

INCIDÊNCIA DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM NADADORES DE ÁGUAS ABERTAS

Renan Stefani da Silva¹, Luciano Camargo Moraes², Milena Carrijo Dutra³, Guilherme Rodini Zaniboni¹, Diego Roger Silva³, Michele Hessel², Joziane Teixeira Santos⁴.

RESUMO

Considerando que a Natação é uma das modalidades mais praticadas no mundo, observa-se no âmbito competitivo deste esporte a incidência de lesões musculoesqueléticas em nadadores de águas abertas. A natação, desporto enfatizado nesta pesquisa, traz prejuízos ao manguito rotador, em função da amplitude e força exigida em seus movimentos. Objetivo deste estudo é documentar dados referentes às incidências de lesões musculoesqueléticas no ombro presentes em nadadores, profissionais ou amadores, de águas abertas e, por fim, os dados poderão corroborar na prevenção destas lesões. Foram entrevistados 12 nadadores, na faixa etária de 18 a 30 anos, através de um questionário aberto e um questionário validado de dor, com a finalidade de realizar um levantamento de dados sobre a incidência de lesões. O resultado foi verificado pela comparação dos dados observados nos questionários. Conclui-se que a maioria dos nadadores de águas abertas apresenta no seu histórico esportivo algum tipo de lesão associada à dor ou não na região dos ombros.

Palavras-chave: Natação. Águas abertas. Lesão. Manguito rotador.

INCIDENCE OF MUSCULOSKELETAL INJURIES IN OPEN WATER SWIMMERS

ABSTRACT

Whereas Swimming is one of the most widely practiced in the world, is observed within this competitive sport incidence of musculoskeletal injuries in open water swimmers. Swimming, sports emphasized in this study, causes damage to the rotator cuff, depending on the breadth and strength required in their movements. Aim of this study is to document data regarding incidence of musculoskeletal injuries in the shoulder present in swimmers, professional or amateur, open water, and finally, the data may corroborate the prevention of these injuries. We interviewed 12 swimmers, ranging in age from 18 to 30 years, through an open questionnaire and a validated questionnaire of pain, in order to conduct a survey of data on the incidence of injuries. The result was verified by comparing the observed data in the questionnaires. It is concluded that most swimmers open water presents on its historical athletic some kind of injury or pain not associated with the shoulder region.

Keywords: Swimming. Open water. Injury. Rotator cuff.



INTRODUÇÃO

Segundo Mello, Silva e José (2007), a natação é uma das modalidades mais praticadas no mundo, seja visando o lazer, melhora da condição cardiopulmonar ou a competição. E será nesta natação competitiva, treinamentos de alta intensidade e volume, que encontraremos indivíduos com o maior número de lesões desencadeadas pela prática.

A natação, desporto enfatizado nesta pesquisa, traz prejuízos ao manguito rotador, em função da amplitude e força exigida em seus movimentos. Este trabalho pretende esclarecer a importância do fortalecimento dos músculos que compõem o manguito rotador na busca de prevenção de lesões em adultos praticantes de natação.

Em um estudo, realizado na natação competitiva, foi documentado que a maior incidência de lesões ocorreu nos membros superiores, principalmente na região dos ombros (49,9%), sendo a tendinite e a bursite os principais diagnósticos. (MELLO, SILVA e JOSÉ, 2007)

Outro estudo, de Aguiar, Bastos e Netto Júnior (2010), mostrou o ombro como maior ocorrência de lesão na modalidade acima citada, principalmente nos nadadores de *crawl*, e o alto volume dos treinos como mecanismo desta lesão.

De acordo com Whiting e Zernicke (2009 *apud* GIANONI, 2011), “lesão é o dano sofrido pelos tecidos do corpo em resposta a um traumatismo físico”. A maioria das lesões das extremidades superiores ocorre em esportes que envolvem oscilações. Nas atividades competitivas observa-se o ombro como a área mais frequente destas lesões. (EJNISMAN *et al.*, 2001)

A natação como esporte de competição utiliza de métodos de altas intensidades e volumes no treinamento. Estas sessões de grandes sobrecargas resultam em um estresse intenso sobre as estruturas articulares e musculoesqueléticas, acarretando uma variada gama de lesões nestes nadadores, principalmente na região do ombro (ARAYA, 2000 *apud* MELLO, SILVA e JOSÉ, 2007).

