflexão parece lícito afirmar que a Odontologia não está completamente preparada para responder às expectativas estéticas dos pacientes. Existem materiais e técnicas avançadas, porém o preço representa um fator limitante. A compreensão dos sorrisos almejados pelos pacientes consiste em ação complexa, não limitada à opinião do dentista. Assim como na arte, para criação de sorrisos estéticos que satisfaçam os pacientes, além da tinta (materiais e técnicas) e do pintor(dentista), é preciso sensibilidade (capacidade de escutar) e alguém disposto a pagar o preço justo.



RESENHAS DE LIVRO



PAUSCH, Randy.; ZASLOW, Jeffrey. **A lição final**. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

Francisca Carla Silva de Melo Pereira¹

Manuella Bezerra Lopes²

Simone de Sousa Cunha³

Randy Pausch graduou-se na Brown University, na cidade de Providence e concluiu seu doutorado na Carnegie Mellon University na Pennsylvania, Estados Unidos onde é professor de Ciência da Computação, Interação Homem-Computador e Design. Jeffrey Zaslow é colunista do Wall Street Journal.

A obra está organizada em seis capítulos no decorrer de 253 páginas. Possui uma característica especial, o tom narrativo em primeira pessoa de um renomado professor americano, casado e pai de três filhos, que aos 47 anos de idade prepara-se para encerrar sua carreira após descobrir ser portador de um câncer terminal de pâncreas.

A magia do livro está então no fato de o autor ter apenas alguns meses de vida e mesmo assim decide dividir o seu precioso tempo com sua família na elaboração de um livro que se tornaria um pedaço dele para seus filhos ainda pequenos

O autor destaca que essa obra é uma espécie de herança, mais completa principalmente para sua família e também para aqueles que acompanharam uma palestra de despedida intitulada “Concretizando realmente seus sonhos de criança” proferida em setembro de 2008 na universidade em que leciona e que se espalhou pelo mundo através da internet. “Para mim, este livro é um meio de continuar o que iniciei naquele palco.” (PAUSCH, 2008, p.10).

Pausch (2008) inicia descrevendo sua odisséia médica, desde o primeiro momento, no ano de 2006, quando sentiu uma dor leve e inexplicável no alto do abdome. A temática central da obra não se trata, pois da doença e nem da eminente morte, e sim da vida em que pode realizar seus sonhos, das aventuras, lições aprendidas, ensinamentos, convicções, desejos, futuro e ainda nos ensina como tornar sonhos em realidade e como viver.

Encara o tratamento como um cientista, estuda a doença, pesquisa em artigos, informa-se sobre dados e discute hipóteses com os médicos. É um paciente otimista, divertido, cooperativo e disposto a se submeter a todas as possibilidades

1 Mestre, professora da disciplina Didática Aplicada à Enfermagem, FACID.

2 Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial- FACID.

3 Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial- FACID.

disponíveis por um único motivo: permanecer vivo o maior período possível por sua esposa e filhos.

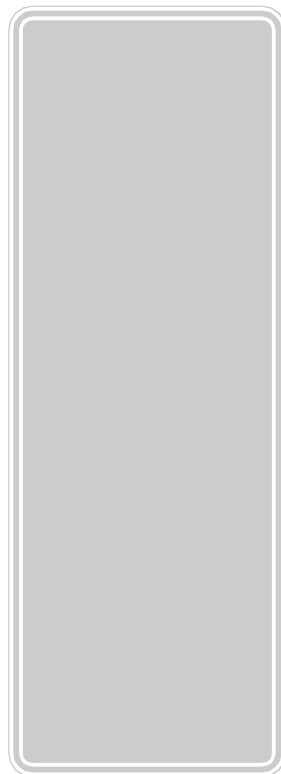
Deixa claro que deseja profundamente que seus filhos saibam um dia que ele não desistiu em momento algum e que tudo o que mais queria era não ter que deixá-los: “Adoro pensar que talvez eu descubra um meio de me tornar o único sujeito, em um milhão, capaz de vencer um câncer terminal. Mas mesmo que eu não consiga, essa atitude mental me ajuda a superar os obstáculos do dia-a-dia” (PAUSCH, 2008, p.223).

O autor relata sobre a infância, sobre os pais, a carreira profissional, suas aulas, suas virtudes, seus defeitos, casamento, filhos, amigos, mestres, alunos, enfim fala da alegria de viver e de uma apreciação imensa pela vida.

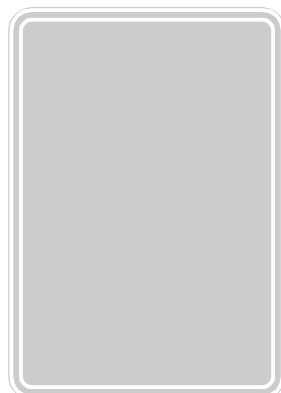
Pausch se mostra apaixonado pela vida e por sua família de modo que se sente um homem de sorte por ter ainda a oportunidade de deixar gravações de vídeo, áudios, fotos e textos de despedida para os filhos que por serem muito novos ainda desconhecem a situação do pai.

É uma obra brilhante, bem produzida e ilustrada, com uma combinação perfeita de humor, inspiração e inteligência de fácil leitura e que prende a nossa atenção logo na introdução. Numa lição de vida surpreendente, pois não traz aos leitores em nenhum momento trechos melancólicos de arrependimentos ou lamentações e sim nos remete a uma profunda reflexão de esperança, otimismo, luta e gratidão.

A leitura dessa obra nos proporciona reflexões acerca da importância da humanização na formação e na prática de acadêmicos e profissionais da área da saúde.



AGENDA



EVENTOS DE ENFERMAGEM

01/02/2010

QUARTA ESCOLA LATINO AMERICANA DE VERÃO DE EPILEPSIA

Período: 01 a 10/02/2010

Local: São Paulo SP- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-USP

28/02/2010

DERMATOLOGIA NEONATAL E PEDIÁTRICA

Período: 28 de fevereiro de 2009 - das 09h às 12h

Local: Auditório do HCor - Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 - 2º Andar
– Auditório 1 - Paraíso - São Paulo / SP

Organização: SOBENDE - **Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia**

Informações: (11) 4169-9141 // e-mail: silvana.sobende@yahoo.com.br

26/02/2010

CONGRESO INTERATLÁNTICO SOBRE PARTO E INVESTIGACIÓN EM SALUD PRIMAL

Tema: Parto e Investigação em salud primal

Período: 26 a 28 de fevereiro de 2010

Local: LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

INFORMAÇÕES: Site: www.wombecology.com

01/03/2010

V JORNADA DE ENFERMAGEM EM HEMOTERAPIA

Local: Sírio-Libanês – IEP - Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital
São Paulo / SP

