

PARTICIPAÇÃO DO INDIVÍDUO COM MOBILIDADE REDUZIDA SECUNDÁRIO AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM LOCAIS DE LAZER

Sarah Souza Pontes,¹ Luis Américo Silva Bonfim,² Gustavo Marcelino Siquara,³
Jéssica Boaventura,⁴ Antonio de Souza Andrade Filho⁵

RESUMO

O presente trabalho teve como o seguinte objetivo: investigar a participação do indivíduo com mobilidade reduzida secundária ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) em locais de Lazer em Salvador-Bahia. Estudo de campo com metodologia quali-quantitativo e a análise descritiva de corte transversal, utilizando-se, para coleta de dados formulário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores. A amostra foi aleatória com trinta pessoas com diagnóstico de AVE, dez do gênero feminino e os locais menos frequentados de lazer foram cinema, teatros e práticas esportivas.

Palavras-chaves: Acessibilidade; Lazer; Acidente Vascular Encefálico.

PARTICIPATION OF THE INDIVIDUAL WITH REDUCED SECONDARY MOBILITY TO ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT IN LEISURE LOCATIONS

ABSTRACT

The objective of the present study was to investigate the participation of individuals with reduced mobility secondary to stroke in leisure places in Salvador-Bahia, Brazil. Field study with qualitative-quantitative methodology and cross-sectional descriptive analysis, using semi-structured data collection, prepared by the researchers. The sample was randomized with thirty people with a diagnosis of stroke, ten of the female gender, and the least frequented places of leisure were cinema, theaters and sports practices.

Keywords: Accessibility; Recreation; Stroke.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é atualmente também chamado de Doença Vascular Encefálica (DVE). Pode ser classificado em dois eventos distintos os hemorrágicos ou os isquêmicos. O primeiro ocorre 10% dos eventos de AVE é decorrente a eventos vasculares prévios como: aneurisma e malformação anteriores, já o segundo é a oclusão de

Address for correspondence: Sarah Souza Pontes - sarahspontes@gmail.com

¹ Fisioterapeuta e Enfermeira, Aluna Especial do Doutorado em Medicina e Saúde Pública - FBDC. Docente da UFBA, UNIME, UNIJORGE e ESTÁCIO-BA.

² Graduado em Desenho Industrial (Projeto do Produto) pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB, 1996), mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2000) e doutor em Ciências Sociais, pelo PPGCS/FFCH/UFBA (2007). Atualmente é professor efetivo no Departamento de Artes Visuais e Design (DAVD) e no Mestrado em Ciências da Religião (PPGCIR) e professor colaborador no Mestrado em Cinema (PPGCINE), da Universidade Federal de Sergipe/UFS.

³ Graduado em Psicologia pela UFRB. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFBA. Doutorando Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFBA). Atualmente está como Professor Substituto na Universidade Estadual da Bahia (UNEB). Especialização em Saúde Mental. Docente da UNEB; BAHIANA e UNIJORGE.

⁴ Graduanda em Fisioterapia UNIME

⁵ Professor titular de clínica Neurológica da escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – FBDC. Chefe do serviço de Neurologia do HUPES – UFBA. Presidente da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia – Instituto do Cérebro.

um vaso sanguíneo pode ser cerebral (trombose) ou em qualquer outro vaso do corpo pode migrar para o cérebro (embolia), este é o mais ocorrido, a proporção de 85% e 15% respectivamente.⁽¹⁾

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma patologia que acomete grande parte da população. Dados divulgados pelo Datasus⁽²⁾ afirmam que estudos do Ministério da Saúde retratam declínio de 20,5% dos óbitos decorrente de doenças cardiovasculares no período de 1990 a 2006. Aponta ainda como as principais patologias desse grupo etiológico o infarto e o AVE que acarretaram a morte de 300 mil pessoas em 2006, representa 30% do total de óbitos registrados.

O AVE continua um problema de saúde pública, representa uma das quatro mais frequentes causas de morte em diversos países. Esta patologia é mais incapacitante que fatal, assim demanda mais encargos devido à produtividade perdida e os cuidados requeridos.⁽¹⁾

As adaptações são modificações realizadas no meio em que a pessoa com alguma deficiência física encontra-se inserida para, favorecer as atividades cotidianas como os autocuidados, emprego, divertimento e lazer. Os recursos utilizados para a adaptação do ambiente, tem o objetivo de maximizar a capacidade funcional do indivíduo.