A necessidade do fortalecimento muscular do manguito rotador se dá em função da sua grande atuação nos movimentos do ombro, prioritariamente na estabilidade de sua articulação, não diferente, e principalmente nos específicos da natação, quando fica submetido a pressões tanto na fase aquática do movimento, quanto em sua fase aérea. Nesta modalidade, Wilket *al.*, (1997) *apud* Gianoni (2011), menciona que os atletas realizando o movimento de rotação externa e interna com elevação acima de 90° de abdução do ombro aumentam a atividade dos músculos do manguito devido à necessidade de estabilizar a articulação glenoumeral.

Quando o ombro se eleva acima de 90° ocorre à aproximação do tubérculo maior do úmero com o acrômio, ocasionando a diminuição do espaço sub – acromial e posteriormente uma menor amplitude de movimento. Busso (2004), afirma que no trabalho de fortalecimento, os nadadores podem melhorar a resistência das fibras musculares e aumentar ganhos de massa muscular. Dessa forma, exercícios resistidos de manguito rotador auxiliariam no impacto, uma vez que a compressão da cabeça umeral seria menor contra o acrômio e o processo coracoide.

Como consequências destas lesões, pode-se dizer que o atleta sofre uma diminuição no rendimento, levando à prática da atividade com uma diminuição da sua amplitude de movimento e com a presença de dor. Faggioni, Lucas e Al Gazi (2005) considera esta dor crônica, localizada predominantemente na região do ombro, como a principal queixa dos nadadores.

Os autores ressaltam, também, que estes atletas com ombro doloroso, na maioria das vezes, não suspendem o treinamento para não perderem vaga na equipe. Portanto, pode-se relatar uma fragilidade nos aspectos psico- físico- sociais deste indivíduo.

Este estudo pode vir a colaborar na elaboração de programas preventivos e minimizar a incidência de lesões em nadadores de águas abertas. McLeod (2010), afirma que nadar é o modo mais eficaz de tornar-se um nadador melhor e mais rápido, mas atividades extraaquáticas desempenham fundamental importância no seu desenvolvimento como nadador.

Com isso, este presente estudo tem por objetivo documentar dados referentes às incidências de lesões musculoesqueléticas no ombro presentes em nadadores, profissionais ou amadores, de águas abertas e, por fim, os dados poderão corroborar na prevenção destas lesões.

JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se concedeu, uma vez que atuo na área da Natação, e identifiquei uma falta de literatura sobre o assunto, concomitantemente, com as dificuldades em tratar ou desenvolver técnicas



para evitar lesões nesta modalidade. Acredito desta forma, que as informações aqui destacadas contribuirão para o aprofundamento dos meus próprios conhecimentos e para as outras pessoas, sejam elas, praticantes da atividade por hobby ou com objetivos competitivos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa adota como amostra 12 nadadores de ambos os sexos, de elite ou amadores e com a idade de 18 a 30 anos. Segundo Bompa (2002), os jovens atingem o período de treinamento especializado entre 15 e 18 anos, após um desenvolvimento multilateral (maturação sexual e biológica, desenvolvimento cognitivo, social e psicológico) no início da vida atlética. Dessa forma eles podem, assim, atingir o ápice esportivo futuramente. Para a obtenção dos dados serão utilizadas duas técnicas de coletas, o questionário e a observação não participante.

A pesquisa se caracteriza por apresentar um método quantitativo, pois emprega quantificação na coleta de informações, uma vez que os dados de questões de dor, lesões e ações ligadas à prática do esporte os quantificou em gráficos.

Richardson (2007), afirma que: “[...] o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, consequentemente, uma margem de segurança quanto às interferências”.

Essa pesquisa se caracteriza como descritiva, pois segundo Gil (2007, p. 44), as pesquisas desse tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob esse título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados.

Gil (2007), ainda relata que estão inclusos nesta divisão as pesquisas que visam o levantamento de opiniões, atitude e crenças dos indivíduos.