Período: 01 de março de 2010

05/03/2010

IV JORNADA DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

Período: dia 5 de março de 2010

Local: Rio de Janeiro - RJ

I Colégio Oficial de Salamanca www.anedidic.org

08/03/2010

NEUROREHABANA 2011

Local: Havana - Cuba

Data: 08 a 12 de Março de 2010

Site: www.lionstours.com/gpage2.html

Março/2010

2010 CONGRESSO SISTEMA DE SAÚDE

Período: Março/2010

Local: Coimbra-Portugal, nos Hospitais da Universidade

Site: www.apegsaude.org/.../2010CongressoSistemadeSaúde e www.iqsaude.net

20/03/2010

I SEMINÁRIO SOBRE A DIVERSIDADE DE CURATIVOS E COBERTURAS NO MERCADO ATUAL E O USO ADEQUADO DOS MESMOS NAS FERIDAS

Período: 20 de março de 2010

Local: Nova Friburgo - RJ

07/04/2010

13º CONGRESSO MUNDIAL DE CANCER DE PELE

Local: Madrid - Espanha

Data: 07 a 10 de abril de 2010

Site: www.lionstours.com/dermato.html

14/04/2010

VIII JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA

Período: 14, 15 e 16 de Abril de 2010

Local: Campus da UERJ - Rio de Janeiro – RJ

Informações: (21) 2516-9496 • Site: www.abenrio.com.br/jornada

15/04/2010

XVII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Local: Guadalajara- Espanha

Período: 15 a 16 de abril de 2010.

Informações: Site: <http://www.seegg.org/>

15/04/2010

SEMINÁRIO: MONITORAMENTO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO PROCESSO DE ATS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA / PROGRAMA ECONOMIA DA SAÚDE (PECS), DO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Período: 15/04/2010 a 21/04/2010

Local: Salvador - BA

29/04/2010

AVANÇOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Período: 29 e 30 de abril de 2010

Local: Hospital Sírio Libanês - São Paulo - SP

Organização: Revista Nursing

Site: <http://www.assinesaude.com.br/congresso/new/index.html>

26/05/2010

IV ENCONTRO NACIONAL DE TUBERCULOSE E I FÓRUM BRASILEIRO DA PARCERIA CONTRA TUBERCULOSE

Período: 26 a 29/05/2010

Local: Rio de Janeiro- RJ REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE (REDE TB)

03/06/2010

II CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL

Tema: Loucura e Saúde Mental no Século XXI: Enfrentamentos, territórios e fronteiras.

Período: 03 a 05 de junho de 2010

Local: Rio de Janeiro-UERJ

Site: www.congressodesaudemental.ufsc.br/

01/07/2010

12º SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM (12º SENADEN)

Período: 01 a 03/07/2010

Local: São Paulo-SP/ Centro Universitário São Camilo (Ipiranga)

Organização: Associação Brasileira de Enfermagem

Informações: Aben-RJ e site : <http://www.abennacional.org.br/>

17/07/2010

9º CONGRESSO BRASILEIRO DA SOBECC

Local: Palácio das Convenções do Anhembi - São Paulo – SP

Período: 17/07/2010 a 21/07/2010

Site: <http://www.sobecc.org.br/>

22/07/2010

XV JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA SBHCI

Período: 22 a 24 de julho de 2010

Local: Belo Horizonte-MG

Site: www.sbhci.org.br/eventos/sbhci/congressos.asp / www.congressosbhci.com.br/2010

25/07/2010

SBPC - 62ª REUNIÃO ANUAL

Período: 25 a 30 de julho de 2010

Local: Natal-RN/UFRN

28/07/2010

VIII Conferência da Rede Global de Centros Colaboradores da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Enfermagem e Obstetrícia

Tema: “Atenção Primária à Saúde: Várias Perspectivas, Uma Meta”.

Período: 28, 29 e 30 de julho de 2010,

Local:São Paulo.

29/07/2010

7º SIMPÓSIO DE INTERNACIONAL DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Local: Palácio das Convenções do Anhembi - São Paulo – SP

Período: 29/07/2010 a 01/08/2010

Site: <http://www.sobecc.org.br/>

CURSOS OFERECIDOS PELA COORDENADORIA DE ENFERMAGEM NA FACID:

INSCRIÇÃO: 1 KG DE ALIMENTOS NÃO PERECÍVEIS/MATERIAL DE LIMPEZA PARA DOAÇÃO A INSTITUIÇÕES PARCEIRAS FILANTRÓPICAS.

1. CURSO: ANATOMIA NAS DISVERSAS ABORDAGENS

Período: 10 a 24 de março de 2010

Local: FACID

Organização: Coordenação de Enfermagem

2. SUPORTE BÁSICO DE VIDA: RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR CEREBRAL:

Período: 06 a 13 de março de 2010

Local: FACID

Organização: Coordenação de Enfermagem

3. Curso: “SAÚDE DO HOMEM”

Período: 06 a 13 de março de 2010

Local: FACID

Organização: Coordenação de Enfermagem

4. **Curso: "A ENFERMAGEM NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS "**
Período: 06 a 15 de abril de 2010
Local: FACID
Organização: Coordenação de Enfermagem
5. **Curso: "TRATAMENTO ESTATÍSTICO NAS PESQUISAS "**
Período: abril de 2010
Local: FACID
Organização: Coordenação de Enfermagem
6. **FÓRUM DE DISCUSSÃO ACERCA DA SAÚDE DO HOMEM**
Período: 13 de maio de 2010
Local: FACID
Organização: Coordenação de Enfermagem
7. **Curso: "COMO ESCREVER UM ARTIGO CIENTIFICO A PARTIR DO TCC"**
Período: maio de 2010
Local: FACID
Organização: Coordenação de Enfermagem
8. **Curso: "ATUALIDADES EM ESTOMATERAPIA E FERIDAS"**
Período: 14 a 15 de maio de 2010
Local: FACID
Organização: Coordenação de Enfermagem
9. **Curso: "O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM HANSENÍASE: ABORDAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA"**
Período: 26 a 15 de maio de 2010
Local: FACID
Organização: Coordenação de Enfermagem
10. **Curso: "INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA"**
Período: Junho de 2010
Local: FACID
Organização: Coordenação de Enfermagem

EVENTOS DE FARMÁCIA

EVENTOS DO CFF

28/04/2010

VI ENCONTRO NACIONAL DE COORDENADORES DE CURSOS DE FARMÁCIA

Data: 28, 29 e 30 de abril de 2010

Tema: Educação Farmacêutica e o Exercício Profissional

Cidade: Brasília – DF

16/04/2010

V CONGRESSO BRASILEIRO DE FARMACÊUTICOS EM ONCOLOGIA

Data: de 16 a 18 de abril de 2010

Local: Estação Embratel – Curitiba (PR)

Informações: pelo site <http://www.sobrafo.org.br>

16/05/2010

XXXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ANÁLISES CLÍNICAS

X CONGRESSO BRASILEIRO DE CITOLOGIA CLÍNICA

Data: 16 a 20 de maio de 2010

Local: Centro de Convenções de Goiânia (GO)

