

# Artigos Originais

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO GERAL DE 30 RECLUSOS DA PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE MARINGÁ QUE DESENVOLVEM LABORTERAPIA

### Ana Carolina Forti Cezario

Discente do Curso de Educação Física do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: ana\_fortii@hotmail.com

### Carmem Patrícia Barbosa

Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá - UEM; Docente dos cursos de Educação Física, Nutrição e Odontologia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: carmempatricia@cesumar.br

### Jelson José do Nascimento

Discente do Curso de Educação Física do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: jelsonbares@brturbo.com.br

### Natália Duarte Bento

Discente do Curso de Educação Física do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: natalia\_bento@hotmail.com

### Nídia Mara Arf

Discente do Curso de Educação Física do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: maranidia@hotmail.com

**RESUMO:** Este trabalho realizou anamnese completa e exame físico geral em 30 reclusos da Penitenciária Estadual de Maringá (PEM) envolvidos nos mais diversos setores de laborterapia, a qual é caracterizada como sendo a ocupação do tempo através do desenvolvimento de atividades profissionais. Por ser a laborterapia um incentivo amplo ao preso em vários aspectos, ela é amplamente incentivada pelas autoridades da PEM. Porém, a maioria das penitenciárias não dispõe de toda a infra-estrutura necessária para o perfeito funcionamento corpóreo, podendo ocasionar desequilíbrios. O objetivo desta pesquisa foi averiguar se as atividades empregatícias desenvolvidas pelos reclusos poderiam estar envolvidas em queixas físicas apresentadas pelos mesmos. Foram realizadas entrevistas para coleta de dados pessoais e uma anamnese completa, bem como um exame físico geral com consentimento deles e preservação da identidade pessoal de todos. Os resultados foram enriquecedores, mostrando queixas relacionadas principalmente aos sistemas ósseo, articular e muscular. Desta forma, o estudo deve ser continuado, enfatizando de forma mais específica os aspectos posturais e ergonômicos envolvidos na laborterapia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Anamnese; Exame Físico; Recluso.

## ANAMNESIS AND GENERAL PHYSICAL EXAMINATION OF 30 PRISONERS ENGAGED IN OCCUPATIONAL THERAPY ACTIVITIES AT A STATE PRISON IN MARINGÁ, PR - BRAZIL

**ABSTRACT:** During this research, a complete anamnesis and a general physical examination was carried out in 30 prisoners from a state prison in Maringá, PR, Brazil (Penitenciária Estadual de Maringá - PEM). They were involved in various occupational therapy sectors, which are characterized as the occupation of time in the development of professional activities. Since the occupational therapy is an extended incentive to the prisoner in several aspects, it is highly encouraged by PEM authorities. However, as the majority of the penitentiary do not have all the necessary substructure to the perfect corporal functioning, it can lead to unbalance. The aim of this research was to check if the work activities developed by the prisoners could be involved in their physical complaints. Interviews to collect personal data, a complete anamnesis as well as a general physical examination were carried out with their

consent and preservation of all personal identity. The results were very enriching, revealing complaints mainly about the osseous, joints and muscular systems. This way, further studies should more specifically focus the postural and ergonomic aspects involved in occupational therapy.

**KEYWORDS:** Anamnesis; Physical Examination; Prisoner.

## INTRODUÇÃO

Penitenciárias são locais específicos para o abrigo de pessoas condenadas à pena privativa de liberdade em regime semiaberto e fechado. O regime semiaberto é destinado ao detento, pois o mesmo não está obrigado ao cumprimento de isolamento diurno de forma que a detenção é destinada a crimes de menor gravidade. O regime fechado comporta isolamento diurno e noturno, e o preso que o cumpre é chamado de recluso (MINGUZZI, 1969).

Existe uma classificação que considera penitenciária de segurança máxima aquela com celas individuais e penitenciária de segurança média, aquela com celas individuais e coletivas. O Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN é um órgão público responsável pelo sistema prisional no país. Um levantamento feito pelo DEPEN (2007) aponta a existência de mais de 1.000 estabelecimentos penitenciários no Brasil, dentre os quais 23 estão no Paraná. Todavia, a quantidade de encarcerados supera em mais de 90.000 o número de vagas disponíveis nas penitenciárias, sendo que muitos ficam detidos indevidamente em delegacias, causando superlotações. No Paraná existem 20.717 reclusos em cumprimento de pena, sendo 28.852 o número correspondente à população paranaense total do sistema prisional.

A laborterapia é caracterizada como a ocupação do tempo desenvolvendo atividades profissionais. Ela é desenvolvida em algumas penitenciárias e consiste no desempenho, por parte dos condenados, de atividades profissionais não-especializadas. Conforme o artigo 126 da Lei de Execução Penal (LEP), lei nº 7210 de 11 de Julho de 1984, a pena pode ser remida pelo trabalho na proporção de um dia de pena a menos para o condenado se houver três dias de trabalho cumprido (NOGUEIRA, 1996). Desta forma, a laborterapia pode ser vista como uma medida alternativa do cumprimento da pena privativa de liberdade, podendo ainda ser remunerada.

Os trabalhos internos desenvolvidos são bastante variáveis e envolvem desde atividades cotidianas, como limpeza da própria penitenciária e lavagem das roupas dos internos, até trabalhos terceirizados a empresas interessadas. Para o cumprimento destes trabalhos, Nogueira (1996) afirma que as prisões devem ser reformuladas criando oficinas de trabalho para dar oportunidade ao condenado de ser recuperado e habilitado profissionalmente para viver em sociedade sem danos físicos ou psíquicos e com maior dignidade.

