

cadernos de

CIÊNCIA & SAÚDE



FACULDADES
SANTO AGOSTINHO
Qualidade em Ensino Superior

VOLUME 3 . NÚMERO 3 . ANO 2013

CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE

EDITORIA CIENTÍFICA

Ludmila Mourão Xavier Gomes

EDITORES ASSOCIADOS

Carla Silvana Oliveira e Silva, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

Lucinéia de Pinho, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

CORPO EDITORIAL

Alba Idaly Muñoz Sánchez, Universidad Nacional de Colombia, Colômbia

Aline Oliveira Silveira, Universidade de Brasília - UnB, Brasília-DF, Brasil

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

Angela María Salazar Maya, Universidad de Antioquia, Colômbia

Asunción Ors Montenegro, Universidad de Alicante, Espanha

Dulce Aparecida Barbosa, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo-SP, Brasil

Dulcinéia Ghizoni Schneider, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Brasil

Edinêis de Brito Guirardello, Unicamp-SP, Brasil

Joselany Áfio Caetano, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-CE, Brasil

Heloísa de Carvalho Torres, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Kátia Conceição Guimarães Veiga, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

María Guadalupe Moreno Monsiváis, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Maria Manuela Frederico Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal

Nelcy Martínez Trujillo, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Cuba

REVISÃO LINGÜÍSTICA

Nely Rachel Veloso Lauton

DIAGRAMAÇÃO

Projeto gráfico: Maria Rodrigues Mendes

Capa: Débora Torres

Cadernos de Ciência e Saúde / Faculdades Santo Agostinho. – Vol. 1, n. 1, - . -
Montes Claros : Faculdades Santo Agostinho , 2011-
v. : il. 28 cm.

Trimestral

Vol. 3, n. 3, 2013.

Organizadora: Ludmila Mourão Xavier Gomes.

ISSN 2236-9503

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Faculdades Santo Agostinho . II. Título

CDU: 61

Catálogo: Bibliotecário Edmar dos Reis de Deus - CRB 6-2486.



S U M Á R I O

EDITORIAL

- 5** A INICIAÇÃO CIENTÍFICA E A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA FORMAÇÃO EM CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

ARTIGOS DE PESQUISA

- 7** ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS EM UMA CRECHE COMUNITÁRIA: UM SUBSÍDIO PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
- 15** RELACIONAMENTO COM O SUPERVISOR E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: ESTUDO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- 23** ACESSO DO USUÁRIO HIPERTENSO NA ATENÇÃO BÁSICA E A REPERCUSSÃO DO ATENDIMENTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO
- 33** A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A PERMANÊNCIA EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UM ESTUDO QUALITATIVO
- 41** ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO
- 51** DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE IDOSOS SEGUNDO QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS
- 63** IMAGEM CORPORAL NA FIXAÇÃO EXTERNA POR FRATURA EXPOSTA

ARTIGO DE REVISÃO

- 73** INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA VIDA DO ADOLESCENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DAS PRODUÇÕES EM SAÚDE
- 85** QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM SISTÊMICA

ARTIGO DE RELATO DE EXPERIÊNCIA

- 95** ENTREVISTA TELEFÔNICA COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

- 101** INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A INICIAÇÃO CIENTÍFICA E A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA FORMAÇÃO EM CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

Ludmila Mourão Xavier Gomes¹

A evolução da área do saber das Ciências da Saúde com o crescente quantitativo de artigos e comunicações científicas configuram em dificuldade para atualização constante do profissional de saúde. Os artigos científicos publicados em periódicos que possuem divulgação eletrônica se tornam a fonte acessível para aquisição de novos conhecimentos para a prática em saúde. Em contrapartida os livros técnicos são considerados obsoletos (SACKETT *et al.*, 2000; GUEDES; GUEDES, 2012).

Nesse contexto é essencial a inclusão no ensino dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde a prática baseada em evidências (PBE). Espera-se que o profissional que aprendeu na graduação a PBE saiba criar problemas clínicos de acordo com dúvidas que surgem na prática, faz a busca na literatura e avalia os artigos encontrados possui maiores chances de ser um profissional que articula sua prática em saúde com as novidades do conhecimento gerado nas publicações. Logo a partir da PBE esse profissional tomará a melhor decisão clínica para a sua prática.

Para tornar o acadêmico mais próximo da PBE é importante que haja nos cursos de graduação a iniciação científica. Os programas de iniciação científica objetiva à formação de um investigador crítico e criativo e que possui a capacidade de apreender novos conhecimentos gerados e de construir novos conhecimentos. Além disso estudos tem mostrado que acadêmicos que participam de grupos de pesquisas na graduação se sobressaem no mercado de trabalho em relação aos demais que não se envolvem em atividades de pesquisa (JACOBS; CROSS, 1995; MONTE, 2000).

É fato que a iniciação científica é uma ferramenta essencial a ser adotada na graduação. Nessa discussão cabe ressaltar que as Instituições de Ensino Superior que possuem cursos da área da saúde devem incentivar a pesquisa por meio da disponibilização de professores para orientar a iniciação científica dos estudantes. Os nossos estudantes e futuros profissionais só tendem a ganhar mesmo que a iniciação à pesquisa seja com bolsa voluntária ou de caráter remunerado.

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem FASA das Faculdades Santo Agostinho, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ludyxavier@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

GUEDES, H. T. V.; GUEDES, J. C. Avaliação, pelos estudantes, da atividade “Trabalho de Conclusão de Curso” como integralização do eixo curricular de iniciação à pesquisa científica em um curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.2, p.162-171, 2012.

JACOBS, C. D.; CROSS P. C. The value of medical student research: the experience at Stanford University School of Medicine. **Medical Education**, v.29, p.342-346, 1995.

MONTES, G. S. Da implantação de uma disciplina de Iniciação Científica ao currículo nuclear na graduação em medicina na USP. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.2, n.2, p.70-77, 2000.

SACKETT, D. L. *et al.* **Evidence based medicine: how to practice and teach EBM**. 2ª Ed. New York: Churchill Livingstone, 2000. 261p.

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS EM UMA CRECHE COMUNITÁRIA: UM SUBSÍDIO PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Maria Helena do Nascimento Souza¹, Vitória Regina Domingues Sodré²,
Fabiola Nogueira Ferreira da Silva³ Liane Gack Ghelman⁴

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo exploratório que teve como objetivos: avaliar o estado nutricional de crianças que freqüentam uma Creche Comunitária do município do Rio de Janeiro e discutir as implicações da avaliação da situação nutricional na prática assistencial do enfermeiro. A coleta de dados foi realizada junto a 183 crianças na faixa etária de 0 a 11 anos. Os resultados mostraram que o principal distúrbio nutricional identificado foi o sobrepeso ou obesidade, sendo este problema prevalente em todas as faixas etárias estudadas. O estudo corrobora com estudos que apontam a tendência nacional da mudança do perfil nutricional, caracterizada pelo aumento das taxas de obesidade infantil. E ressalta a importância de enfermeiros que atuam em creches desenvolvem ações voltadas para a prática da alimentação saudável e conseqüentemente para a promoção da saúde e prevenção de agravos na infância e na vida adulta.

PALAVRAS-CHAVES: Estado nutricional; Antropometria; Saúde da criança; Enfermagem.

NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN IN A COMMUNITY DAY CARE: AN ALLOWANCE FOR THE PERFORMANCE OF THE NURSE

ABSTRACT: This is an exploratory descriptive study that aimed to assess the nutritional status of children who attend a Community day care in the city of Rio de Janeiro and to discuss the implications of the assessment of the nutritional situation in the nurses' healthcare practice. Data collection was conducted with 183 children aged 0-11 years. The results showed that the major nutritional disorders identified were overweight and obesity, which are the most prevalent problems in all age groups. The study corroborates studies that link the national trend of changing the nutritional profile, characterized by increased rates of childhood obesity, and stresses the importance of nurses working in day cares to develop actions that emphasize the practice of healthy eating and therefore promote health and disease prevention in childhood and adulthood.

KEYWORDS: Nutritional status; Anthropometry; Child health; Nursing.

¹ Enfermeira.Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Email:mhnsouza@yahoo.com.br

² Discente do 7º. período do curso de Graduação da EEAN/ UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail:vitoria.reginal@hotmail.com.

³ Discente do 6º. período do curso de Graduação da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: Fabíola.bibila@hotmail.com.

⁴ Enfermeira.Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da EEAN/UFRJ, RJ, Brasil. E-mail:lgghelman@gmail.com.

Recebido em: 20-01-2013 . Aceito em: 28-03-2013

INTRODUÇÃO

A avaliação do estado nutricional infantil tem se tornado um aspecto cada vez mais importante no que tange ao estabelecimento de situações de risco, identificação dos distúrbios nutricionais, planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e à possibilidade de monitorar desigualdades sociais em saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2011; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

O diagnóstico nutricional e a monitoração contínua dos padrões de crescimento e desenvolvimento, constituem um instrumento essencial para que os profissionais da área da saúde possam conhecer as condições de saúde da população e melhor implementar suas ações assistenciais.

Cabe ressaltar que a maioria dos problemas de saúde e nutrição que ocorrem durante a infância está relacionada ao consumo alimentar inadequado e às infecções de repetição. Neste sentido, torna-se cada vez mais necessário a atuação de enfermeiros no ambiente das creches e escolas, onde há uma grande quantidade de crianças que permanecem juntas por um período de tempo prolongado e que podem apresentar maior vulnerabilidade de adquirirem morbidades características da infância (SANTOS, 2008; ARAÚJO e PEREIRA, 2009; CORTEZ *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2013).

Um dos métodos que possibilitam a identificação das condições nutricionais de crianças é a avaliação antropométrica, que constitui um dos melhores indicadores de saúde. A antropometria representa uma medida de baixo custo capaz de possibilitar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, a investigação distúrbios nutricionais e o estabelecimento de intervenções de promoção da saúde junto à clientela atendida (SANTOS, 2008;

MONTEIRO *et al.*, 2010; BRASIL, 2012a).

No que tange as ações de promoção à saúde, o Ministério da Saúde através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e da vertente da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PASS), preconiza um conjunto de estratégias que proporcionam a realização de práticas alimentares apropriadas aos aspectos biológicos e socioculturais da população em seu contexto (BRASIL, 2012a). Desta forma, espera-se que o profissional de saúde transcenda os limites das unidades de saúde, inserindo-se na comunidade, nas escolas, creches e outros ambientes, com vistas à redução de agravos como a prevalência do sobrepeso, obesidade e das doenças crônicas associadas ou relacionadas à alimentação e nutrição (SILVANI *et al.*, 2008; MONTEIRO *et al.*, 2010; BRASIL, 2012a; SOUZA *et al.*, 2013).

Neste contexto, os objetivos desta investigação foram: avaliar o estado nutricional de crianças que frequentam uma Creche Comunitária do município do Rio de Janeiro e discutir as implicações da avaliação da situação nutricional na prática assistencial do enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, de caráter descritivo exploratório, realizado em uma Creche Comunitária situada na zona sul do Município do Rio de Janeiro. Esta Creche possui o sistema integral para crianças de 0 a 4 anos e Reforço Escolar para crianças de 5 a 11 anos, sendo que este último grupo etário permanece na instituição em período parcial, alternado ao período que frequenta a Escola da Rede Pública.

A coleta de dados foi realizada em março de 2013, por alunos do curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, orientados e supervisionados por docente da referida Instituição de Ensino.

Os dados foram coletados mediante a mensuração das medidas antropométricas (peso e estatura) de 183 crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, que estavam freqüentando a referida Creche na ocasião da coleta de dados. Para a verificação do peso, as crianças do berçário com idade de 0 a 2 anos eram colocadas despidas sobre o prato da balança pediátrica, e logo em seguida deitadas onde se era mensurado com a régua antropométrica o comprimento do ponto mais alto da cabeça até o calcanhar. As demais crianças com idade a partir de 3 anos eram levadas até a enfermaria da creche e então era pedido para que se retirasse os calçados e casacos e que subissem na plataforma da balança antropométrica digital e que ficassem em

posição ereta com os calcanhares próximos, ombros descontraídos, braços soltos lateralmente e com uma postura alinhada para mensuração do seu peso. A altura foi aferida com o uso de uma fita métrica fixada em uma parede reta sem rodapé ou do estadiômetro acoplado na balança.

A avaliação do estado nutricional das crianças foi elaborada a partir das medidas antropométricas, considerando os valores de escore z obtidos nos indicadores de estatura para idade (E/I) e do Índice de Massa Corporal (IMC). E foi classificado de acordo com os valores preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2006) e adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), conforme a figura 1.

Figura 1 - Valores críticos de escore z de acordo com os indicadores de estatura para idade e índice de massa corporal de crianças e adolescentes preconizados pela OMS (WHO, 2006)

Índices Valores críticos (z-score)	Estatura/Idade	Índice de Massa Corporal /Idade
< -2	Baixa estatura p/ idade	Baixo peso
$\geq -2 < -1$	Risco p/ baixa estatura	Risco para baixo peso
$\geq -1 \leq +1$	Estatura adequada	Eutrofia
$> +1 \leq +2$	Estatura adequada	Sobrepeso
> +2	Estatura adequada	Obesidade

Para a elaboração do banco de dados e análise estatística utilizou-se o Software Epi-info versão 3.5.2 e para os cálculos dos indicadores antropométricos foram utilizados os programas Anthro e AnthroPlus que possibilitaram a comparação dos dados obtidos com o padrão de referência recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o protocolo 027/2011, atendendo as Resoluções 199/

96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) que trata das normas de bioética em trabalhos com seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos responsáveis, após a leitura e compreensão dos mesmos, sendo garantido o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as características das crianças estudadas.

TABELA 1 - Distribuição das crianças que freqüentam uma creche Comunitária quanto à caracterização de sexo e idade. Rio de Janeiro, 2013 (n=183)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	98	53,6
Masculino	85	46,4
Idade (em anos)		
0 a 4	123	67,2
5 a 11	60	37,8
Total	183	100

Verificou-se uma predominância de crianças do sexo feminino (53,6%) e na faixa etária entre 0 a 4 anos (67,2%). Esse grupo etário foi mais prevalente devido ao fato da creche possuir um número maior de vagas para crianças de

0 a 4 anos, que permanecem na forma de sistema integral.

A Tabela 2 mostra o estado nutricional das crianças e adolescentes avaliados, de acordo com a relação de estatura para idade (E/I) e o índice de massa corporal (IMC).

Tabela 2 – Distribuição das crianças que freqüentam uma Creche Comunitária quanto à idade e a classificação do estado nutricional, de acordo com os valores de escore z de Estatura/Idade (E/I) e de Índice de Massa Corporal (IMC). Rio de Janeiro, 2013 (n=183)

Estado nutricional	Idade			
	0 a 4		5 a 11	
	N	%	N	%
Estatura/Idade				
Baixa estatura	06	4,8	00	-
Risco para baixa estatura	10	8,1	02	3,3
Estatura adequada	107	87,0	58	96,7
Índice de Massa Corporal				
Baixo peso	01	0,8	04	6,7
Risco para baixo peso	07	5,7	04	6,7
Eutrofia	67	54,4	38	63,3
Sobrepeso	25	20,3	05	8,3
Obesidade	23	18,7	09	15,0

Na avaliação do estado nutricional observou-se que a maioria do grupo encontrava-se num padrão normal referente aos parâmetros de estatura para idade (E/I) e ao índice de massa corporal (IMC).

Quando utilizado o critério da relação E/I, verificou-se que 4,8% das crianças de 0 a 4 anos apresentaram baixa estatura e 8,1% das crianças de 0 a 4 anos e 3,3% na faixa etária de 5 a 11 anos foram classificadas como risco para baixa estatura. A partir do cálculo do IMC o percentual de baixo peso foi de 0,8% e 6,7%, nas respectivas faixas etárias. Entre os distúrbios nutricionais, evidenciou-se ainda o sobrepeso e a obesidade em 39% e 23,3% na faixa etária de 0 a 4 anos e de 5 a 11 anos, respectivamente.

Tais resultados corroboram com diversos estudos que apresentam o impacto da transição nutricional no Brasil, evidenciada pela redução das taxas de desnutrição e acelerado crescimento dos índices de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias (SANTOS, 2008; RECH *et al.*, 2010; LOPES *et al.*, 2010; MARCHI-ALVES *et al.*, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2012; BRASIL, 2012a).

Em pesquisa realizada em uma creche do município de São Paulo observou-se que 10% das crianças menores de 5 anos apresentavam desnutrição e 41% sobrepeso e obesidade (PINTO; OLIVEIRA, 2009). Estudo realizado em um Centro Educacional do município do Rio de Janeiro, também evidenciou uma maior prevalência de sobrepeso e obesidade, 28,8% e 25,6%, em crianças na faixa etária de 0 a 4 anos e na faixa de 7 a 12 anos, respectivamente; quando comparada à taxa de baixo peso (2,4% e 4,6%) nas respectivas faixas etárias (SOUZA *et al.*, 2013).

Os dados obtidos no presente estudo também corroboram com os resultados da investigação realizada no Rio Grande do Sul com 1442 escolares de 7 a 12 anos, onde os autores também encontraram uma

prevalência de sobrepeso/obeso de 27,9% (RECH *et al.*, 2010).

No Brasil, no período de 1989 a 2006, a prevalência de crianças menores de 5 anos com baixo peso caiu de 7,1% para 1,7% e entre aquelas com baixa altura a taxa caiu de 19,6% para 6,7%. Esse declínio foi decorrente do acesso à saúde, à renda, melhoria no grau de escolaridade, bem como da expansão da cobertura dos serviços de saneamento básico (MONTEIRO *et al.*, 2009; LIMA, 2010).

Já a alta prevalência de crianças com sobrepeso ou obesidade observada nas últimas décadas no país, está relacionada principalmente ao aumento do consumo de alimentos ultra-processados, alimentos de alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, ao consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar; além da diminuição do nível de atividade física (BRASIL, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2009; RECH, *et al.*, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2012; BRASIL, 2012a).

Sabe-se que o crescente aumento da obesidade infantil pode trazer sérios problemas na vida adulta, tais como o desencadeamento de doenças crônicas, como cardiovasculares, hepáticas, gastrointestinais, ortopédicas, distúrbios no desenvolvimento motor, apneia do sono, diabetes, além de problemas psicossociais, que demandam uma atuação multiprofissional voltada para minimizar o efeito de tais complicações (LOPEZ, 2010; MARIZ *et al.*, 2012; BRASIL, 2012a).

De acordo com alguns estudos o acompanhamento sistemático de crianças que frequentam creches, escolas ou centros educacionais, efetuado por enfermeiros, tem uma ação complementar à assistência das unidades básicas de saúde e pode impactar de forma significativa na melhoria dos indicadores de saúde da população (MONTEIRO *et al.*, 2010; CORTEZ *et al.*, 2012; MORI e OGATA, 2010).

CONCLUSÃO

O levantamento da situação nutricional de saúde de crianças que freqüentam creches ou instituições educacionais constitui em um importante subsídio para os profissionais de saúde que realizam a sua prática assistencial nestes ambientes, uma vez que tal avaliação possibilita a identificação precoce dos agravos e o acompanhamento dos padrões de crescimento e desenvolvimento infantil.

Nesta perspectiva, ressalta-se o papel do enfermeiro no cenário das creches, que desenvolvendo ações de promoção e manutenção da saúde, com foco no planejamento de ações educativas sobre alimentação saudável, cuidados de saúde e prática de atividade física, poderá contribuir para a redução da prevalência dos principais problemas de saúde que acometem as crianças e conseqüentemente, para a prevenção de agravos que ocorrem na infância e na vida adulta.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.; PEREIRA, T.P. Identificando necessidades de crianças de creche e suas famílias: o uso do histórico de saúde como instrumento para um cuidado integral de pré-escolares. **O Mundo da Saúde**, v.33, n.2, p.239-245, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun. 2013.

Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNSDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos do sistema de vigilância alimentar e nutricional: SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CORTEZ, D.N. *et al.* Crianças em creche: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n.1, p.43-50, 2012.

GUIMARÃES, A.C.A. *et al.* Excesso de peso e obesidade em escolares: associação com fatores biopsicológicos, socioeconômicos e comportamentais **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.56, n.2, p.142-8, 2012.

LIMA, A.L.L. *et al.* Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.1, p.17-27, 2010.

LOPES, M.C.L. *et al.* Acompanhamento dos recém nascidos de risco de uma unidade básica de saúde de Maringá-PR.

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v.11, n.1, p.114-124, 2010.

MARCHI-ALVES, L.M. *et al.* Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.2, p.238-44, 2011.

MARIZ, L. *et al.* Centro de obesidade infantil: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.2, p.369-72, 2012.

MONTEIRO, C.A. *et al.* Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.1, p.35-43, 2009.

MONTEIRO, F.P.M. *et al.* Enfermagem na saúde da criança e a avaliação nutricional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.2, p. 406-411, 2010.

MORI, A.Y.; OGATA, M.N. Cuidado intersectorial: promovendo a articulação entre a equipe de saúde da família e uma creche. **Revista APS**, v.13, n.4. p.518-22, 2010.

PINTO, M.C.M.; OLIVEIRA, A.C. Ocorrência da obesidade infantil em pré-escolares de uma creche de São Paulo. **Einstein**, v.7, n.2, p.170-175, 2009.

RECH, R.R. *et al.* Prevalência de obesidade em escolares de 7 a 12 anos de

uma cidade Serrana do RS, Brasil. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.**,v.12, n.2, p.90-97, 2010.

SILVANI, C.B. *et al.* Prevenção de acidentes em uma instituição de educação infantil: o conhecimento das cuidadoras. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.16, n.2, p. 200-205, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente** – Manual de Orientação/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. São Paulo, 2011.

SOUZA, M.H.N. *et al.* Avaliação do estado nutricional e da saúde de crianças e adolescentes na prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.1, p.29-35, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Nutrition. **WHO Anthro for personal computers: software for assessing growth and development of the world's children, version 3.2.2.** Genebra: WHO, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age:** methods and development. Geneva: WHO, 2006.

RELACIONAMENTO COM O SUPERVISOR E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: ESTUDO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria Manuela Frederico-Ferreira¹

RESUMO: Introdução: As mudanças organizacionais têm-se feito acompanhar de novas formas de gestão, novas relações de trabalho e modificações de papel dos profissionais de saúde. O supervisor tem uma posição favorável para comunicar com os colaboradores e para poder influenciar as suas atitudes e comportamentos. Objetivos: Analisar a opinião de profissionais de saúde sobre o relacionamento com o supervisor e a influência dessa opinião na satisfação no trabalho. Métodos: É um estudo com abordagem quantitativa de tipo descritivo-correlacional. O instrumento de medida utilizado foi o questionário. Após procedimentos formais e éticos, o questionário foi distribuído, sendo a participação voluntária e as questões de anonimato e confidencialidade asseguradas. Resultados: Os respondentes são médicos e enfermeiros, maioritariamente enfermeiros. Há um predomínio do sexo feminino. O grupo etário mais representativo, o de 30-39 anos. Há uma tendência decrescente do valor médio do relacionamento com o supervisor à medida que avançamos no grupo etário contudo, a diferença nesses valores revelou não ser estatisticamente significativa. O valor médio global do relacionamento com o supervisor situa-se em $3,86 \pm 0,77$, numa escala de 1 a 5. Quanto à satisfação no trabalho, na mesma escala, o valor médio é de $3,13 \pm 0,61$. O relacionamento com o supervisor e a satisfação no trabalho associam-se de forma positiva e significativa, o que vai no sentido da hipótese formulada. Conclusões. Demonstrou-se a importância do relacionamento com o supervisor, enquanto antecedente da satisfação no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Satisfação no trabalho; Relações interpessoais; Relacionamento com o supervisor; Profissionais de saúde.

RELATIONS SUPERVISOR AND JOB SATISFACTION: A STUDY IN HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: Introduction: Organizational change has been accompanied by new management, new working relationships and changes in the role of health professionals. The supervisor has a favorable position to communicate with employees and to influence their attitudes and behaviors. Aims: Analyze the opinion of health professionals about the relationship with the supervisor and the influence of this on job satisfaction. Methods: This study is quantitative, descriptive, correlational. The measuring instrument used was the questionnaire. After formal and ethical procedures, the questionnaire was distributed, with voluntary participation and issues of anonymity and confidentiality assured. Results: Respondents are doctors and nurses, mostly nurses. There is a predominance of females. The age group most representative of the 30-39 years. There is a downward trend in the average value of the relationship with the supervisor as we advance in age group however, showed the difference in these values was not statistically significant. The average overall relationship with the supervisor is located at 3.86 ± 0.77 on a scale of 1 to 5. Regarding job satisfaction, on the same scale, the average value is 3.13 ± 0.61 . The relationship with the supervisor and job satisfaction are associated positively and significantly, which goes towards the hypothesis. Conclusions: Demonstrated the importance of the relationship with the supervisor as antecedent of job satisfaction.