Informações: pelo telefone (21) 2187-0817 ou pelo site www.sbac.org.br

25/05/2010

XX CONGRESSO PAN-AMERICANO DE FARMÁCIA

XIV CONGRESSO DA FEDERAÇÃO FARMACÊUTICA SUL-AMERICANA

VII CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA

Data: 25 a 29 de maio de 2010 • **Local:** Porto Alegre (RS)

Informações: pelo telefone (51) 3076.7002, pelo e-mail: fepafarfetas2010@crfrs.org.br ou pelo site www.fepafarfefas2010.com/farmacia

CURSOS

CURSO INTENSIVO DE FARMACOLOGIA CLÍNICA

Promoção: Instituto Racine

Data: **previsto para abril de 2010**, em Salvador (BA) e 21 de agosto, em São Paulo (SP)

Informações: pelo telefone (11) 3670 – 3499, ou no site www.racine.com.br

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM FARMÁCIA HOSPITALAR E FARMÁCIA CLÍNICA

Promoção: Instituto Racine

Data: **Previsto para 20 de agosto de 2010**, em São Paulo (SP); e 17 de setembro, no Rio de Janeiro (RJ)

Informações: pelo telefone (11) 3670 – 3499, ou no site www.racine.com.br

EVENTOS EM FISIOTERAPIA

04/05/2010

15º CONGRESSO MUNDIAL DA FEDERAÇÃO MUNDIAL DE TERAPEUTAS

O congresso se realizará em Santiago do Chile, nos dias 04 a 07 de Maio de 2010

Site: www.crefito6.org.br/novo/index.php?option...

12/05/2010

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA MANUAL

Reconhecido e comprovado como o maior evento dessa área na América Latina, o congresso se realizará em Fortaleza entre os dias **12 e 15 de maio de 2010**.

Site: www.herniadedisco.com.br/.../iv-congresso-internacional-de-fisioterapia-manual

13/05/2010

30º CONGRESSO BRASILEIRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DA MÃO

Período: 13 a 15 de maio de 2010 / **Local:** Belo Horizonte - MG

Site: www.ammg.org.br/geral/top_show_item2.cfm?id...

22/05/2010

III CONGRESSO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA AFA-BRASIL E I JORNADA AFA-SP

Período: 22 a 23 de Maio de 2010 / **Local:** Teatro Juca Chaves - São Paulo - SP

Site: www.afasp.com.br/congresso.htm

03/06/2010

II CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL

Período: 03 a 05 de junho de 2010

Local: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - RJ

Site: www.congressodesaudemental.ufsc.br/

08/06/2010

3º SIMPÓSIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Período: 08 a 11 de junho de 2010

Local: Faculdade de Filosofia e Ciências - Marília/SP

Site: www.coffito.org.br/agenda/age_lis.asp?secao=9

14/07/2010

I CONGRESSO INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA DA AMAZÔNIA

Período: 14 a 17 de julho de 2010 / **Local:** Hotel Tropical - Manaus - MA

Site: www.fisioterapiamanaus2010.com.br/index.php?...amazonia

EVENTOS EM MEDICINA

05/05/2010

IOF WORLD CONGRESS ON OSTEOPOROSIS AND 10TH EUROPEAN CONGRESS ON CLINICAL AND ECONOMIC ASPECTS OF OS

O evento será realizado entre os dias 05 a 08 de Maio 2010, na cidade de Florença-Itália. **Site:** www.iofwco-ecceo10.org

08/05/2010

1º SIMPÓSIO DAS MEDICINAS BASEADAS EM CONHECIMENTO

O evento será realizado no dia 08 de maio de 2010 em São Paulo, SP.

E-mails: aph@aph.org.br – vivenda@acessa.com

10/05/2010

3RD INTERNATIONAL SPRING COURSE ON FUNCTIONAL AND AESTHETIC SURGERY OF THE NOSE

O evento será realizado entre os dias 10 a 12 de Maio de 2010, em Bologna

Site: www.asohns.org.au/.../3rd-international-spring-course-on-functional-and-aesthetic-surgery-of-the-nose

13/05/2010

30º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DA MÃO

O evento será realizado entre os dias 13 a 15 de Maio 2010, na Cidade de Belo Horizonte - MG / **Site:** www.cirurgiadamao.org.br

13/05/2010

VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO

O evento será realizado entre os dias 13 a 15 de Maio de 2010, na Cidade de Campos do Jordão - SP / **Site:** www.sbcoc.com.br/

14/05/2010

AMERICAN THORACIC SOCIETY INTERNATIONAL CONFERENCE

O evento será realizado entre os dias 14 a 19 de Maio de 2010, em New Orleans-Louisiana / **Site:** www.sppneumologia.pt/evento/?imc=53n&fmo

15/05/2010

BIT LIFE SCIENCES 8242 1ST ANNUAL WORLD CONGRESS OF IMMUNODISEASES AND THERAPY (WCIT-2010)

O evento será realizado entre os dias 15 a 18 de Maio de 2010, em Beijing- China
Site: www.congressosmedicos.com.br/eventos-e-congressos-medicos.php?...

16/05/2010

14TH INTERNATIONAL "STRESS AND BEHAVIOR" NEUROSCIENCE AND BIOPSYCHIATRY CONFERENCE

O evento será realizado entre os dias 16 a 20 de Maio de 2010, em St. Petersburg, Russia / **Site:** www.docguide.com

19/05/2010

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE CATARATA E CIRURGIA REFRACTIVA

O evento será realizado entre os dias 19 a 22 de Maio de 2010, em Natal - RN
Site: www.catarata-refrativa.com.br/2010

20/05/2010

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE TRAUMA ORTOPÉDICO

O evento será realizado entre os dias 20 a 22 de Maio de 2010, na Cidade de Cuiabá - MT / **Site:** www.congressosmedicos.com.br/eventos-e-congressos-medicos

20/05/2010

V CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE CIRURGIA TORÁCICA

O evento será realizado entre os dias 20 a 21 de Maio de 2010, na Cidade de Londrina - PR / **Site:** www.sbct.org.br/

21/05/2010

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON VIRAL HEPATITIS

O evento será realizado nos dias 21 e 22 de maio de 2010 em Barcelona, Espanha
Site: www.bcvh2010.com

26/05/2010

IV ENCONTRO NACIONAL DE TUBERCULOSE FÓRUM DA PARCERIA CONTRA A TUBERCULOSE

O evento será realizado entre os dias 26 a 29 de Maio de 2010, na Cidade do Rio de Janeiro - RJ /
Site: www.sbpt.org.br/tb2010

27/05/2010

3RD INTERNATIONAL CONGRESS ON NEUROPATHIC PAIN (NEUPSIG 2010)

O evento será realizado entre os dias 27 a 30 de Maio 2010, na cidade de Atenas - Grécia / **Site:** www.conferencealerts.com/seeconf.mv?