Em Maringá, cidade pólo da região norte do Paraná, a penitenciária existente é a Penitenciária Estadual de Maringá, ou PEM. Ela tem capacidade para abrigar 360 reclusos em celas individuais ou coletivas, os quais cumprem penas em regime fechado. A laborterapia é incentivada por parte de suas autoridades que compreendem sua importância e benefícios de

remuneração e redução proporcional da pena são oferecidos aos internos. A escolha dos reclusos para o desenvolvimento da laborterapia é feita por equipe especializada da própria penitenciária e considera fatores tais como comportamento individual, social, mental e tipo de delito cometido. É válido ressaltar que, pelo fato das penitenciárias serem áreas de segurança diferenciada, não são todos os equipamentos que têm livre acesso aos reclusos e muitas vezes são necessárias algumas adaptações no desempenho de certas atividades. Tais adaptações, às vezes, podem comprometer a mecânica corpórea normal e gerar algumas disfunções. Além disso, a maioria das penitenciárias não dispõe de oficinas de trabalho especialmente preparadas que preservem estruturas corpóreas de forma anatômica e fisiológica.

Alterações constantes e mantidas dos padrões normais de funcionamento do corpo podem comprometer a homeostasia e causar danos à saúde tais como algias generalizadas, dificuldades visuais, problemas respiratórios, cefaleias, hipertensão arterial, hiperlipidemia, insônia, estresse e desatenção com possíveis envolvimento em acidentes de trabalho, perda da acuidade auditiva e muitos outros (GUYTON; HALL, 2002). Uma forma de se avaliar a homeostasia é realizar uma avaliação específica que compreenda desde a anamnese completa até o exame físico geral. Anamnese, segundo Porto (2001), origina-se das palavras *aná* que significa trazer de novo e *mnésis*, que significa memória. Ou seja, ela traz de volta à mente todos os fatos relacionados a um distúrbio e à pessoa comprometida a fim de que se possa definir a estratégia a ser seguida de acordo com cada indivíduo. Vários elementos a compõem, dentre os quais está a identificação pessoal do indivíduo avaliado com nome, sexo, idade, cor ou raça, estado civil, profissão, local de trabalho, naturalidade e residência. Além disso, ela contempla a avaliação da queixa principal, a história da doença atual e das doenças pregressas. Bickley e Szilagyi (2005) afirmam que a anamnese é complementada avaliando os medicamentos em uso, fazendo um interrogatório sintomatológico e investigando hábitos de vida, condições sócio-econômicas e culturais que possam, de alguma forma, estar relacionados à doença.

A avaliação completa envolve também o exame físico geral, através do qual pode-se obter uma visão do indivíduo avaliado como um todo. Ele fornece informações para promoção da saúde, sendo verificado o estado geral, o nível de consciência, a fala ou linguagem, a altura, o peso e outras medidas antropométricas importantes. São avaliados também os desenvolvimentos nutricionais, físicos e mentais, bem como a fâcie, a postura, a atitude em pé e as deformidades físicas que o indivíduo possa apresentar (DELP, 1969).

Considerando-se todos estes pressupostos, este trabalho teve como diretriz primordial avaliar os reclusos da PEM envolvidos com a laborterapia através de apurada anamnese e

exame físico geral completo. Desta forma, num futuro próximo e depois de avaliados todos os resultados, outras avaliações importantes relacionadas a distúrbios posturais e ergonômicos poderão ser feitas com a mesma população. A adequada interpretação destes achados poderá contribuir para uma precisão diagnóstica que sirva de base para um trabalho prático de atividades físicas específicas direcionadas à correção de postura e adequação ergonômica com os reclusos e nos setores que apresentarem necessidades.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2004, p. 5), regedora maior das leis do país, através de seu Artigo 5º, afirma que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

A todo aquele que, de forma direta ou indireta, infringir as leis vigentes do país, cabe adequada punição depois de ampla defesa do julgado e concluído o julgamento. O inciso XLVI do mesmo artigo afirma que a estes indivíduos serão adotadas medidas tais como privação ou restrição da liberdade, perda de bens, multas, prestação social alternativa, suspensão ou interdição de direitos. A reclusão é a punição aplicada ao recluso, executor de uma infração grave da lei, e nela não se admite suspensão condicional salvo a pessoas menores de vinte e um anos ou maiores de sessenta anos condenados por tempo não superior a dois anos. Já a detenção é aplicada ao detento que cometeu semelhantemente infrações das leis vigentes, porém, em menor gravidade ou que já cumpriu parcialmente sua pena e nela não existe período inicial de isolamento, a não ser que haja necessidade de transferência a regime fechado (MINGUZZI, 1969).

Penitenciária destina-se a abrigar condenados à pena de reclusão em regime fechado conforme artigo 87 da LEP (NOGUEIRA, 1996). O artigo 88, da mesma lei, diz que o condenado será alojado em cela que deverá conter dormitório, aparelho sanitário e lavatório. Nogueira (1996) a define como sendo um estabelecimento de segurança máxima (dotada exclusivamente de celas individuais) ou média (dotada de celas individuais e coletivas) que se destina ao condenado à pena de reclusão superior a oito anos que comporta o regime fechado. Além das penitenciárias, o artigo 33 do Código Penal, lei número 2.848 de 07 de dezembro de 1940, diz que a pena pode ser cumprida também em regime semiaberto ou aberto (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2003).