A partir da utilização do questionário, a pesquisa adotou um caráter de levantamento, uma vez que ocorreu a interrogação direta daqueles que se tinha à intenção e necessidade de conhecer. Gil (2007), ainda ressalta que durante o levantamento: “[...] procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletado.”.

Neste estudo o problema pesquisado está direcionado a lesões musculoesqueléticas em nadadores de águas abertas, portanto, de início será utilizado um questionário aberto (quadro 1) e um questionário validado direcionados a dor, a Escala Visual Analógica (quadro 2).

Quadro 1.

Nome:	Idade:	Sexo: () F () M
Tempo de Natação:	Qual o motivo da atividade física?	
Já se lesionou alguma vez? () Sim () Não		
Qual o tipo da lesão?	Local da lesão:	
Como adquiriu a lesão?		
Qual o primeiro momento que percebeu a lesão?		
Qual forma de reabilitação e/ou recuperação você utiliza?		
Qual tipo de tratamento realizado pré travessia?		
Quantas horas de treino?		
Quantas sessões?		
Qual a frequência?		
Qual a intensidade de treino? () Alta () Moderada () Leve		
Quantas travessias em águas abertas realiza por ano?		
Qual a média de distância nadada?		



A Escala Visual Analógica (EVA) assemelha-se a uma régua, numerada de 0 a 10, sendo 0 sem dor e 10, a dor mais insuportável sentida pelo atleta. De acordo com Sousa e Silva (2005) este instrumento tem sido considerado sensível, simples, reproduzível e universal, ou seja, pode ser compreendido em distintas situações onde há diferenças culturais ou de linguagem do avaliador, clínico ou examinador.

Quadro 2. Escala Visual de Dor (EVA).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NULA		MINÍMO		MODERADO				INTENSA		

A partir da obtenção dos resultados realizados através do questionário, acredita-se que seja necessário um maior fortalecimento dos músculos e articulações envolvidos nos nados durante a travessia. Em relação ao treino direcionado em piscina, este deverá ser compatível com a prática em águas abertas, e por fim necessita-se de um importante embasamento teórico, uma vez que as influências nas lesões são devidas as sessões de treinos elaboradas, a prática sem orientação, o uso de medicamentos e anabolizantes, os professores não qualificados orientando o atleta, etc.

ANATOMIA DO OMBRO

O conjunto ósseo do ombro que dá estrutura e origina o conjunto articular do ombro são: esterno, clavícula, escápula e o úmero. (MCLEOD, 2010)

O ombro é a articulação mais complexa do corpo humano, pela sua grande variedade de movimentos e por estar subdividido em várias articulações.

Para entendimento destas articulações foram pesquisados alguns autores como Kapandji (2000), o qual classifica a divisão da articulação do ombro em cinco partes: escápulo-umeral, subdeltoide, escápulo-torácico, acrômio-clavicular e esternocostoclavicular. Já os autores Palastanga, Fielde e Soames (2000) classificam em três articulações, sendo: esterno clavicular, acrômio clavicular e glenoumeral. Sizinio (2009) relata que a complexa estrutura anatômica do ombro é composta por três diartroses (glenoumeral, acrômio-clavicular e esternoclavicular) e por três sistemas osteotenomioligamentares de deslizamento (subacromial, umerobicipital e escapulotorácico).

Articulação Glenoumeral

A articulação glenoumeral, formada pela cabeça do úmero e pela fossa glenoidal, segundo Fernandes, Honda e Natour, (2006), é uma das mais instáveis e móvel das articulações. Caracteriza-se por apresentar a maior amplitude do corpo humano, realizando movimentos de flexão e extensão, abdução e adução e rotação lateral e rotação medial no cingulo do membro superior (MCLEOD, 2010). Dessa forma, esta articulação depende diretamente dos mecanismos de estabilização.

Fernandes, Honda e Natour, (2006), divide estas estruturas estabilizadoras em estáticas (glenoide óssea, lábio glenoidal, cápsula articular, ligamentos glenoumerais e intervalo dos rotadores) e dinâmicas (músculos do manguito rotador e escapulo umerais). Estes últimos, através do balanço, respondem pela estabilidade da articulação do ombro.