27/05/2010

XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE ECOCARDIOGRAFIA

O evento será realizado entre os dias 25 a 29 de Maio de 2010, Belo Horizonte/MG
Site: www.congressodepeco.com.br

05/2010

III CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

O evento será realizado entre os dias 28 a 29 de Maio de 2010, na cidade de São Paulo, SP

Site: www.congressosmedicos.com.br/eventos

06/06/2010

WORLD OPHTHALMOLOGY CONGRESS

O evento será realizado entre os dias 06 a 10 de Junho de 2010, na Cidade de Berlim, Alemanha / **Site:** www.icoph.org

06/06/2010

XXVII INTERNATIONAL COLLEGE OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY (CINP) CONGRESS 2010

O evento será realizado entre os dias 06 a 10 de Junho de 2010, em Hongkong - Hong Kong

Site: www.econference.com.au/XXVII-International-College-of-Neuropsychopharmacology-CINP-Congress-2010

08/06/2010

19TH ANNUAL CONGRESS FOR ENDOSURGERY IN CHILDREN (IPEG)

O evento será realizado entre os dias 08 a 12 de Junho de 2010, na cidade de Hawaii - EUA / **Site:** www.espu.org/ev_other.php

09/06/2010

13TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON EMERGENCY MEDICINE

O evento será realizado entre os dias 09 a 12 de Junho de 2010 em Singapura – Singapura / **Site:** www.icem2010.org

10/06/2010

IX CONGRESSO BRASILEIRO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Curitiba, Paraná.

Site: www.congressosmedicos.com.br/eventos-e-congressos-medicos-exibir.php?...congresso=IX Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca

16/06/2010

IV CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO E CÂNCER (CBNC), GANEPÃO 2010 E II INTERNATIONAL CONFERENCE OF NUTRITION

O evento será realizado entre os dias 16 a 19 de Junho 2010, na cidade de São Paulo - SP. / **Site:** www.ganep.com.br/ganepao/

EVENTOS EM ODONTOLOGIA

25/03/2010

20º COPEO – CONGRESSO PERNAMBUCANO DE ODONTOLOGIA – PE

De 25 a 28 de março de 2010 em Recife – PE (...)

Tel: (81) 3441.0678

E-mail: scdp@hotmail.com.br • **Site:** www.abo-pe.org

15/04/2010

4º CONGRESSO PAULISTA DE ESPECIALISTAS EM ORTODONTIA? ORTOPEDIA FACIAL

15 a 17 de abril de 2010 • São Paulo/SP

www.aborsp.com.br/aborsp2010

15/04/2010

I CONGRESSO BRASILEIRO DE ELETROMIOGRAFIA E CINESIOLOGIA (COBEC2010)

De 15 a 18 de abril de 2010 em Piracicaba – SP (...)

Site: www.fcm.unicamp.br/.../cobec2010-1-congresso-brasileiro-de-eletromiografia-e-cinesiologia-e-1-jornada

30/04/2010

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PERIODONTOLOGIA E VI ENCONTRO DE PERIODONTIA

30/04 a 02/05/2009 - Hotel Ouro Minas - Belo Horizonte - MG.

Site: www.portaleducacao.com.br/.../xxiii-congresso-brasileiro-de-periodontologia

19/05/2010

23º CONGRESSO ODONTOLÓGICO DE BAURU – SP

De 19 a 22 de maio de 2010 acontece o 23º Congresso Odontológico de Bauru – São Paulo.

Site: www.odontovirtual.com/.../35-23o-congresso-odontologico-de-bauru—sp.html

27/05/2010

6º ENCONTRO ABZIL ORTODONTIA INDIVIDUALIZADA CAPELOZZA

27, 28 e 29 de maio de 2010 • São Paulo/SP

www.pos-orto.com.br/abzilcapellozza

27/05/2010 – **ABO/PI**

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DO PIAUÍ

O evento será realizado entre os dias 27 a 30 de Maio de 2010

INFORMAÇÕES: Tel.: (86) 3221.9374

E-mail: abopi@uol.com.br - Site: www.dentistry.com.br/agenda.php

03/06/2010

IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DA AMAZÔNIA

O evento será realizado entre os dias 03 a 06 de Junho de 2010, na Amazonas

Site: www.abotaguatinga.org.br/congressos.

03 a 06/06/2010 – **ABO/PA**

IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DA AMAZÔNIA

INFORMAÇÕES: Tel.: (91) 3276.0500

E-mail: agmaneschy@amazon.com.br • Site: www.abopa.org.br

14 a 17/07/2010 – **ABO/RS**

XVIII CONGRESSO ODONTOLÓGICO RIO-GRANDENSE

INFORMAÇÕES: Tel.: (51) 3330.8866

E-mail: eventos.abo@terra.com.br • Site: www.abors.org.br

EVENTOS EM PSICOLOGIA

CURSO - ESPECIFICIDADE DO TRABALHO EM MATERNIDADE. A FRONTEIRA ENTRE A PSICOLOGIA E A MEDICINA

Período: 12 Março - 25/Junho/2010

Informações: Centro de Estudos São Luiz

Endereço: R. Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 211 - 2º. andar - Itaim

Telefone: 11 3040-1584 • São Paulo-SP • Email: cestudos@saolui.com.br

Site: www.psicoway.com.br/.../eventoscursos/

I ENCONTRO PARAIBANO DE SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS E AÇÕES INTERDISCIPLINARES

O presente evento discutirá a atuação Interdisciplinar no contexto da Saúde Mental. A programação do Encontro está disponível em nosso site. Confiram!!!

Período: 18.03.2010 a 20.03.2010

Endereço: Av. Olinda, 235 - Tambaú

Cidade: João Pessoa • **Estado:** PB • **País:** Brasil

Telefone: (83)8705-2525/8808-5300/8833-8097

E-mail: contato@saudementalpb.org • **Link:** <http://www.saudementalpb.org>

EVENTO: PSICOLOGIA NOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO SUS EM FORTALEZA/CE.

Realização: CREPOP- CRP 11

Período: 25 de março de 2010 • **Horário:** 8 às 13h

Local: Adaba Mistral Hotel.

Endereço: Rua Deputado Moreira da Rocha, 504, Meireles.

Inscrições gratuitas no local.

Informações: (85) 3246-6924 - ramal 29 (Falar com Renata ou Eduardo) /

e-mail: crepop@crp11.org.br • **Site:** www.cemp.com.br/

CURSO DE FORMAÇÃO EM NEUROPSICOTERAPIA EM FORTALEZA/CE

Realização: Neuropsicocentro

Período: Início em Março de 2010 – inscrições abertas

Local: Rua Coronel Linhares, 943, Aldeota.

Informações: (85) 3261-4732 / 8658-1030

Site: www.hipnoseregressaopnl.com/cursos.html

CURSO DE FORMAÇÃO EM GESTALT-TERAPIA – TURMA XVI EM FORTALEZA/CE

Realização: Instituto Gestalt do Ceará – IGC

Período: 30 meses.