KEYWORDS: Work; Job satisfaction; Interpersonal relations; Supervisory relationship; Health professionals.

¹ Doutorada em Ciências Empresariais. Professora Coordenadora. Presidente do Conselho para a Qualidade e Avaliação. Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - domínio de Enfermagem e Coordenadora da linha 'Sistemas e Organizações de Saúde'. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. E-mail: mfrederico@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

A globalização e o aumento da concorrência têm produzido impactos consideráveis no tecido organizacional que se traduzem também em mudanças de papel para os profissionais. Essas mudanças têm questionado as estruturas verticais rígidas, burocráticas e centralizadas e têm criado um ambiente mais horizontal de actuação, bem como uma estrutura descentralizada. Estas mudanças organizacionais acarretam também novas formas de gestão e novas relações de trabalho, responsáveis pelas modificações de papel dos profissionais de saúde.

A investigação tem documentado o papel crucial que o relacionamento e a confiança no supervisor desempenham na relação de trabalho, no desempenho dos colaboradores e na sustentação da eficácia organizacional e da competitividade, bem como no aumento de variáveis indicadoras de resultados organizacionais, como seja a satisfação no trabalho (MATHIEU; ZAJAC, 1990; DIRKS; FERRIN, 2002). Destas referências da literatura define-se o objectivo deste estudo: analisar a opinião de profissionais de saúde sobre o relacionamento com o supervisor e a influência dessa opinião na satisfação no trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

As abordagens da gestão de recursos humanos têm, na generalidade, o objetivo de apresentar evidências demonstrativas de que as práticas e políticas de gestão das pessoas podem ser associadas a elevados desempenhos e encorajar a adoção de comportamentos e atitudes enquadrados na cultura da organização. Esta perspectiva tem um interesse particular no contexto atual em que o relacionamento empregado - empregador vem-se tornando mais precário, e onde o emprego deixou de ser visto como “emprego para toda a vida”.

Embora se reconheça alguma dificuldade em medir os efeitos das práticas de gestão no desempenho organizacional e

que por isso seja reduzido o conhecimento sobre o modo como essas práticas exercem influência, Husselid e Becker (referidos por MOURA, 2000) investigaram o impacto dos sistemas de trabalho de elevado desempenho, identificados com as práticas que facilitam o envolvimento dos empregados, no desempenho da organização. Na opinião dos autores, a estratégia de recursos humanos tem impacto estratégico no desempenho, sendo que

as organizações que utilizam práticas de gestão de forma criativa e estratégica estão melhor colocadas para atrair as pessoas mais talentosas e desse modo melhorar o desempenho organizacional (MOURA, 2000, p. 75).

A abordagem das melhores práticas tem por base a premissa de que, embora não exista um caminho melhor para gerir as pessoas, as organizações que se adaptam com maior sucesso competitivo ao novo contexto social e econômico tendem a ser caracterizadas por um conjunto de práticas e políticas de gestão de recursos humanos bem definido.

A análise do impacto do estilo de gestão nas atitudes dos trabalhadores remonta aos estudos de Hawthorne. É aceita a noção de que gestores mais abertos e participativos, que fornecem um *feedback* positivo (bem como uma crítica construtiva), promovem elevados níveis de satisfação nos seus trabalhadores.

O fato de o líder demonstrar grande consideração pelos contributos dos elementos do grupo, leva a que estes percepcionem o processo como mais justo, e conseqüentemente, demonstrem “[...], maior sentimento de pertença, e maior confiança no líder” (KORSGAARD, SCHWEIGER e SAPIENZA, 1995, p. 76).

Os resultados de práticas de gestão que colocam ênfase na importância da satisfação dos colaboradores mostram que melhoram o bem-estar no trabalho e o rendimento, o que possibilitará um reforço da competitividade organizacional. Assim, algumas organizações adotam iniciativas

que, conseqüentemente, com o aumento da motivação dos trabalhadores, aumentam a produtividade. Apostam na iniciativa e na criatividade dos trabalhadores, no aproveitamento da sua experiência e do seu saber, numa tentativa de melhorar a comunicação, e numa clara preocupação em desenvolver o sentido de pertença à organização (CRISTOVAM, 1989).

O supervisor tem, pela proximidade diária, uma posição favorável para comunicar com os colaboradores e socializá-los e igualmente para poder influenciar as suas atitudes e comportamentos (FERREIRA, 2011).

A preocupação pelo estudo da satisfação no trabalho evidenciou-se a partir do momento em que o modelo taylorista da organização do trabalho, preconizando que o rendimento da empresa dependia, essencialmente, da quantidade de dinheiro ganho pelos trabalhadores e da possibilidade de aquisição de determinados bens, foi posto em causa.

Mas é nos estudos de Elton Mayo, nos anos 1930, que a pesquisa sobre a satisfação no trabalho começou de forma sistemática. Estes estudos mostraram que os indivíduos são motivados não só pela procura do conforto material, mas, também, por necessidades de natureza social e psicológica. Revelou-se, assim, a componente afetiva e emocional da natureza humana na situação de trabalho (FREDERICO, 2006).

A importância e o desenvolvimento da satisfação no trabalho encontram também suporte na 'teoria dos dois fatores', desenvolvida por Frederick Herzberg (1923-2000). Segundo esta teoria existem dois grupos de fatores que afetam o indivíduo, os fatores motivacionais ou factores intrínsecos e os fatores higiênicos ou factores extrínsecos. Os primeiros fazem parte do desempenho do cargo, portanto dependem das tarefas que o indivíduo realiza no seu trabalho, no fato de serem, ou não, atividades desafiadoras e estimulantes e levam à satisfação, são: realização, reconhecimento, responsabilidade e progresso no trabalho. Os segundos, os fatores higiênicos estão ligados ao contexto

do trabalho e têm um carácter preventivo, podendo evitar a insatisfação, englobam: segurança, o estatuto, o salário, as condições de trabalho, os benefícios sociais, as relações com os supervisores, os regulamentos, a supervisão e a política geral da organização.

A satisfação no trabalho é hoje um assunto de grande interesse tanto para quem trabalha nas organizações como para os estudiosos destas matérias, certamente pelo impacto que a satisfação no trabalho é suposta desempenhar na produtividade organizacional. De fato, é uma variável frequentemente estudada e central na pesquisa e na teoria organizacional (HONG, WHILE, BARRIBALL, 2005; SPECTOR, 1997).

Por sua vez, Glisson e Durick (1988), tendo por base o seu estudo empírico com um grupo de enfermeiras, referem que, quando um trabalhador está satisfeito com o seu trabalho, permanecerá na organização que lhe oferece.

Robbins (1998) conclui que existe uma significativa evidência da importância da satisfação no trabalho. Uma força de trabalho satisfeita contribui para níveis mais elevados de produtividade em resultado da diminuição do absentismo, da saída de bons empregados e de incidentes negativos derivados de comportamentos destrutivos.

Devem, então, colocar-se à sua disposição meios necessários à satisfação das suas necessidades como pessoa e como trabalhador.

A satisfação no trabalho traduz uma resposta emocional e afetiva, gratificante, que resulta da situação de trabalho e é uma resposta estritamente individual (AL-HUSSAMI, 2008; FERREIRA *et al.*, 1996). Traduz uma atitude que reflete, a medida em que os indivíduos sentem de modo positivo ou negativo o seu trabalho, nas suas diversas facetas (SCHEMERHORN, HUNT e OSBORN, 1999).

Trata-se de um construto que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho (VALA *et al.*, 1994, p. 110).

Uma análise profunda dos aspectos do trabalho que mais diretamente influenciam a satisfação revelou que eram inúmeros os fatores com influência na satisfação e que estes afetavam de forma diferente os indivíduos. É um fenômeno complexo (XIE; JOHNS, 2000) sendo conhecido que a satisfação no trabalho dependetambém de fatores subjetivos como: estado psicológico, aspirações e desejos de cada pessoa mas podendo ser entendida como o resultado da interação e do ajustamento entre as pessoas e a organização (CUNHA *et al.*, 2003).

Os vários fatores que influenciam a satisfação e afetam de forma diferente os indivíduos foram descritos por vários autores (LANE *et al.*, 2010; VIDAL, VALLE e ARAGÓN, 2007; XIE e JOHNS, 2000).

Os fatores que influenciam a satisfação no trabalho e que são frequentemente avaliados são o sentido de realização, o reconhecimento, os desafios, a responsabilidade, a possibilidade de progressão, a autonomia, a autoridade, o clima organizacional, a natureza do trabalho e a própria organização (MARRINER-TOMEY, 1996; SPECTOR, 1997).

No sentido de contribuirmos para conhecer essa realidade em profissionais de saúde, definimos a hipótese de que a relação com o supervisor se associa positivamente com a satisfação no trabalho.

Não ignorando as perspectivas multidimensionais da satisfação no trabalho, isto é, as abordagens que se concentram em vários componentes do trabalho, como sejam o salário, oportunidades de promoção, benefícios, supervisão, colegas de trabalho, condições de trabalho, natureza do trabalho, comunicação e segurança, e as diferentes valorizações pessoais que podem ocorrer em cada uma das componentes, neste estudo optamos pela abordagem global, que, segundo vários autores (SPECTOR, 2010) considera a satisfação no trabalho como um sentido único e global em relação ao trabalho.

METODOLOGIA

É um estudo com utilização de abordagem quantitativa de tipo descritivo-correlacional, que pretende analisar a opinião de profissionais de saúde sobre o relacionamento com o supervisor e a influência dessa opinião na satisfação no trabalho.

O instrumento de medida foi um questionário constituído por duas partes. Uma apresenta questões relacionadas com as variáveis pessoais. Outra parte é constituída por 30 itens referentes à variável relacionamento com o supervisor e satisfação no trabalho, com respectivamente 11 e 19 itens, baseados na escala de Becker, Billings e Evelethe Gilbert (1996) e também na escala de Spector (1997).

Os itens apresentam-se em escala de concordância *tipo Likert*, de 1 a 5, (em que 1 corresponde a...discordo em absoluto..., e 5 corresponde a "...concordo em absoluto...).

Após os procedimentos formais de apresentação do projeto (mais abrangente do que a análise apresentada neste artigo) e do questionário à comissão de ética (Parecer 40-09/2011) e autorização pela direção dos hospitais selecionados, o questionário foi distribuído aos médicos e enfermeiros que se encontravam ao serviço em maio de 2011.

A participação foi voluntária e as questões de anonimato e confidencialidade asseguradas. Consideramos que quem preencheu e devolveu o questionário considerava-se informado e voluntariamente consentia participar. O questionário após preenchido era depositado pelo próprio participante em caixa fechada com ranhura e identificada para esse fim. Essa colocação não requeria qualquer identificação, donde não se identificou quem participou, ou não, no estudo.

Os dados foram introduzidos e processados em computador através do programa IBM SPSS Statistics 20.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é constituída por 96 profissionais de saúde, concretamente médicos e enfermeiros, correspondendo à taxa global de resposta de 11,62%. Por definição metodológica, não foram incluídos profissionais que trabalham há menos de 6 meses na organização, uma vez que esses respondentes poderiam não ter os conhecimentos necessários para emitir uma opinião fundamentada.

Para o estudo da fidedignidade, procedeu-se à análise de consistência interna - uma medida da sua confiabilidade - através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, por ser considerada uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna em escalas de *tipo Likert* (PESTANA, GAGEIRO, 2000). O alfa global é para a relação com o supervisor 0,900 sendo o menor valor de correlação do item com a escala de 0,552 e para a satisfação no trabalho de 0,862.

Os respondentes são maioritariamente enfermeiros (89,6%). Há um predomínio do sexo feminino (65,6%). O grupo etário mais representativo, o de 30-39 anos (53,1%), seguindo-se o de menos de 30 anos (28,1%). Há uma tendência decrescente do valor médio do relacionamento com o supervisor à medida que avançamos no grupo etário (3,96 no grupo com menos de 30 anos e 3,59 no grupo com mais de 50 anos), contudo, a diferença nesses valores, analisada com recurso ao teste *Anova One-Way*, revelou não ser estatisticamente significativa [$F(3,92)=.270, p=.847$].

Os diferentes valores médios encontrados nos diferentes grupos etários é uma questão em que deve usar cautela na interpretação, pois poderá, inclusive, haver sobreposição de outras variáveis, como seja a categoria profissional (Ferreira & Silva, 2013), mas não deixa de possibilitar levantar algumas interrogações, não possíveis de responder com os dados que recolhemos.

Quanto ao tempo em que trabalha na organização, em 64,6% dos casos é inferior

a 5 anos. O valor médio global do relacionamento com o supervisor situa-se em $3,86 \pm 0,77$, numa escala de 1 a 5. Quanto à satisfação no trabalho, na mesma escala, o valor médio é de $3,13 \pm 0,61$.

A importância atribuída às relações interpessoais na situação de trabalho é salientada em diferentes contextos e por diferentes autores. No presente estudo, o valor médio encontrado para a relação com o supervisor ($3,86 \pm 0,77$), sendo um valor que se situa acima do ponto médio, consideramos não ser o desejável, donde se deixa a sugestão da necessidade de investir neste relacionamento, não obstante existirem outras variáveis que influenciarão a satisfação no trabalho, e que não foram aqui incluídas.

Pelo cálculo da correlação de *Pearson*, podemos verificar que o relacionamento com o supervisor e a satisfação no trabalho se associam de forma positiva e significativa ($r=0,690; p<0,001$), o que vai no sentido da hipótese formulada.

Como os dados permitem verificar, há associação positiva e significativa entre satisfação no trabalho e o relacionamento com supervisor, o que significa que médicos e enfermeiros com relacionamento mais favorável com o supervisor estão mais satisfeitos no trabalho, ou seja, o investimento nesse relacionamento terá reflexos positivos na satisfação no trabalho.

Estes resultados analisados em profissionais de saúde vão no sentido dos anteriormente encontrados por Sneed e Herman (1990), também em profissionais de um hospital, e que verificaram associação estatisticamente significativa entre satisfação no trabalho e bom relacionamento social no trabalho (envolvendo chefia e colegas).

Numa perspectiva mais genérica quanto aos grupos profissionais, Shore, Barksdale e Shore (1995) consideram, de acordo com o discutido por Feldman (1986), que os atributos do indivíduo estão ligados ao relacionamento de troca que se cria entre o gestor e o empregado.

McNeese-Smith (1996), no seu estudo examinando comportamentos de liderança em gestores hospitalares, encontraram resultados reveladores de esses comportamentos predizerem resultados individuais importantes por parte dos empregados.

A partir dos anos 90, tem-se em vista a otimização da produtividade a partir da capitalização dos sentimentos e das emoções das pessoas. Esta perspectiva considera que os indivíduos são percebidos como seres portadores de necessidades sociais e psicológicas e que a satisfação de necessidades, através de estilos de gestão mais participativos e descentralizadores, conduz à possibilidade de aumento da produtividade. Na mesma linha, acredita-se que a satisfação dos colaboradores é benéfica para a organização e considera-se que, quanto maior for o número de colaboradores satisfeitos, maiores serão as possibilidades de aumentar a qualidade do trabalho e a produtividade organizacional, aspectos tão relevantes no setor da saúde num momento em que os recursos se sentem como cada vez mais escassos.

Pela reconhecida complexidade das organizações de saúde, pelas características específicas dos serviços que oferecem, e pelo fato de reunir consenso à ideia de que os recursos humanos podem ser o principal fator de vantagem competitiva de qualquer organização, este estudo tem o intuito de subsidiar os supervisores na adoção de medidas necessárias para melhorar o seu relacionamento com os colaboradores e consequentemente o nível de satisfação destes.

Partilhamos a recomendação de Ferreira e Silva (2013), apesar do seu estudo ser sobre empenho organizacional e não sobre satisfação no trabalho, de que é importante que as chefias estejam atentas à sua relação com os colaboradores.

CONCLUSÃO

Considera-se o estudo oportuno, porque o atual momento vivido pela maior

mundialização dos negócios e atividades, que, em muitos dos seus resultados estão dependentes de um profundo e adequado conhecimento dos problemas que emergem do domínio dos valores e pressupostos fundamentais que estruturam a forma de pensar e de atuar dos indivíduos e dos grupos, em geral, e nos serviços de saúde em particular.

Demonstrou-se num estudo realizado em 96 profissionais de saúde, concretamente médicos e enfermeiros, a importância do relacionamento com o supervisor enquanto antecedente da satisfação no trabalho, em que a associação é positiva e significativa. O valor médio global do relacionamento com o supervisor situa-se em $3,86 \pm 0,77$ e da satisfação no trabalho em $3,13 \pm 0,61$.

Uma das limitações que se aponta ao estudo é a pequena dimensão da amostra, donde as inferências estão comprometidas. Outra limitação prende-se com o conjunto de variáveis independentes analisadas, reconhecendo-se a necessidade de incluir na análise outras variáveis independentes.

Apesar das limitações considera-se deixar um contributo para (re)pensar o papel do supervisor em termos de relacionamento com os colaboradores.

RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL

A autora participou de todas as etapas na elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

AL-HUSSAMI, M. A Study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership and level of education. **European Journal of Scientific Research**, v. 22, n.2, p. 286-295, 2008.

BECKER, T. *et al.* Foci and Bases of Employee Commitment: Implications for Job Performance. **Academy of**

- Management Journal**, v. 39,n. 2, p. 464-482, 1996.
- CUNHA, M. *et al.* **Manual de comportamento organizacional e gestão**. Lisboa: RHEditora, 2003.
- FERREIRA, J. *et al.* **Psicossociologia das organizações**. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda,1996
- FERREIRA, M. Relação com a chefia e empenhamento organizacional: que associação? - estudo em enfermeiros **Revista Portuguesa de Management**, Lisboa, nº 5-6, ano 3, p. 117-125, 2011.
- FERREIRA, M.; SILVA, I. Empenhamento organizacional de enfermeiros e relação com a chefia. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, p. 156-161, 2013.
- FREderICO, M. **Organizações, trabalho e carreira**. Loures: Lusociência, 2006.
- GEORGE, J.; JONES, G. **Understanding and managing organizational behaviour**, (2ª ed.). Reading, MA: Addison-Wesley, 1999.
- GLISSON, C.; DURICK, M. Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human service organizations. **Administrative Science Quarterly**, v. 33, n. 1, p. 61-81,1988.
- HONG, L.; WHILE, A.; BARRIBALL, K. Job satisfaction among nurses: a literature review. **International Journal of Nursing Studies**, n. 42, p.211-227, 2005.
- KORSGAARD, M.; SCHWEIGER, D.; SAPIENZA, H. Building commitment, attachment and trust in strategic decision-making teams: the role of procedural justice. **Academy of Management Journal**, v. 38, n.1, p. 60-84, 1995.
- LANE, K. *et al.* A study of nurse faculty job satisfaction in community colleges in Florida. **Teaching and Learning in Nursing**, n. 5, p. 16-26, 2010.
- MARRINER-TOMEY, A. **Administración y liderazgo en enfermería**. 5.ª ed. Madrid: Mosby-Doyma, S. A. 1996.
- MATHIEU, J.; ZAJAC, D. A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. **Psychological Bulletin**, v. 108, n. 2, p. 171-194, 1990.
- MCNEESE-SMITH, D. Increasing Employee Productivity, Job Satisfaction, and Organizational commitment. **Hospital Health Service Administration**, v. 41,n. 2, p. 160-175, 1996.
- MOURA, E. **Gestão de recursos humanos**. Influências e Determinantes do Desempenho.2000. Dissertação (Doutoramento). Instituto Superior de Economia e Gestão - Universidade Técnica de Lisboa, 2000.
- PESTANA, M.; GAJEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais**. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. 2000.
- ROBBINS, S. P. **Organizational behavior: concepts, controversies, applications**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998.
- SCHEMERHORN, Jr.; HUNT, J.; OSBORN, R. **Fundamentos de comportamento organizacional**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1999.
- SHORE, L.; BARKSDALE, K.; SHORE, T. Managerial Perceptions of Employee Commitment to the Organization. **The Academy of Management Journal**, v. 38, n. 6, p. 1593-1615, 1995.

SNEED, J.; HERMAN, C. M. Influence of job characteristics and organizational commitment on job satisfaction of hospital foodservice employees. **Journal of the American Dietetic Association**, n. 90, p. 1072-1076, 1990.

SPECTOR, P. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

SPECTOR, P. **Job satisfaction - application, assessment, causes and consequences**. SAGE Publications. 1997.

VALA, J. *et al.*. **Psicologia social das organizações**. Estudos em empresas

Portuguesas. Oeiras: Celta Editora, 1994.

VIDAL, M., VALLE, R., ARAGÓN, B. Antecedents of repatriates' job satisfaction and its influence on turnover intentions: Evidence from Spanish repatriated managers. **Journal of Business Research**, n. 60, p. 1272-1281, 2007.

XIE, J, Jonhs, G. Interactive effects of absence culture salience and group cohesiveness. A multi level and cross level analysis of work absenteeism in Chinese context. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, n. 73, p. 31-52, 2000.

ACESSO DO USUÁRIO HIPERTENSO NA ATENÇÃO BÁSICA E A REPERCUSSÃO DO ATENDIMENTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Natasha Marques Frota¹, Lívia Moreira Barros², Thiago Moura de Araújo³, Roberta Grangeiro de Oliveira⁴, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁵, Joselany Áfio Caetano⁶

RESUMO: Este estudo objetivou analisar o acesso do usuário hipertenso na atenção básica com enfoque na adesão ao tratamento. Estudo descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido no período de fevereiro a abril de 2011 em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza-CE. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista e a análise estatística foi feita mediante a estatística descritiva. A recepção era, na maioria dos casos, atenciosa (86%) e respeitosa (85,5%), sendo resolutive para 69,8% (279) dos participantes. O relacionamento com a equipe de saúde foi considerado satisfatório por 322 (80,5%) usuários, havendo o diálogo nas consultas. A análise dos dados revelou a prevalência de uma população feminina e idosa com baixa escolaridade e condição socioeconômica. Concluiu-se que os usuários hipertensos tinham acesso ao atendimento na UBS, fato que repercutirá em sua adesão do mesmo ao tratamento fornecido.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Atenção primária à saúde; Promoção da Saúde.

USER ACCESS HYPERTENSIVE IN PRIMARY CARE AND REPERCUSSION OF THE ACCESSION TO TREATMENT

ABSTRACT: Aimed to analyze user access hypertension in primary care with a focus on treatment adherence. Descriptive study with a quantitative approach developed in the period from February to April 2011 in six basic health units (UBS) of Fortaleza. Data collection occurred through interviews and statistical analysis was performed using the SPSS. The reception was in most cases helpful (86%) and respectful (85.5%) and 69.8% for resolving (279) of the participants. The relationship with the healthcare team was considered satisfactory by 322 (80.5%) users, with dialogue in consultations. Data analysis revealed the prevalence of female and elderly population with low education and socioeconomic status. It was concluded that hypertensive patients had access to care at UBS, a fact that will have repercussions on the accession of the same treatment provided.

¹ Acadêmica do oitavo período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. Endereço: Rua Rio Grande do Sul, 205, Centro. CEP: 85400-000. Guaraniaçu/PR. Fone: (45) 9916-7151. E-mail: jehh_thuany@hotmail.com.

² Acadêmica do oitavo período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. Endereço: Rua Lírio, 1930, Centro. CEP: 85420-000. Corbélia/PR. Fone: (45) 9921-7831. E-mail: raqueltrevisol@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. Endereço: Rua Manaus, 2046, apto A5, Bairro Cancelli. CEP: 85811-030. Cascavel/PR. Fone: (45) 9981-0684. E-mail: gicelle@fag.edu.br.

⁴ Enfermeiro, Mestre em Promoção da Saúde, Docente do departamento de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG, Rua Sibipiruna, 161, (45) 9913-1414, tarcisio@fag.edu.br.