Depois que o recluso é condenado, ele é encaminhado ao estabelecimento predeterminado pelas autoridades competentes onde deverá cumprir sua sentença. Quando lá, um período inicial de adaptação deve transcorrer e, concomitante a isto, o recluso é avaliado pelos diversos setores da própria penitenciária, dentre os quais merecem destaque o serviço de assistência social, o setor de psicologia e a Divisão Ocupacional e de Qualificação - DIOQ. Este período é chamado de triagem e demora no mínimo 60 dias. Aos presos que apresentarem

boas referências pela equipe de triagem, bom relacionamento com outros internos e que forem aprovados pela avaliação da guarda local, é dada a oportunidade de desenvolverem a laborterapia, ou seja, a ocupação do tempo através da execução de atividades profissionais. Estas atividades variam desde a limpeza da própria penitenciária até atividades mais elaboradas que possam ser desenvolvidas dentro dos presídios sem restrições maiores. Para tanto, devem ser levadas em conta a aptidão e a habilitação do condenado, as necessidades futuras do preso, bem como as oportunidades oferecidas no mercado de trabalho. Reclusos maiores de sessenta anos, doentes ou deficientes físicos somente exercerão atividades apropriadas à sua condição, sendo que o trabalho não deve ser superior a oito horas diárias e deve contar com descansos nos domingos e feriados, conforme preconiza o artigo 33 da LEP (NOGUEIRA, 1996).

Nogueira (1996) afirma que, para isso, as prisões devem ser reformuladas, criando oficinas que beneficiem o desenvolvimento da laborterapia oportunizando a recuperação do condenado, favorecendo sua auto-estima, sua dignidade humana e a ressocialização através do trabalho.

O objetivo da remissão é reduzir, pelo trabalho, a pena privativa de liberdade, além de constituir um componente essencial à recuperação do condenado e contribuir para a ordem e disciplina prisional, pois o trabalho evita também a perniciosa ociosidade existente nas prisões (NOGUEIRA, 1996, p. 200).

Todavia, na prática, muitas vezes é difícil propiciar condições totalmente adequadas de trabalho ao recluso. A maioria das penitenciárias não conta com todo o espaço físico e equipamentos adequados para o desenvolvimento das funções de laborterapia e, além disso, não é qualquer equipamento que pode ter livre acesso à penitenciária, devido ao fato de se tratar de uma área de segurança diferenciada. A ausência desta adequação pode predispor o aparecimento de disfunções orgânicas e perturbações da homeostasia, tais como diminuição da acuidade auditiva, visual, tátil, cefaleia, cansaço físico e mental, alterações na pressão arterial e na mecânica respiratória, entre outras. Em casos crônicos, a inadequação do ambiente de trabalho pode ocasionar até mesmo más posturas, as quais, quando mantidas por longos períodos de tempo, são passíveis de gerar disfunções algicas que comprometem a boa mecânica corporal (KENDALL; CREARY; PROVANCE, 1995).

A fim de avaliar o comprometimento da homeostasia corpórea, uma avaliação detalhada deve ser feita e deve-se contemplar desde a anamnese até o exame físico geral completo. Julião (1975) relata que a anamnese traz de volta à mente da pessoa acometida todos os fatos relacionados ao distúrbio. Ela, por sua vez, traça a história clínica da doença, conhece os fatores pessoais, familiares e ambientais relacionados ao indivíduo. Os elementos que a compõem incluem identificação, queixa principal, história da moléstia atual (HMA), história de moléstias preexistentes (HMP), medicamentos usados, interrogatório sintomatológico, antecedente pessoal e familiar, hábitos de vida e condições socioeconômicas e culturais.

Barros e colaboradores (2002) afirmam que a identificação compreende elementos básicos como nome, idade, endereço, sexo, cor ou raça, estado civil, naturalidade, profissão atual, progressão e local de trabalho. Estes dados são relevantes, pois podem estar envolvidos direta ou indiretamente com o surgimento ou agravamento de certas doenças. Exemplo disso é que cada faixa etária tem suas doenças mais frequentes, e as profissões desempenhadas atual e progressivamente podem revelar a causa de queixas.

A queixa principal é o que o indivíduo sente e mais o incomoda. A HMA é decisiva para se chegar ao diagnóstico. Semelhantemente ocorre com as doenças preexistentes, onde o examinador indaga sobre doenças que este indivíduo já apresentou antes da atual. Desta forma, pode-se fazer uma relação entre as doenças atuais e preexistentes (JARVIS; THOMAS; STRANDBERG, 2002). O uso de medicamentos deve ser relatado, pois alguns efeitos indesejáveis podem advir de certos fármacos como distúrbios na pressão arterial e insônia. O interrogatório sintomatológico é um complemento da avaliação e é feito pelo questionamento direcionado conforme sintomas apresentados (ROMEIRO et al., 1980).

Barros e colaboradores (2002) afirmam que na análise dos antecedentes pessoais e familiares o examinador pergunta sobre a gestação, desenvolvimento motor, físico, neurológico, entre outros. A pesquisa dos hábitos de vida envolve alimentação, hábitos de atividade física, tabagismo, etilismo, uso de drogas, horas de sono, grau de agitação e estresse. Como muitas doenças podem ser causadas por desinformações ou estado grave de falta de condições mínimas de saneamento e higiene, as condições socioeconômicas e culturais também precisam ser conhecidas. É útil conhecer dados correlacionados a costumes de vida do indivíduo. Enfim, a anamnese é utilizada para saber sobre os aspectos sociais e fisiológicos do indivíduo entrevistado.