Horário: aulas mensais, 18h30 às 21h30 (sextas) e de 8h às 12h e 14 às 18h (sábados)

Local: Rua João Regino, 474, Cidade dos Funcionários.

Informações: e-mail:secretariaigc@yahoo.com.br / (85) 3271-1692 / (85) 8690-6921 • **Inscrições:** até dia **25 de março de 2010.**

XXVIII ENCONTRO ANUAL HELENA ANTIPOFF / IX ENCONTRO INTERINSTITUCIONAL DE PESQUISADRES EM HISTÓRIA DA PSICOLOGIA “PSICOLOGIA, PSICANÁLISE E EDUCAÇÃO NA CULTURA CONTEMPORÂNEA”

Período: 29 a 31/Março/2010

Informações: Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG • **Email:** antipoff2010@yahoo.com.br

Site: www.posgrad.fae.ufmg.br/.../PROGRAMAÇÃO-XXVIII-EHA-24-MAR-2010.pdf

I CONGRESSO BRASILEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA A APOSENTADORIA NAS ORGANIZAÇÕES

Objetivo: informar e debater os desenvolvimentos recentes dos estudos, pesquisas e práticas que auxiliam pessoas neste momento de transição.

Período: 15.04.2010 a 17.04.2010

Cidade: Florianópolis • **Telefone:** (48) 3322-1021

E-mail: oceanoeventos@oceanoeventos.com.br

Site: www.oceanoeve.../aposentadoria

VII CONGRESSO REGIONAL DE PSICOLOGIA – COREP EM FORTALEZA/CE

Período: 30 de abril a 02 de maio de 2010

Tema: Psicologia e Compromisso com a Promoção de Direitos: Um Projeto Ético-Político para a Profissão.

Site: www.crp11.org.br/oktiva.net/1310/nota/158889

CURSO BÁSICO DO TESTE PALOGRÁFICO EM FORTALEZA/CE

Realização: Centro de Diagnósticos Clínicos – CEDIC

Período: 16 e 17 de abril de 2010

Horário: 18 às 22h (sexta) / 8 às 12h e de 13 às 17h (sábado)

Local: Avenida Barão de Studart, 2360, sala 702, Edif. Torre Quixadá, Aldeota.

Informações: (85) 3246-0123 / (85) 8739-1748

Site: www.ubervu.com/.../www.psicologianaatualidade.blogspot.com.br/

CURSO DE ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE CRISE: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL EM FORTALEZA/CE

Realização: Instituto Gestalt do Ceará - IGC

Período: 23 e 24 de abril de 2010 (início).

Duração: 06 encontros teóricos-vivenciais

Horário: 18:30h às 21:30h (sextas)/de 8h às 12:30h e 14 às 17:40h (sábados)

Local: Rua João Regino, 474, Cidade dos Funcionários.

Informações e Inscrições: (85) 3271-1692 /

E-mail: secretariaigc@yahoo.com.br /

Site: www.psicologianaatualidade.blogspot.com.br/

ENCONTRO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA TRANSCULTURAL EM BELÉM/PA.

Realização: Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Universidade Federal do Pará.

Período: 13 a 15 de abril de 2010.

Local: Centro de Convenções Benedito Nunes da UFPA

Endereço: Rua Augusto Correia, nº 1.

Informações: Fone: (91) 3228-4893/ e-mail: psicopatologiatranscultural@gmail.com

Site: www2.uepa.br/uepa_site/ascom/ler_detalhe.php?id

CONGRESSO IBERO AMERICANO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E GÊNERO

(Curitiba, PR, BR)

Informações: cictg-ct@utfpr.edu.br • **Período:** 05 a 09/Abril/2010

Site: www.ppgte.ct.utfpr.edu.br/cictg/

I CONGRESSO VIRTUAL INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA, EDUCAÇÃO E PSICOPEDAGOGIA “COMPROMISSO SOCIAL: Unidade na Diversidade”

(Brasília, DF, BR) • **Período:** 09/Abril - 02/Maio/2010

Site: www.faculdedaamazonia.com.br/cont_ex.php?...D5

IV ENCONTRO DE EDITORES DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE PSICOLOGIA - (São Paulo, BR)

Período: 09/Abril/2010 • **Informações:** Instituto de Psicologia

Endereço: Av Prof Mello Moraes, 1721 • Bloco C. • Tel: 3091 4391 / 4300

Site: www4.usp.br/.../18674-ip-recebe-encontro-de-editores-de-revistas-cientificas-de-psicologia

V CONGRESSO ARGENTINO DE SALUD MENTAL “TRAUMA, HISTÓRIA E SUBJETIVIDAD”

Período: 06 a 08/Maio/2010 • (Ciudad de Buenos Aires, AR)

Informações: administracion@aasm.org.ar / **Site:** www.psi.bvs.br/direve/

THE 12TH BIENNIAL CONFERENCE OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR RESEARCH ON ADOLESCENCE

Período: 12/Maio/2010

O evento será realizado entre os dias **12 a 15 de Maio 2010**

Cidade de Vilnius - Lituania.

Site: www.noldus.com/.../12th-biennial-conference-european-association-research-adolescence-eara

II ENCONTRO DE PSICANÁLISE E CULTURA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE RIBEIRÃO PRETO - (Ribeirão Preto, BR)

Período: 13 a 16/Maio/2010

Informações: Sociedade Brasileira de Psicanálise

Rua Ércole Verri, 230 - Jardim Ana Maria • 14026-200 Ribeirão Preto-SP

Tel.: (16) 8804 2655 • Email: secretaria@sbprp.org.br

Site: www.sbprp.org.br/bienal/

**I CONGRESSO DE PSICOLOGIA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO (I CPAC)
IV ENCONTRO PARANAENSE DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO (IV EPAC)
I ENCONTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS SOBRE AS PSICOTERAPIAS ANALITICO COMPORTAMENTAIS DA TERCEIRA ONDA (I EBEPAC-3a. O)**

Período: 13 a 15/Maio/2010 • **Local:** UEL, Londrina, Paraná, Brasil

Site: www.uel.br/eventos/cpac/

I CONGRESSO DE PSICOLOGIA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO: DIVERSIDADE, INTEGRAÇÃO E SUSTENTABILIDADE EM LONDRINA/ PR.

Período: 13 a 15 de maio de 2010.

Local: Universidade Estadual de Londrina.