Recebido em: 03-01-2013 . Aceito em: 20-02-2013

INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário, o qual é expresso em características da oferta que facilitam ou dificultam a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características que dificultam a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde ofertados (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

O compromisso e a vinculação estabelecidos pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços. Essa relação positiva entre usuário e profissional é fundamental para ampliar a qualidade da assistência prestada, o que influencia diretamente na aderência do indivíduo ao tratamento da doença crônica, fazendo com que os pacientes acreditem nas suas condutas e orientações, tomando assim os cuidados necessários no controle da doença (CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

No Brasil, as Doenças Cardiovasculares (DCV) que representam a segunda causa de mortalidade, estão em elevada incidência, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) um fator de risco potencial para a morbimortalidade por DCV (CRUZ, 2010; PIERIN *et al.*, 2011).

A HAS é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência. Sua assistência não é de exclusividade da atenção primária à saúde, mas as melhores oportunidades de atuação acontecem em nível primário. O diagnóstico precoce e o controle da HAS são imprescindíveis na prevenção de complicações, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças

cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (RABETTI; FREITAS, 2011).

O controle da pressão arterial depende da implantação de ações adequadas pelos profissionais de saúde e pelas instituições, bem como a adesão dos pacientes ao tratamento e ao acesso aos serviços de saúde. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, foi de fundamental importância para a garantia e a ampliação do acesso (HOEPFNER; FRANCO, 2010; CUNHA; VIEIRA SILVA, 2010).

O controle ineficaz dos níveis pressóricos pode estar relacionado à pouca ou nenhuma adesão ao tratamento. Os fatores que influenciam a adesão estão associados ao hipertenso (características biopsicossociais, cronicidade da doença, ausência de sintomas e efeitos adversos dos medicamentos) e à instituição (políticas de saúde, tempo de espera pela consulta, dispensação de medicamentos, dificuldades de acesso ao serviço de saúde e relacionamento do usuário hipertenso com a equipe de saúde) (PIERIN *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2010).

O acesso permite o uso oportuno dos serviços com o intuito de alcançar os melhores resultados possíveis, de forma que o indivíduo passa a utilizar com frequência o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado, de acordo com as necessidades, tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (STARFIELD, 2004).

O acesso e a utilização desse serviço não são iguais para toda a população. Um sistema de saúde parcial não é eficaz para a promoção da saúde e prevenção das DCV, com destaque para a HAS (CRUZ, 2010). Ao se refletir sobre a problemática do acesso, questiona-se: será que o acesso à atenção básica influencia na adesão do usuário hipertenso no controle de seu agravo? Com base nesse questionamento,

este estudo teve como objetivo analisar o acesso do usuário hipertenso à atenção básica com enfoque na adesão ao tratamento.

MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido em seis Unidades Básicas de Saúde pertencentes à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) localizada no município de Fortaleza-CE. A SER VI cobre uma área territorial correspondente a 42% do território total de Fortaleza, a qual inclui 29 bairros e uma população estimada em 600 mil habitantes, contando com o apoio de 20 Centros de Saúde que atuam na atenção básica (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2008).

A população foi constituída por 1600 usuários hipertensos inscritos nas Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente de cor, escolaridade, renda familiar e estado civil. A amostra foi calculada com base na prevalência da HAS, que era de 25% na área estudada, com fórmula para estudos transversais totalizando um valor aproximado de 400 usuários.

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de maio a agosto de 2011, por meio de entrevista, utilizando-se um formulário, previamente validado, que continha questões relativas à caracterização dos sujeitos e dados relacionados ao acesso à atenção básica (linguagem profissional, duração da consulta, acolhida, relação profissional/usuário, liberdade para verbalização, escuta do profissional, fornecimento de orientações e aspectos do atendimento em geral). Optou-se pela entrevista devido à dificuldade dos sujeitos em responder o formulário autoexplicativo.

Os dados foram organizados no Excel e analisados no Programa *Statistic Package for Social Science – SPSS* (versão 18.0). As variáveis classificatórias foram apresentadas descritivamente em tabelas que representavam as frequências absolutas e relativas com posterior análise com base na literatura selecionada.

Em cumprimento aos princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados foi realizada após a apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, com emissão de parecer favorável (CEP 410/10).

RESULTADOS

Dos 400 hipertensos que participaram do estudo, 269 (67,2%) eram do sexo feminino (84,5%) e 131 (15,5%) do sexo masculino. Com relação à idade, a maioria tinha idade acima de 40 anos – 390 (97,5%). Observou-se um predomínio do grupo etário com idade igual ou superior a 60 anos em que 217 (55,6%) dos usuários correspondiam aos idosos. Entre os entrevistados, a cor da pele parda predominou com uma frequência de 54,7% (219).

Quanto à naturalidade, 346 (86,5%) dos hipertensos procedem da zona rural do Ceará. Na distribuição geográfica, identificamos 251 (62,8%) residentes em Fortaleza e região metropolitana e 37,2% (149) encontravam-se na zona urbana de outros municípios do Estado do Ceará.

No que se refere à religião, o catolicismo correspondeu à maior proporção, sendo praticado por 311 (77,7%) participantes. Quanto ao estado civil, 216 (54%) eram casados e 294 (73,5%) coabitavam com o cônjuge e filhos ou com outras pessoas - noras, netos, pais e empregadores.

Em relação ao grau de escolaridade, 255 (63,7%) cursaram até o início do ensino fundamental e 79 (19,7%) eram analfabetos. No tocante à situação laboral, 194 (48,5%) eram aposentados e 107 (26,8%) exerciam atividades laborativas relacionadas à construção civil, jardinagem, corte-costura, serviços gerais, segurança e panificação. Verificou-se que 341 (85,2%) dos participantes recebiam até dois salários mínimos e 331(82,5%) possuíam imóvel próprio.

Um importante dado identificado na Tabela 1 refere-se ao respeito da prioridade

no atendimento, pois apenas 30,3% (121) afirmaram que havia prioridade, tendo em vista que a maioria da população era idosa. Dentre os entrevistados, 98% relataram não haver discriminação no atendimento.

A identificação dos funcionários de acordo com o cargo foi relatada por 87%

(348) dos participantes, porém essa informação está limitada aos funcionários que trabalham nos setores com maior demanda, como consultório, marcação de consulta, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), farmácia, portaria e vigilância (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização do acesso dos usuários hipertensos à Atenção Básica. Fortaleza-CE, Brasil, 2013 (n=400)

Dados sobre o atendimento	f	%
Prioridades no atendimento	121	30,3
Ausência de discriminação	392	98,0
<i>Recepção dos funcionários:</i>		
Atenciosa	344	86,0
Respeitosa	342	85,5
Resolutiva	279	69,8
Identificação dos funcionários de acordo com o cargo	348	87,0
Relacionamento Equipe de saúde/Usuário satisfatório	322	80,5
<i>Atributos da consulta:</i>		
Linguagem adequada	312	78,0
Diálogo	293	73,2
Liberdade de verbalização	330	82,5
Valorização da verbalização	303	75,8
Duração da consulta adequada na:		
Primeira	289	72,3
Subsequente	306	76,5
<i>Recebimentos de orientações sobre:</i>		
Condição de saúde	266	66,5
Condutas terapêuticas	342	85,5
Condutas preventivas	279	69,8
Exames	293	73,2
Diagnóstico	312	78,0

A recepção destinada aos usuários era, na maioria dos casos, atenciosa (86%) e respeitosa (85,5%), sendo resolutiva para 69,8% (279) dos participantes. O relacionamento com equipe de saúde foi considerado satisfatório por 322 (80,5%) usuários. Com relação às características da consulta, 78% (312) afirmaram que os profissionais utilizam uma linguagem adequada durante as consultas (Tabela 1).

A troca de informações com o diálogo foi descrita por 73,2% (293) e 26,8% (107) afirmaram não haver diálogo entre profissional e paciente. A liberdade de expressão esteve presente em 82,5% (330) das consultas, sendo essa verbalização valorizada pelo profissional de saúde em 75,8% (303) dos casos. Identificamos que cerca de 289 (72,3%) pacientes consideram adequado o tempo destinado à primeira consulta e 306 (76,5%) afirmaram que o tempo também era adequado nas consultas subsequentes.

Com relação às orientações fornecidas durante as consultas, observou-se que 66,5% (266) foram esclarecidos a respeito da sua condição de saúde. O diagnóstico da doença e a solicitação de exames complementares foram esclarecidos para 312 (78,0%) e 293 (73,2%) pacientes, respectivamente. Quanto às condutas terapêuticas, 342 (85,5%) usuários foram orientados adequadamente. Sobre as condutas preventivas, 30,2% (121) afirmaram não terem tido conhecimento durante as consultas.

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica é importante para o conhecimento dos fatores de risco comportamentais e as atitudes diante o controle da HAS (LIMA *et al.*, 2010). O baixo controle da pressão arterial está relacionado à inadequada adesão terapêutica devido a diversos fatores interdependentes, como: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e integração entre a equipe

multiprofissional de saúde (DIDIER; GUIMARÃES, 2007).

A predominância do sexo feminino também foi observada em outros estudos, como o de Pierin *et al.* (2011) e Lima *et al.* (2010), os quais identificaram um predomínio de 66% e 56,5% de mulheres, respectivamente. A maior representatividade das mulheres pode estar relacionada ao maior interesse das mulheres com a sua saúde ou à falta de atividade extradomiciliares, permitindo uma maior frequência à UBS (CAXITO; NASCIMENTO; FARIA, 2011).

No Brasil, a HAS representa um sério problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência, estando presente em mais de 50% dos idosos (LIMA *et al.*, 2010). Sabe-se que o risco para o surgimento de DCV aumenta com a idade e que a mortalidade ocasionada pelas DVC está aumentando devido ao envelhecimento da população (CRUZ, 2010). Em nosso estudo, a maioria da população era constituída por idosos.

Através da lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), as diretrizes que fundamentam o SUS têm relação estreita com o conceito de territorialização (CARREIRA; RODRIGUES, 2010). Com relação à naturalidade, 86,5%, que constituem a maioria dos entrevistados, eram naturais de outros municípios da zona rural do Ceará, mas residia na Zona Metropolitana de Fortaleza.

As equipes multiprofissionais da ESF são responsáveis pelo acompanhamento de uma população, localizada em uma área delimitada, na qual irá desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (CARREIRA; RODRIGUES, 2010). O acompanhamento de um paciente com diagnóstico de HAS é realizado pela equipe da ESF atuante na UBS mais próxima a sua residência, o que favorece a acessibilidade e a otimização do atendimento (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

Verificou-se que a população estudada possui um baixo grau de escolaridade e uma

renda mensal familiar de até dois salários mínimos. A escolaridade é um fator determinante na adesão terapêutica, pois o conhecimento sobre a doença e o tratamento influencia no controle da HAS e contribui para a adesão. Em contrapartida, o contexto socioeconômico pouco favorecido influencia em uma baixa adesão ao tratamento e menor controle da hipertensão (LIMA *et al.*, 2010).

Constatou-se que a elevada frequência de aposentados está de acordo com os achados do estudo feito em São Paulo com o intuito de caracterizar a prevalência do controle da hipertensão arterial na atenção primária e detectou que a maioria (62%) da população era composta por aposentados (PIERIN *et al.*, 2011).

Na UBS analisada, uma pequena frequência dos participantes relatou que havia prioridade no atendimento. Sabe-se que o respeito à prioridade facilita o atendimento da população idosa, a que correspondeu à maior parte da população do nosso estudo. A facilidade do acesso na busca de atendimento na UBS pode resultar em um acompanhamento pela ESF com maior frequência e participação, bem como maior vínculo do usuário com a UBS, o que contribui para a melhora de sua saúde (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

Os usuários consideraram a recepção na UBS atenciosa e respeitosa, o que influencia positivamente na sua relação com o serviço, pois a relação desfavorável entre profissional-paciente é uma causa da baixa adesão ao tratamento e está vinculada ao descontentamento ou insatisfações deste (DUARTE *et al.*, 2010).

A busca ao atendimento na UBS foi resolutiva para muitos dos usuários hipertensos. Vale salientar que o simples fato de existir um atendimento inadequado pelos profissionais faz perpetuar entre a população a ideia de um mau atendimento pela UBS, o que pode favorecer a busca pelo serviço de atenção básica somente em situações de doenças (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

A satisfação com o atendimento pela equipe de saúde foi afirmada pelos usuários. A satisfação e a frequência adequada no acompanhamento dos usuários hipertensos são relevantes devido à cronicidade da doença, o que permite inferir a existência de um atendimento longo e prolongado (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

A ausência de vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário hipertenso indica que a UBS não está sendo uma rede de apoio para estes indivíduos, os quais não percebem nela uma referência para a solução de seus problemas de saúde (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010). A oportunidade de diálogo entre paciente e o profissional durante a consulta foi descrita por quase todos os hipertensos. Para conquistar as mudanças ou diminuir as atitudes que comprometem a realização adequada do tratamento, a equipe de saúde precisa conhecer o paciente, estabelecer um diálogo e fornecer orientações, de acordo com as suas necessidades e seu estilo de vida.

A valorização da verbalização pelo profissional de saúde foi percebida pelos pacientes. Sabe-se que a pouca disponibilidade para trocas de saberes entre o usuário e os profissionais de saúde não proporciona condições para o fortalecimento das mudanças comportamentais necessárias e para o desenvolvimento da autonomia do hipertenso no seu tratamento (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

A consulta de Enfermagem com qualidade ao portador de HAS requer tempo e qualificação do profissional. Em nosso estudo, o tempo das consultas foi considerado adequado para a maioria da população. Durante a consulta, é importante a identificação de fatores determinantes da não adesão do usuário hipertenso ao tratamento para a escolha adequada das condutas terapêuticas e a obtenção de resultados satisfatórios, pois o conhecimento destes pode permitir a implementação de estratégias eficazes que possibilitem a adesão ao tratamento (LIMA *et al.*, 2010).

As publicações das diretrizes pela

Sociedade Brasileira de Cardiologia constituem uma fonte de qualificação para os profissionais, pois são baseadas em evidências científicas e visam reduzir as condutas inadequadas na assistência, sendo a melhor opção para o estabelecimento do diagnóstico e o norteamto do tratamento adequado (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

O papel da enfermeira nos programas de Hipertensão na UBS é a realização de consultas mensais com coleta de dados sobre o paciente e exame físico completo, verificação da pressão arterial, manutenção da medicação para pacientes sob controle, instrução e aconselhamento sobre tratamento farmacológico e não farmacológico, solicitação de exames laboratoriais, encaminhamento dos pacientes de difícil controle ou portadores de complicações para consulta médica mensal, organização de palestras interdisciplinares e coordenação de estratégias que visem à adesão ao tratamento (DIDIER; GUIMARÃES, 2007).

Foi identificado que mais da metade dos hipertensos tinham sido esclarecidos sobre sua condição de saúde. A HAS tem como principal característica a cronicidade e a assintomatologia, gerando um sério risco para o desenvolvimento de complicações, caso o usuário não esteja aderindo adequadamente ao tratamento (PIERIN *et al.*, 2011; FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010). O acesso facilitado aos médicos especialistas, o atendimento multiprofissional e as intervenções de ordem administrativa são importantes para melhorar o controle da doença (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

O profissional pode favorecer a adesão ao tratamento com atitudes simples como: orientar que o paciente leve seus remédios nas suas viagens, realizar o aprazamento adequado da tomada dos remédios, estimular que ele busque o serviço de saúde para providenciar os remédios antes que se acabem, incentivar a ida às consultas e estimular o autocuidado e encorajar que ele tome os remédios por conta própria (PIERIN *et al.*, 2011).

Há relação entre o tempo de diagnóstico e o controle da pressão. Usuários hipertensos com mais tempo de diagnóstico apresentaram-se menos controlados (PIERIN *et al.*, 2011). O profissional de saúde deve dar importância a esse fator durante as consultas com maior ênfase nas mudanças no estilo de vida e na adesão ao tratamento.

A educação de pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão, tem como objetivo influenciar o comportamento do hipertenso na obtenção de mudanças e manutenção destas (PIERIN *et al.*, 2011). As estratégias educativas e a maior vigilância da equipe de saúde em relação ao tratamento da hipertensão influenciam no controle da pressão arterial pelo usuário, o que demonstra a importância da articulação da assistência prestada pelos profissionais ao hipertenso (DIDIER; GUIMARÃES, 2007).

Portanto, vários estudos corroboram com essa afirmativa mostrando que a educação em saúde torna-se a principal estratégia para melhorar a adesão dos usuários, como também a participação de profissionais na Equipe Saúde da Família (CARVALHO *et al.*, 2011).

Nesse sentido, estratégias educacionais são importantes, uma vez que uma tecnologia em saúde que pode contribuir para uma concepção mais ampliada de saúde é o trabalho em grupo. As oficinas ou grupos de trabalho são ferramentas que podem complementar as ações individuais promovidas pelos serviços de saúde, possibilitando que os pacientes compartilhem experiências e vivenciem saberes e práticas que facilitam a escuta, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

A obtenção do diagnóstico de HAS é dificultada quando o acesso aos serviços prestados pelas UBS não ocorre de forma correta ou quando a população não busca esses serviços. O diagnóstico tardio e o tratamento inadequado da HAS também influencia no elevado percentual de

comorbidades (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

Verificou-se que os pacientes afirmaram que tinham conhecimento sobre o diagnóstico da doença. Apesar do diagnóstico de HAS, alguns usuários, principalmente os idosos, não se consideram doentes, o que dificulta a compreensão de alguns indivíduos sobre o processo saúde-doença da HAS ser caracterizado pela ausência de sinais e sintomas clínicos evidentes (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

O atendimento nas consultas ofertadas na atenção primária deve envolver ações que tenham como objetivo a promoção da autonomia dos usuários nos seus hábitos de vida adequados ao seu tratamento, promovendo suporte e orientações que favoreçam as escolhas responsáveis, as quais irão garantir uma maior qualidade de vida (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

Constatou-se que as orientações sobre o tratamento farmacológico para HAS estão entre as condutas terapêuticas durante as consultas, pois os usuários afirmaram terem sido orientados adequadamente. O tratamento farmacológico disponibilizado gratuitamente pelo SUS é suficiente e eficaz para a obtenção do controle da PA pelos usuários hipertensos (LIMA *et al.*, 2010). Para alcançar o objetivo terapêutico, muitas vezes é necessário a associação gradativa dos anti-hipertensivos (PIERIN *et al.*, 2011; DIDIER; GUIMARÃES, 2007).

Sobre as condutas preventivas, os pacientes afirmaram não terem tido conhecimento durante as consultas. A prevenção é uma estratégia essencial a ser consolidada entre os profissionais de saúde, pois os fatores de risco modificáveis estão profundamente enraizados no âmbito social e cultural da sociedade brasileira (FROTA *et al.*, 2013).

As intervenções acessíveis e eficazes são necessárias para o controle e a prevenção das DCV. A maioria das intervenções ofertadas às comunidades visam à prevenção secundária, na qual o

diagnóstico já está estabelecido e a prioridade é reduzir os sintomas cardiovasculares e a morbimortalidade (CRUZ, 2010).

Em um artigo de revisão por Cruz (2010) com o intuito de avaliar as práticas de prevenção de DCV na atenção primária, identificou-se que os profissionais de saúde não destinam a atenção devida nas mudanças no estilo de vida. A adoção de um estilo de vida saudável está relacionada à melhora da qualidade de vida e reflete de forma positiva no controle da hipertensão arterial. Para que o tratamento seja adequado ao seu estado de saúde, o hipertenso requer estímulo frequente sobre as mudanças de estilo de vida e os ajustes no decorrer do tratamento (PIERIN *et al.*, 2011).

A adoção de práticas saudáveis, como restrição da ingestão de bebida alcoólica, abstenção do tabagismo, planejamento alimentar com redução do sal e alimentos hipercalóricos, manejo de situações estressantes, atividade física regular e uso adequado dos medicamentos devem estar entre as orientações prestadas ao hipertenso durante a assistência (PIERIN *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2010).

Deve haver uma prioridade na prevenção primária dos fatores de risco cardiovasculares, principalmente nos três fatores de risco comportamentais como tabagismo, inatividade física e alimentação inadequada, o que irá melhorar a prevenção secundária dos principais fatores de risco para DCV, como obesidade, pressão alta, colesterol alto e fumo (CRUZ, 2010).

Frente a esse contexto da adoção de práticas saudáveis e a prevenção de DCV, torna-se relevante o envolvimento usuário/Unidade de Saúde, por meio da acessibilidade deste ao serviço de saúde. Isso faz com que usuários sintam-se motivados a desenvolver atividades para melhorar a qualidade de vida, aderindo às condutas terapêuticas não medicamentosas e medicamentosas para o controle da doença (FROTA *et al.*, 2013).

CONCLUSÕES

A análise dos dados revelou a predominância de uma população feminina e idosa com baixa escolaridade e condição socioeconômica. Identificou-se que a maior dificuldade encontrada quanto ao acesso foi a falta de prioridade no atendimento. É necessário que a gestão de cada UBS organize o atendimento e o acolhimento da população, de modo que o acesso à unidade seja ampliado e promovido com a eliminação das filas, redução do tempo de espera e organização do atendimento de acordo com as prioridades.

A avaliação do acesso dos usuários hipertensos aos programas de controle da HAS na atenção primária possibilita a identificação dos fatores que prejudicam a participação dos usuários na UBS e a elaboração de estratégias que modifiquem essa situação, além de possibilitar a melhora do serviço prestado e melhores taxas de controle no tratamento da HAS. Um paciente presente, satisfeito com o atendimento concedido e orientado para o seu cuidado poderá atuar de forma ativa no processo de saúde-doença, de modo a prevenir as complicações crônicas advindas da HAS, além de participar das ações fornecidas pela UBS referentes à promoção de saúde e sua prevenção de agravos. Portanto, a produção dessa metodologia não deve ser vista apenas pela lógica individual, mas num contexto que envolva toda a sociedade, a família e o próprio usuário no núcleo da construção do cuidado.

Desse modo, a relevância desses resultados destaca-se por servirem como indicadores para o planejamento de ações estratégicas. Além disso, as conclusões podem ser direcionadas para outros municípios do mesmo porte, com perfil semelhante e consequentemente subsidiar novas pesquisas com a comunidade assistida.

REFERÊNCIAS

- CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p., 2010.
- CAXITO, S.M.C.; NASCIMENTO, C.R.B.; FARIA, E.T.B. Práticas alternativas e complementares: conhecimento e prática de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Cadernos de Ciência e Saúde**, v.1, n.1, p., 2011.
- CARVALHO, A.L.M.; LEOPOLDINO, R.W.D.; SILVA, J.E.G.; CUNHA, C.P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina-PI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p., 2011.
- CRUZ, I.C.F. Brazilian Research Initiatives for Cardiovascular Disease Prevention at the community- and practice-based level- literature review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2771/606>. Acesso em: 03 jan. 2013.
- CUNHA, A.B.O.; VIEIRA SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-37, 2010.
- DIDIER, M.T.; GUIMARÃES, A.C. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, n. 2, p. 218-224, 2007.

DUARTE, M.T.C. *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 736-744, 2010.

FERNANDES, M.T.O.; SILVA, L.B.; SOARES, S.M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1331-41, 2011.

FROTA, N.M.; ARAÚJO, T.M.; BARROS, L.M.; CAETANO, J.A.; SANTOS, Z.M.S.A. Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento. **Revista Rene**, v. 14, n. 4, p. 730-739, 2013.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S.C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n. 2, p. 223-229, 2010.

LIMA, H.P. *et al.* Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Revista Rene**, v. 11, n. 2, p. 170-178, 2010.

PIERIN, A.M.G. *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl.1, p. 1389-1400, 2011.

RABETTI, A.C; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-268, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Ministério da Saúde; 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.4, p. 975-986, 2006.

A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A PERMANÊNCIA EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UM ESTUDO QUALITATIVO

Jéssica Thuane Zanatta De la Torre¹, Raquel Trevisol², Gicelle Galvan Machineski³, Tarcísio Vitor Augusto Lordani⁴

RESUMO: O uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se um problema cada vez mais comum e mais complexo, exigindo o tratamento dos usuários, o qual pode ser ofertado por meio da internação em casas de recuperação. Assim, o presente estudo visa a conhecer as dificuldades enfrentadas pelos usuários durante esse processo de reabilitação. Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva e qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada com usuários de comunidades terapêuticas. As informações foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo, sendo formuladas as seguintes unidades temáticas: dificuldades vivenciadas pelos usuários durante o tratamento; percepção dos usuários quanto ao tratamento; os usuários relatam que a religiosidade é importante durante o tratamento; os usuários demonstram que estão cientes da importância do tratamento. Dessa forma, percebemos que é necessário um trabalho conjunto a fim de que o paciente e sua família confiem na equipe e alcancem êxito no tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Drogas ilícitas. Reabilitação. Comunidade terapêutica. Enfermagem.