O Manguito Rotador

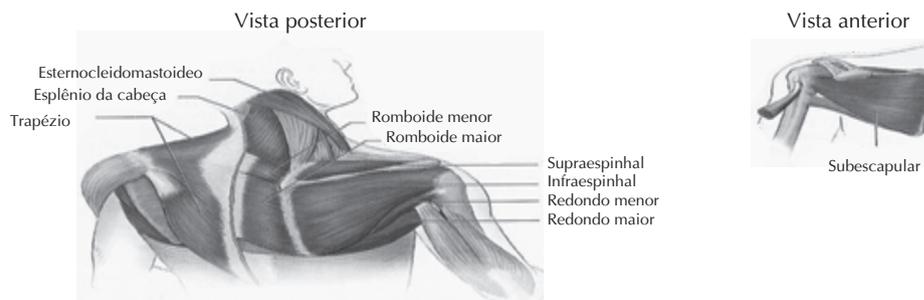
O manguito rotador, formado pelos músculos: subescapular, supra espinhoso, infra espinhoso e o redondo menor, é o elemento principal para a estabilidade, mobilidade e nutrição da articulação glenoumeral. Estes músculos se inserem na tuberosidade da cabeça do úmero e terminam em tendões largos e achatados que continuam com a cápsula articular formando o manguito musculotendíneo (SIZINIO, 2009).

Como o nome indica, a principal ação é executar movimentos rotacionais na articulação do ombro. Mcleod (2010) afirma que esses músculos não apresentam a capacidade de gerar forças propulsivas durante o nado devido ao tamanho reduzido, porém, são de extrema importância na fase de recuperação dos nados.

O desequilíbrio entre os músculos do manguito causa uma fraqueza muscular, inibindo o mecanismo estabilizador, e, futuramente, aumentaria o risco de lesão do ombro (GIANONI, 2011).



Figura 1. Manguito rotador – vista anterior e posterior McLeod (2010).



As lesões do manguito rotador

As lesões do manguito rotador, de acordo com Lech *et al.*, citado por SIZINIO (2009), podem ser classificadas conforme a duração (crônica ou aguda), a extensão (total e parcial) e a etiologia (traumática ou degenerativa).

Neer *apud* Sizinio (2009) divide as lesões de manguito em três fases. Na fase I ocorre edema, hemorragia, dor no ombro, dor à movimentação e limitação da rotação interna; na fase II, fibrose e a tendinite propriamente dita e na fase III, a laceração do manguito rotador, rupturas do tendão bicipital e esporões ósseos.

Síndrome do impacto: redução do espaço subacromial nos movimentos de abdução ou flexão com a rotação interna, levando os tecidos a ficarem comprimidos, atritando a bursa, os tendões do manguito rotador (inserções distais) entre a cabeça do úmero e o acrômio. Tende a causar micro traumatismos nos tendões provocando tendinites e bursite. A insistência desta síndrome leva ruptura parcial ou total do manguito rotador. Sizinio (2010) ressalta, ainda, que caso a síndrome esteja associada à presença de desequilíbrio muscular, esta condição levará à disfunção da articulação do ombro.

Tendinites: dor referida no ombro direcionando-se para a inserção distal do deltoide e sensibilidade ao toque, caracterizada por dificuldades em realizar abdução e rotação externa.

Tendinite Calcária: depósito de sais de cálcio que são reabsorvidos ao longo do tempo nos músculos do manguito rotador, enquanto ocorre a cicatrização do processo inflamatório.

Bursite subacromial: inflamação da bolsa localizada entre o músculo supraespinhal e o deltoide e o acrômio da escápula.

Lesão pasta: lesão parcial do manguito rotador devido a uma retroversão aumentada da cabeça umeral, na qual o tubérculo maior sofre impacto na borda pósterio – superior da cavidade glenoidal, pinçando o supraespinhal.

Capssulite Adesiva: conhecida, também, como “ombro congelado”, é uma doença idiopática. Apresenta duas características principais: dor e diminuição de mobilidade articular por fibrose e espessamento da cápsula.