Além da anamnese, pode ser feito o exame físico geral a fim de se obter dados gerais do avaliado e fornecer esclarecimentos e informações para a promoção da saúde. O exame físico, segundo Porto (2001), deve avaliar itens como estado geral, nível de consciência, fala e linguagem, altura, peso e outras medidas antropométricas, desenvolvimento nutricional, físico e mental, bem como fâcie, postura e deformidades físicas que o indivíduo possa apresentar.

O estado geral é uma avaliação subjetiva baseada no relato do avaliado. O nível de consciência é determinado por parâmetros como perceptividade, reatividade, deglutição e reflexos específicos como os plantares, abdominais, pupilares e outros. A fala e a linguagem são observadas durante a entrevista, onde o examinador tenta identificar alterações e dentre as principais pode-se citar a disfonía ou afonia, dislalia, disartria e a disfasia (BICKLEY; SZILAGYI 2005).

A altura total do indivíduo vai da planta dos pés até o vértice da cabeça. Já o peso é determinado pelo uso de uma balança comum. O desenvolvimento nutricional deve ser avaliado pelo peso, índice de massa corporal, desenvolvimento físico, entre outros. O estado nutricional inclui desnutrição, subnutrição, má-nutrição, obesidade e estado ideal ou normal. O desenvolvimento físico requer um estudo antropométrico rigoroso. Na prática é utilizada uma avaliação simplificada e leva-se em con-

ta sexo, idade, altura e estatura somática (JULIÃO, 1975).

Fâcie é o conjunto de dados mostrados na face do indivíduo, os quais envolvem traços anatômicos e expressão fisionômica. A postura pode ser dividida em boa, sofrível e má, sendo que um mau hábito pode causar uma má postura, fazendo com que o indivíduo possa sofrer alterações como hipercifose, hiperlordose ou escoliose. Semelhantemente, as deformidades físicas são constatadas nesta fase da avaliação a fim de avaliar se têm envolvimento com a moléstia atual (JARVIS; THOMAS; STRANDBERG, 2002).

## 2.2 MÉTODO

Este trabalho foi feito como uma pesquisa descritiva, a qual procura abranger aspectos gerais e amplos de um certo contexto, identificando as diferentes relações entre causa e efeito (RUDIO, 2003). Ela difere da pesquisa experimental porque procura conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir ou manipular os aspectos da realidade (OLIVEIRA, 1999). As observações deste trabalho foram realizadas na Penitenciária Estadual de Maringá (PEM), no estado do Paraná, no horário e local de trabalho de alguns reclusos da mesma.

O trabalho teve início em uma reunião com o diretor em exercício da PEM, Senhor Coronel Antonio Tadeu Rodrigues, e os envolvidos no projeto a fim de esclarecer às autoridades da PEM os objetivos da pesquisa, apresentação do grupo, reconhecimento do campo de estudo por parte dos integrantes bem como apresentação das normas básicas de segurança da penitenciária. Posteriormente, foi realizada nova palestra com os reclusos já envolvidos na laborterapia para esclarecer a importância e os objetivos do estudo e 40 deles se comprometeram a participar do mesmo. Eles prestavam serviços nos setores de lixamento de jeans, restauração de livros da Universidade Estadual de Maringá, faxina, lavanderia, montagem de sacola, serigrafia e confecção de livros.

Numa segunda etapa, minuciosa avaliação foi realizada através de uma entrevista particular do recluso com os executores do projeto de forma a evitar qualquer tipo de constrangimento. Todo o protocolo da avaliação foi cuidadosamente esclarecido aos reclusos através de uma linguagem de fácil compreensão. Para a coleta de dados de identificação e exame físico geral foram considerados os itens fundamentais que compõem a anamnese, os quais, conforme Porto (2001), são insubstituíveis e estão no anexo C. Alguns questionamentos semelhantes foram feitos a presos sem laborterapia.

A anamnese avaliou a identificação pessoal através do nome, idade, profissão exercida e tempo de experiência nesta atividade, local e tempo de trabalho diário e atividades anteriores, queixa principal, HMA, HMP, medicamento em uso, interrogatório sintomatológico, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, hábitos de vida e condições socioeconômicas e culturais. Os reclusos foram questionados quanto à presença de deficiências físicas, envolvimento em acidentes de trabalhos e época do início dos sintomas, fatores que os melhoraram ou pioraram e frequência com que apareciam. Avaliações das capacidades auditivas e sensibilidade tátil foram feitas por questionamento subjetivo.

Para o exame físico geral foram utilizados balança mecâ-



nica com medidor de altura da marca Welmy, esfigmomanômetro da marca Missouri, estetoscópio da marca Littmann e cronômetro digital da marca Casio, todos devidamente calibrados. Este exame apurou dados essenciais como peso, altura, pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca. Outro ponto importante do exame físico foi a avaliação da integridade mental e da agilidade motora conforme preconizado por Sanvito (2005) e Julião (1975).

Finalmente, outra palestra foi feita para apresentar aos presos os resultados esclarecedores, pois revelaram distúrbios antes não conhecidos ou valorizados por eles. Foi apresentada a possibilidade de um novo trabalho que, fazendo uso dos dados já avaliados neste estudo, fosse completado com avaliações posturais e ergonômicas. Tal proposta foi amplamente aceita com muito interesse.