A associação Brasileira de Normas e Técnicas descreve na NBR 9050 (2004), a acessibilidade de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos, define local acessível como ambiente o qual oferece condições de acesso e utilização por qualquer pessoa, inclusive as que apresentam mobilidade reduzida. A acessibilidade não engloba apenas o espaço físico, mas a comunicação, traduzindo o real sentido da inclusão social de indivíduos com alguma deficiência. A associação Brasileira de Normas e Técnicas descreve na NBR 9050⁽³⁾ caracteriza a deficiência como o estado que apresenta redução, limitação ou inexistência que oportunize ao indivíduo as condições de percepção do ambiente em que se encontra.

As barreiras arquitetônicas, urbanísticas ou ambientais são elementos instalados ou edificado que dificultam a locomoção em meio ao espaço, mobiliário e equipamento urbano. Portanto, as barreiras arquitetônicas não disponibilizam um ambiente adaptado, o que minimiza a independência e autonomia do indivíduo com mobilidade reduzida e por vezes exclui estes do ambiente social. A partir deste cenário, o objetivo deste presente artigo consiste em investigar a participação do indivíduo com mobilidade reduzida secundária ao Acidente Vascular Encefálico em locais de Lazer em Salvador-Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa desenvolvida teve como amostra probabilística estratificada por gênero de trinta pessoas com mobilidade reduzida decorrente ao Acidente Vascular Encefálico (AVE), selecionadas em um grande centro de reabilitação neurológica o Instituto Bahiano de Reabilitação (IBR).

O presente estudo trata-se de um corte transversal, com a utilização de um formulário como instrumento de coleta de dados. Foram assumidos como critérios de inclusão indivíduos acima de dezoito anos que tiveram o diagnóstico de AVE, que eram acompanhadas pelo serviço de Fisioterapia do IBR, e como critérios de exclusão outras patologias associadas que pudessem causar impacto significativo na capacidade de se locomover e na funcionalidade, por fim não apresentasse integridade cognitiva e de fala.

A realização deste estudo contou com a análise dos responsáveis pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Bahia vinculado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Para atender aos aspectos éticos foram garantidos através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foram expostos os objetivos do estudo para todos os participantes. Serão lhes garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados e direito de interromper a entrevista em qualquer momento, conforme a *Resolução n° 466 do Conselho Nacional de Saúde*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi aleatória com trinta pessoas com diagnóstico de AVE dezoito do gênero feminino e onze do gênero masculino. Em relação ao estado conjugal o número de mulheres divorciadas teve como frequência absoluta de cinco (16,7 %). A faixa etária que comporta maiores números de indivíduos com AVE é de 50 e 60 anos, o que corrobora com os dados encontrados na epidemiologia. A escolaridade é um fator de engajamento social na presente amostra é possível observar a maior representação por indivíduos analfabetos e ensino primário incompleto correspondendo a dez do gênero feminino e oito do gênero masculino.

Os dados relacionados com a escolaridade dos indivíduos, e associados com a mobilidade reduzida decorrente ao AVE são alarmantes, a maior porção desta amostra tem escolaridade entre analfabetos e primário incompleto, a taxa de 72,7% a mais alta referente ao gênero masculino e 52,6% ao feminino. O nível de escolaridade mais elevado primário

completo a ginásial incompleto foi atribuído a maior taxa percentual ao gênero feminino com 21,1%, á os homens representaram 9,1% nesta classificação.

Os dados relativos a famílias chefiadas por mulheres dependem da escolaridade e renda familiar destas, estes aspectos podem repercutir significativamente no desempenho e atividades de lazer do gênero feminino, afinal demanda maior tempo dedicado à família e ao trabalho que ao lazer, e esses dados foram expressivos quando questionado o que a família poderia fazer para auxiliar a maior frequência em atividades de lazer, as mulheres muitas vezes relatavam que um auxílio mais intensificado nos trabalhos domésticos seria uma ajuda viável e benéfica para o desempenho do lazer.