USER'S PERCEPTION ON STAYING IN A THERAPEUTIC COMMUNITY: A QUALITATIVE STUDY

ABSTRACT: The abuse of psychoactive substances has become an increasingly common and more complex problem, requiring treatment of users, which can be offered through the hospital in recovery houses. Thus, this study aims to know the difficulties faced by users during the rehabilitation process. Therefore, a descriptive and qualitative research through semi-structured interviews with members of therapeutic communities was performed. Data were analyzed using the technique of content analysis, the following thematic units being formulated: difficulties experienced by users during treatment; perception of users regarding treatment, and users report that religion is important during treatment; show that users are aware of the importance of treatment. Thus, we see that a set so that the patient and his family trust in the team and achieve success in treating work is needed.

KEYWORDS: Street Drugs. Rehabilitation. Therapeutic Community. Nursing.

¹ Acadêmica do oitavo período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. Endereço: Rua Rio Grande do Sul, 205, Centro. CEP: 85400-000. Guaraniáçu/PR. Fone: (45) 9916-7151. E-mail: jehh_thuany@hotmail.com.

² Acadêmica do oitavo período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. Endereço: Rua Lírio, 1930, Centro. CEP: 85420-000. Corbélia/PR. Fone: (45) 9921-7831. E-mail: raqueltrevisol@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. Endereço: Rua Manaus, 2046, apto A5, Bairro Cancelli. CEP: 85811-030. Cascavel/PR. Fone: (45) 9981-0684. E-mail: gicelle@fag.edu.br.

⁴ Enfermeiro, Mestre em Promoção da Saúde, Docente do departamento de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG, Rua Sibipiruna, 161, (45) 9913-1414, tarcisio@fag.edu.br.

Recebido em: 03-02-2013 . Aceito em: 30-03-2013

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica fora marcada pela crítica ao modelo hospitalocêntrico. Surgiu o movimento italiano de desinstitucionalização que visava ao fim dos manicômios e das ações institucionais de contenção, bem como a destruição do ambiente manicomial e dos muros que separavam ambiente interno de externo. Tal movimento, que propunha a constituição de casarões com quartos grandes, sala e cozinha e criação de outros modos de cuidados, deu fim à violência na instituição psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo [...]. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 06).

Anteriormente à reforma psiquiátrica no Brasil, aconteceram muitos outros movimentos psiquiátricos, sendo um deles o da comunidade terapêutica, na Inglaterra.

Segundo Oliveira (2002, p. 42) “O termo comunidade terapêutica surgiu em 1946, foi proposto por T. Main, em decorrência do trabalho que vinha sendo desenvolvido por ele em parceria com Bion e Reichman, no Northfield Hospital, em Birmingham”.

As primeiras comunidades terapêuticas foram criadas em 1979 e ofereciam limites, regras, afetos controlados, horários e responsabilidades para os pacientes.

A reforma psiquiátrica repercutiu de forma positiva para a saúde mental no Brasil e hoje em dia as comunidades terapêuticas são muito procuradas.

As comunidades terapêuticas disponibilizam atendimento a usuários de substâncias psicoativas. Sendo assim, algumas das drogas mais consumidas por crianças e adolescentes em situação de rua,

segundo Charlout 2000 (apud Carlini, 2008, p. 9-35), seriam a cocaína, o crack, a cannabis sativa, a morfina e a heroína.

Essas drogas são pouco comuns no Brasil e seus casos de dependência conhecidos são mínimos se comparados com os de outros países (ALMEIDA FILHO, 1995). Além disso, o uso abusivo de drogas pode estar relacionado a transtornos de personalidade.

Embora nenhum padrão de personalidade isolado esteja associado ao abuso de substâncias, é muito alta a frequência dos transtornos de personalidade entre os abusadores. Os transtornos de personalidade anti-social e *borderline* parecem predispor a uso de substâncias. Traços narcisistas têm sido identificados como um possível fator de risco nos abusadores de cocaína. Outras características psicológicas observadas nos abusadores de substâncias incluem a hostilidade, baixa tolerância a frustração, inflexibilidade e baixa auto-estima (ANDREASEN; BLACK, 2009, p. 276).

Outros transtornos também estão associados, como os transtornos de ansiedade, a depressão e aqueles causados pelos estimulantes do SNC (como a cocaína): abuso e dependência, intoxicação, *delirium*, psicose, transtornos do humor e abstinência (ANDREASEN; BLACK, 2009).

O uso contínuo de uma droga psicoativa produz tolerância, ou seja, o usuário precisará de doses cada vez maiores para gerar o mesmo efeito. Quando o usuário para de consumir tal droga, pode experimentar os efeitos colaterais da retirada – dor física e ansiosos intensos – caracterizando dependência física da droga (MYERS, 1999).

A dependência química existe quando o usuário é dominado por uma vontade quase incontável de consumir a droga à qual está acostumado, ele sente a falta do prazer que lhe era proporcionado e se torna insatisfeito, ansioso ou frustrado. Caso não haja o consumo, a ansiedade aumenta e a pessoa tem uma forte sensação de mal-estar. A

dependência psíquica é considerada mais difícil de tratar, pois envolve aspectos psicológicos que “prendem” o indivíduo a fatores que o levam ao consumo da droga. É comum um indivíduo se tratar e, depois de desintoxicado e livre da dependência física, voltar às drogas devido à dependência psíquica (ALMEIDA FILHO, 1995).

Em uma pesquisa realizada por Maçaneiro (2008), constataram-se na fala dos pacientes inúmeros sentimentos que caracterizam sofrimento psíquico, como angústia generalizada, medo, insegurança, decepção, insatisfação, saudade, culpa, pensamentos suicidas, sentimento de abandono, necessidade de desabafar, entre outros.

Para Maçaneiro (apud Hildebrandt, 2004, p. 42):

[...] o objetivo da comunidade terapêutica é o crescimento das pessoas através de um processo individual e social; e o papel da equipe é ajudar o indivíduo a desenvolver seu potencial. O programa terapêutico-educativo a ser desenvolvido no período de tratamento tem como objetivo ajudar o dependente químico a se tornar uma pessoa livre através da mudança de seu estilo de vida.

Para evitar a mesmice, a angústia e o estresse que o tratamento pode ocasionar no indivíduo dependente, deve-se pensar sempre em novas fórmulas de inovar o tratamento e manter um diálogo com outras áreas da saúde. A multidisciplinaridade é fundamental para estas pessoas. Não se devem ter conceitos pré-estabelecidos no tratamento de dependentes de drogas (MAÇANEIRO, 2008).

Outra questão importante no atendimento ao dependente é o acolhimento ofertado a ele. A sua chegada a uma comunidade terapêutica é um momento de sofrimento e de extrema susceptibilidade e sem o apoio familiar as chances de sucesso do tratamento diminuem (MAÇANEIRO, 2008).

Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa é conhecer quais as maiores dificuldades enfrentadas na reabilitação.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa, que segundo Oliveira (2000) possui certa facilidade de descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, interpretar comportamentos ou atitudes de indivíduos etc.

Esta pesquisa foi realizada nos municípios de Corbélia e Guaraniaçu, localizados no estado do Paraná, por meio de entrevista a usuários de comunidades terapêuticas, em encontros pré-agendados. Os dados foram coletados, com auxílio de um gravador, pelas acadêmicas pesquisadoras entre os dias 10 e 30 de junho de 2013.

Para a realização da coleta de dados, foram encaminhadas autorizações aos responsáveis pelas comunidades terapêuticas, com solicitação de campo de pesquisa. Após a concordância e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz, sob parecer nº 135/2013 foi realizada uma entrevista com os referidos participantes, conforme resolução 196/96 do CNS (BRASIL, 2000), mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi definida pela saturação dos resultados encontrados, tendo em vista que se trata de uma pesquisa qualitativa. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004).

Foram incluídos nesta pesquisa os usuários das comunidades terapêuticas de Corbélia e Guaraniaçu que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os internos que não estiveram presentes no local no momento da entrevista ou que estavam realizando outras atividades dentro da casa de recuperação.

Foi garantido ao sujeito participante o sigilo das informações, sendo que seus dados pessoais não serão divulgados e somente os

resultados da pesquisa poderão ser publicados em meio científico. Sendo assim, cada participante foi identificado pela letra “L” seguida do número de ordem das entrevistas.

RESULTADOS

A partir da análise das informações coletadas, foi possível identificar quatro eixos temáticos: dificuldades vivenciadas pelos usuários durante o tratamento; a percepção dos usuários referente ao tratamento; os usuários relatam que a religiosidade é importante durante o tratamento; os usuários demonstram que estão cientes da importância do tratamento.

Tais eixos foram formados a partir de categorias de análise como: falta dos familiares durante o tratamento, desejo de fazer uso de droga, mudança nas consequências propiciadas pela droga, apreço pelo lugar de reabilitação, sonhos e vontade de reconstituir a vida longe das drogas, percepção de que Deus está mais próximo, atividades praticadas na instituição e realização do tratamento por espontânea vontade.

1) Dificuldades vivenciadas pelos usuários durante o tratamento

A identificação desse eixo temático delineou-se a partir das seguintes unidades temáticas:

a) Os usuários citam a falta dos familiares como uma das dificuldades vivenciadas durante o tratamento

Ficar longe da família é muito difícil, mas com o passar do tempo vai se acostumando, tem a visita a cada mês. (L1)

Sinto saudade da minha família, mas acho melhor estar aqui dentro do que lá fora, onde eu estaria usando droga agora. (L11)

b) Os usuários revelam que durante o tratamento sentem ou já sentiram falta de

fazer uso de droga

A maior dificuldade foi ficar sem a droga, porque eu usava bastante. (L7)
[...] ficar longe da droga dá muita vontade. (L9)

2) A percepção dos usuários referente ao tratamento

A identificação desse eixo temático delineou-se a partir das seguintes unidades temáticas:

a) Os usuários relatam mudança nas consequências que a droga propiciava, como a falta de amor e interesse em relação ao próximo

Sentimentos bons, uma coisa que lá fora eu não sentia que é amor por mim e amor pelo próximo, que eu não dava valor nenhum lá fora para ninguém, muito menos para mim. (L4)

[...] agora estou querendo reviver todo aquele tempo com amor, com paz, levar a luz, ser um ser humano de verdade, coisa que antes [quando ainda fazia uso de drogas] era totalmente diferente. (L6)

b) Os usuários percebem como está sendo bom o tratamento para eles e revelam gostar do lugar onde estão

Para mim está sendo muito bom aqui [...] eu já passei por clínicas psiquiátricas e não adiantou nada, mas aqui sim, está me ajudando. (L1)

Eu passei por seis comunidades terapêuticas e aqui foi o primeiro lugar que eu encontrei onde há o respeito em todo momento [...] a casa está me oferecendo uma vida nova, diferente daquilo que eu vivia lá fora. (L10)

c) Os usuários expõem parte de seus sonhos e a vontade de reconstituir suas vidas longe das drogas

[...] aqui eu tenho novas vontades, eu vejo que meus sonhos agora podem acontecer, são novos frutos que eu desejo ver os resultados. (L5)

Eu tenho sonhos para realizar, voltar a viver intensamente aquele tempo que eu perdi quando eu estava usando drogas, o tempo que eu não vivia apenas vegetava sobre a terra. (L6)

3) Os usuários relatam que a religiosidade é importante durante o tratamento

A identificação desse eixo temático delineou-se a partir das seguintes unidades temáticas:

a) Os usuários percebem que Deus está mais próximo a eles que isso é importante na batalha contra as drogas

[...] são sentimentos tão fortes de Deus que nenhuma palavra que eu conheço explicaria, aqui eu encontrei um pai que estava sempre do meu lado que eu não enxergava que é Cristo. (L2)
Então hoje eu posso sentir o arrependimento por tudo aquilo que fiz, Jesus me ajuda a enxergar melhor. (L10)

b) Os usuários relatam quais as atividades praticadas na instituição sendo que a oração é a atividade predominante

O lema da casa é trabalho, disciplina e oração, e a atividade que eu gosto de fazer é mexer com a horta. (L1)
Fazemos nossas orações, atividades para ocupar nosso tempo e nossa mentalidade. (L3)

4) Os usuários demonstram que estão cientes da importância do tratamento

A identificação desse eixo temático delineou-se a partir das seguintes unidades temáticas:

a) A maioria dos usuários afirma que realiza o tratamento por espontânea vontade

Sim, estou aqui porque eu quero, chegou um tempo da minha vida que eu procurei ajuda junto a minha família. (L5)
Sim, eu percebi que já não era apenas um vício, eu vi que já tinha se tornado uma doença mesmo, e grave. (L7)

DISCUSSÃO

A partir da análise acerca das **dificuldades enfrentadas no tratamento**, percebemos que a inserção da família no tratamento é de extrema importância para que este ocorra de forma saudável. É necessário ainda que os familiares participem de terapia para saber como lidar com os usuários após o tratamento.

Schenker e Minayo (2004) apontam que a organização social da comunidade terapêutica serve como uma família substituta para o indivíduo, provendo um meio terapêutico e de apoio para que ele amadureça e cresça. Porém, citam que há necessidade de se tratar o sistema familiar para a transformação da adicção em produção de saúde.

Assim, para Silva, Pinto e Machineski (2013, p. 478):

Isso evidencia o quanto é significativo para o dependente em recuperação o acompanhamento da família durante o período em que se encontra na Comunidade Terapêutica. Da mesma maneira, a partir do momento do retorno à convivência familiar, é essencial ao indivíduo receber os cuidados e o apoio.

Percebemos que, por mais que os usuários saibam que não podem e/ou não queiram mais fazer o uso das drogas, acabam sentindo o desejo, o que é algo inevitável.

Os usuários de crack são os que menos buscam ajuda entre os que utilizam drogas ilícitas. Devido a isso, é importante que haja compromisso mútuo no que diz respeito às atividades desenvolvidas no decorrer do tratamento em prol das mudanças desejadas no comportamento em relação ao uso da droga (MILLER; FLAHERTY, 2000).

Com o passar do tempo, a intoxicação e a abstinência desenvolvem problemas fisiológicos, emocionais, cognitivos e comportamentais como consequência do uso contínuo da substância. Esses problemas certamente geram sofrimento para a

pessoa, para a família e para a comunidade (SMELTZER & BARE 2005).

Quanto à **percepção dos usuários referente ao tratamento**, é possível perceber grandes mudanças na vida dos indivíduos que aderiram a esse tipo de tratamento, o que evidencia a sua eficácia.

Schenker e Minayo (2004) definem o tratamento por meio de Comunidades Terapêuticas (TC) como um programa residencial de longa. Seu objetivo é prover um meio seguro, saudável e acolhedor no qual o jovem possa desenvolver comportamentos, crenças e atitudes pessoais socialmente mais adaptados.

A comunidade terapêutica é um serviço substitutivo que busca o resgate da cidadania, a reabilitação física e psicológica e a reinserção social, o que traz bons resultados, agindo em fatores psicossociais da dependência (SILVA; PINTO; MACHINESKI, 2012).

Os usuários possuem afinidade com a instituição, relatam o surgimento de bons sentimentos em relação à vida e sobre a própria instituição e comparam esta com outras nas quais já passaram por tratamentos. Essa postura é importante para a adesão e conclusão do tratamento com êxito.

Acredita-se que as opiniões dos pacientes devem ser levadas em conta nos tratamentos oferecidos (ZANATTA; GARGHETT; LUCCA, 2012).

A comunidade procura fugir do tratamento tradicional, suas características são: orientação para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade; valorização da comunicação; uso de técnicas educativas; reprodução, da melhor forma possível, da realidade exterior para facilitar a reinserção.

Além disso, a comunidade possui como objetivo transformar estilos de vida e identidades pessoais. Ela é destinada a ajudar os indivíduos a mudar a si mesmos e, por isso, procura manter plena participação do indivíduo, para que possa alcançar as metas sociais e psicológicas de mudança de vida. Com esse intuito, organiza-se a rotina

diária de atividades em grupo, reuniões, trabalho e recreação (FRACASSO, 2011).

Os depoimentos nos mostram que os usuários conseguem enxergar o poder destruidor da droga na vida de uma pessoa, uma vez que esta acaba se transformando em alguém completamente diferente do que acostumava ser, com pensamentos ruins, fazendo absurdos para adquirir a droga.

É comum no mundo dos usuários que eles se desfaçam de seus pertences, como televisão e rádio, para comprar a droga (FERREIRA FILHO; TURCHI; LARANJEIRA; CASTELO, 2003). Porém, vemos que com o tratamento é possível mudar esses sentimentos e atitudes. Gomes (2010, p. 12) o prova ao afirmar que:

Quando o regulamento da comunidade terapêutica para dependentes químicos 'invade' a esfera íntima do residente, determinando o quê e como conversar, em essência está criando condições, por meio da mais importante das instituições sociais, a linguagem, para que o residente possa ampliar e 'reformatar' o seu repertório de percepções e o seu horizonte existencial em condições de abstinência consciente.

Em relação à **religiosidade**, os usuários acreditam que ela ajuda na recuperação, sendo que suas experiências e mudanças ocorreram por intermédio dela.

Abdala et al. (2010) citam que o fator religiosidade/espiritualidade ajuda no abandono ou redução do uso de drogas. Ao envolver-se com padrões de religiosidade, adere-se a um conjunto de valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais.

Indivíduos que possuem mais frequência religiosa apresentam menos consumo de drogas. A religião se torna um fator de proteção contra o uso de drogas porque igrejas e/ou associações religiosas são consideradas locais de socialização (FERREIRA; MACHADO, 2013).

A partir de alguns relatos, percebemos que os usuários resolveram aceitar o tratamento assim que conseguiram perceber que as drogas estavam prejudicando suas

vidas de diferentes modos ou, ainda, para atender aos pedidos da família. Sendo assim, **a maioria dos usuários está ciente da importância do tratamento.**

A necessidade de tratamento na maioria das vezes é determinada pelo envolvimento obsessivo com a droga, que passa a prejudicar vários aspectos da vida. O processo de recuperação começa com medidas que vão trazendo o usuário aos serviços de assistência, sendo que o dependente, em geral, procura tratamento frente a situações de risco que envolvam familiares, trabalho, finanças, questões legais e rompimento de relacionamento afetivo (GABATZ; SCHMIDT; TERRA; PADOIN; SILVA; LACCHINI, 2013).

CONCLUSÕES

O desenvolvimento desta pesquisa, que teve por objetivo conhecer quais as maiores dificuldades enfrentadas na reabilitação, entender as experiências pelas quais os jovens usuários passam durante o tratamento, analisar como eles se comportam e compreender o que eles pensam sobre o tratamento, permitiu compreender a partir da análise das informações coletadas, como os indivíduos submetidos ao tratamento contra as drogas se desenvolvem nos serviços alternativos constituídos em pequenos municípios.

Podemos perceber que os usuários entendem o tratamento como importante para a qualidade de vida, a reintegração na sociedade e o convívio familiar.

Essa experiência nos possibilitou conhecer a visão dos indivíduos em relação à reabilitação, mostrando que estes estão susceptíveis a mudanças, o que nos fornece subsídios para trabalhar junto a eles, de forma a compreendê-los melhor e, assim, possibilitar uma boa interação entre a equipe e o cliente.

O estudo poderá trazer como benefícios uma melhor compreensão das reais necessidades dos usuários de comunidades terapêuticas e, conseqüentemente, contribuirá para a melhora da assistência de

enfermagem a essa clientela, assim como aos seus familiares.

Além disso, este estudo não esgota as possibilidades de investigação sobre o tema e se coloca como uma introdução a novas perspectivas de análise que visem a desvelar as necessidades e a compreensão que os usuários de comunidades terapêuticas apresentam.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Jéssica Thuane Zanatta de la Torre e Raquel Trevisol realizaram a pesquisa, a análise das informações e a redação do artigo.

Gicelle Galvan Machineski e Tarcísio Vitor Augusto Lordani realizaram orientações quanto à pesquisa e a revisão do artigo.

REFERÊNCIAS

ABDALA, G. A. et al. A religiosidade/ espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. **REVER.**, v. 1, 2010, p. 77-98.

ALMEIDA FILHO, A. **Droga se fosse bom não seria droga.** Cascavel: Gráfica e Editora Panorama de Cascavel, 1995.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS /96/ 96 e outras).** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005.

ANDREASEN, N. C.; BLACK, D. W. **Introdução à psiquiatria.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- CARLINI, E.A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Rev. IMESC.**, n. 3, 2008, p. 9-35.
- FERREIRA FILHO, O. F. et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev. Saúde Públ.**, v. 37, n.6, 2003, p. 751-759.
- FERREIRA, S. C.; MACHADO, R. M. Equipe de saúde da família e o uso de drogas entre adolescentes. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 3, 2013, p. 482-9.
- FRACASSO, L. Comunidades terapêuticas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.
- GABATZ, R. I. B. et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, 2013, p. 140-146.
- GOMES, R. M. Comunidade terapêutica e (re)educação. **Rev. Seg. Urb.**, v. 3, n.2, 2010, p. 1- -18.
- MAÇANEIRO, A. Percepção do dependente químico quanto ao processo de recuperação [Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí, 2008.
- MILLER, N.S.; FLAHERTY, J. A. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): a review of the clinical research. **JSAT**.v. 18, 2000, p. 9-16.
- MYERS, D.G. **Introdução à psicologia geral.** 5.ed. Rio de Janeiro: JC, 1999.
- OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental.** São Paulo: Universitária, 2002.
- OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- SCHENKER, M.; Minayo, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública.** V. 20, n.3, 2004, p. 649-659.
- SILVA, G.G.; PINTO, M. R.; MACHINESKI, G. G. Percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento em comunidade terapêutica. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n.3, 2013, p. 475-81.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. ed. Volume 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ZANATTA, A. B.; GARGHETTI, F. C.; LUCCA, S. R. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sob a percepção do usuário. **Rev. Baiana Saúde Pública.**, v. 36, n.1,2012, p. 225-237.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Maria Amaral Alves¹, Giovana Fernandes Araújo²

RESUMO: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, tendo como objetivo conhecer atuação da equipe de enfermagem na prevenção e tratamento de úlcera por pressão (UP). A pesquisa foi realizada em um hospital público no interior da Bahia, na unidade de clínica médica. Participaram da pesquisa 03 enfermeiros e 06 técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados na primeira quinzena de agosto de 2013, por meio de entrevista gravada utilizando-se um roteiro semiestruturado. Os resultados evidenciaram que os participantes realizam cuidados, na prevenção e tratamento de UP, como banho, medicações, curativos, massagem de conforto com hidratantes, uso de placas de hidrocolóides e diversas coberturas. A mudança de decúbito foi o cuidado unanimemente citado como principal ação na prevenção e tratamento das UP, mas admitiram que não a realizam com frequência, delegando este cuidado aos acompanhantes. Como dificuldades relataram recursos humanos insuficientes para suprir a demanda, falta de material e a condição clínica do paciente. Quanto à atualização citaram profissionais do chamado “grupo de feridas” como principal fonte de esclarecimentos, principalmente na escolha da cobertura da ferida. Percebe-se que a equipe possui algum conhecimento das medidas preventivas e tratamento das UP, mas possuem dificuldades em realizá-las. Ficou evidente que há mais preocupação em tratar as UP do que preveni-las. Portanto sugere-se adoção de protocolos e ações educativas como subsídios para o fortalecimento da prática da prevenção das UP.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera por Pressão; Enfermagem; Prevenção; Tratamento.

PRACTICE NURSING TEAM IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE ULCERS

ABSTRACT: This is an exploratory and descriptive qualitative study, aiming to meet performance of the nursing staff in the prevention and treatment of pressure ulcers (PU). The research was conducted in a public hospital in Bahia, in a medical unit. Participated in the survey 03 nurses and 06 nursing technicians. Data were collected in the first half of August 2013, engraved by using a semi-structured interview. The results showed that participants perform care, prevention and treatment of UP, such as bathing, medications, bandages, massage with moisturizing comfort, use of plates hydrocolloids and various toppings. The change in position was careful unanimously cited as the main action in the prevention and treatment of PU, but admitted that they often do not realize it, delegating care to this escorts. As reported difficulties insufficient human resources to meet demand, lack of materials and the clinical condition of the patient. How to update professionals cited the so-called “group of wounds” as the main source of information, especially in choosing the wound cover. It is noticed that the staff has some knowledge of preventive measures and treatment of PU, but have difficulties in realizing them. It was evident that there is more concern in treating the UP than prevent them. Therefore it is suggested adoption of protocols and educational activities as grants to strengthen the practice of prevention of UP.