### 2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os dados pessoais avaliados, o questionamento sobre as idades foi feito para obtenção de um parâmetro de comparação com indivíduos da mesma idade, livres e com atividades profissionais semelhantes. O setor de laborterapia no qual eles prestavam trabalho foi questionado para correlacionar prováveis sintomas com o nível de exigência corpórea de cada trabalho. Tempo de experiência na atividade exercida e atividades progressivas foram relevantes para tentar detectar fatores que pudessem ter contribuído para as queixas dos reclusos. O tempo diário de trabalho visou identificar sobrecarga imposta por período de tempo prolongado numa mesma postura.

30 presos concluíram a avaliação, devido a transferências. As idades variaram entre 22 anos, no setor de faxina, e 64, no setor de restauração de livros, sendo a média 30,5 anos. Dos avaliados, trabalhavam no setor de lavanderia 6 presos, 3 na confecção de livros em auto-relevo para deficientes visuais, 1 no setor de montagem de sacolas, 6 na serigrafia, 7 no lixamento de jeans, 1 na faxina e 6 na restauração de livros. O tempo de experiência profissional nestas atividades foi variável, havendo

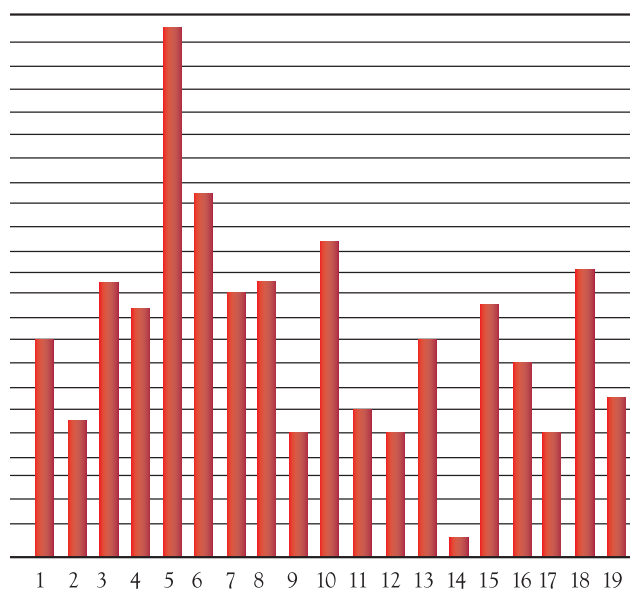


Figura 1. Queixas principais referidas pelos reclusos em porcentagem.

nos setores de restauração de livros um recluso com apenas 2 dias de experiência e na serigrafia um recluso com 730 dias. Quanto às atividades progressivas, as respostas foram diversas. Alguns reclusos disseram nunca ter exercido função empregatícia antes, nem nos presídios onde permaneceram em detenções anteriores. Alguns deram respostas curiosas como “não sabia fazer nada antes sem ser roubar” e até “antes sempre fui assaltante”. O tempo de trabalho diário variou de 4 horas, no setor de restauração de livros, até 8, nos demais setores, tendo um valor médio de 6,8 horas. Questionou-se também a queixa principal quanto à época, início, fatores que as melhoravam ou pioravam, frequência com que se manifestavam e medicações usadas. A figura abaixo apresenta as queixas mais frequentes dos reclusos em porcentagem. Principais queixas referidas pelos reclusos da PEM em porcentagem. Observado dor muscular, articular, nervosa e cefaléia em 40% deles.

Como observado na figura 1, apenas 4% dos reclusos referiu ausência de queixas, hipotensão arterial, otite, labirintite, cervicálgia e lombalgia enquanto a cefaleia, as dores musculares, articulares e nervosas foram as mais citadas. Dentre as dores, as articulares estavam nos joelhos e ombros e as musculares, nos membros inferiores, região lombar e cervical. Foi dada a possibilidade de optar por mais de uma queixa principal.

Quanto à época do início dos sintomas, 22 deles tiveram seus primeiros sintomas há mais de um ano, 1 afirmou tê-los há mais de 20 anos, 5 há menos de um ano e 1 preso não referiu sintoma. Dentre os fatores mais frequentes que melhoravam as queixas, 9 citaram os movimentos articulares voluntários para mudar posições e alongar os músculos. Para 6 deles os sintomas passavam sem que nada fosse feito e 2 afirmaram que “estralar” as articulações causava alívio. O repouso foi citado por 5 reclusos e o uso de remédios, por outros 4 e apenas 1 único negou sintoma. Dos fatores responsáveis pela intensificação do quadro, o trabalho foi o principal, mencionado por 7 reclusos e, em seguida, foi o ficar muito tempo numa mesma postura, conforme 5 presos. A ausência de café foi a queixa de 3 presos que disseram ter alívio dos sintomas com a cafeína e 3 afirmaram que era o carregar ou levantar peso. Ficar dentro das celas foi citado por 2 deles, outros 2 disseram que é ficar em flexão cervical, 1 queixou-se que era ficar deitado e 2 afirmaram não existir nenhum fator que aumente os sintomas.

A maior frequência com que os sintomas apareceram foi, em média, de 2 a 3 vezes por semana. Para 10 deles os sintomas se manifestavam todos os dias, 3 disseram que apareciam uma vez por semana, 4 disseram ter queixas raramente e apenas 1 negou a existência de queixa. Um recluso fazia uso de mais de um medicamento simultaneamente e 18 não usavam nenhum fármaco.

Foram questionados quanto à deficiência física e só 1 recluso teve amputação de 3 dedos do pé mas, segundo ele, nunca atrapalhou seu trabalho. Quatro se envolveram em acidentes de trabalho sendo que 2 tiveram seqüela em região lombar por excesso de peso, 1 fraturou o braço direito, não realizando extensão total do cotovelo, e outro fraturou o nariz.