Informações: clique aqui, (43) 3371-4227 / email: cpac_uel@yahoo.com.br

Inscrições de trabalhos até 21 de março de 2010

Site: www2.uel.br/com/.../index.php?arq

20TH INTERNATIONAL FEDERATION FOR PSYCHOTHERAPY WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY

Cidade: Lucerne - Suíça • **Período:** 16 a 10/Junho/2010

Site: www.ifp.name/congresses.htm

VII CONGRESSO NACIONAL DA PSICOLOGIA “PSICOLOGIA E COMPROMISSO COM A PROMOÇÃO DE DIREITOS: um projeto ético-político para a profissão” (Brasília, DF, BR)

Período: 03 a 06/Junho/2010

Informações: Conselho Federal de Psicologia

SRTVN, Quadra 702, Edifício Brasília Rádio Center, 4 andar, conjunto 4024 A.

CEP.: 70.719-900 • **Tel.:** (61) 2109-0100 / **Fax:** (61) 2109-0150

Site: www.crpmg.org.br/GeraConteudo.asp?materialD=1301

X CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS / XV ENCONTRO PARANAENSE

Período: 03 a 05/Junho/2010 • (Curitiba, PR, BR) • **Tel.:** (41)3263 4895 .

Email: centroreichiano@centroreichiano.com.br

Site: www.educacaofisica.com.br/eventos_mostra.asp?id=469

20TH INTERNATIONAL FEDERATION FOR PSYCHOTHERAPY WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY

Período: 16 a 19/Junho/2010

O evento será realizado entre os dias 16 a 19 de Junho 2010/cidade de Lucerne/Suíça

Site: www.docguide.com/.../congresses/8927FE9565F44860852574E4005C7679

VII CONGRESSO NACIONAL DA PSICOLOGIA (CNP)

Período: 03.06.2010 a 06.06.2010

Cidade: Brasília • **Estado:** DF • **Telefone:** (61) 2109 0100

E-mail: ascom@pol.org.br • **Link:** <http://cnp.pol.org.br>

II CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL

Período: 03.06.2010 a 05.06.2010

Endereço: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Cidade: Rio de Janeiro • **Estado:** RJ • **País:** Brasil

Site: <http://www.co...mental.ufsc.br>

VII CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA – CNP EM BRASÍLIA/DF

Período: 03 a 06 de junho de 2010

Tema: Psicologia e Compromisso com a Promoção de Direitos: Um Projeto Ético-Político para a Profissão.

OBS.: Para maiores informações dos eventos entre em contato com a Sede ou Seções do CRP-11/Telefones: (85) 3246.6924 / (86) 3221.7539 / (98) 3227.0556.

Site: www.superane.com.br/agenda.php?...vii-congresso-nacional...psicologia-cnp

III ENCONTRO DE PSICOSSOMÁTICA DA PARAÍBA

Modos de Adoecer na Contemporaneidade: Uma Visão Interdisciplinar

Período: 11 a 13 de Junho de 2010

Cidade: João Pessoa • **Estado:** Paraíba • **País:** Brasil

http://www.psicoexistencial.com.br

I CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO: CONSTRUINDO MODELOS INTEGRATIVOS

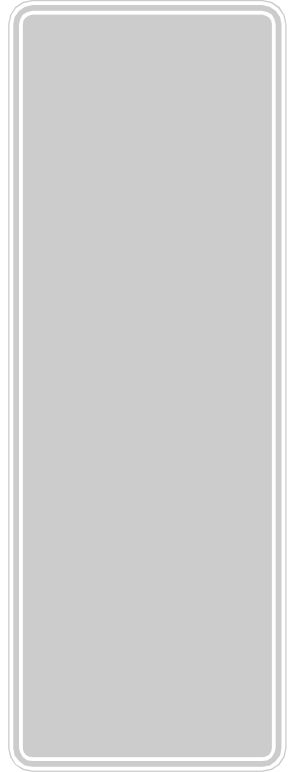
Período: 01.07.2010 a 03.07.2010

Endereço: Rua 1, Centro. colégio Luis Eduardo Magalhães

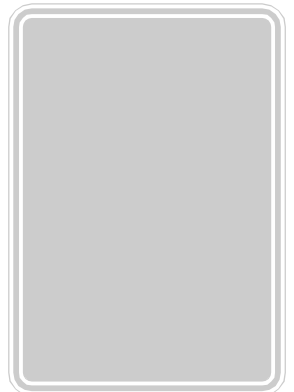
Cidade: Santo Antônio de Jesus • **Estado:** BA • **País:** Brasil

Telefone: (75) 3632-1833

E-mail: ccse.saed@gmail.com/ **Site:** <http://www.ufrb.edu.br/ccse>



ARTES E ARTIMANHAS





ENTÃO, MORRA!

Por Pedro Vieira dos Santos
Funcionário Público Aposentado.

Parece que já não dá para se viver nesse mundo que Deus nos deu: a televisão, o rádio, os jornais e as revistas só divulgam notícias negativas; são tantos os crimes: assaltos à mão armada, homicídios, sequestros, roubos, estupros, corrupção, incêndios, inundações, assassinatos, desastres de automóveis, quedas de avião, violação dos direitos humanos, guerras. E tem, ainda, George Bush, Sadan Hussein, Bim Laden. E mais: Fernadinho Beira Mar e tantos outros.

Na verdade, já não dá para se viver em santa paz, como se vivia em tempos idos. Mas devemos convir que há bastante compensações para tudo isto. Vejamos: o nascer e o pôr do sol, a chuva batendo na vidraça, o orvalho da manhã, as nuvens desfilando no espaço, o verde do mar, a água caindo na cachoeira, o perfume das flores, o cantar dos pássaros, a beleza e o sorriso da mulher amada, as crianças brincando no pátio da escola...

Coisa boa também é assistira bons filmes, ouvir boa música, ler bons livros, ir ao teatro assistira boas peças e aplaudir bons atores, tomar parte em uma reunião de família, palestrar com os amigos, ir à igreja e rezar, até mesmo assistira os shows/missas do padre Marcelo.

Minha amiga Silvia Guimarães confessou-me que gosta de andar descalça, sentar no chão, tomar banho de chuva, subir em árvores... Concordo plenamente com ela, pois eu mesmo já fiz todas estas coisas.

E é como dizia o velho samba "Os quindins de laiá": "Tem tanta coisa de valor neste mundo de Nosso Senhor: Tem a flor do meia noite/ Escondida nos canteiros/ A prata da lua cheia/Entre as folhas dos coqueiros/O sorriso das crianças?A toada dos vaqueiros."

E tem mais, muito mais.

Ah! Mesmo tendo tanta coisa boa ao nosso alcance você ainda não se satisfaz?

Então, morra.