KEYWORDS: Pressure Ulcer; Nursing; Prevention; Treatment.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste, Vitória da Conquista/BA. E-mail: maria.amaral1@hotmail.com.

² Enfermeira: Especialista em Saúde do Trabalhador pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG); Mestre em Meio Ambiente e Sustentabilidade pelo Centro Universitário de Caratinga – MG. Professora da Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista/BA. E-mail: giovanafaraujo@hotmail.com.

Recebido em: 07-02-2013 . Aceito em: 28-04-2013

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UP) são lesões localizadas de pele decorrentes da hipoxia celular, que podem atingir os tecidos cutâneo e subcutâneo, comprometendo por vezes tecido musculares e até mesmo ósseos e articulações. A destruição destas estruturas pode ser parcial ou total acometendo indivíduos idosos e acamados sem movimento ou com restrição de mobilidade por um longo período (SILVA, et al, 2011).

Vale resaltar que no atual contexto com o aumento dos acidentes por causas externas esse fenômeno tem sido observado entre os jovens e adultos em idade produtiva. O que configura um sério problema de saúde pública com elevada incidência e prevalência. As UP são consideradas iatrogenia multifatorial de difícil controle que acomete pacientes nos diversos cenários do cuidar, levando as instituições hospitalares, em especial, a refletirem quanto à importância da implantação de medidas preventivas (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009). O paciente hospitalizado apresenta um grande risco de desenvolver úlceras por pressão, algumas decorrentes de fatores inerentes à própria patologia ou em razão das condições clínicas associada à terapêutica complexa. Nas unidades clínicas os indivíduos estão mais susceptíveis, por apresentarem maior número de determinantes críticos, tais como fatores extrínsecos e intrínsecos que contribuem para o aparecimento de UP (PINI, 2012). Fatores externos estão relacionados com a pressão, cisalhamento, e fricção, a pressão é considerada de maior importância. A compressão dessas áreas reduz o fluxo sanguíneo local e conseqüentemente facilita o aparecimento de lesões por isquemia e necrose tecidual. Os internos estão relacionados às condições clínicas do paciente tais como, idade avançada, nível de consciência, restrição a mobilidade ou ausente (SILVA, et al, 2011).

Uma vez que o paciente hospitalizado

desenvolve essas lesões a sua reabilitação torna-se mais difícil, aumenta o tempo de permanência na instituição e os custos relativos ao tratamento com materiais além de exigir um tempo maior de trabalho da equipe de enfermagem nos cuidados. Enfim, a qualidade de vida e financeira do paciente e seus familiares ficam comprometidas (SILVA, et al, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a incidência e a prevalência das úlceras de pressão como um dos indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde, principalmente dos profissionais de enfermagem (SOARES, et al, 2011).

Segundo Hangel e Caliri (2009), os profissionais de enfermagem conhecem diretrizes na prevenção e tratamento de úlceras por pressão, só que normalmente apresentam condutas inconsistentes com as evidências científicas. Neste contexto percebe-se a importância do conhecimento do profissional de enfermagem não apenas da anatomia da pele e a fisiologia, mas também da avaliação sistemática dos fatores de risco, do processo de prevenção e tratamento das lesões, justificando a necessidade da busca por um melhor preparo técnico-científico condizente com as novas tendências e perspectivas (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008; CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010).

O profissional de enfermagem tem um papel fundamental no cuidar integral ao cliente, por estar mais tempo em contato, conhecendo melhor suas necessidades e respostas, possui maior habilidade na técnica do cuidar, estabelecendo assim um planejamento adequado, implementando um plano de cuidado na realização do curativo e avaliando o processo de cicatrização da ferida diariamente (PINI, 2012).

Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo de conhecer atuação da equipe de enfermagem na prevenção e tratamento de úlcera por pressão em um hospital público no interior da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa realizado em um hospital público de médio porte da região do interior da Bahia que atende a cidade sede, região sudoeste da Bahia e norte de Minas Gerais.

O universo foi representado por 04 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. A amostra foi composta por 09 participantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem enfermeiros e técnicos em enfermagem da clínica médica do referido hospital; atuarem de segunda a sexta-feira nos períodos matutino e vespertino; estar presente no local da coleta de dados; ter disponibilidade; aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE.

Para a realização do estudo, foram observadas todas as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, sob o parecer nº 330.385.

A pesquisa foi realizada na primeira quinzena de agosto de 2013 utilizando-se a técnica de entrevista por meio de roteiro semiestruturado, elaborado e aplicado pela pesquisadora, contendo questões norteadoras sobre a atuação da equipe na prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão. As entrevistas foram gravadas utilizando-se um gravador digital (Ipod4). Os dados foram coletados individualmente numa sala reservada no local de trabalho dos participantes em horário pré-determinado. Os mesmos foram orientados quanto o objetivo da pesquisa e o pesquisador se colocou à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Após as entrevistas as respostas foram transcritas na íntegra para o programa Word 2010. As mesmas foram analisadas visando à identificação das categorias e unidades temáticas a partir da utilização do referencial de Bardin.

As análises foram operacionalizadas da seguinte maneira: primeiramente foi realizada a leitura flutuante e aprofunda dos dados, grifando os relatos significativos, semelhantes e diferentes; recortes de fragmentos grifados; na busca de categorias a partir das temáticas mencionadas no objetivo; elaboração de uma lista de fala dos entrevistados por categorias; escolha das falas que possuem maior poder de síntese e abrangência, informações dentre os conteúdos das entrevistas exemplificando as categorias emergentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Participaram do estudo 09 profissionais, sendo 7 (77,7%) do sexo feminino. Quanto a categoria profissional 6 (66,6 %) são técnicos em enfermagem e 3 (33,3%) são enfermeiros, sendo que 1(11%) possui pós-graduação lato sensu em Saúde Coletiva. As idades variaram entre 25 a 43 anos. Quanto ao tempo de atuação dos profissionais na unidade clínica médica 8 (89,%) atuam no setor entre cinco meses a três anos e 1(11%) atua no setor apenas 20 dias, desses funcionários 5 (55,5%) trabalham no período vespertino e 4 (45,5%) no matutino.

Ações realizadas e dificuldades encontradas na prevenção de UPP

Nas falas dos participantes evidenciaram-se como medidas de prevenção da (UP) realizam cuidados gerais conforme observado nos seguintes recortes:

[...] quando dar a gente faz a mudança de decúbito que isso é muito bom e importante fazer por que vai evitar a úlcera e ajudar na cicatrização, e os demais procedimentos, medicação, curativos, banhos, trocas de fraldas, punção venosa e às vezes a correria também atrapalha um pouco fazer um bom trabalho por ter menos funcionário no setor [...]. (Téc VI)

[...] faz as medicações dos pacientes... Os cuidados, banho, curativo, troca de fraldas, às vezes mudanças de decúbito, aferição de pressão. Tudo relacionado ao paciente é o que a gente faz aqui na clínica todo cuidada é nosso do começo até a entrega no caso do plantão. (Téc I)

As falas demonstram consonância com autores que afirmam que a higienização do paciente é uma medida essencial tanto para evitar o aparecimento das lesões quanto para o bem-estar e evolução positiva de seu estado clínico. A troca de fraldas é uma ação muito importante na prevenção das úlceras por pressão, pois a umidade tanto pela a incontinência urinária como a fecal são fatores contribuintes para o desenvolvimento de lesões de pele. Quando não é controlada causa maceração, com essa agressão do tecido da epiderme há uma redução da sua função, tornando-se fácil a compressão, a fricção e o cisalhamento, posteriormente formam se erosões deixando um ambiente propício para desenvolvimento de infecção (POT, 2012). Os cuidados gerais com a pele, a higiene e limpeza nas trocas de fralda, devem ser feitos regulamente para evitar a irritação da pele pelo excesso de umidade. São consideradas medidas importantíssimas para o controle da agressão à pele ocasionada pela umidade, (VIVACQUA, 2011).

Durante a entrevista pôde-se perceber que os profissionais técnicos possuem conhecimento sobre a importância da mudança de decúbito na prevenção e tratamento de UPP, mas fica evidente que não a realizam adequadamente ou não a realizam de forma alguma delegando esta ação ao acompanhante do paciente, conforme a narrativa a seguir:

[...] na prevenção da úlcera, o certo seria a mudar de posição de duas em duas horas, só que aqui a gente não tem funcionário o suficiente para isso, ai é onde a gente explica para a família a importância de fazer e a família às vezes chama a gente, às vezes eles mesmos fazem sozinhos essa mudança de

decúbito [...].(Téc V)

[...] A dificuldade é quando o paciente não tem acompanhante para poder tá fazendo as mudanças de decúbito nos horários certos só o funcionário não dar conta devido o número de pacientes. (Téc III)

Segundo Silva, et al (2011), a mudança de decúbito deve ser realizada de duas em duas horas, pois serve para alívio das áreas de pressão nos tecidos e melhora da circulação local, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão. Martins e Soares (2008), também recomendam a mudança de decúbito pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicação relacionada às condições gerais do paciente. Evitando a compressão por longo período e conseqüentemente a redução da irrigação sanguínea local.

Em consonância com a literatura, utilização do ácidos graxos essenciais e placa de hidrocolóides como medida de prevenção foi citada por dois entrevistados conforme as falas a baixo.

[...] a gente sabe que são pacientes acamados, então logo de imediato a gente faz e orienta uso dos ácidos graxos essenciais, alguns curativos de hidrocolóides já colocam no paciente. (Enfª III)

[...] a gente usa dentre as possibilidades a placa de hidrocolóide quando... a região sacra está hiperemiada antes de abrir para prevenir mesmo...é basicamente isso mesmo. [...](Enfª II)

Segundo Pot (2012) o uso de hidrocolóides é recomendado tanto para prevenção como para tratamento de feridas não infectadas. Os ácidos graxos essenciais, aplicado em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local. São medidas importantíssimas para o controle da agressão à pele, pois forma uma barreira física na interface entre pele e superfícies (FRANCO e CONÇALVES, 2008).

Apenas um participante relatou a importância da alimentação tanto na prevenção como no tratamento conforme o trecho abaixo:

[...] A questão é de orientar quanto à alimentação, por que a gente sabe que a questão da nutrição também está envolvida. [...] (Enfª II)

A má nutrição pode contribuir para o desenvolvimento da UP. As deficiências de proteínas e vitaminas A, C e E diminui o transporte de oxigênio para os fibroblastos e, com isso, reduz a formação de colágeno aumenta o risco de desenvolver estas e outros tipos de lesões (MARTINS e SOARES, 2008). De acordo com Pini (2012) o paciente com distúrbios nutricionais está mais propenso o aparecimento de UP, as vitaminas e proteínas, além de contribuir para a formação da síntese de colágeno, são elementos essenciais no processo de cicatrização e na defesa do organismo.

Observou-se que todos os profissionais entrevistados relataram dificuldades na realização de ações de enfermagem que visam prevenir as (UP), relacionando como principal questão o número insuficiente de profissionais conforme o trecho a seguir:

[...] dificuldade... é pelo o fato da correria a demanda muito grande para um técnico só e as vezes impossibilita a gente está fazendo esse cuidado maior...a gente sempre cobra mais funcionários para melhorar o trabalho, mais nem sempre é possível [...].(Téc VI)

[...] a sobrecarga por falta de funcionários, acaba a gente não tendo tempo melhor para cuidar dos pacientes, para mudar de decúbito, às vezes a gente pede até os acompanhantes para fazer essa mudança [...].(Téc II)

As principais medidas para reduzir ou até mesmo evitar o surgimento de úlceras por pressão, demandam um tempo maior da assistência direta ao paciente. As dificuldades encontradas retratam uma

realidade encontrada em muitas instituições públicas, segundo alguns autores, o que torna um empecilho na realização de uma boa assistência de enfermagem (COSTA, et al, 2012 e PINI, 2012) apontam que esse fato é um grande obstáculo para que os profissionais possam cumprir com suas atribuições, porém creditam não ser motivo suficiente para que os profissionais atuem tão pouco nessa área do cuidar.

Ações realizadas e dificuldades encontradas no tratamento de UPP.

“O tratamento de feridas vem sendo inovado com o desenvolvimento de novos produtos no mercado, exigindo dos enfermeiros atualização técnico-científica para avaliar as feridas e indicar o produto adequado às características de cada ferida” (MOREIRA, et al, 2009).

Nessa categoria, os entrevistados informaram que utilizam diversas abordagens para o tratamento de feridas. A depender do tipo de cada lesão, realizam os curativos com coberturas especiais como hidrogel, colagenase, hidrodrolóide gel; hidrofibras com e sem prata e carvão ativado. Os mesmos procuram utilizar essas coberturas de acordo a indicação das feridas, conforme pode-se observar nos seguintes depoimentos:

[...] Dependendo do estado da ferida, nós temos diversos tipos de abordagem para o tratamento, quando alguma fibrina, quanto algum sinal de cicatrização andamento a gente procede com o uso de pomadas específicas, se não há necrose, ou nem um tecido necrosando na úlcera a gente usa uma pomada saf-gel, inclusive de um custo bem caro fornecida pelo hospital, temos alguns materiais importantes, carvão ativado, aquacel prata, comum, hidrocolóides [...].(Enfª I)

[...] A gente tá fazendo esse tratamento assim, com as pomadas, hidrogel, saf-gel, colagenase, também tem outros materiais que o grupo de feridas fornece para gente [...]. (Téc V)

O “grupo de feridas”, referido pelos participantes do estudo, é formado por uma

equipe composta por duas enfermeiras, três técnicas em enfermagem e uma médica infectologista que assumem e realizam curativos de pacientes com feridas mais complexas e extensas, além de orientarem os enfermeiros das unidades de internação sobre os curativos daqueles que não são acompanhados pelo grupo. O referido grupo utiliza curativos especiais no tratamento de feridas.

Segundo Rangel e Caliri (2009), os hidrocolóides são coberturas eficientes por manter o meio úmido e facilitar o processo de cicatrização, em feridas altamente exsudativas essa barreira pode ser rompida. O curativo úmido protege as terminações nervosas superficiais, reduzindo a dor, acelera o processo cicatricial, previne a desidratação tecidual e a morte celular. A colagenase atua na degradação do colágeno nativo, facilitando a lise dos tecidos necróticos e induzindo a granulação e cicatrização das lesões, o hidrogel é indicado para remover crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necróticos (FRANCO e CONÇALVES, 2008). O carvão ativado é recomendado como primeiro passo terapêutico no tratamento de feridas crônicas, reduz o número de trocas de curativos, o odor a infecção e permite a formação de tecido de granulação (VIVACQUA, 2011).

Os entrevistados também mencionaram a mudança de decúbito como outra ação para o tratamento das UP evidenciando que os mesmos entendem que esta ação é tão importante na prevenção como no tratamento das (UP). Em contrapartida reafirmam dificuldade em realizá-la. A literatura refere que a imobilidade reduz o processo de cicatrização da ferida, por diminuir o aporte sanguíneo e consequentemente aumenta o risco de isquemia tecidual. A realização da mudança de decúbito a cada 2 horas em qualquer fase do tratamento da UP deve ser rigorosamente mantida para redução da pressão, fricção e cisalhamento (RANGEL e CALIRI, 2009).

Ainda foram apontadas pelos participantes, como dificuldades em realizar o tratamento das (UP), as condições clínicas

do paciente, a falta recursos humanos e recursos materiais, justificando que muitas vezes precisam aguardar por licitação como pode observar-se nas falas abaixo:

[...] A gente recebe o paciente já com a ferida necrosada, por que o paciente da clínica médica geralmente vem da UTI, às vezes não tem como fazer essa mudança na UTI, é um trauma, ai esse paciente chega aqui para gente geralmente com uma úlcera na sacra, já vem com uma úlcera grande [...].(Téc. V)

Algumas dificuldades encontramos, quando falta esses materiais que vai ter que entrar em licitação, ai os pacientes sofrem com a falta desses materiais [...]. (Enfº I)

Segundo Moreira, et al.(2009), os pacientes de UTI apresentam instabilidade hemodinâmica, ou seja, condições clínicas desfavoráveis com mudanças bruscas do nível de consciência, deficiências imunológicas, restrição à mobilidade, uso de drogas vasoativas e serem portadores de condições mórbidas crônicas, tornando-se esses fatores favoráveis ao desenvolvimento de (UP). O cliente portador de UP aumenta o período de internação dificultando a sua reabilitação, o retorno ao convívio familiar, e a maior probabilidade de infecção, elevando o risco de morte (SILVA, et al, 2011).

Atualização na prevenção e tratamento das UPP

Quanto à atualização do conhecimento, todos os participantes referiram como principal meio de informação os profissionais que fazem parte do “grupo feridas” que atuam na instituição por serem profissionais de referência no tratamento de feridas. Também foram mencionados a internet e os colegas de profissão quando surgem dúvidas conforme evidenciado nos relatos a seguir:

[...] quando tem atualização, eu já participei esse ano mesmo já teve uma,

foi uma manhã, não foi nenhum curso, uma palestra não, como se fosse um treinamento... sobre os principais curativos. E assim procuro também me orientar com o grupo de feridas, mais infelizmente não tenho parado para ler, estudar mais detalhadamente [...]. (Enfª II)

Eu procuro me informar mesmo só dentro do hospital com os enfermeiros e só, quando eu tenho alguma curiosidade eu vou à internet vejo alguma coisa, mais sempre mesmo é na hora do curativo com os enfermeiros [...]. (Téc I)

O conhecimento do profissional de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões é de grande relevância. Atualmente é uma especialidade que exige a cada dia mais atualização e estudo por parte dos profissionais da equipe multiprofissional, pois o aperfeiçoamento melhora a qualidade da assistência ao cliente já que proporciona melhor compreensão das necessidades do mesmo. Dessa forma o pensamento crítico fornece subsídio para melhor estabelecimento da terapêutica, com avaliação diária da pele e acompanhamento da evolução do processo de cicatrização da ferida (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010; SILVA, et al, 20011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados desse estudo, todos os entrevistados mostraram algum conhecimento sobre as medidas de prevenção e tratamento das úlceras por pressão. Relataram que realizam alguns cuidados sendo que o citado, unanimemente, como principal ação foi a mudança de decúbito, mas admitiram que não a realizam com frequência, delegando este cuidado aos acompanhantes. Os mesmos deixaram de citar algumas medidas preventivas simples como: inspeção diária da pele, limpeza do leito, manter os lençóis esticados, uso de colchão caixa de ovos, proteção de saliências ósseas. Ficando evidente que há mais preocupação em tratar as UP do que em preveni-las.

Ao final da pesquisa verificou-se a necessidade de maior socialização do conhecimento na prevenção e tratamento de UP, através de políticas institucionais que possibilitem a implantação de protocolos e realização de educação permanente da equipe de enfermagem. Portanto, para que estas ações sejam possíveis, seria necessário avaliar se há a necessidade de mudanças nas condições de trabalho e na organização do serviço, a fim de assegurar uma assistência de qualidade diminuindo o tempo de permanência do paciente na instituição e o risco de infecções.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Autora Maria Amaral Alves responsabilizou-se pela elaboração escrita, análise resultados, discussão dos dados do trabalho e considerações finais. Autora Giovana Fernandes Araújo responsabilizou-se por orientar a acadêmica na formulação do trabalho, elaboração, análise, discussão, considerações finais e correções necessárias.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.**

Tradução L. A. Reto e A. Pinheiro. São Paulo: MartinsFonte, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CARNEIRO, C. M.; SOUSA, F. B.; GAMA, F.N. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga:Unileste-MG-V.3-N.2-Nov./Dez.2010.** Disponível em: <<http://scolar.gle>. Com.br/scholar?q=revista+integrada+em+enfermagem+trata

ento+ de+ feridas & hl= PT BR &as
_sdt =0&a s_vis=1 &oi= scho lart &sa=
X& ei=YJ1fUbD KJ eu M0 QH Ivo Dw
Cg & sqi=2&ved=0CCkQgQMwAA >.
Acessado em: 05 de abril de 2013.

COSTA, et al. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de

feridas. Interdisciplinar UNINOVAFAPI, Teresina. v.5, n.3, Jul-Ago-Set. 2012 ISSN 1983-9 413. Disponível em :http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p1_v5n3.html Revista. Acessado em: 25 de agosto de 2013.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D.D.D.; TORMENA, P.C. **O enfermeiro e o tratamento de feridas:** em busca da autonomia do cuidado. Ciênc.Saúde 2008 jul-set;15(3):105-9Arq Disponível em:< <http://www.cieciasdasaude.famerp.br/racsol/vol-15-3/IDN269.pdf>>. Acessado em: 09 de março de 2013.

FRANCO, D. GONÇALVES, L. F. Feridas Cutâneas: A escolha do curativo adequado. **Rev.Col.Bras.CirVol.Nº3,Mai./Jun.2008.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n3/a13v35n3.pdf>> . Acessado em: 20 de agosto de 2013.

MEDEIROS, A. B. F; LOPES, C. H. A. F; JORGE, M. S. D. **Análise de prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros.** Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29.pdf>>.Rev Esc Enferm USP 2009. Acessado em:01 do maio de 2013.

MOREIRA, et al. **Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva.** **Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p.**

83-89, jul./set.2009.Disponível em:< <http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/9.htm>>. Acessado em: 10 de setembro de 2013.

PINI, L. R. Q. **Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração.** Junho de 2012. Disponível em:<<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DiessertaoLuna%20Pinipf>>. Acesado em :15 de abril 2013.

POT, F. S. **Universidade Federal do Paraná uso de hidrogel e hidrocolóide em úlcera por pressão: revisão sistemática e metanálise.** Curitiba, 2012. Disponível em:< <http://dspac.e.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/handle/1884/29717/R%20-%20D%20-%20FRANCIELE%20SOARES%20POTT.pdf?sequence=1>>. Acessado em 24 de agosto 2013.

RANGEL I, E. M. L.; CALIRI, M. H. L.; **Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral.** Disponível em:< http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a09.pdf>.Rev. Eletr. Enf.2009; 11 (1):70-77. Available from. Acessado em :12 de abril 2013.

SILVA, et al. **A enfermagem na prevenção de úlceras por pressão por fatores ex trínsecos em um Hospital público no município de Espigão do oeste-ro.** *Revista Eletrônica da Facimed, v.3,n.3, p.352-362, jan/jul.2011.* Disponível em:< <http://facimed.edu.br/site/revista/pdfs/bae9b49b6a0da459df71d856626d0a96.Pdf>>.Acessado em:10 de abril de 2013.

SILVA, et al. **Feridas:** fundamento e atualizações em enfermagem. 3ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora. 2011.

SOARES, F.R; MARTINS, D. A.

Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais.

Cogitare Enferm 2008 Jan/Mar; 13(1):83-7. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11956/8437>>. Acessado em: 20 de agosto de 2013.

SOARES, et al. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v26n4/a07.pdf>>. Acessado em: 15 de maio de 2013.

VIVACQUA, S. A. **Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: um estudo avaliativo do cuidado de enfermagem.** Rio de Janeiro 2011. Disponível em: < <http://mestrado.cesgranrio.org.br/pdf/dissertacoes2010/19%20Dezembro%202011%20Dissertação%20Silvana%20Vivacqua%20Tuma%202010.pdf>>. Acessado em: 27 de novembro de 2013.

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE IDOSOS SEGUNDO QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS GRUPAIS*

Darlene Mara dos Santos Tavares¹, Flavia Aparecida Dias²

RESUMO: Introdução: A literatura científica sobre o uso do geoprocessamento em estudos realizados com idosos que considerem sua qualidade de vida e participação em grupos é escassa. Objetivo: Identificar *clusters* de menores escores de qualidade de vida relacionados à participação ou não de idosos em atividades educativas grupais. Métodos: Trata-se de um estudo tipo inquérito domiciliar transversal realizado com 2.142 idosos. Utilizaram-se os instrumentos *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF) e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD). Os dados foram analisados por meio dos softwares “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 17.0, MapInfo Professional versão 9.5 e Terraview versão 3.3.1. Foi utilizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais e o Kernel estimation. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM sob parecer Nº 897. Resultados: A maioria dos idosos não participava de atividades educativas grupais. Observou-se que em ambos os grupos, participativos e não participativos, a maioria era do sexo feminino, 60%–70 anos, casados, residiam com filhos e tinham renda mensal de um salário mínimo. Os participativos apresentaram predominantemente 1%–4 anos de estudo e os não participativos, 4%–8. A qualidade de vida apresentou, para ambos os grupos, menores escores no domínio físico e faceta autonomia. A distribuição espacial evidenciou menores escores de qualidade de vida aglomerados nas regiões periféricas do município. Conclusão: A identificação destes *clusters* pode contribuir para a melhor racionalização das ações em saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Idoso, Qualidade de vida, Educação em saúde, Distribuição espacial da população.