Outro ponto foi o questionamento subjetivo sobre audição, visão e sensibilidade tátil das mãos, onde o preso classifi-

Tabela 1. Representação da pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR) e cardíaca (FC) de repouso dos presos avaliados.

Recluso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PA (mmHg)	120x90	150x90	140x90	130x70	140x90	130x80	120x80	140x120	120x80	180x120
FR (rpm)	56	12	12	30	26	18	16	20	24	24
FC (bpm)	80	64	58	74	64	82	56	72	82	76

Recluso	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
PA (mmHg)	140 x 90	120 x 70	130 x 90	120 x 70	140 x 90	180 x110	130 x 70	130 x 90	130x70	120x80
FR (rpm)	22	22	20	24	22	28	24	18	23	16
FC (bpm)	90	88	50	80	78	86	94	80	84	72

Recluso	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
PA (mmHg)	150x90	120x80	130 x 90	140 x 90	110 x 70	140x110	130x70	150x90	140 x 90	130x70
FR (rpm)	26	16	22	22	16	26	18	30	24	18
FC (bpm)	88	72	74	80	72	82	74	76	70	72

A PA foi medida em milímetros de mercúrio, a FR em respirações por minuto e a FC em batimentos por minuto. Os números foram mantidos.

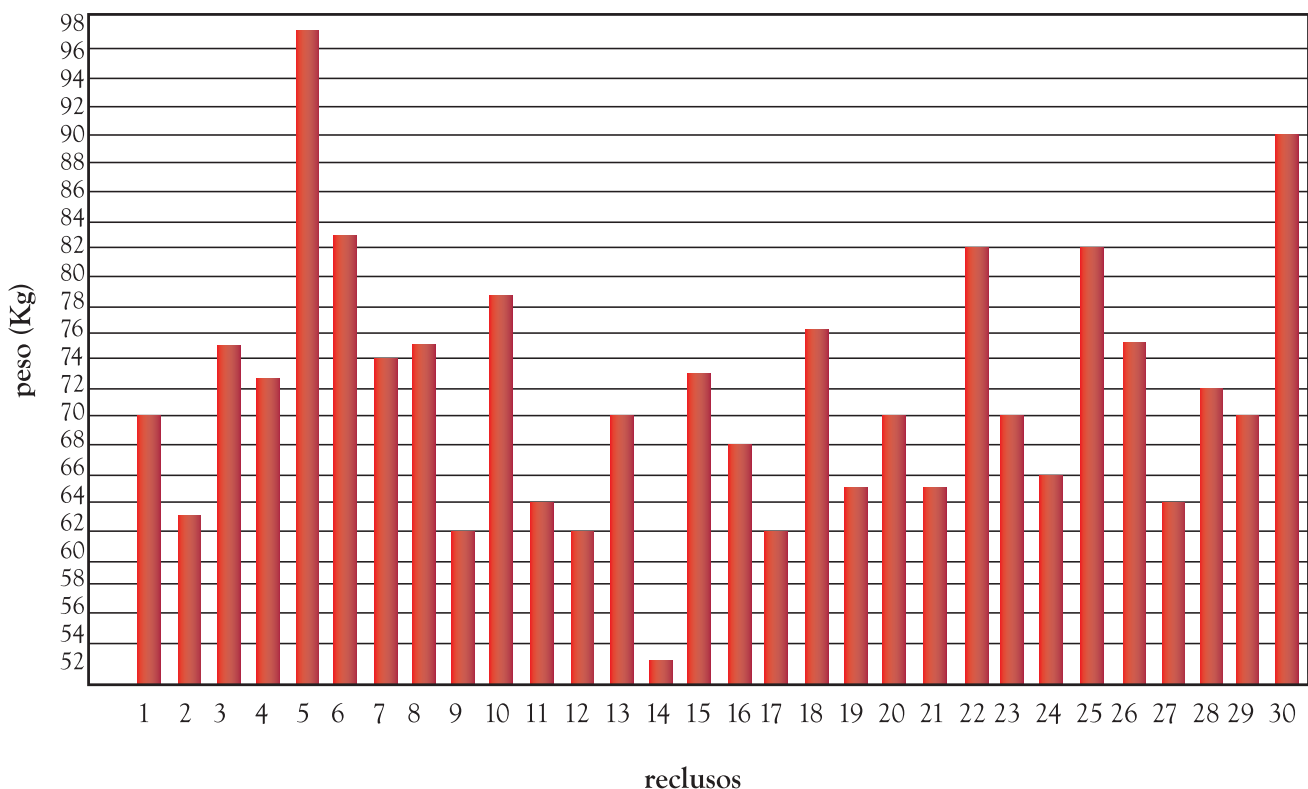


Figura 2. Representação do peso, em quilogramas, dos reclusos avaliados.

cava estas funções através da auto-atribuição de notas que variaram de 0 a 10. A agilidade motora foi testada pedindo para que batessem as mãos rápida e ritmicamente e a integridade mental foi vista, conforme preconizado por Sanvito (2005) e Cipriano (1999), questionando-os sobre situações que exigiam resposta de raciocínio rápido. No setor de lixamento de jeans todos obtiveram notas 9 ou 10 na audição, tato e integridade

mental, porém, um recluso obteve nota 8 na avaliação da visão e outros dois, notas 7 e 5 na coordenação de movimentos. Na lavanderia, só houve dois presos com notas 8 na audição e 7 na coordenação dos movimentos, sendo que os demais obtiveram notas integrais. Na serigrafia, nas aptidões audição, visão e coordenação de movimentos, cinco deles obtiveram notas 5 e 8, enquanto na restauração de livros, nas mesmas

