



15º Congresso de Iniciação Científica

COREOGRAFIAS DE DANÇA EM CADEIRAS DE RODAS E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Autor(es)

KELLEN FERNANDA ZAMUNER

Orientador(es)

Rute Estanislava Tolocka

1. Introdução

A procura pela prática motora tem aumentado bastante entre as pessoas com deficiência, mas cuidados com a saúde e estratificação de riscos para esta prática, conforme proposto pelo American College Of Sports Medicine (2000), nem sempre são tomados. Embora vários estudos mostrem seus efeitos benéficos por usuários de cadeira de roda (OKUMA et al., 1989; WELLS e HOOKER, 1990; TOLOCKA e DE MARCO, 1996; VITAL, 2002) riscos às práticas também já são descritos. Curtis e Dillon (1985) mostraram que 78% dos atletas usuários de cadeira de rodas, tiveram pelo menos uma lesão no início de sua atuação desportiva, sendo que alguns chegaram a 14 lesões; 33% dos casos eram lesões leves (bursites, tendinites, estiramento muscular, distensão e torção), 18% eram pústulas, 17% eram lacerações e abrasões de pele, sendo os casos restantes fraturas, artrites, fraqueza das mãos, concussões e lesões na cabeça e desregulação térmica. Nilsen et al. (1985) observaram entorses e distensões e infecções do trato-urinário, Hoffmann (1986), alertou para a existência de riscos na prática esportiva por esta clientela em decorrência da perda de sensação, alterações cardiovasculares e das funções autônomas e regulação da temperatura, peculiares a estes casos. Taylor e Williams (1995) verificaram que 72% de atletas de corrida de velocidade relataram ter tido ao menos uma lesão nos últimos doze meses. A lesão mais citada foi a de mão e punho (27%) e de ombro e antebraço (25%). A maioria das lesões ocorreu por super-uso ou por trauma, sendo que 45% das lesões relatadas precisaram de auxílio clínico. Vital (2002) encontrou em participantes da paraolimpíada, 51 casos de pessoas com cifoscoliose de categoria leve a acentuada, quatro casos de descontrole esfíncteriano, dois casos de asma, seis de passado de convulsão, um de psoríase, dois de diabetes e dois de hipertensão. Klenck e Gebke (2007) alertam para os problemas mais comuns dos atletas usuário de cadeira de rodas, como a disreflexia autonômica, desregulação térmica, úlcera de pressão, bexiga neurogênica, osteoporose prematura e lesões em membros superiores. Uma das práticas motoras para usuários de cadeiras de rodas é a Dança em Cadeira de Rodas, que surgiu nos meados de 1960, no contexto do esporte para-olímpico, (KROMBHOLZ, 2001), sendo introduzida no Brasil, em 1989 (FERREIRA 2002), sendo que campeonatos brasileiros desta modalidade já estão em sua 7ª edição. No entanto, até o momento não foram encontrados estudos sobre condições de saúde destes dançarinos, mas estes dados

são importantes para a prevenção de intercorrências decorrentes da prática motora.

2. Objetivos

Traçar o perfil da condição clínica de participantes de campeonatos brasileiros de Dança em Cadeira de Rodas, a fim de levantar subsídios para o trabalho com esta clientela.

3. Desenvolvimento

Foram observadas todas as pessoas que participaram do I ao V Campeonato Brasileiro de Dança Esportiva em Cadeira de Rodas, realizados nos anos de 2001 a 2006. As pessoas que concordaram em participar do estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e entregaram ficha com dados de saúde devidamente preenchida. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética, com o parecer no. 76/03. A ficha de informação de saúde foi preenchida tanto por Atletas-dançarinos Usuários de Cadeira de Rodas (CR), como por Atletas-dançarinos não Usuários de Cadeira de Rodas (NCR), mas que participaram na apresentação de coreografias. Assim, foram analisadas 44 CR e 35 NCR, perfazendo um total de 79 pessoas. Tal ficha foi adaptada da ficha proposta por Tavares et al. (1997) e continha informações sobre antecedentes pessoais, descrição de alterações físicas ou psicológicas, além de informações sobre estar ou não em tratamento médico, uso de medicação e antecedentes pessoais e familiares. No caso dos CR foram também solicitadas informações sobre diagnóstico, etiologia e tempo de lesão. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados, utilizando-se o software Access do pacote Microsoft Office 2007.