Artropatia: ruptura maciça e irreparável do manguito rotador e artrite degenerativa grave da articulação glenoumeral.

PREVENÇÕES DAS LESÕES DE OMBRO

A escolha do exercício é importante para diminuir o número de lesões e preparar o indivíduo para uma competição ou prática de lazer. Dessa forma, o suporte deve ser bem estruturado para não ocorrer diminuição dos resultados nas capacidades físicas que auxiliam no movimento (GIANONI, 2011).

Sizinio (2009) relata a importância de exercícios isométricos e de contra resistência de músculos que estão localizados abaixo do centro de rotação da articulação que contribuem para a cabeça do úmero se afastar dinamicamente do acrômio.

McLeod (2010) indica um treinamento de solo bem planejado, baseado na avaliação da relação entre a organização muscular do corpo e a mecânica de nado. Concomitantemente, Gianoni (2011), diz



que exercícios de fortalecimento realizados por meio do treinamento de força convencional associados a outros métodos de treinamento (proprioceptivos e pliométricos) podem contribuir para prevenir ou evitar a reincidência de uma lesão.

RESULTADOS

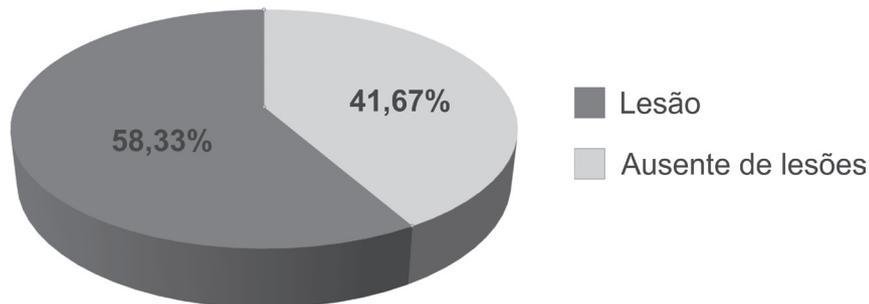
Dos 12 nadadores entrevistados neste estudo, 11 (91,66%) eram do sexo masculino e apenas 1 (8,33%) eram do sexo feminino.

A maioria dos atletas (58,33%) tinham mais de 5 anos de prática do esporte e o restante (41,66%) relataram praticar a modalidade por menos de 5 anos.

Os níveis de intensidade de treino para estes praticantes foram divididos em 3 categorias: alta, moderada e de leve intensidade. Sendo que 50% dos atletas relataram realizar treinos de alta intensidade, 41,67% exercícios de intensidade moderada e somente 8,33% afirmou realizar uma prática de leve intensidade.

Através do questionário realizado ficou evidenciado que 7 nadadores já apresentaram ou apresentam algum tipo de lesão, ou seja, a proporção dos casos de lesões (58,33%) foi maior do que os casos ausentes de lesões (41,67%).

Gráfico 1. Distribuição da lesão nos nadadores segundo diagnósticos.

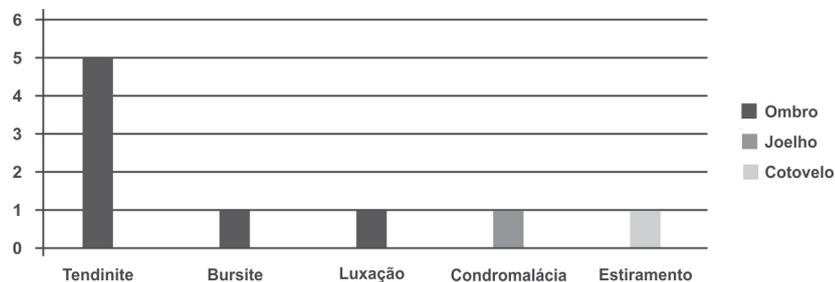


O primeiro momento que os nadadores perceberam a lesão foi para 85,72% durante o treinamento e para apenas 14,28% durante uma competição.

Durante o período do estudo foram encontradas 5 tipos de lesões, sendo as tendinites, com 71,42% dos casos, as mais frequentes nos atletas e seguidas da luxação, bursite, condromalácia e estiramento, somando apenas 28,58% dos casos. Vale ressaltar que um mesmo atleta poderia apresentar mais de um tipo de lesão.