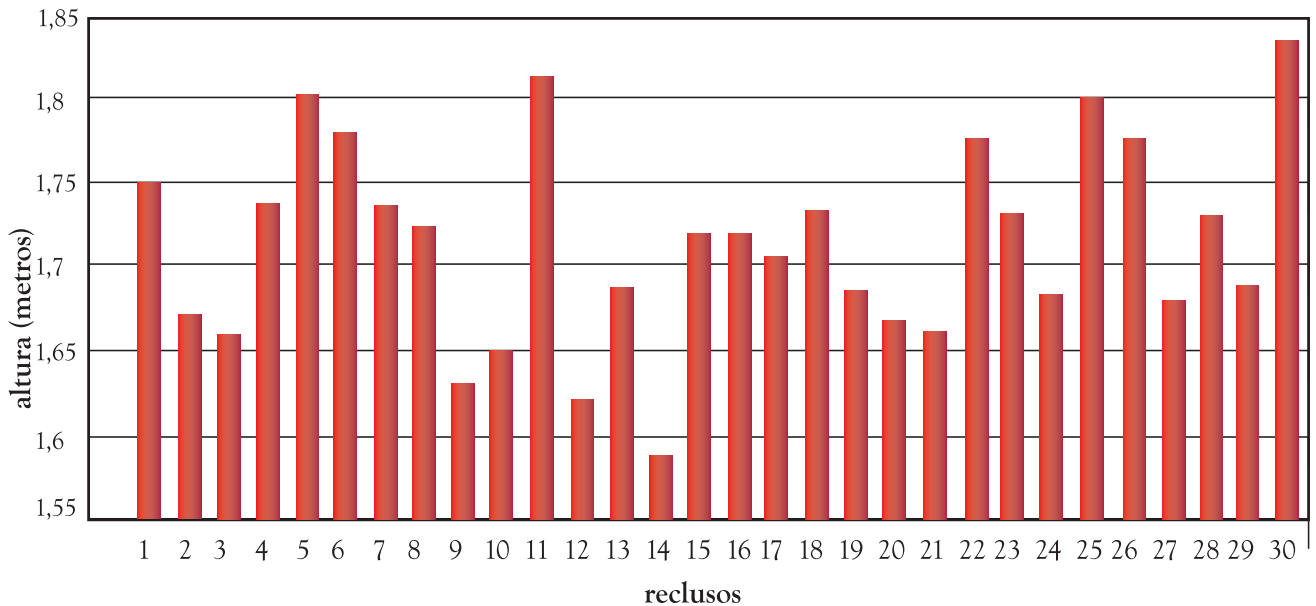


Figura 2. Representação do peso, em quilogramas, dos reclusos avaliados.

aptidões, as notas variaram entre 7 e 8. Na faxina, o único recluso avaliado teve 10 em todos os testes exceto na audição e visão, onde obteve nota 5. Nos setores de confecção de livros e montagem de sacolas, as notas obtidas foram 10 por todos os avaliados. O exame físico aferiu pressão arterial (PA), peso, altura, frequência cardíaca (FC), respiratória (FR) (Tabela 1) onde os presos repousaram inicialmente para que a atividade profissional não influenciasse nos resultados.

Na Figura 2 os números foram atribuídos a cada recluso a fim de manter privacidade dos dados. Os pesos variaram de 53 a 96,6 Kg nos presos 14 e 5, respectivamente. Na Figura 3 Os números foram mantidos para que uma correlação pudesse ser estabelecida. As alturas variaram de 1,59 a 1,83 metros nos presos 14 e 30, respectivamente.

A obtenção de medidas como peso, altura, idade, FC, FR e PA são úteis porque, através delas, podem ser calculadas variáveis indispensáveis para a prática adequada de atividades físicas como Índice de Massa Corpórea (IMC) e composição corporal. Para isso, as condições fisiológicas da homeostasia não podem ser ultrapassadas (PETROSKI, 2007; WILMORE; COSTILL, 2001).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados foi rica e trouxe ao esclarecimento muitos dados antes desconhecidos e não valorizados até pelos próprios reclusos. Dentre eles, destaca-se o fato de alguns presos estarem na faixa limítrofe de hipertensão arterial quando correlacionadas com suas idades, pesos e alturas. A frequência cardíaca de muitos deles se mostrou inadequada à condição de repouso com aumento dos valores mesmo após cinco minutos de repouso antes da aferição. A frequência respiratória de repouso foi extremamente exacerbada em alguns avaliados, mostrando valores de até 56 respirações por minuto sem que o indivíduo tivesse aumento concomitante de PA e FC, os quais foram, respectivamente, 120X90 mmHg e 80 batimentos por

minuto. Todavia, não houve queixa específica de dificuldades respiratórias.

Na análise do IMC, 17 reclusos apresentaram-se com risco baixo ou normal. Outros 11 foram enquadrados na classificação de risco moderado, 1 como risco alto e 1 com risco muito alto. Este risco relaciona-se à morbidade e mortalidade, doença cardiovascular, aterosclerose, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, câncer, diabetes melitus, hiperlipidemia, cirrose, obesidade e suas consequências.