4. Resultados

Das 79 pessoas que participaram do estudo, 40 eram do sexo feminino e 39 do sexo masculino, com idades entre 13 e 55 anos, sendo 44 CR e 35 NCR. Houve cinco atletas que estavam em tratamento médico, sendo quatro CR. O uso de medicamentos (anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, anorexígenos, analgésicos e anti-inflamatórios) foi relatado por 11 pessoas, sendo que nove eram CR. Quanto as alterações de saúde, foram apontados 20 casos. Entre 13 CR: um caso de epilepsia, um de doença cardíaca, um de diabetes, dois de hipertensão arterial, oito de alergias (carne de porco, camarão, amendoim, milho, poeira, mofo e alguns medicamentos, como Bezetacil, Buscopan, Profenid, Tramal e Plasil). Entre as NCR, um caso de asma, um de hipertensão arterial e cinco de alergias (poeira, mofo, cigarro, picada de insetos, pelo de animais e medicamento como Dipirona). Os antecedentes familiares citados pelos CR foram 14 casos de diabetes; oito de hipertensão arterial; seis antecedentes de doença cardíaca e três de câncer. Quanto aos NCR: oito casos de diabetes; oito de hipertensão arterial; cinco de doença cardíaca e quatro de câncer. Assim, de acordo com American College of Sports Medicine (2000), foram classificadas como "Aparentemente saudável" 66% dos atletas, sendo 29 CR e 23 NCR; 29% com "Risco aumentado", 12 CR e 11 NCR (sendo que um CR e quatro NCR foram assim classificados por serem do sexo masculino e com idade acima de 40 anos) e apenas 5% com "Doença conhecida", três CR e um NCR. Foram identificados 10 casos de tetraplegia parcial, dois de paraplegia parcial, 16 de paraplegia total, sete de paraplegia total com membro superior esquerdo parcialmente afetado, um de hemiplegia esquerda e um de direita e há um caso de Anemia Falciforme com redução significativa de amplitude de movimento. As etiologias referem-se a: poliomielite (18), acidentes automobilísticos (12), paralisia cerebral (três), acidentes com arma de fogo (dois), distrofia muscular (dois), amiotrofia espinal tipo III (um), anemia falciforme (um), esclerose múltipla (um), infecção medular (um), síndrome de Guillain Barré (um), síndrome piramidal progressiva (um) e traumatismo crânio encefálico (um). Dentre as causas da Paraplegia Total estão cinco casos de poliomielite, quatro de acidente automobilístico, um de Síndrome Piramidal Progressiva, um de Síndrome de Guillain-Barré. Os dois casos de Paraplegia Parcial foram vítimas de acidente automobilístico. Sete pessoas que apresentaram Paraplegia Total com Membro Superior Esquerdo parcialmente afetado foram acometidas por poliomielite na infância. Entre os quadros de Tetraplegia Parcial, dois foram vítimas de acidente automobilístico, dois apresentaram Distrofias Musculares, sendo uma delas progressiva, três casos de paralisia cerebral e três de poliomielite. Os dados contidos nas fichas de saúde serviram de parâmetros para traçarmos um perfil dos

mesmos, identificando condição clínica, incluindo as deficiências apresentadas e as respectivas etiologias. Quanto a classificação dos atletas, a maioria encontra-se apta para a prática de esporte, ou seja, a ACMS (2000) indica que as pessoas aparentemente saudáveis mais jovens (homens com 40 anos ou menos e mulheres com 50 anos ou menos) podem ser liberados para a prática de atividades motoras. As pessoas com risco aumentado ou doença conhecida, ou homens com mais de 40 anos e mulheres com mais de 50 anos, deverão ser submetidos a avaliação clínica por médico especialista em Medicina do Esporte. Entre os dançarinos participantes deste estudo, encontramos um que possui lesão nas vértebras C5 e C7 e assim, pode estar sujeito a ocorrência de uma disreflexia autonômica, produzindo hipertensão arterial e taquicardia seguida de bradicardia; também foram identificados seis atletas com lesões entre T7 e T12, os quais também podem ser acometidos pela mesma síndrome, mas causando hipotensão arterial e bradicardia (SARAIVA et al., 1995). As causas mais comuns são: problemas urinários; dilatação do intestino causada por prisão de ventre; escaras ou áreas sob pressão exagerada. Para preveni-la deve-se pedir que o dançarino esvazie bexiga e intestino antes de dançar, e se aparecerem sintomas (vermelhidão das faces, cefaléia, alteração de frequência cardíaca ou pressão arterial) deve-se levar o dançarino ao serviço de urgência e comunicar que pode se tratar de uma disreflexia autonômica (TOLOCKA, DE MARCO, 1995), pois os sintomas só desaparecem se a causa for retirada, do contrário existe risco de óbito (OKAMOTO, 1990).