A partir da frequência em atividades de lazer foi interrogado enquanto algumas atividades para se possível verificar e traçar iniciativas precisávamos rastrear os locais de lazer mais frequentados por esta amostra. Através disto foram selecionadas algumas categorias “cinema e teatro”, “praias”, “bares”, “lanchonetes e restaurantes”, “Centros Culturais e/ou Religiosos”, “TV e rádio” e “esporte”, com intuito de verificar também a participação social destas pessoas nas atividades de lazer, afinal há algumas atividades que tem interação com outros indivíduos, e outras que são desempenhas na própria residência sem o contato social efetivo (Tabela 1).

Tabela 1 - Representa a frequência em locais de lazer de indivíduos com mobilidade reduzida decorrente ao AVE estratificado em gênero - Salvador - BA, Novembro - Dezembro, 2010.

| Atividade de lazer/ Frequência | Gênero | |
|---|-------------|------------|
| | Feminino | Masculino |
| CINEMA/ TEATRO | | |
| Frequenta (em frequência/porcentagem) | 04 (21,1%) | 01 (9,1%) |
| Não frequenta (em frequência/porcentagem) | 15 (78,9%) | 10 (90,9%) |
| PRAIA / PRAÇAS | | |
| Frequenta (em frequência/porcentagem) | 06 (31,6%) | 07 (63,6%) |
| Não frequenta (em frequência/porcentagem) | 13 (68,4%) | 04 (36,4%) |
| BARES / LANCHONETES / RESTAURANTES | | |
| Frequenta (em frequência/porcentagem) | 07(36,8%) | 05 (45,5%) |
| Não frequenta (em frequência/porcentagem) | 12 (63,2%) | 06 (54,5%) |
| CENTROS CULTURAIS E/OU RELIGIOSOS | | |
| Frequenta (em frequência/porcentagem) | 03 (15,85%) | 07 (63,6%) |
| Não frequenta (em frequência/porcentagem) | 16 (84,2%) | 04 (36,4%) |
| TV/ RÁDIO | | |
| Frequenta (em frequência/porcentagem) | 00 (0%) | 01 (9,1%) |
| Não frequenta (em frequência/porcentagem) | 04 (21,1%) | 03(27,3%) |
| JOGOS | | |
| Frequenta (em frequência/porcentagem) | 15 (78,95%) | 08 (72,7%) |
| Não frequenta (em frequência/porcentagem) | 01 (5,3%) | 01 (21,1%) |
| ESPORTE | | |
| Frequenta (em frequência/porcentagem) | 18 (94,7%) | 10 (90,9%) |
| Não frequenta (em frequência/porcentagem) | | |

Fonte: Pesquisa de campo 2010.

O fato de a Centros Culturais e/ou Religiosos ser o local de lazer mais frequentado pode estar relacionado há crença que esta população já tem ou busca após uma doença. Alguns estudos sugerem que, a doença pode mobilizar a procura de ajuda pela religião por causa da difusão que existe da cura religiosa no Brasil.⁽⁴⁾ É importante salientar o que chamamos de Centros Culturais e/ou Religiosos envolve outros locais atrelados a cultos religiosos como igrejas, centros espíritas, terreiros de Candomblé e ambientes semelhantes.

Segundo Ribeiro et al.⁽⁵⁾ os locais de lazer mais frequentados em Salvador: teatros, cinemas, parques e praias. Foram avaliados, por meio de uma ficha de avaliação composta de 14 itens de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004)- pela norma NBR 9050/94 de Acessibilidade a Edificação, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos. Através da análise dos resultados obtidos nesse estudo, permite-se concluir que os

ambientes de lazer avaliados na Cidade de Salvador, apresentam oportunidades de melhoria na maioria dos itens avaliados com relação à ABNT.⁽³⁾

O lazer se compõe em cinco grupos de interesses os quais visam os objetivos da atividade: exercitar o corpo, imaginar, raciocinar, possibilitar a habilidade manual e favorecer o relacionamento social.⁽⁶⁾ Desta forma, uma gama de atividades podem ser desenvolvidas, no ambiente externo ou interno, público, ou privado e em sua própria residência, mas é importante observar que o objetivo direciona a atividade, a mesma, o local e possuem resultados distintos ainda que todas se caracterizem como lazer, entre as atividades podem ser citadas: assistir televisão, ler livros, ir a estabelecimentos privados como bares, cinemas e teatros, frequentar parques, praças e praias. Nota-se que, há atividades que é preciso se relacionar com outras pessoas, portanto promove a relação e um desenvolvimento social e outras que exigem raciocínio, imaginação e atenção o que geralmente é realizado em circunstâncias mais individuais e muitas vezes na residência.