Na anamnese, dentre as queixas principais estavam as dores musculares, articulares, nervosas e as cefaleias aparecendo em 40% dos reclusos. Apenas um avaliado negou a existência de qualquer queixa, um apresentou otite, um referiu cervicalgia, um referiu lombalgia e um queixou-se de diminuição de ADM do cotovelo. De acordo com Aires (1999), foi revelado 16% de hipertensão arterial em cujos indivíduos os valores foram iguais ou superiores ao ideal conforme peso e idade. Insônia foi relatada por 28% dos entrevistados e 8% referiram labirintite.

O tempo de trabalho diário está de acordo com os valores permitidos por leis trabalhistas. Desta forma, provavelmente não foi o principal fator desencadeante das queixas. Outro aspecto a ser ressaltado é que não é possível definir qual dos setores é o que mais causa desgastes físicos e/ou mentais porque, quando questionados, os presos sempre mencionam ser o setor onde exercem atualmente a laborterapia.

Quando comparados a presos que não desenvolviam a laborterapia, os avaliados neste estudo mostraram algumas diferenças como o fato de a reclusão potencializar as queixas, as quais são ainda maiores naqueles sem a laborterapia. Outro ponto a ser destacado é que eles mostram uma certa "carência" em relatar seus sintomas assim como depositam muita confiança num possível tratamento.

Depoimentos deles próprios quando questionados sobre atividades profissionais progressas revelaram a importância maior da laborterapia que é o seu contexto social ao fazer a ressocialização e dar aos mesmos a oportunidade de profissio-

nalização. De fato, apesar de a laborterapia ter sua importância já há muito conhecida e valorizada, não se pode menosprezar o fato de que ela deve ser adequada à estrutura física, à biomecânica corporal e às competências individuais de forma a respeitar a individualidade do homem. Isto porque, conforme predisseram Lida (2002) e Lianza (2001), toda a inadequação mantida por longos períodos de tempo é passível de causar alterações graves, dentre as quais podem-se citar as posturais, as disfunções auditivas, visuais e respiratórias.

A fim de se obter informações concretas que possam revelar possíveis alterações causadas por inadequações nos setores de laborterapia, são imprescindíveis que outros estudos sejam feitos. A ideia é reavaliar os presos, porém, em relação aos hábitos posturais durante o trabalho e até mesmo em períodos de descanso. O exame das condições ergonômicas dos setores de laborterapia também se fará útil uma vez que tais condições poderão originar distúrbios. Isto posto, o objetivo futuro é oferecer condições físicas e adequações ambientais simples que otimizem a homeostasia corpórea.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, Margarida de Mello. **Fisiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1999.
- BARROS, Alba Lucia Botura Leite et al. **Anamnese e Exame Físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.
- BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. **Bates Propedêutica Médica**. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Obra coletiva de autores da editora Saraiva com a colaboração de PINTO, A. L. T.; WINDT, M. C. V. S. e CÉSPEDES, L. 33. ed. atual. e ampl. São Paulo, SP: Saraiva, 2004.
- CIPRIANO, Joseph J.; JAHN, Warren T.; WHITE, Mark E. **Manual Fotográfico de Testes Ortopédicos e Neurológicos**. 3. ed. São Paulo, SP: Manole, 1999.
- DELP, Mahlon H. Estudo de Paciente. In: DELP, Mahlon H. **Major**: propedêutica médica. 7. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 1969. Cap. 2. p. 15-32.
- DEPEN. **Dados Consolidados 2007**. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDF00F0E4AC9A0494DA41E7E8122CF5BFFPTBRNN.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2009.
- GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado da Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.
- JARVIS, Carolyn; THOMAS, Pat; STRANDBERG, Kevin. **Exame Físico e Avaliação de Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002.
- JULIÃO, Oswaldo Freitas. O exame neurológico do adulto. In: TOLOSA, Adherbal P. et al. **Propedêutica Neurológica**: temas essenciais. 2. ed. São Paulo, SP: Sarvier, 1975. Cap. 24. p. 333-375.
- KENDALL, Florence Peterson; MC CREARY, Elizabeth Kendall; PROVANCE, Patricia Geise. **Músculos**: Provas e Funções com Postura e Dor. 4. ed. São Paulo, SP: Manole, 1995.
- LIANZA, Sérgio. **Medicina de Reabilitação**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2001.
- LIDA, Itiro. **Ergonomia - Projeto e Execução**. São Paulo, SP: Edgard Blucher, 2002.
- MINGUZZI, Rubens B. **Código Penal - Leis das Contravenções Penais; Código de Menores e Legislação Complementar**. São Paulo, SP: Sugestões Literárias Ltda, 1969.
- NOGUEIRA, Paulo Lúcio. **Comentários à Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11/07/1984)**. 3. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 1996.
- OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratamento de Metodologia Científica**: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. 2. ed. São Paulo, SP: Pioneira, 1999.
- PETROSKI, Edio Luiz. **Antropometria**: técnicas e padronizações. 3. ed. rev. ampl. Blumenau, SC: Gráfica Editora Nova Letra, 2007.
- PINTO, Antônio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. **Código Penal - Decreto da Lei nº 2848, de 07/12/1940**. 18. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2003.
- PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2001.
- ROMEIRO, Vieira et al. **Semiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1980.
- RUDIO, Franz Victor. **Introdução do Projeto de Pesquisa Científica**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- SANVITO, Wilson Luiz. **Propedêutica Neurológica Básica**. 5. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2005.
- WILMORE, Jack H.; COSTILL, David L. **Fisiologia do Esporte e do Exercício**. 2. ed. São Paulo, SP: Manole, 2001.

Recebido em: 25/02/2009

Aceito em: 25/03/2009