SPATIAL DISTRIBUTION OF ELDERLY SECOND QUALITY OF LIFE AND PARTICIPATION IN ACTIVITIES EDUCATIONAL GROUP

ABSTRACT: Introduction: The scientific literature on the use of GIS in studies of elderly people who consider their quality of life and participation in groups is scarce. Objective: To identify clusters of lower scores of quality of life related to participation or non-elderly group educational activities. Methods: This was a cross-sectional household survey type study conducted with 2,142 older. Used the instruments World Health Organization Quality of Life - BREF (WHOQOL-BREF) and World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). Data were analyzed using the software “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) version 17.0, MapInfo Professional version 9.5 and version 3.3.1 Terraview. Descriptive analysis using absolute frequencies and percentages and Kernel estimation was used. The project was approved by the Ethics Committee on Human Research of UFTM under Opinion No. 897. Results: Most seniors did not participate in group educational activities. It was observed that in both groups, participatory and non-participatory, most were female, 60%–70, married, lived with children and had a monthly income of a minimum wage. Participatory showed predominantly 1%–4 years of study and not participatory, 4%–8. The quality of life showed, for both groups, lower scores in the physical domain and facet autonomy. The spatial distribution showed lower scores of quality of life settlements in peripheral areas of the city. Conclusion: The identification of these clusters may contribute to the better use of health actions.

KEYWORDS: Aged, Quality of life, Health education, Residence characteristics.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba-MG, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br.

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde/ UFTM. Uberaba-MG, Brasil. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br.

* Trabalho extraído da dissertação de mestrado intitulada “Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais” apresentada no Programa de Pós Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde/ UFTM.

Recebido em: 10-01-2013 . Aceito em: 05-03-2013

INTRODUÇÃO

O geoprocessamento apresenta um enorme potencial, permitindo a visualização espacial de idosos segundo suas características de saúde podendo contribuir para o planejamento em saúde. O reconhecimento de áreas que necessitam de maior atenção pode nortear a atenção direcionada ao idoso (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Deste modo, considerando o envelhecimento populacional o geoprocessamento pode ser utilizado como técnica para orientar o planejamento de administrações municipais priorizando as áreas que apresentem piores índices socioeconômicos (CAMPOS *et al.*, 2009) e de saúde.

Esta temática se faz importante diante das estimativas brasileiras evidenciando que o número de idosos no Brasil passou de três milhões em 1960 para 20 milhões em 2008, o que significa um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). Porém, a literatura científica acerca da análise espacial e envelhecimento populacional é escassa.

Inquérito evidenciou que os idosos com melhor nível socioeconômico residem nos setores censitários de estratos sociais mais altos, o que foi estatisticamente comprovado pela utilização de técnicas de análise espacial para renda e escolaridade (CAMPOS *et al.*, 2009).

Considerando que o envelhecimento deve estabelecer uma relação intrínseca com boas condições de saúde, com a manutenção da inserção social e com a qualidade de vida, o aumento da expectativa de vida deve estar acompanhado de qualidade nos anos vividos, através do incentivo para manutenção da autonomia e independência, junto à família e à comunidade.

Neste sentido, investigações direcionadas à ampliação do conhecimento acerca da qualidade de vida de idosos com o uso do sistema de informação geográfica (SIG) podem proporcionar subsídios para atenção direcionada de acordo com as

necessidades e especificidades da população. Porém, não foram encontrados na literatura estudos que utilizaram o SIG para verificar a distribuição de qualidade de vida de idosos, mensurada por meio de instrumento específico.

A qualidade de vida pode proporcionar ao idoso um envelhecer saudável, contribuir para a manutenção da autonomia e independência e fortalecer as redes sociais. Acredita-se que estes aspectos podem ser estimulados pelas atividades educativas grupais devendo-se incentivar os idosos à participação em atividades da comunidade de modo a promover melhoria da sua qualidade de vida.

O conceito adotado para o constructo qualidade de vida nesta pesquisa foi o elaborado pelo WHOQOL Group (1995, p.1405) que define: “a qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e preocupações”. Este conceito considera a multidimensionalidade, a subjetividade e as dimensões positivas e negativas, aspectos estes essenciais para a compreensão da qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1995).

Sendo assim surgem algumas questões: qual o padrão de distribuição espacial da qualidade de vida de idosos? As áreas de menores escores de qualidade de vida são coincidentes com regiões de participação ou não em atividades educativas?

No presente estudo utilizou-se o termo atividades educativas grupais dadas às características das ações em grupo realizadas nos serviços de saúde sendo este recurso utilizado para acompanhar os idosos, na maioria denominados de grupos de diabéticos, de hipertensos ou de idosos. Deste modo, o objetivo deste estudo foi identificar *clusters* de menores escores de qualidade de vida relacionados à participação ou não de idosos em atividades educativas grupais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo tipo inquérito domiciliar transversal, observacional e comparativo, desenvolvido na zona urbana do município de Uberaba-MG. O referido município está dividido em três Distritos Sanitários, dos quais se subdividem em 18 áreas de abrangências. A estimativa da população total de idosos residentes no município para o ano de 2009 era de 35.808 habitantes (BRASIL, 2009).

Esta pesquisa é parte integrante de um estudo de maior abrangência, que investigou a qualidade de vida de idosos residentes no município de Uberaba-MG. O cálculo da amostragem populacional foi realizado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em pesquisa anterior. Tal cálculo integra 3.034 idosos, considerado 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $p=0,5$ para as proporções de interesse. Para a seleção dos idosos utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional na qual os diversos bairros foram considerados como estratos.

A amostra foi constituída pelos idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva* realizada no estudo anterior; sexo masculino ou feminino, morar na zona urbana no município de Uberaba-MG e concordar em participar da pesquisa. A amostra populacional foi de 2.142 idosos.

Foi utilizado para a coleta de dados um instrumento estruturado construído pelos próprios pesquisadores, contendo os dados sociodemográficos e participação em atividades educativas grupais. Este foi previamente testado através de um estudo piloto para verificação da adequação aos objetivos deste estudo. Para a avaliação da

qualidade de vida utilizaram-se os instrumentos *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF) (FLECK *et al.*, 2000) e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

As variáveis desta pesquisa foram: sexo; faixa etária; estado conjugal; escolaridade; renda individual, em salários mínimos; qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF: domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e WHOQOL-OLD: facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade.

Realizou-se entrevista direta respectivas residências dos idosos em razão de uma possível dificuldade de leitura ou compreensão dos itens descritos no questionário e problemas visuais apresentados pelos idosos. As atividades de campo foram realizadas no período de agosto a dezembro de 2008.

Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel®. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistência e validação. Quando houve diferenças, buscou-se a entrevista original para as devidas correções.

Os dados armazenados na planilha do Excel® foram transportados para o programa estatístico “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 17.0. Para a análise dos dados de qualidade de vida foi utilizado o software SPSS e para o geoprocessamento os programas MapInfo Professional versão 9.5 e Terraview versão 3.3.1.

Os instrumentos WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD foram analisados de acordo com suas respectivas sintaxes. Os maiores escores corresponderam a maior

* A avaliação cognitiva, composta por seis questões, visa identificar a preservação da memória recente. O somatório das questões variam de zero a 19 pontos, tendo o número treze como ponto de corte. Desta forma, o idoso tem condições de responder as questões propostas pela WHOQOL-OLD.

qualidade de vida.

Foi utilizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais e para estimar a intensidade dos eventos (número de eventos por unidade de área) utilizou-se o Kernel estimation com raio adaptativo da função quártica. As áreas com taxas mais elevadas foram representadas por tons mais escuros. Cada célula equivale a 250 m.

Foi obtido um mapa com a divisão dos bairros junto à Prefeitura Municipal de Uberaba. Para o mapeamento da qualidade de vida foram utilizadas coordenadas Universal Transversa Mercator (UTM), modelo da Terra (SAD-69), coletadas pelo programa Google Earth. Os endereços que não foram encontrados neste programa foram coletados através de um equipamento apropriado do tipo Sistema de Posicionamento Global (GPS).

As coordenadas planas (Hemisfério Sul) foram: X1: 184.780,48 m, X2: 196.450,74 m, Y1: 7.808.333,18 m, Y2: 7.814.259,92 m.

Os menores escores de qualidade de vida em cada domínio e faceta foram identificados através do percentil 10 que forneceu os 10% menores valores.

O projeto maior, que decorre este estudo, referido anteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFTM e está aprovado, protocolo Nº 897.

Os idosos foram contatados em seus respectivos domicílios e informados sobre os objetivos desta pesquisa. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os idosos 11,7% participavam de atividades educativas grupais com predomínio de grupos relacionados a hipertensão arterial (44,5%), ao idoso (31,6%) e ao diabetes *mellitus* (18,4%). Este resultado converge com estudo realizado entre idosos participantes de um grupo no Rio Grande do Sul, no qual 45% referiram

hipertensão (BOTH *et al.*, 2011).

Concernente ao sexo a maioria eram mulheres, sendo o percentual maior entre os idosos que participavam de atividades educativas grupais (67,7%) do que para os não participativos (61,8%). Resultado divergente foi obtido entre idosos em Florianópolis-SC no qual dentre os participantes prevaleceram as mulheres (90,8%) e não participantes, os homens, 53,3% (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012).

O percentual de idosos com 60-70 anos entre os participativos (51,4%) foi superior aos não participativos (45,7%). Dentre os idosos frequentadores de grupos de convivência em Florianópolis-SC prevaleceu a faixa etária de 70-79 anos (47,1%) (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012), divergente deste estudo. Este fato pode estar relacionado à proporção superior de mulheres dentre os participantes, considerando a maior longevidade feminina.

Quanto ao estado conjugal, prevaleceram os idosos casados ou que moravam com companheiro sendo 53,4% para os que participavam de atividades e 48,2% para os não participantes. Resultado diferente desta pesquisa foi obtido entre os idosos em Santa Catarina no qual 64,8% dos participantes não tinham companheiro enquanto a maioria dos não participantes tinha (63,2%) (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012).

Referente à escolaridade, os participativos de atividades educativas grupais apresentaram maiores percentuais para 1-4 anos de estudo (40,6%) e para os não participativos, 4-8 anos (33,5%). Resultado semelhante ao obtido em investigação na em Florianópolis-SC na qual os idosos que não participavam de grupos apresentavam maior escolaridade (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012).

A renda individual mensal foi de um salário mínimo, sendo 55% entre os idosos participativos e 55,1%, não participativos. Estes dados corroboram com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), no qual 38,6% referiram renda

entre meio e um salário mínimo (IBGE, 2012).

Concernente à qualidade de vida, no WHOQOL-BREF, evidenciou-se que ambos os grupos obtiveram maior escore no domínio relações sociais sendo a média 67,4 para os idosos participativos e 69,2 para aqueles não participativos. Resultado divergente de outro estudo com idosos que encontrou maior escore no domínio físico (70,2) (TOKUDA *et al.*, 2008). Este fato pode estar relacionado à diversidade cultural, social, econômica e de saúde entre os diferentes países do estudo.

O menor escore para ambos os grupos foi no domínio físico sendo 58,8 e 60,2 para participativos e não participativos, respectivamente. Resultado divergente de inquérito realizado com idosos na comunidade que apresentaram menor escore no domínio psicológico (55,9) (TOKUDA *et al.*, 2008).

A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-OLD evidenciou maior escore

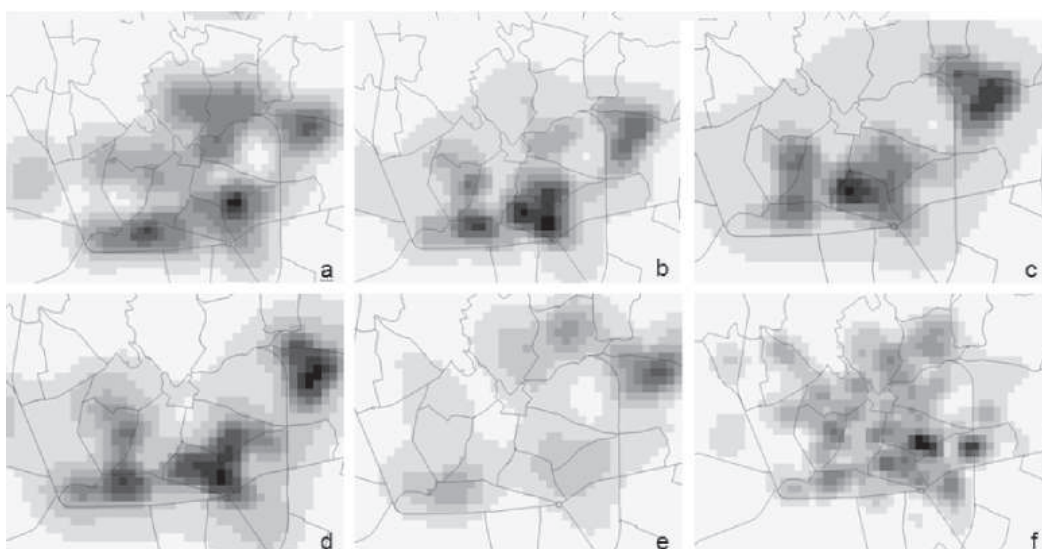
de qualidade de vida na faceta funcionamento dos sentidos sendo 77,3 para os participativos e 81,0, não participativos. Resultado diferente do obtido em pesquisa que evidenciou maior escore na faceta intimidade (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

O menor escore de qualidade de vida foi encontrado na faceta autonomia em ambos os grupos; 56,9 para aqueles participativos e 61,3, não participativos. Porém, resultado divergente foi encontrado entre idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) que obtiveram menor escore para morte e morrer (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

Estes dados evidenciam que no presente inquérito os idosos de ambos os grupos encontram-se cerceados quanto a tomar suas próprias decisões podendo ainda encontrar dificuldades para obter espaços adequados às suas necessidades.

Referente à análise espacial, a Figura 1, a seguir demonstra os aglomerados segundo menores escores de qualidade de vida WHOQOL-BREF.

Figura 1 – Mapas da distribuição da densidade de idosos segundo menores escores nos domínios do WHOQOL-BREF sobrepostos pelos bairros: (a) físico, (b) psicológico, (c) relações sociais, (d) meio ambiente, e; (e) idosos participativos e (f) não participativos. Uberaba, 2010.



A Figura 1a evidencia que os menores escores de qualidade de vida no domínio físico encontraram-se nas regiões da Vila São Vicente, Vila Santo Antônio e Vila Industrial, coincidindo com regiões de aglomerados de idosos não participativos, Figura 1f.

Em menor densidade observou-se aglomerados de menores escores no domínio físico no Parque das Américas, Figura 1a, coincidindo com áreas de idosos não participativos de atividades educativas grupais, Figura 1f; e no Jardim Elza Amuí (I e III), Figura 1a, coincidente com aglomerados de participativos, Figuras 1e.

Este domínio, dentre outros fatores, apresenta relação com a dependência para tratamentos de saúde (FLECK *et al.*, 2000). Alguns fatores podem estar gerando o menor escore de qualidade de vida entre os idosos que não participam das atividades educativas grupais. Dentre elas, destaca-se a não oferta da atividade educativa grupal pela Unidade de Saúde na Atenção Primária ou a oferta em horário que dificulta a participação entre os idosos que trabalham. Este aspecto dificulta o conhecimento, a compreensão e a sensibilização sobre o cuidado e autocuidado em saúde. Ademais, a baixa renda pode dificultar a aquisição de outros medicamentos que não aqueles oferecidos pelos serviços de saúde.

Ressalta-se ainda que as Vilas Santo Antônio, São Vicente e Industrial correspondem às regiões nas quais 31,1% das famílias apresentam médio risco e nas localidades do Elza Amuí aproximadamente 8%. Esta classificação de risco familiar considera a ausência de escolaridade do chefe de família, a baixa renda, o abastecimento de água inadequado além de condições ou doenças específicas consideradas prioritárias como: idosos dependentes para a realização das atividades de vida diária, com incapacidade cognitiva, dentre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010). Estes fatores podem estar impactando negativamente na qualidade de vida relacionada ao aspecto físico.

Por outro lado, deve-se considerar a dificuldade de acesso ao serviço de saúde que pode estar relacionada a longa distância da moradia do idoso ou a dificuldade de ser atendido. Desta forma, alguns idosos fazem convênio com a medicina de grupo. Verificou um baixo percentual de sujeitos com planos de saúde nestas localidades, que pode estar contribuindo para a ocorrência de aglomeração de menores escores de qualidade de vida. Na região da Vila São Vicente 8,7% dos sujeitos encontram-se cobertos pelos planos de saúde, no Jardim Elza Amuí 18,2%, nas Vila Santo Antônio e Industrial 26,1% e, no Parque das Américas 27,7% (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2008).

Evidencia-se aglomerado com menor escore de qualidade de vida no domínio psicológico nas regiões dos bairros periféricos Cidade Jardim e Jardim Pinheiros e sudeste do Leblon, Figura 1b, aglomerados de idosos não participativos, Figura 1f.

Em menor densidade encontram-se aglomerados no Parque São Geraldo, Parque das Américas e Vila São Marcos, Figura 1b, coincidente com aglomerados de menor densidade de idosos não participativos, Figura 1f.

O domínio psicológico refere-se à aprendizagem, concentração, autoestima e espiritualidade (FLECK *et al.*, 2000), evidenciando que estes aspectos encontram-se dificultados nas referidas regiões.

Nos bairros Cidade Jardim, Jardim Pinheiros e Vila São Marcos este fato pode estar relacionado à não cobertura pela ESF do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010), podendo justificar a não participação em atividades educativas grupais.

Nas localidades do Parque São Geraldo (23,9%) e Leblon (25,8%) um dos fatores que podem estar impactando no domínio psicológico é o predomínio de famílias com classificação de risco alta e média, respectivamente (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010) contribuindo para o advento de sentimentos

negativos diante das possíveis dificuldades enfrentadas no cotidiano relacionadas aos fatores socioeconômicos e morbidades.

As regiões do Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV), Residencial Mangueiras e Cidade Nova, Figura 1c, apresentaram aglomerados de menores escores de qualidade de vida no domínio relações sociais coincidentes com áreas de idosos participativos de atividades educativas grupais, Figura 1e.

Este domínio avalia as relações pessoais e suporte social (FLECK *et al.*, 2000). Embora estes aspectos possam estar relacionados à família e comunidade há de se considerar que, nestas regiões, a ESF acompanha, aproximadamente, 40,4% das famílias devido número reduzido de agentes comunitários de saúde, podendo associar-se à menor percepção de apoio ao idoso (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

Os bairros Cidade Jardim, Vila São Marcos e oeste do Jardim Pinheiros apresentam aglomerados de menores escores no domínio relações sociais, com menor densidade, sendo áreas de idosos não participativos, Figura 1f. Estas regiões não possuem cobertura da ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

Na Figura 1d, observa-se que as regiões dos bairros Leblon, Parque São Geraldo, Jardim América, Vila São Francisco e oeste do Parque das Gameleiras e sudeste do Abadia, áreas de idosos não participativos, Figura 1f, apresentam aglomerados de menores escores de qualidade de vida no domínio meio ambiente.

Em levantamento realizado pela ESF foram identificados problemas relacionados aos aspectos mensurados neste domínio como a segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidade de lazer e ambiente físico (FLECK *et al.*, 2000); fatores que podem estar contribuindo para aglomerados de menores escores nestas regiões (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

Os bairros Leblon e Parque São

Geraldo possuem praças públicas, porém estas se encontram em mal estado de conservação. Os moradores também referem problemas relacionados ao transporte público, como a falta de abrigos nos pontos e áreas sem itinerário (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

No bairro Abadia foram referidos: ausência de posto policial; falta de segurança pública, principalmente próximo às escolas; uso de drogas ilícitas em vias públicas; desarborização da praça pública. Além disso, a região possui problemas de drenagem pluvial na estação chuvosa (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010). Estes fatores podem ter impacto sobre a segurança física e proteção dos sujeitos, avaliados neste domínio (FLECK *et al.*, 2000).

Nas localidades da Vila São Francisco e Parque das Gameleiras foram referidas áreas de risco ambiental (frigorífico), bem como no Jardim América (ferro velho e frigorífico) (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010). Além dos fatores relacionados ao ambiente físico, este domínio avalia os recursos financeiros (FLECK *et al.*, 2000) que podem estar contribuindo para aglomerados de menores escores, considerando que nas localidades do Jardim América aproximadamente 8,9% dos chefes de família não possuem escolaridade e a renda mensal familiar de 3,9% era menor do que R\$60,00 (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

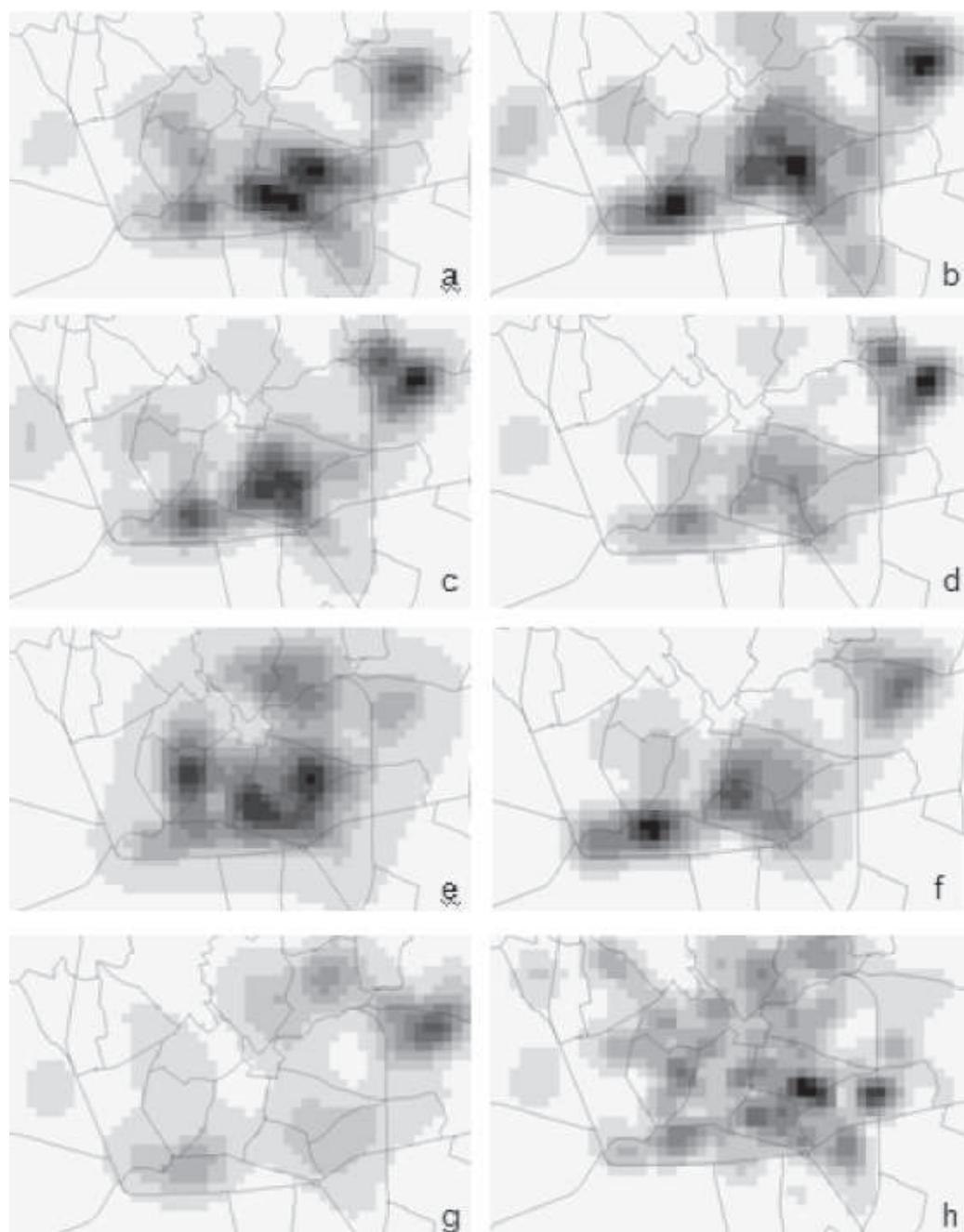
As regiões de idosos participativos, Figura 1e, o Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Cidade Nova apresentaram aglomerados de menores escores, Figura 1d. Estas regiões são áreas em desenvolvimento, constando com construções inacabadas, gerando acúmulo de poeira nas residências. Aproximadamente 20% dos terrenos são lotes vagos utilizados como depósito de entulhos, colaborando para a presença de animais peçonhentos e roedores. Além disso, considerando que a maioria da população é

usuária de transporte público (51,9%), o advento de áreas sem itinerário exige que o indivíduo percorra grandes distâncias. Todos estes fatores podem impactar negativamente na qualidade de vida relacionada ao meio

ambiente desta população (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

A Figura 2, a seguir evidencia os aglomerados dos menores escores de qualidade de vida WHOQOL-OLD.