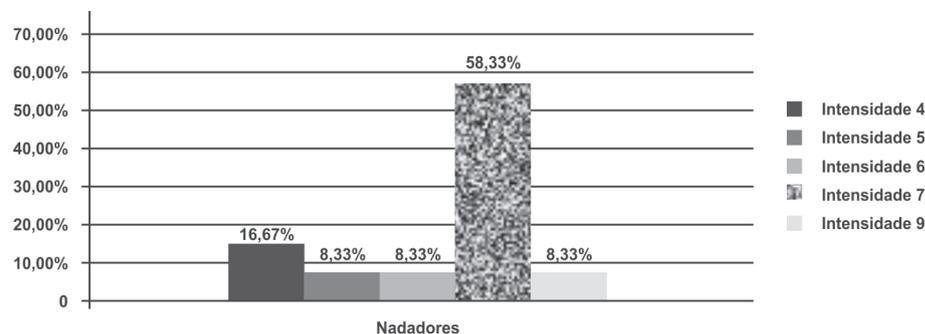
Quanto à localização da lesão, a região do ombro foi acometida em todos os nadadores, ou seja, 100% dos atletas lesionados apresentaram lesão no ombro em algum momento da prática. Na região do joelho e do cotovelo foi relatado apenas 1 (14,28%) caso para cada local. Nesta situação, vale ressaltar, também, que um mesmo nadador poderia apresentar um ou mais locais de lesões.

Gráfico 2. Distribuição da frequência da lesão segundo a localização anatômica.



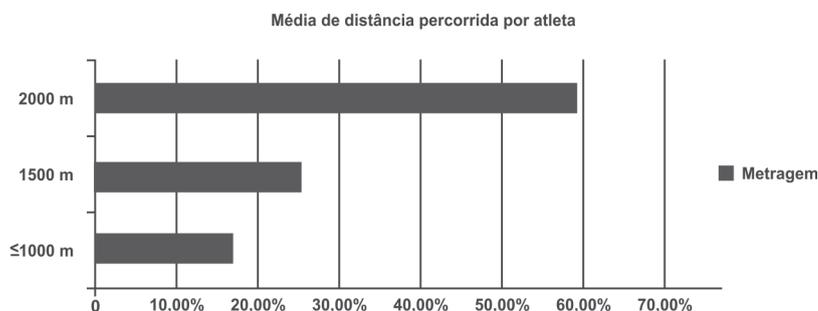
No EVA encontrou-se uma variação dos níveis de dor de intensidade 4 até a intensidade 9, sendo predominante em 58,33% dos casos a intensidade 7, seguido de 16,67% os nadadores com dores de intensidade 4 e 8,33% os atletas com intensidade 5, 6 e 9 respectivamente.

Gráfico 3. Distribuição de intensidade da dor segundo EVA.



E em relação a média de distância nadada, notou-se que a maioria, 58,33% dos atletas, percorrem mais de 2000m por travessia, seguido de 25% dos nadadores percorrendo metragem de 1500m em média e apenas 16,67% dos casos nadando distâncias menores ou iguais a 1000m em águas abertas.

Gráfico 4. Distribuição de metragem nadada por atleta.



DISCUSSÃO

Diante de todos os aspectos analisados nos capítulos anteriores e nos resultados obtidos através do questionário, entendemos que o praticante de natação em águas abertas, seja por lazer ou competição, se depara com altas demandas de tempo e cargas no treinamento para poder suportar elevadas distâncias de travessias.

Esta exposição constante contribui para o surgimento de lesões, principalmente na região do ombro, como foi analisado neste estudo. Podendo associar, dessa forma, o tempo de nado, com a intensidade do treino, a metragem nadada e o risco de lesões musculoesqueléticas.

A natação é um esporte de resistência que demanda de altos números de metragem. Busso (2004) cita que esses números de distância percorrida são maiores nos treinos do que nas competições. Isso pode vir a explicar o fato da maioria dos nadadores terem conhecimento da lesão durante as sessões de treino realizadas pré-travessias.