JULGAMENTO NA BOCA

Luis Antonio da Silva
Academico de Odontologia da Facid

Essa é, mas uma pequena história
Para quem gosta de ler
Um cordel de poucos versos
Mas é importante saber
Duma questão dentro da boca
Vou contar a você

O motivo dessa briga
Foi para encontrar um lugar
Dentro da cavidade bucal
Entre um pré e um terceiro molar
Porque um desses dois dentes
Na boca não iria poder ficar

Pois essa pequena briga
Ganhou muita repercussão
Por que todos os outros dentes
Também entraram na confusão
Maxila, mandíbula, gengiva e palato
De testemunho servirão

Agora preste atenção
Pra este fato interessante
A língua nessa briga
Tornou-se muito importante
Pois desse grande julgamento
É o juiz e se garante

E para não perder tempo
Já foi preparando a mesa
E os grandes brigões
Apresentarão sua defesa
Foi então nesse momento
Que veio uma grande surpresa

Então caro amigo leitor
A surpresa vou lhe contar
É que todos os dentes da boca
Estão contra o terceiro molar
E o pré molar nesse momento
Alegre começa a ficar

O terceiro molar se defendeu
Com um grande argumento
Pois se zelar bem de mim
Eu aguento muito tempo
Mas se o cuidado for pouco
Difícilmente eu agüento

Já você pré-molar
A sua função é muito pouca
Depois da sua extração
Não fará falta a boca
Deixar de conversar fiado
Esse argumento não convence conta outra

Neste exato momento
O canino na briga entrou
E pra defender seu amigo pré
Dessa forma ele falou
Amigo pré nessa questão
Com você eu estou

O terceiro molar respondeu
Não sei o que você pensa
Só porque é muito grande
Mas isso não faz diferença
Apena meritíssima língua
Vai acabar essa encrenca

O canino respondeu
Você é um dente fraco
Além de dar dor de cabeça
Termina virando um buraco
Mas mesmo assim tu quer
Nascer sem ter espaço

Disse o canino ao terceiro
Com tom bem arrogante
Eu sou de todos os dentes da boca
Com certeza o mas importante
Porque sou o guiador
Dos lados todos quadrantes

Estando terceiro e canino brigando
A gengiva se manifestou
Com palavra bem delicada
Dessa forma ela falou
No nascimento de um terceiro molar
Com certeza me machucou

O terceiro disse gengiva
É melhor sair de banda
Pois você é muita morfina
Quando aponto você sangras
Mas é melhor sair da briga
Dá meia volta e se manda

O incisivo ouvindo tudo
Logo se alterou
E ao dente terceiro molar
Um recado ele mandou
Agora também tô na briga
E o tribunal silenciou

O terceiro o respondeu
Não entre onde não é chamado
E quando falar de min
Tenha devido cuidado
Poderá perder a estética
Se por min for empurrado

Maxila e a mandíbula
Na briga não quis entrar
A verdade é que os dois
Morrem de medo do terceiro molar
E não demorou muito tempo
E começaram a se retirar

O palato passa ser
A testemunha principal
Mas mesmo assim manteve neutro
Para não se da mal
Por que o seu depoimento
A favor de um é fatal

Depois de muita discussão
Chega o grande momento
A língua começa falar
Expressando seu talento
Porque ela foi a comandante
Deste grande julgamento

Mas ela foi interrompida
Pelo dente terceiro molar
Pois ele tinha certeza
Que ela irá lhe prejudicar
E ela olhou para ele
E ver o que ele tem pra falar

Ele disse: dona língua
Cuidado com sua decisão
Lembre que eu faço parte da boca
Se nasci é porque tenho função
Talvez ninguém me dá importância
Más sou tão importante quanto o coração

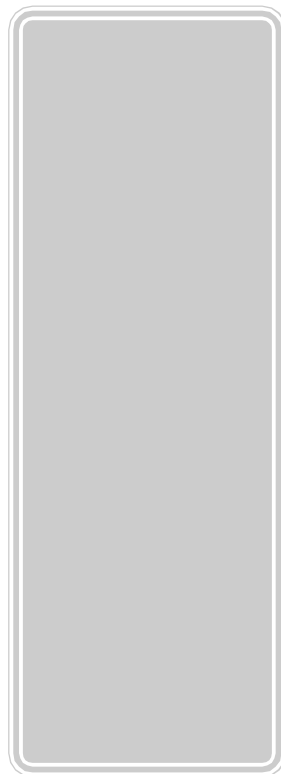
Pergunte ao segundo molar
Que ele sabe de tudo
E em grandes mastigações
Quando ele precisa, eu ajudo
O problema é a mal escovação
Continuam me deixando sujo

A língua ouvindo aquilo
Ficou toda emocionada
Pois o mesmo acontece com ela
Quando não é escovada
Fica cheia de bactérias
Saburrosa e esbranquiçada

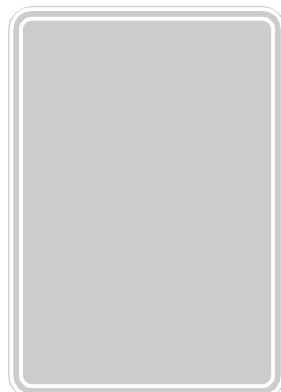
Nessa hora no tribunal
Se tinha algo não parecia
Saiba que esta questão
Já passou numa delegacia
E pelo que está acontecendo
vai ficar pra outro dia

A língua volta a falar
E todos prestam atenção
E o que ela falou
Agora vocês verão
E sem nenhum suspense
Foi dada a grande decisão

Sei que parece surpresa
E tenho que ser realista
Não é caso pra nós resolvermos
E sim para um dentista
Convide todas as especialidades
Cirurgia, endo, perio, restauradora e ortodontista



NORMAS EDITORIAIS





Revista FACID CIÊNCIA & VIDA - Normas Editoriais

A Revista FACID Ciência & Vida objetiva a divulgação da produção científica e técnica dos professores, alunos e técnicos da Faculdade Integral Diferencial, bem como de profissionais da comunidade.

A Revista tem periodicidade anual e está aberta à publicação de trabalhos na forma de **ARTIGOS, ENSAIOS, INFORMES E RELATOS, RESENHAS, IDÉIAS, DEBATES E OPINIÕES, RESUMO DE PALESTRAS, ARTES E ARTIMANHAS** os quais devem falar sobre temas nas áreas da Saúde, Ciências Humanas, Ciências Sociais, Tecnologia, dentre outros, fomentando a análise e reflexão de idéias, experiências e resultados de pesquisas, experiências de vida e manifestações artístico-culturais, contribuindo para o desenvolvimento científico e cultural do País.

ARTIGOS – Texto que discute um tema investigado para publicação de autoria declarada, que apresenta título, nome dos autores, local de execução da pesquisa, resumo do texto (no máximo 250 palavras), palavras-chave (3 a 5 palavras), introdução, revisão da literatura (ou referencial teórico), metodologia, resultados encontrados (pode conter figuras e/ou tabelas), discussão, conclusão, referências bibliográficas, abstract (resumo em inglês), key-words, apêndices e anexos (opcionais). Serão considerados “artigos de revisão” os textos que discutem temas com base em informações já publicadas. O artigo não deve ultrapassar 20 laudas.