Figura 2 – Mapas da distribuição da densidade de idosos segundo menores escores nas facetas do WHOQOL-OLD sobrepostos pelos bairros: (a) funcionamento dos sentidos, (b) autonomia, (c) atividades passadas, presentes e futuras, (d) participação social, (e) morte e morrer, (f) intimidade, e; (g) idosos participativos e (h) não participativos. Uberaba, 2010.



Na faceta funcionamento dos sentidos, os maiores aglomerados de menores escores foram encontrados nos bairros periféricos Cidade Jardim, Jardim Pinheiros, sul do Leblon e no Parque São Geraldo e, sul da Abadia e Vila São Vicente, Figura 2a, que coincidem com regiões de idosos não participativos, Figura 2h.

Nas localidades do Jardim Elza Amuí (I, II, III), correspondente a aglomerado de idosos participativos de atividades educativas grupais, Figura 2g, Vila Inês Helena e Parque das Américas, áreas de não participativos, Figura 2h, observaram-se aglomerados menos intensos de menores escores nessa faceta, Figura 2a.

Os menores escores nestas localidades remete à necessidade de atenção à saúde desta população, uma vez que os grupos podem se constituir em espaços para identificação dos problemas relacionados ao funcionamento sensorial. Soma-se ainda a possibilidade de troca de informações acerca desta temática. Considerando que as unidades ou centros de saúde são os locais mais procurados pela população de uma maneira geral (56,8%) (BRASIL, 2010), faz-se necessário realizar ações em saúde destinadas ao rastreamento destas situações.

Os menores escores de qualidade de vida na faceta autonomia apresentaram fortes aglomerados nos bairros periféricos Vila Raquel, Vila Inês Helena e norte do Parque das Américas e sul do Abadia, Figura 2b; aglomerados de menor densidade de não participativos, Figura 2h.

O Jardim Elza Amuí (I, II, III), região de idosos participativos, Figura 2g, também apresentou aglomerados de menores escores de qualidade de vida nesta faceta, Figura 2b.

Estes dados remetem a necessidade de atenção, considerando que independente da participação ou não em grupos, houve *clusters* em diversas regiões. A literatura científica em evidenciado que a autonomia e a liberdade do idoso dentro da família é impactada pela idade. Este dado pode estar relacionado aos cuidados desnecessários ou

inadequados dos familiares (INOUE *et al.*, 2010) que cerceiam sua capacidade de decisão.

A Figura 2c evidencia que as regiões dos bairros Cidade Jardim, norte do Jardim Pinheiros e do Leblon e sul do Abadia apresentaram menores escores de qualidade de vida na faceta atividades passadas, presentes e futuras, coincidindo com aglomerados de idosos não participativos, Figura 2h.

O Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Residencial Mangueiras também apresentaram aglomerados de idosos com menores escores nesta faceta, Figura 2c, correspondendo à regiões de idosos participativos de atividades educativas grupais, Figura 2g.

Os bairros Vila Inês Helena, Vila Silva Campos e Parque das Américas, regiões de idosos não participativos, Figura 2h, apresentaram aglomerados de menores escores em menor intensidade, Figura 2c.

A satisfação sobre as conquistas e esperanças futuras, aspectos avaliados nesta faceta (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006) evidencia a possibilidade de que estes aspectos sejam discutidos nas atividades grupais, considerando aglomerados de menores escores nestas localidades. Concernente às regiões de idosos não participativos, estas não encontram-se cobertas pelas ESFs evidenciando a necessidade de serviços em saúde que possam oferecer suporte ao idoso.

A Figura 2d evidencia forte aglomerado na região do Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Residencial Mangueiras, referente aos menores escores de qualidade de vida na faceta participação social, que coincidem com regiões de idosos participativos, Figura 2g. Observou-se aglomerado de menor intensidade nos bairros Josa Bernardino I e II, Figura 2d, áreas de menor densidade de idosos participativos, Figura 2g.

Evidencia-se a necessidade de reflexão sobre a concentração de menores escores de qualidade de vida nesta faceta, nas áreas correspondentes à regiões de

idosos que participavam de atividades educativas grupais, visto que é avaliada a participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

Nas localidades do Jardim Elza Amuí (I, II, III, IV) e Residencial Mangueiras este fato pode estar relacionado às características ambientais, sendo a origem dos bairros relativamente recente, datando de 1994. A localidade não possui espaços de lazer e opções culturais, e aproximadamente 70% da comunidade não participa de nenhum tipo de atividade devido escassez de opções (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010).

A Figura 2e identifica os menores escores de qualidade de vida na faceta morte e morrer, em aglomerados nas regiões da Vila Santa Maria, leste do Abadia e Vila São Vicente, Cidade Jardim, Vila São Marcos e Jardim Pinheiros. Estas regiões correspondem a aglomerados de idosos não participativos, Figura 2h, sendo a Vila Santa Maria, Cidade Jardim, Vila São Marcos e Jardim Pinheiros em menor densidade, Figura 2e.

Esta faceta avalia as preocupações e temores relacionados à morte (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Destaca-se que estas regiões não estão cobertas pela ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2010), podendo este fato ser um dificultador para que o idoso tenha um local no qual possa discutir estas questões e vivenciar esta etapa da vida de modo mais tranquilo.

O aglomerado mais forte referente aos menores escores de qualidade de vida na faceta intimidade, Figura 2f, foi observado entre os idosos residentes nos bairros periféricos Parque das Américas e Vila Raquel. Nas regiões dos bairros Cidade Jardim e Jardim Tropical observaram-se aglomerados de menor escore nesta faceta, porém em menor intensidade, Figura 2f. Estas regiões coincidem com aglomerados de menor densidade de idosos não participativos, Figura 2h.

Deste modo, os dados obtidos nessa

pesquisa evidenciam que existem diferenças regionais neste município indicando que a qualidade de vida pode ser influenciada por aspectos territoriais, ambientais e sociais. Observou-se que cada região possui peculiaridades devendo receber atenção direcionada às suas necessidades. Portanto, devem ser implementadas ações que contribuam para a resolução dos problemas enfrentados pela comunidade e que afetam a qualidade de vida do idoso.

O método de Kernel permitiu detectar pontos de concentração de eventos evidenciando a presença de aglomeração espacial dos casos. A estratificação do município em áreas de risco, através do conhecimento da distribuição espacial dos escores de qualidade de vida, possibilita a definição de prioridades para o planejamento de ações mais adequadas voltadas para áreas de menores escores.

Nesse sentido, conhecer a distribuição da qualidade de vida entre idosos é relevante, pois se levanta a hipótese de que diferenças sociais, econômicas e culturais se associam às suas percepções apresentando um padrão de distribuição espacial. Assim, é possível contribuir para o planejamento de políticas públicas para os idosos, considerando a distribuição de menores escores de qualidade de vida em diversos aspectos, podendo contribuir para a sua melhoria.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos não participava de atividades educativas grupais. Os idosos participativos frequentavam predominantemente atividades direcionadas à hipertensão arterial.

Observou-se que em ambos os grupos a maioria era do sexo feminino, 60% 70 anos, casados ou que moravam com companheiro e tinham renda individual mensal de um salário mínimo. Referente à escolaridade, os participativos apresentaram predominantemente 14 anos de estudo e os não participativos, 48.

A qualidade de vida, WHOQOL-

BREF, apresentou para ambos os grupos maior escore no domínio das relações sociais e menor no físico. No WHOQOL-OLD ambos os grupos obtiveram maior escore na faceta funcionamento dos sentidos e menor na autonomia.

A distribuição espacial evidenciou menores escores de qualidade de vida aglomerados nas regiões periféricas do município.

Os idosos que participavam de atividades educativas grupais se concentraram nas localidades do Jardim Elza Amuí. A região sul da Abadia e junção Orlando Costa Teles com Bairro de Lourdes apresentaram concentração de idosos não participantes.

Referente à localização dos menores escores de qualidade de vida, nas regiões com aglomerado de idosos participativos obteve-se: nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social.

Nas localidades dos idosos não participativos obtiveram aglomerados de menores escores: nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer e intimidade.

Deste modo, é relevante que sejam identificados os fatores que podem estar contribuindo para os menores escores em determinadas regiões deste município. Acredita-se que os fatores ambientais, econômicos, sociais e culturais apresentam relação com a qualidade de vida. O espaço dos grupos envolve diversos condicionantes, e a evidência de desigualdades indica que devem ser definidas prioridades para o planejamento de ações mais adequadas a cada uma. A identificação destes subconjuntos e dos fatores que possivelmente determinam menor qualidade de vida ao idoso permitirá a melhor racionalização das ações que poderão contribuir para proporcionar a vivência desta

etapa da vida com mais qualidade.

As atividades educativas grupais também podem contribuir para a identificação dos fatores impactantes na qualidade de vida do idoso. Ela possibilitará extrair do próprio idoso o que tem proporcionado menor qualidade de vida, além de buscar junto ao grupo soluções conjuntas para minimização deste impacto.

Devem ser buscados o apoio e suporte junto aos diversos setores da comunidade e gestão municipal. As ações desenvolvidas devem estar pautadas no diagnóstico efetuado e nas reflexões realizadas junto às atividades educativas grupais. Deste modo, os serviços de saúde poderão contribuir para atenção direcionada às necessidades do idoso, proporcionando melhoria da sua qualidade de vida.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z.; BORGES, L.J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.8, p.2087-93, 2012.
- BOTH, J.E. *et al.* Grupos de convivência – uma estratégia de inserção do idoso na sociedade. *Revista Contexto & Saúde*, v.10, n.20, p.995-8, 2011.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco**

e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS, 2009**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2009.

CAMPOS, F.G. *et al.* Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 77-86, 2009.

FIGUEIRA, H.A. *et al.* Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 49, n. 3, p. 368-72, 2009.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2012/>>

default_tab_pdf.shtm>. Acesso em 10 ago. 2013.

INOUYE, K. *et al.* Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicologia – reflexão e crítica**, v.23, n.3, p.582-92, 2010.

NASCIMENTO, M.C. *et al.* Distribuição espacial dos idosos em situação de risco no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde-Hygeia**, v. 9, n.16, p.115-20, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Consolidado das famílias cadastradas**. Uberaba-MG. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diagnóstico local do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. 2010. Manuscrito.

TOKUDA, Y. *et al.* Interpersonal trust and quality-of-life: a cross-sectional study in Japan. **PLoS ONE (online)**, San Francisco, v. 3, n.12, p. e3985, 2008. Disponível em:<<http://www.plosone.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003985>>. Acesso em: 03 jul. 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desaíus e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

IMAGEM CORPORAL NA FIXAÇÃO EXTERNA POR FRATURA EXPOSTA

Catia Cristina Gomes Lopez¹ Maria Clara Cassuli Matheus²
Mônica Antar Gamba³ João Fernando Marcolan⁴

RESUMO: a fixação externa como recurso terapêutico, para a estabilização das fraturas expostas de tibia em adultos é capaz de promover mudança significativa na imagem corporal. O objetivo desta revisão integrativa foi identificar na literatura, as reações e sentimentos das pessoas com fraturas expostas que utilizam fixação externa. Foram consultadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as bases PUBMED e Science Direct. A busca envolveu publicações em português, espanhol e inglês, no período de 1975 a 2009. Os termos para busca foram: enfermagem, imagem corporal, fixação externa. Identificamos doze artigos e uma dissertação, nas quais os aspectos psicossociais relacionaram o medo da visão do dispositivo no membro, imagem corporal e autoimagem comprometidas. Motivar a compreensão da forma como se encontra o corpo implica em estima, solidariedade e disponibilidade para aceitar a diferença.

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem Ortopédica, Fraturas Expostas, Fixadores Externos, Imagem Corporal, Autoimagem.

BODY IMAGE CONCERNING OPEN FRACTURE EXTERNAL FIXATION

ABSTRACT: The external fixation as a therapeutic use, to treat tibia open fractures in adults, is able to change meaningfully the body image. The aim of this comprehensive review of the literature was to identify in literature reaction and feelings of people who have open fractures and use external fixation. Virtual Health Library (BVS), PUBMED databases and Science Direct were queried. The research was done with articles in Portuguese, Spanish and English, between 1975 and 2009. The keywords used were: nursing, body image and external fixation. We identified twelve articles and a dissertation, in which psychosocial aspects itemized fear to see the device in your limb, body image and self image endangered. To motivate the understanding of how is your body will bring on self esteem, solidarity and availability to accept the difference.

KEYWORDS: Orthopedic Nursing, Open Fractures, External Fixator, Body Image, Self-image.

¹ Especialista em Administração Hospitalar, Enfermagem em Dermatologia, Pós-graduada em Enfermagem em Estomatoterapia, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil, catia.lopez@ig.com.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo, Brasil

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Professor Adjunto II da Universidade Federal de São Paulo, Brasil

⁴ Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professor Adjunto III da Universidade Federal de São Paulo.

Recebido em: 03-02-2013 . Aceito em: 30-03-2013

INTRODUÇÃO

Entre os adultos, o segmento ósseo mais acometido nas fraturas expostas é a tíbia. Para o tratamento dos quadros mais complexos deste trauma, os ortopedistas brasileiros indicam como terapia, a fixação externa (BALBACHEVSKY *et al.*, 2005).

A fixação externa é um recurso terapêutico capaz de promover mudança significativa na imagem corporal. A associação desta modalidade de tratamento aos variados níveis de complexidade das lesões geradas por estas fraturas determinam modificações no contexto de vida das pessoas, na forma do seu corpo e podendo alterar a relação da pessoa com seu próprio corpo, inclusive a percepção de sua imagem corporal, influenciando a autoestima.

A busca da compreensão da vida humana se faz no entrelaçamento do corpo com o mundo. O corpo é o espaço expressivo, conjunto de significações vividas, ser de desejos, de necessidades e prazer, núcleo irradiante, principal e único (LABRONICI; POLAK, 2000).

A imagem é um fenômeno social, pois há uma interação contínua entre nossa própria imagem e a imagem corporal dos outros. O conceito de imagem corporal é subjetivo e refere-se às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências. As mudanças podem ocorrer em muitas dimensões, pois a construção de nossa percepção corporal não é somente cognitiva. As experiências que a envolvem dependem dos sentimentos que temos sobre nós mesmos, e de como percebemos e vivenciamos nossos corpos. Além disso, continuamente, a influência social interfere na construção de nossa percepção corporal, alterando o modo como percebemos o mundo, nosso comportamento e, particularmente, as relações interpessoais (BARROS, 2005).

A autoestima tem sido considerada como indicador de saúde mental; pode ser definida como confiança em nossa capacidade para pensar e enfrentar os

desafios da vida, em nosso direito de sermos felizes, à sensação de sermos merecedores, dignos, qualificados para expressar nossas necessidades e desejos, desfrutar os resultados dos nossos esforços (BRANDEN, 1995).

Neste conceito inclui-se a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma, como sendo positiva ou negativa em algum grau, entrelaçando-se crenças e emoções autossignificantes associadas cuja expressão ocorre no comportamento. Dependendo da situação pode ser construída como uma característica permanente de personalidade (traço) ou uma condição psicológica temporária (estado) (SEDIKIDES; GREGG, 2003).

Desta forma, com o objetivo de identificar as reações e sentimentos das pessoas com fraturas expostas que utilizam fixação externa buscou-se as indicações que a literatura científica da área da saúde apresenta sobre o assunto, com a intenção de obter subsídios que promovam uma abordagem diferenciada a pessoa que tem sua imagem corporal alterada.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A revisão integrativa tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema investigado. Sua utilização pode estar direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora foi: Quais os sentimentos apresentados por pessoas que tem sua imagem corporal afetada pela terapêutica da fixação externa?

Na seleção dos artigos foram utilizadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as bases de dados: PUBMED e Science Direct. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e abril de 2010. Os

critérios para inclusão dos artigos foram: publicações em português, espanhol e inglês, com resumos disponíveis, no período de 1975 a 2009 e seu título e conteúdo focassem as reações e sentimentos produzidos pela experiência na mudança da imagem corporal, o tratamento ortopédico ou acontecimentos marcantes, que explorassem o tema. Os critérios para exclusão dos artigos foram: publicações que não fossem em português, espanhol e inglês, a ausência de resumos disponíveis, publicados fora do período que incluiu 1975-2009 e que não abordassem a temática escolhida. Os descritores foram: enfermagem ortopédica, fraturas expostas, fixadores externos, imagem corporal, autoimagem.

Resultados

A amostra inicial foi constituída de 18 artigos, uma dissertação de mestrado e duas teses de doutorado. Dos 18 artigos, 15 foram escritos por enfermeiros, dois por médicos e um por educadora física; quatro artigos eram nacionais e 14 internacionais. Durante a coleta de dados foi promovida a leitura dos resumos. Após a seleção dos artigos, uma leitura criteriosa das investigações foi realizada, com a consecução de traduções necessárias. Houve a exclusão de oito trabalhos que não responderam à proposta investigativa, sendo analisados 12 artigos e uma dissertação de mestrado.

O resultado de uma pesquisa realizada com ortopedistas brasileiros no 36º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia demonstrou que a fixação externa é o método de estabilização mais indicado nas fraturas expostas da tíbia do tipo II, IIIA, IIIB e IIIC (BALBACHEVSKY *et al.*, 2005).

Nos estudos realizados sobre o uso da fixação externa, a descrição por parte das pessoas, envolveu percepções definidoras para mutilação e anormalidade, aparato de metal que pode parecer grotesco e doloroso, terrível e uma forma amigável de tortura. As principais problemáticas psicossociais

estavam relacionadas ao medo da visão do dispositivo no membro, imagem corporal e autoimagem comprometidas (LIMB, 2003). A fixação externa envolve considerável desfiguramento ao corpo humano e conduz a um grau de invalidez. Um inevitável insulto a imagem corporal acontece e causa interferência no relacionamento pessoal e social, podendo conduzir a retração na gregária e depressão (SANTY, 2000).

O corpo é o veículo do ser no mundo, no qual são armazenadas todas as significações vividas e por meio do qual vemos, interagimos, percebemos e somos percebidos (LABRONICI; POLAK, 2000).

A maneira como sentimos e pensamos nosso corpo influencia o modo como percebemos o mundo. A imagem corporal é a nossa totalidade como seres humanos. É a transcendência em olhar interna e externamente e perceber que somos fruto de nossas atitudes (físicas, mentais e emocionais), (BARROS, 2005).

Nas pessoas submetidas a procedimentos de reconstrução física, em uma variedade de lesões e condições ortopédicas, problemas envolvendo série de questões relacionadas ao autoconceito, em especial ao corpo e a percepção das mudanças, foram evidenciados. Estas mudanças podem influenciar alterações comportamentais, identificadas como a rejeição do quadro, tédio, frustração, isolamento social e abandono. Existem relações significativas entre a satisfação do indivíduo com o corpo, os seus níveis de autoestima e sua percepção de comportamento. Indivíduos com maior nível de satisfação com seu corpo tem uma tendência a níveis mais elevados de autoestima, com melhor percepção do seu comportamento (LIMB, 2004a).

A percepção dos enfermeiros quanto ao atendimento de pessoas com problemas físicos interferindo na autoimagem também foi abordada revelando que a equipe de enfermagem precisa estar bem preparada e orientada para esta assistência; os profissionais devem receber apoio e ajuda para que saibam como lidar com os

sentimentos que surgirão desta relação. Pessoas com problemas em sua autoimagem geram ansiedade nos profissionais e cuidadores, um ambiente de estresse e preocupação, pois a equipe compartilha o sofrimento da pessoa e da família, desenvolvendo a empatia. O trabalho é desgastante para a equipe de enfermagem pela maior complexidade assistencial havendo a necessidade de mais recursos humanos para a assistência humanizada e otimizada (PINTO; SPIRI, 2008).

A crise na autoimagem pode ser indicada pelos sintomas depressivos, com o aparecimento de quietude, queixas, hostilidade, temor, negativismo, ansiedade, dor, anorexia, insônia entre outros. Do contato entre as pessoas com alguma deficiência e as não portadoras (indivíduo, família, profissionais), poderá decorrer o “sofrimento psicológico”, que envolve emoções como o medo, a cólera, o desgosto, a atração e a repugnância, acompanhados do processo intrapsíquico de negação por meio de pensamentos, palavras e atos. O apoio da família, religião, profissionais especializados, e o tempo são fatores importantes na recuperação, superação, habilidade em lidar com os problemas por aliviar a dor e o sofrimento, diminuindo a ansiedade e a depressão, trazendo estabilidade emocional. Os mais jovens e do sexo feminino apresentam maior resistência a aceitar sua limitação (PINTO; SPIRI, 2008).

Na pesquisa que utilizou a escala de autoconceito Tennessee em um grupo de pessoas submetidas a procedimentos de reconstrução do membro, questões inerentes ao autoconceito mostraram-se como potencialmente problemáticas. Os indivíduos sentiam-se ansiosos, deprimidos e infelizes e exibiam pouca autoconfiança, eram muito reativos a estímulos externos sobre si mesmos e evitavam situações em que poderiam experimentar falha ou rejeição. Quando o domínio físico foi avaliado este se revelou com a menor pontuação média, indicando que a aparência do corpo representa um problema para este

grupo. O autoconceito relacionado ao aspecto comportamental ainda, pode evidenciar ressentimento, frustração e tédio. As pessoas podem agir de forma impulsiva e isso pode ser considerado um sinal de resposta ao tratamento. A presença da fixação externa aliada à relação de dependência produz alterações variáveis no autoconceito envolvendo os campos físico, pessoal, familiar, social, trabalho, escola e comportamento (LIMB, 2004b).

Em adolescentes tratados com fixação externa, os aspectos psicológico, social, funcional e fisiológico foram afetados evidenciando alterações como: ansiedade, sintomas depressivos como ideias suicidas, culpa, anorexia, medo, preocupação com a imagem corporal, isolamento social; déficit de mobilidade, dor e infecção ao redor dos pinos. Em uma fase onde se vivencia a fantasia, o idealismo, a onipotência, assumir riscos e ser impulsivo, estes jovens e suas famílias precisavam do aprendizado conjunto com a equipe multidisciplinar para gerir e enfrentar melhor este momento (PATTERSON, 2006).

Ansiedade e depressão são significativamente presentes nas pessoas que sofrem lesões graves e lidam com a experiência traumatizante do risco da perda do membro ou sua ocorrência. Nas fraturas expostas IIIB e IIIC, além desta dimensão, a dor, as atividades habituais, o autocuidado e a mobilidade também foram afetadas. Estes eram elementos constantes na pesquisa que utilizou a ferramenta EuroQol para avaliar a qualidade de vida a longo prazo de pessoas com lesão tibial (GIANNOUDIS *et al.*, 2009).

O fixador externo é visível, volumoso e incomum. Uma alta dose de adaptação é exigida para garantir esta convivência. Algumas pessoas conseguem lidar satisfatoriamente com a situação e, outras são afligidas por ela, tendo sua imagem corporal afetada e evitando o convívio social. Depressão e ansiedade são comuns (SANTY; VINCENT; DUFFIELD, 2009).

Alguns dos maiores geradores de ansiedade das pessoas portadoras de fixador

externo tipo Ilizarov foram: os medos do desconhecido, da destruição da imagem corporal e da impossibilidade de desenvolver as mesmas atividades de antes. Esta ansiedade quando relacionada ao tratamento cirúrgico torna-se maior, principalmente quando é instalado um equipamento agregado ao seu corpo, visível a todos, que altera sua noção de equilíbrio e de espaço (BRANDÃO, 2000).