Ao analisarmos a escala virtual analógica de dor respondida pelos atletas pode-se dizer que, apesar de nem todos os praticantes terem relatados sofrer alguma lesão, a sensação de dor durante a natação foi presente em todo o grupo entrevistado. O excesso de movimentos repetitivos e a sobrecarga as estruturas do corpo contribuem para os sintomas de dor, principalmente na região do ombro, uma vez que o movimento de abdução com a rotação interna do ombro desencadeia o pinçamento ou a compressão dos tecidos e uma maior ativação dos músculos do manguito rotador.



CONCLUSÃO

A incidência de lesões musculoesqueléticas em nadadores de águas abertas foi constatada na maioria dos nadadores abordados na pesquisa (58,33%), sendo o ombro a principal região acometida por estas lesões. A tendinopatia ou tendinite foi o tipo de lesão mais frequente encontrada nestes praticantes.

Quanto ao volume e intensidade dos treinos, deve ser de forma adequada a idade e as condições físicas do nadador, sempre respeitando a individualidade de cada esportista.

A realização da preparação física fora d'água é fundamental para complementar o fortalecimento muscular e otimizar o rendimento, sendo as atividades de musculação as mais indicadas para o ganho de massa muscular.

Portanto, com estas orientações pretendemos diminuir os índices de lesões e as dores provocadas pela prática da Nataação.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. R. C. de; BASTOS, F. do N.; NETTO JÚNIOR, J. Lesões Desportivas na Nataação. **Rev. Bras. Med. Esporte** – vol.16, n.4 – jul./ago. 2010.
- BOMPA, T. O. **Treinamento total para jovens campeões**. Barueri: Manole, 2002.
- BUSSO, G. L. Proposta preventiva para Laceração no Manguito Rotador de Nadadores. **Rev. Bras. Ci. e Mov.** Brasília v.12, n.3, p.39-45. Setembro, 2004.
- EJNISMAN, B., ANDREOLI, C. V., CARRERA, E. F., ABDALLA, R. J., COHEN, M. Lesões músculo - esqueléticas no ombro do atleta: mecanismos de lesão, diagnóstico e retorno à prática esportiva. **Rev. Bras. Ortop.** – vol.36, n.10 – Outubro, 2001.
- FAGGIONI, R., LUCAS, R., AL GAZI, A. Síndrome do pinçamento do ombro, decorrente da prática esportiva: uma revisão bibliográfica. **Revista Motriz**. Rio Claro, v.11, n.3, p.211-215, set./dez. 2005.
- FERNANDES, A., HONDA, E., NATOUR, J. Artro-ressonância do Ombro na Instabilidade Anterior. **Rev. Bras. Reumatologia**, v.46, n.3, p.214-218, maio/jun. 2006.
- GIANONI, R. L. S. **Treinamento de musculação para a Nataação** – do tradicional para o funcional. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2011.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. 8 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.
- KAPANDJI, A. L. **Fisiologia Articular**. 5. ed. São Paulo: Panamericana, 2000.
- MCLEOD, I. A. M. **Anatomia da Nataação/ Swimming Anatomy**. Tradução: Paulo Laino Cândido. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2010.
- MELLO, D. N.; SILVA, A. S.; JOSÉ, F. R. Lesões Musculoesqueléticas em atletas competidores da Nataação. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.20, n.1, p.123-127 jan./mar. 2007.
- PALASTANGA, N.; FIELD, D.; SOAMES, R. **Anatomia e movimento humano: estrutura e função**, 3. ed. Manole, São Paulo: 2000.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas colaboradores**. 3. ed. – 7 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.
- SIZINIO, H. **Ortopedia e Traumatologia**. 4. ed. Artmed, São Paulo, 2009.
- SOUSA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor** - jan./fev./mar. - 6 (1): 469-513, 2005.

¹ Universidade Gama Filho – UGF São Paulo – SP.

² Universidade de São Paulo – USP.

³ Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/São Paulo – SP.

⁴ Universidade Gama Filho – UGF/Vitória – ES.

Rua Ari Barroso, 68 Apto. 28 Torre I
Bairro Ferrazópolis
São Caetano do Sul/SP
09790-240