ENSAIOS – Texto que expõe temas atuais e de interesse coletivo, ressaltando o espírito crítico e a originalidade do autor. Deve apresentar a seguinte estrutura: título (e subtítulo se houver); em nota de rodapé o currículo do autor indicado por asterisco no título do ensaio; introdução; desenvolvimento; conclusão; referências bibliográficas e notas explicativas. Deve ter no máximo 10 laudas.

INFORMES E RELATOS – Texto que divulga resultados parciais ou totais de pesquisas. Deve ter: título (e subtítulo se houver) da pesquisa; exposição do tema delimitado; justificativa; fundamentação teórica; metodologia e técnicas empregadas, descrição do processo de coleta, análise e interpretação dos dados obtidos, conclusões (mesmo que parciais); apêndices (se houver); anexos (se houver) e referências bibliográficas. Deve ter no máximo 10 laudas.

IDÉIAS, DEBATES E OPINIÕES – Texto dissertativo no qual se discute temas atuais e, que, de certa forma geram polêmica. Deve apresentar a seguinte estrutura: título (e subtítulo se houver); introdução; desenvolvimento; conclusão; notas

explicativas (se houver); referências bibliográficas, se necessário. A autoria deve ser indicada conforme orientação anterior. Deve apresentar extensão máxima de 5 (cinco) laudas.

RESENHAS – Resumo crítico de livros publicados ou no prelo que podem suscitar no leitor o desejo de ler a obra integralmente. Este texto deve ter, no máximo 5 laudas e deve ser escrito informando o título da obra, nome completo do autor, editora e ano publicado.

RESUMO DE PALESTRAS – Espaço destinado à publicação de resumos de palestras e/ou conferência ministrada pelo autor em eventos científicos e, acompanhando o texto, informações sobre o evento (nome, tema, data da realização, local), coordenador, comissões e programa efetivamente ocorrido, quando necessário. A extensão do texto deve ser de , no máximo, 500 palavras.

ARTES E ARTIMANHAS – Espaço destinado à livre expressão, no formato de poemas, charges, contos, relatos de fatos pitorescos etc. Devem apresentar extensão de no máximo 6 (seis) laudas.

INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES

1 Os trabalhos devem ser preferencialmente inéditos e redigidos em língua portuguesa, sendo seu conteúdo de inteira responsabilidade dos autores.

2 O texto deve ser acompanhado de uma correspondência ao Editor solicitando que seja publicado. Uma vez recebido, o texto será submetido à apreciação do Conselho Editorial. Dois conselheiros, no mínimo, decidirão sobre sua aprovação para publicação, podendo ocorrer que o texto seja devolvido ao seu autor para alterações e/ou correções.

3 O texto deve ser digitado na fonte arial tamanho 12, espaço 1,5 entre linhas, margens superior e esquerda de 3 cm, margem inferior e direita de 2 cm, papel formato A-4. O título deve ser escrito em letras maiúsculas e em negrito.

4 No caso de tabelas para apresentação de dados, estas devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, encabeçadas pelo título, com indicação da fonte após a sua linha inferior. Todas as tabelas inseridas devem ser mencionadas no texto.

5 No caso de inserção de ilustrações (quadros, gráficos, fotografias, esquemas, algoritmos, etc), estas devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, com indicação do título e da fonte após o seu limite inferior e indicadas no texto onde devem ser inseridas. Gráficos, fotografias, esquemas e ilustrações devem ser denominados como figuras.

6 As citações bibliográficas no texto devem ser organizadas de acordo com a norma vigente da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 10520) - formato autor-data.

7 A lista de referências bibliográficas deve ser organizada em ordem alfabética e de acordo com a norma ABNT – 6023.

MODELOS DE REFERÊNCIAS

Livros (um autor)

SOARES, L.S. **Educação e vida na República**. 4.ed. São Paulo: Letras Azuis, 2004.

Livros (dois autores)

ROCHA,B.; PEREIRA,L.H. **Cuidando do Enfermo**. São Paulo: Manole, 2001.

Capítulos de livros

PEREIRA, H.J.P. Educação Indígena. In: SANTOS, C.J. **O Índio Brasileiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. p. 45-68.

Artigos de periódicos com mais de três autores

PODSAKOFF,P.M. et al. Transformational leader behavior and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizacional citizenship behaviors. **Leadership Quartely, Greenwich, Conn.,v.1, n.2, p. 107-142, 1990.**

Teses

CARVALHO, M.J. **Ensino da Ciência: uma análise fenomenológica**. 1994. 89f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

Artigo de jornal assinado

DIMENSTEIN, G. Escola da vida. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14. jul. 2002. Folha Campinas, p.2.

Artigo de jornal não assinado

FUNGOS e chuva ameaçam livros históricos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 5. jul. 2002. Cotidiano, p.2.

Artigo de periódico (formato eletrônico)

MELO, H.P. O saber bioético. Educação e Pesquisa, Teresina, v.03, n. 2, p. 23-25, jul. 2001. Disponível em: <http://www.caradebiologia.com.br/>> Acesso em: 20 ago. 2000.

Decretos, Leis

BRASIL. Decreto n. 2.134, de 24 de janeiro de 1997. Regulamenta o art. 23 da Lei n. 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a categoria dos documentos públicos sigilosos e o acesso a eles, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 27. jan. 1997. Seção 1.

Constituição Federal

BRASIL. Constituição (1988). Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Relatório oficial

FUNDAÇÃO MARIA CARVALHO SANTOS. Relatório 2001. Teresina, 2001. (mimeogr.)

Gravação de Vídeo

VILLA-LOBOS: o índio de casaca. Rio de Janeiro: Manchete Vídeo, 1987. 1 videocassete (120 min.): VHS, son, color.

Trabalho publicado em Anais de Congresso

MARTINS, I.S.; SILVA FILHO, F.J.V.; ALVES NETO, F.E. Abordagem Cirúrgica em Ginecomastia Gigante em Pseudo-hermafrodita Masculino. In: I JORNADA DE MEDICINA DA FACID, 2005, Teresina. Teresina: Gráfica do Povo, 2006, p.212.

8 Acompanha o texto uma lauda com o título e nome completo do autor ou autores, com a filiação profissional e a qualificação acadêmica, o endereço postal e eletrônico.

9 O original do trabalho a ser publicado deve ser entregue em uma via impressa e em disquete (processador Word for Windows), pelos correios ou via e-mail: revista@facid.com.br. Ao Conselho Editorial é reservado o direito de publicar ou não o trabalho.

10 A publicação do trabalho não implicará na remuneração de seu autor, mas este receberá 3 exemplares do fascículo por artigo publicado.

11 A revista não se obriga a devolver os artigos recebidos, publicados ou não.

12 O trabalho a ser publicado deve ser entregue na FACID:

Conselho Editorial da Revista FACID Ciência & Vida

A/C **Dr. Rômulo José Vieira / Dr. Luiz Ayrton Santos Júnior**

Av. Rio Poty, 2381 • Horto Florestal

64.049-410 • Teresina – Piauí

www.facid.com.br • revista@facid.com.br