A melhora da condição de saúde torna-se o único pilar para a construção de vida, tornando-se escassas o repertório da busca pelo prazer e satisfação. Apesar do foco da vida desses indivíduos estarem atrelado aos fatores relacionados à saúde estes conseguem ver a relação entre a saúde e o lazer, pois caracterizam que o lazer melhora o estado de saúde, sentimento, emoção e humor.

Em relação ao sentimento de inclusão na sociedade, a maior parte das mulheres não se sentem incluídas na sociedade, já os homens numericamente se sentem mais incluídos. O que corrobora Pickles et al.⁽⁷⁾, a mulher com deficiência ocupa a posição socioeconômica inferior ao homem, e a mulher sem deficiência como já abordado anteriormente.

O lazer enquanto veículo de cidadania parece estar bem claro para os indivíduos com mobilidade reduzida decorrente ao AVE, pois ambos os gêneros acreditam fortemente. A prática de lazer mudou antes e após a lesão no que diz respeito à frequência e atividade essa afirmação para o gênero feminino, 73,68% e 36,36%, respectivamente do gênero feminino e masculino classificaram como concordo fortemente. Já a categoria concordo foi maior para o gênero masculino 63,64%, como podemos verificar com base em todos os outros dados, o AVE causou maior impacto no lazer dos indivíduos do sexo feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar através que os dados abordados demonstram a necessidade de vislumbrar o deficiente físico como parte integrante e determinante do processo de desenvolvimento de uma sociedade.

O lazer é por si só uma atividade destinada à educação, que se caracteriza em um exercício eminentemente social, deveria provê aos seus participantes um papel social ativo, favorece ideias criativas e estimulando a iniciativa, a participação em seu grupo social.

Durante a discussão dos dados, foi possível observar a carência de estudos nesta área de pesquisa com enfoque no sujeito e não no ambiente. Com base nos resultados, pode-se observar que aspectos como: adaptação inadequada, ausência de acompanhante, problemas de ordem financeira e a infraestrutura deficitária de transportes são diretamente relacionados com a participação em locais de lazer, sob a óptica de pessoas com mobilidade reduzida secundária ao AVE. Além disso, é possível observar que ambientes como praia, praça e Centros Culturais e/ou Religiosos que são locais que a presença é gratuita, representaram maior percentagem de frequentadores, ao contrário de cinemas e teatros. O que sugere a grande influência do poder aquisitivo na participação dessas pessoas em alguns locais de lazer.

Os dados obtidos neste estudo possibilitam a reflexão de políticas para auxiliar a adaptação de locais não pagos e implementar outras formas de estímulo ao acesso de locais pagos, como, acesso gratuito ou com desconto para deficientes físicos, a fim de contemplar o preconizado pela a constituição brasileira fala. É notável a necessidade de novos estudos em relação à participação em locais de lazer neste âmbito.

São necessários novos estudos mais conclusivos em relação à atuação dos deficientes físicos na sociedade, de preferência pesquisas randomizadas com a amostra maior e que demonstre a importância de uma abordagem fisioterapêutica voltada para questões sociais.

REFERENCIAS

1 Rebelatto, J. R., Morelli, J.G.S.(2005).Fisioterapia Geriátrica. Barueri – São Paulo: Editora Manole.

2 Ministério da Saúde. Acesso à base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. DATASUS 2009. [citado 29 abr 2009]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377

3 Associação Brasileira De Normas Técnicas.(2004).Nbr 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. Disponível em
<<http://www.mg.gov.br/sedhct/corde/dpdh/sicorde/principal/asp>>. Acesso em: 19 mar. 2010.

4 Redko, C.P.(2007). Alguns idiomas religiosos de aflição no Brasil. Psychiatry On-line. Brasil, novembro.Acesso em: 11 de abr de 2009. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/relig.htm>

5 Ribeiro, N.M.S.(2008). Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de acessibilidade para pessoas com deficiência física em locais de lazer. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie.

6 Marcellino, N. C.(2008) Lazer e Humanização. 9. ed. Campinas-sp: Papirus. v. 1.

7 *Pickles*, B. (2002). Fisioterapia na Terceira Idade. SANTOS Livraria Editora, 2ª ed., SP.