5. Considerações Finais

Observa-se que entre as pessoas que participam de campeonatos de DECR, encontram-se pessoas que possuem riscos para a prática motora o que indica a necessidade de programas de prevenção, explicando como evitar/minimizar riscos para esta participação.

Referências Bibliográficas

ACSM - AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Manual do ACSM para Teste de Esforço e Prescrição de Exercício**. Ed. Revinter , 5ª ed., 2000.

CURTIS, K. A; DILLON, A. D. **Survey of Wheelchair Athletic Injuries Commun Patterns and Prevention**. *Paraplegia* v.23 n.3 p.170-175, 1985.

FERREIRA, E. L. . **Dança em cadeira de rodas: os sentidos dos movimentos na dança como linguagem não verbal**. 1. ed. Campinas: RVieira, 2002. 150 p.

HOFFMAN, M. D. **Cardiorespiratory Fitness and Training in Quadriplegics and Paraplegics**. *Sports Med* v.3 n.5 p.312-330, 1986.

KLENCK, C; GEBKE, K. **Practical management: common medical problems in disabled athletes**. *Clinical journal of sport medicine*.17(1):55-60, 2007 Jan.

KROMBOLZ, G. **Wheelchair Dance – Wheelchair Dance Sport**. In: FERREIRA, E.L., TOLOCKA, R. E. (org.) **Anais do I Simpósio Internacional Dança em Cadeira de Rodas, 1º, 2001, Campinas**.

NILSEN, R; et al. **Complications that May Occur in Those with Spinal Cord Injuries who Participate in Sport**. *Paraplegia* v.23 n.3 p.152-158, 1985.

OKAMOTO, G.A. **Medicina Física e reabilitação**. São Paulo: Manole, 1990.

OKUMA, H., et al. **Transition of Physical Fitness in Wheelchair Marathon Competitors over Several years**.

Paraplegia v.27 n.3 p.237-243, 1989.

SARAIVA, R. A. et al. As Bases Fisiopatológicas Para A Anestesia No Paciente Com Lesão Medular. **Rev Bras Anesthesiol.** v. 45, n.6, p. 387-439, 1995. Disponível no site [www. **http://www.clasa-anestesia.org/revistas/brasil/HTML/BraAs_Bases_Fisiopatologicas_Para_A_.htm**](http://www.clasa-anestesia.org/revistas/brasil/HTML/BraAs_Bases_Fisiopatologicas_Para_A_.htm), Acessado em 14/10/2005.

TAVARES et al. Uma proposta de avaliação inicial para a inclusão de pessoas portadoras de deficiência em programa de atividade física adaptada. **Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada.** v.02, n.02, p.05 - 09, 1997.

TAYLOR, D. WILLIAMS, T. Sport Injuries in Athletes with Disabilities: Wheelchair Racing. **Paraplegia** v. 33 n.5 p.296-299, 1995.

TOLOCKA, R. E.; DE MARCO, A. Efeitos Fisiológicos de Exercícios Físicos em Pessoas com Lesão Medular. **Revista Brasileira de Atividade Física e saúde,** v.04, p.63-68, 1996.

_____; _____. Atividades Físicas para Pessoas Portadoras de Lesão Medular: Um alerta para a Disreflexia Autonômica. **Revista Ciência e Tecnologia,** v.4/2, n.08, p.10 - 15, 1995.

VITAL, R., et al. Avaliação clínica dos atletas paraolímpicos. **Rev Bras Med Esporte,** v. 8, n.3, p. 77-83, mai/jun, 2002.

WELLS, C. L; HOOKER, S. P. The Spinal Injured Athlet. **Adapted Physical Activity Quarterly (Champaign, Ill),** v. 7, n. 3, p. 265-285, 1990.