A não relação da imagem corporal com a percepção do efeito da fixação externa na aparência, mas com a identificação da autoestima menor em pessoas que percebiam a aparência alterada pelo fixador e naquelas que não queriam ser vistas com o dispositivo foram achados do estudo que indicou a imagem corporal como menos comprometida que a autoestima nas pessoas submetidas à terapêutica com fixador externo Ilizarov (BUYUKYILMAZ; SENDIR; SALMOND, 2009).

DISCUSSÃO

O corpo é o ponto de partida para todo e qualquer discurso referente ao homem. A imagem corporal abrange os processos fisiológicos, psicológicos e sociais, num intercâmbio contínuo entre eles e a ocorrência de mudanças em um desses níveis pode ocasionar consequências na experiência do corpo (LABRONICI; POLAK, 2000; BARROS, 2005).

A fixação externa promove mudança na experiência do corpo, na maneira como percebemos o mundo, como nos relacionamos interpessoalmente e nos comportamos (SANTY, 2000). A maneira como nos vemos e acreditamos que somos vistos é modificada pela presença de um dispositivo que causa medo, estranheza e curiosidade.

O corpo está envolvido nas emoções que produz, é o receptor e o emissor de tudo. No âmbito psicológico, representa nossa presença e nossa morada no mundo, concretiza nossa existência, torna possível a percepção de uma identidade, história única do indivíduo (BRÊTAS; LIMA;

YAMAGUTI, 2006).

Quando agregada a um objeto incomum, que altera o rumo de sua vida, a afeta emocional e fisicamente e desconstitui a imagem que possui, esta pessoa percebe o quanto sua realidade foi transformada por esta situação e a intensidade com que vai conviver com as reações e sentimentos provocados por esta experiência.

A depressão, ansiedade, afastamento do convívio social, frustração, medo, comprometimento das atividades da vida diária, dor, mobilidade prejudicada, preocupações com a imagem do corpo são repercussões evidenciadas nas pessoas que utilizam fixação externa como modalidade terapêutica e integram a quase totalidade dos trabalhos desta revisão.

Simbolicamente, cada ser humano possui dois corpos, um individual (físico e psicológico) adquirido ao nascer; e um social, necessário para se viver em determinada sociedade e grupo cultural. O corpo social é a essência da imagem corporal, pois a cada pessoa instrumentaliza para perceber e interpretar experiências físicas e psicológicas. É a forma pela qual o funcionamento físico dos indivíduos é influenciado pela sociedade na qual vivem (BRÊTAS; LIMA; YAMAGUTI, 2006).

Ter associado ao seu corpo um fixador externo, o torna diferente do seu grupo, alvo de uma atenção indesejada, influenciado pelas opiniões, constrangido pelos questionamentos e vulnerável ao preconceito da sociedade.

A imagem corporal é a figura mental do próprio corpo (PINTO; SPIRI, 2008), que quando alterada pode produzir inúmeros processos de inadequação, constrangimento e sofrimento. Apresentar-se vulnerável no seu autoconceito e na sua autoestima poderá conduzir esta pessoa a momentos de melancolia, insegurança e falta de estímulo ao convívio social, ocasionando afastamento de suas atividades e das suas relações de real significância (LIMB, 2004b; 2004a). Contudo, a mudança na imagem do corpo poderia ser conduzida de maneira a se ressaltar seu caráter temporário (LIMB,

2004a), o que na experiência de utilizar um fixador externo poderia indicar a exploração de meios disponíveis de adaptação, e discussão de seu caráter não definitivo, o que não indicará uma resolução completa da situação vigente, mas propiciará uma sensação de alívio e conforto.

Em um dos trabalhos apresentados a imagem corporal não foi relacionada com a percepção do efeito da fixação externa na aparência, mas a autoestima mostrou-se menor nas pessoas que percebiam esta relação e naquelas que não queriam ser vistas com o dispositivo (BUYUKYILMAZ; SENDIR; SALMOND, 2009). A mudança na imagem corporal pode caracterizar sofrimento pessoal, portanto o corpo como veículo do ser no mundo, onde são armazenadas todas as significações vividas (LABRONICI; POLAK, 2000), anseia em ser reconstruído e buscar o merecimento da felicidade nos desafios que a vida impõe. A satisfação com o corpo aumenta a autoestima e melhora a percepção de comportamento (LIMB, 2004a). Devemos considerar que nem todas as pessoas que utilizarem a fixação externa, obrigatoriamente terão distúrbios na imagem corporal ou terão sua autoestima ameaçada como mencionado no estudo, mas a literatura destaca a perturbação da imagem corporal e sua interligação com a autoestima.

A enfermagem que tem como essência o cuidar, por meio de suas ações estabelece uma relação de contato físico intenso que é permeado por várias sensações e sentimentos (BRÊTAS; LIMA; YAMAGUTI, 2006), conhecedora das informações aqui apresentadas, tem papel fundamental na assistência às pessoas que utilizam a fixação externa.

Na dimensão ontológica, para cuidar é fundamental ter zelo e afetividade e na dimensão política, engajamento para garantir o direito à assistência à saúde como perspectiva de promover o bem estar e a melhoria da qualidade da população (GAMBA, 2009). Nossa população quando vítima de fratura exposta, em uso de fixador externo e com uma imagem corporal

afetada, precisa perceber na enfermagem o cuidado atencioso, solidário, comprometido com os reais valores da ciência e da arte do cuidar.

A pele é nosso envoltório, é a nossa individualidade (GAMBA, 2009), e é também por ela, que a fixação externa se estabelece, uma terapia necessária, mas que traz consigo além dos cuidados técnicos especializados com a pele, as perturbações psicossociais que precisam ser compreendidas e incorporadas aos cuidados de enfermagem, como forma de humanizar e tornar mais eficaz esta assistência.

Os profissionais da saúde, em especial os da enfermagem, devem ter preparo e qualificação para perceber as alterações psíquicas que de pronto vão emergir nessas pessoas, denotando toda a problemática psicossocial existente, e realizar intervenções adequadas. Verificamos em estudo as limitações e inadequações que acerbam estas situações e as dificuldades técnicas dos profissionais em assim proceder (BALESTRA; MARCOLAN, 2011).

A singularidade do ser exposta na sua subjetividade encontra neste corpo transgredido o ambiente propício para a instabilidade emocional, ocasionando a manifestação de sentimentos de desesperança, frustração e contrariedade, revelada pela idealização corporal e a realidade vivida. Esta transição culmina na experiência concretizada de conviver com um dispositivo estranho a sua estrutura e transformador do seu mundo. Estar fazendo parte deste movimento demanda atos de resgate do próprio ser, de atitudes generosas do outro, mas nitidamente, de uma verdadeira vontade de semear este caminho com a abertura de novos horizontes capazes de garantir ao seu final, a essência do viver em plenitude e de vir-a-ser o que a consciência traduzir em poder ser.

O exercício de compreensão deste universo contribuirá para a busca da própria existência, construindo e desconstruindo a imagem corporal, procurando ideais de imagem e corpo, permeando emoções, estando junto a outros corpos e se

caracterizando como sujeito e construtor da sua história.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os estudos apresentados evidenciam que na prática clínica os profissionais da saúde que lidam com pessoas que apresentam alterações na autoimagem, precisam obter conhecimentos e estarem sensibilizados a respeito desta temática e suas dimensões. Para isso, devem utilizar como estratégias na humanização e otimização da assistência: o diálogo, a orientação, a equidade de tratamento, o empoderamento; considerar o ser humano de modo holístico; estarem cientes que a satisfação com o corpo pode estar relacionada com os níveis globais de autoestima e sentimentos de merecimento. Desta vivência, os profissionais poderão construir bases que os permitam identificar pessoas que não se adaptam bem às mudanças, intervindo no processo de adaptação da nova, mas temporária, aparência; promover o entendimento de que em todo processo de tratamento poderá haver mudanças no corpo-imagem, autoestima e percepção de comportamento; avaliar o uso de material ilustrativo, para informar e preparar a pessoa sobre seu aspecto após a cirurgia; estimular atitudes positivas; realizar atividades psicoeducativas em grupos ou individualmente; incentivar o uso de técnicas de camuflagem; atuar em um contexto transdisciplinar, utilizando a escuta terapêutica e praticando o processo de relacionamento interpessoal terapêutico.

Novas investigações acerca deste tema devem ser conduzidas identificando o possível impacto sobre os resultados destas questões.

CONCLUSÃO

O paciente ortopédico tem alterações físicas, na autoimagem, nos valores, nas atitudes e atividades, devendo ser acentuadas suas habilidades e não suas incapacidades (BRANDÃO, 2000).

O despertar de sentimentos vivenciados, no decorrer de uma trajetória que anseia pela oportunidade de recuperar e reconstruir uma etapa de vulnerabilidade, se consolida na interpretação compartilhada das experiências dos sujeitos. Estas experiências serão determinadas pelas diferentes formas de enfrentamento das condições adversas e na maneira como cada ser disponibilizará sua força para superar seus próprios limites.

A fragilidade gerada pela insatisfação com o próprio corpo resulta em uma projeção de desequilíbrio interno, marcada por todas as sensações iminentes que advém do questionamento do factível, do tolerável e do suportável. Conseguir se perceber como sujeito desta ação, vivenciando a possibilidade de reajustar valores, aprofundar relações, experimentar sentimentos de estima, solidariedade, disponibilidade pode motivar um estado de compreensão da forma atual do corpo. Assim, produzindo perspectivas baseadas na melhor maneira de acessar subsídios capazes de direcionar e intensificar a busca de adequações a esta nova forma de existir no mundo.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.”

REFERÊNCIAS

BALBACHEVSKY, D., *et al.* Como são tratadas as fraturas expostas da tíbia no Brasil? Estudo transversal. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 13, n. 5, p. 229-232, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522005000500003&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

BALESTRA, N.; MARCOLAN, J. F. Avaliação de sintomas depressivos em pacientes no pós-operatório. In: CONFERÊNCIA IBEROAMERICANA

DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM DA ALADEFE, 11., 2011, Coimbra.

Anais... Coimbra: ALADEFE, 2011.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 547-554, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200020&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

BRANDÃO, V. Z. **Diagnóstico de enfermagem do paciente portador de fixador externo tipo Ilizarov segundo a taxonomia da NANDA e a teoria do autocuidado de Orem**. 2000. 117 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2000.

BRANDEN, N. **O poder da auto-estima**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1995. 109 p.

BRÊTAS, J. R. S.; LIMA, R. C.; YAMAGUTI, L. O corpo que cuidamos. In: Brêtas, A. C. P.; Gamba, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006, p.11-25.

BUYUKYILMAZ, F.; SENDIR, M.; SALMOND, S. Evaluation of body image and self-esteem in patients with external fixation devices: a Turkish perspective. **Orthopedic Nursing**, v. 28, n. 4, p. 169-175, 2009.

GAMBA, M. A. Práticas avançadas dos cuidados em enfermagem: cuidados com a pele. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. spe, p. 895-896, 2009.

GIANNOUDIS, P. V., *et al.* Long-term quality of life in trauma patients following the full spectrum of tibial injury (fasciotomy, closed fracture, grade IIIB/IIIC open fracture and amputation).

Injury, v. 40, n. 2, p. 213-219, 2009.

LABRONICI, L. M.; POLAK, Y. N. S. Corporeidade no cenário da clínica ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 55-69, 2000. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4317/2278>>. Acesso em: 19 jan 2014.

LIMB, M. Psychosocial issues relating to external fixation of fractures. **Nursing Times**, v. 99, n. 44, p. 28-30, 2003.

LIMB, M. K. An examination of the relationships between body-image, self-esteem and behaviour in adult clients undergoing limb reconstruction procedures. **Journal of Orthopaedic Nursing**, v. 8, n. 3, p. 164-170, 2004a.

LIMB, M. K. An evaluation survey of self-concept issues in adult clients undergoing limb reconstruction procedures. **Journal of Orthopaedic Nursing**, v. 8, n. 1, p. 34-40, 2004b.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

PATTERSON, M. Impact of external fixation on adolescents: an integrative research review. **Orthopedic Nursing**, v. 25, n. 5, p. 300-308, 2006.

PINTO, K. K. O.; SPIRI, W. C. A percepção de enfermeiros sobre o cuidar de pacientes com problemas físicos que interferem na autoimagem: uma abordagem fenomenológica. **Revista**

Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 407-413, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300012&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2014.

SANTY, J. Nursing the patient with an external fixator. **Nursing Standard**, v. 14, n. 31, p. 47-52; quiz 54-45, 2000.

SANTY, J.; VINCENT, M.; DUFFIELD, B. The principles of caring for patients with Ilizarov external fixation. **Nursing Standard**, v. 23, n. 26, p. 50-55, 2009.

SEDIKIDES, C.; GREGG, A. P. Portraits of the self. In: Hogg, M. A.; Cooper, J. (Ed.). **Sage handbook of social psychology**. Londres: Sage, 2003, p.110-138.

INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA VIDA DO ADOLESCENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DAS PRODUÇÕES EM SAÚDE

Sheila de Almeida Souza Santos¹; Renata Alves Barbosa²

RESUMO: As modificações na composição do organismo têm uma grande importância com relação às recomendações nutricionais e com os padrões alimentares que favorecem a saúde dos adolescentes. **Objetivos:** identificar as produções científicas que retratam os problemas levantados sobre a alimentação dos adolescentes e analisar criticamente as produções científicas pertinentes delineando os temas abordados com suas aplicabilidades. **Metodologia:** pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado através Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases BDENF, SciELO e LILACS. Os descritores utilizados foram: adolescência; alimentação; enfermagem. **Resultados:** Diante da leitura dos artigos emergiram três categorias: hábitos alimentares dos adolescentes; alimentação: sentidos atribuídos por adolescentes; a enfermagem x alimentação dos adolescentes. **Conclusão:** avaliar o hábito alimentar, estado nutricional e imagem corporal dos adolescentes, pode contribuir para condutas terapêuticas visando prevenção de distúrbios nutricionais. Nesse contexto, o enfermeiro, com a realização de práticas educativas, tem a oportunidade de reforçar seu papel de educador para a saúde, atuando na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Alimentação; Enfermagem.

INFLUENCE OF FOOD IN LIFE TEEN: REVIEW OF INTEGRATIVE HEALTH PRODUCTIONS

ABSTRACT: The modifications in body composition are of great importance with respect to nutritional recommendations and dietary patterns that promote adolescent health. **Objectives:** To identify the scientific productions that portray the issues raised about the power of teenagers and critically analyze relevant scientific publications outlining the topics covered in their applicability. **Methodology:** descriptive exploratory, qualitative approach. The literature survey was conducted via Virtual Health Library (VHL), the bases BDENF, SciELO and LILACS. The keywords used were: adolescence, feed, nursing. **Results:** Before reading the articles revealed three categories: eating habits of adolescents; supply: meanings attributed by adolescents; nursing x feed of teens. **Conclusion:** evaluate food habits, nutritional status and body image of adolescents may contribute to therapeutic approaches aimed at prevention of nutritional disorders. In this context, the nurse, with the implementation of educational practices, has the opportunity to strengthen its role as a health educator, working on improving the quality of life of adolescents.

KEYWORDS: Adolescence, Nutrition, Nursing.

¹ Enfermeira residente em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Email: sasouza1206@hotmail.com.

² Enfermeira do Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de Duque de Caxias/RJ.

Recebido em: 13-02-2013 . Aceito em: 29-03-2013

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o intervalo correspondente a faixa etária que vai, cronologicamente, dos 10 aos 19 anos. Apesar dessa definição os eventos puberais podem ocorrer em indivíduos normais do mesmo sexo, em idades diferentes, caracterizando melhor um adolescente que a idade cronológica. Na maioria das vezes, torna-se difícil a determinação de uma única causa para essas variações, as quais podem acontecer em função de diferenças genéticas, raciais, nutricionais, ambientais; entre outras (VALENÇA; GERMANO, 2009).

A adolescência é um dos períodos mais desafiadores no desenvolvimento humano. O crescimento relativamente uniforme da infância é subitamente alterado por um rápido aumento na sua velocidade de crescimento. Estas mudanças súbitas criam necessidades nutricionais especiais. Os adolescentes são considerados especialmente vulneráveis em termos nutricionais, por várias razões: sua demanda de nutrientes é maior em decorrência de dramático aumento no crescimento e desenvolvimento físicos; as mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares dos adolescentes afetam a ingestão e as necessidades de nutrientes; os adolescentes têm necessidades especiais de nutrientes associados à participação em esportes, gravidez, desenvolvimento de um distúrbio de alimentação, realização excessiva de dietas, uso de álcool e drogas ou outras situações comuns aos adolescentes (MACHADO, 2009).

Durante a adolescência, a alimentação balanceada é tão importante quanto na primeira infância, pois além de satisfazer as elevadas necessidades de nutrientes durante esta fase, ela serve também para criar e manter bons hábitos alimentares para o resto da vida. Neste período podem aparecer novos hábitos de consumo explicáveis por motivos psicológicos, sociais e socio-econômicos, pela influência de amigos, rebeldia contra os controles exercidos pela

família, busca de autonomia e identidade, aumento do poder de compra, hábito de preparar rotineiramente seu próprio alimento, a urbanização e o costume de comer fora de casa. Estes novos padrões alimentares podem repercutir, a longo prazo, na saúde futura do indivíduo maduro e na escolha posterior dos alimentos (Ibid).

Crianças e adolescentes permanecem por longos períodos na escola, o que a torna um ambiente favorável para a aprendizagem e a socialização. A partir desse entendimento, em 2009, o Ministério da Saúde implanta o Programa Saúde na Escola (PSE) e no texto base expressa a finalidade de contribuir para formação integral dos estudantes da rede pública de ensino por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde em parcerias entre os Ministérios da Saúde e Educação, destacando o entendimento de escola como espaço de saber integrado à saúde (BRASIL, 2009).

A saúde escolar inserida na nova proposta de ações em saúde passa a romper com o modelo curativo calcado em ações pontuais assistencialistas, repensando os padrões de atendimento às necessidades em saúde da comunidade escolar. Nesta proposta adota-se o modelo de parcerias entre os serviços de educação e saúde, de forma a construir planejamentos mais sólidos e que retratem o contexto de cada realidade escolar, única e particular (RASCHE, 2012).

Educação e saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano e os indivíduos que os compõem encontram-se num ciclo permanente de ensinar e aprender. Assim, interações entre estes espaços e seus saberes constituem processos para construção de qualidade de vida. O ambiente escolar, nessa perspectiva, através de interações entre seus profissionais, passa a ser concebido como espaço de convivência e socialização, apresentando-se, portanto como um terreno fértil para implementação de estratégias e ações que desenvolvam a promoção de saúde (PEREIRA, 2003).

Nesse sentido, o enfermeiro que trabalha na atenção básica em saúde, atual modelo de saúde, encontra-se inserido no programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tem papel fundamental na saúde escolar, na medida em que pode atuar em componentes assistenciais e educativos, realizando vários tipos de ações, tais como: promover atenção à saúde individual, comunitária e as ações de educação para a saúde no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção de estilos de vida saudáveis (RASCHE, 2012).

Tornar-se necessário trazer para a discussão, os profissionais da educação e da saúde, com ênfase para a enfermagem, a importância do trabalho a ser desenvolvido com os adolescentes no espaço escolar no tocante aos hábitos alimentares, pois a atenção à saúde a essa população é de fundamental importância para o estabelecimento de padrões de crescimento e desenvolvimento satisfatório e consequentemente para a melhoria da qualidade de vida.

Desta forma, traçamos como objetivo para esse estudo: identificar as produções científicas que retratam os problemas levantados sobre a alimentação dos adolescentes e analisar criticamente as produções científicas pertinentes delineando os temas abordados com suas aplicabilidades.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa. As pesquisas que empregam a abordagem qualitativa utilizam diversas fontes de dados, a observação direta como fator do cotidiano levando a um contexto de descobrimento ocupando-se do significado dos fatos, traduzindo-os em conceitos, descrições, algo além do de números e estatísticas (TOBAR; YALOUR, 202).

A pesquisa exploratória objetiva conhecer a variável de estudo tal como se

apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere, assim como associar as vantagens de se obter os aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los posteriormente (Ibid).

Foi utilizado o levantamento bibliográfico, ou pesquisa bibliográfica, visto que esta abrange toda produção científica elaborada a cerca do tema em estudo até os dias atuais. Ressalta-se que foi realizada uma revisão sistemática da produção científica.

A revisão integrativa, finalmente, é o método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidências que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Há relatos na literatura do uso da revisão integrativa como método de pesquisa desde 1980 (ROMAN, FRIEDLANDRE; 1998).

Realizou-se o levantamento bibliográfico dos artigos publicados nos últimos 10 anos nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Scientific Electronic Library Online-SciELO, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS e Base de dados de Enfermagem - BDENF.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática re-ferente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos 10 anos.

A busca foi realizada através dos descritores: adolescência; alimentação; enfermagem. Na base SciELO a busca foi feita por palavra, mas utilizando os descritores como palavra, vale ressaltar que foi realizado o refinamento pelo critério de relevância. Em seguida, os dados coletados foram analisados através da análise temática de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

descriptor individualmente, conforme quadro um (01).

Primeiramente investigaram-se cada

Quadro 1 – Apresentação da bibliografia localizada por descriptor

Descritores	Banco de Dados		
	BDEFN	SciELO	LILACS
Adolescência	1547	1630	57105
Alimentação	30	3341	817
Enfermagem	2935	4938	3696
Total	4512	9909	61618

Mediante o grande número de publicações encontradas e com o objetivo de aproximar o levantamento bibliográfico com os objetivos da pesquisa, realizou-se um refino na pesquisa, associando os descritores em duplas.

Concluída a busca com os descritores associados, foi realizada a leitura dos resumos para verificar o conteúdo das obras, para tanto se realizou uma nova seleção. Executou-se a pré-leitura, com o intuito da seleção de material para realização de sua leitura, a pré-leitura é compreendida como uma leitura rápida do material bibliográfico, com o intuito de verificar em que medida a obra consultada interessa a

pesquisa (MARCONI, LAKATOS; 2002).

Através da leitura seletiva, foi possível identificar as informações de interesse. A leitura seletiva permitiu determinar qual material bibliográfico realmente era de interesse para esta pesquisa.

Sendo assim, após a seleção e exclusão de produções que não estavam disponíveis na íntegra, eram repetidas, não estavam na língua portuguesa e, artigos que não estavam indexados nos referidos bancos de dados, selecionaram-se dez (10) produções científicas da base de dados da Lilacs, Scielo e da BDEFN, que se considerou como bibliografia potencial deste estudo, vide quadro dois (2), abaixo:

Quadro 2 - Bibliografia potencial deste estudo

Descritores Associados	Banco de Dados		
	BDEFN	SciELO	LILACS
Adolescência + Alimentação	02	02	03
Adolescência + Enfermagem	01	0	01
Enfermagem + Alimentação	0	01	0
Total	03	03	04

A seguir cada artigo foi impresso e lido na íntegra. Assim, realizou-se uma leitura interpretativa, que é entendida como o momento da identificação das idéias principais, estabelecimento da importância de cada uma no contexto das idéias (MORAES, 1999).

Por fim, realizou-se a análise temática de conteúdo, que é entendida como uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos (MORAES,

1999). Emergindo as seguintes categorias: hábitos alimentares dos adolescentes; alimentação: sentidos atribuídos por adolescentes; a enfermagem x alimentação dos adolescentes.

HÁBITOS ALIMENTARES DOS ADOLESCENTES

Nesta categoria estão inseridas quatro (04) produções científicas, vide quadro 3 (três).

Quadro 3 – Distribuição das Categorias potenciais da bibliografia “hábitos alimentares dos adolescentes”

Autor (es)	Ano	Título	Revista
Albano; Souza.	2003	Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública	Jornal de Pediatria, V. 77, n.6, p.512-16.
Gambardella; Frutuoso; Franch.	2005	Prática Alimentar de Adolescentes.	Rev. Nutr., Campinas, jan/abr; v.12, n.1, p.5-19.
Bertin et al.	2008	Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino da cidade de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil.	Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. out/dez; vol.8 n.4, p.435-44.
Silva et al.	2009	Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil.	Rev. Bras. Enf., jan/fev, Brasília, v.62, n.1.

Na pesquisa realizada por Albano; Souza (2003), do tipo transversal, desenvolvido numa escola pública de ensino fundamental, no município de São Paulo, objetivou avaliar o consumo médio alimentar de energia, de proteína, de cálcio, de ferro, e de vitaminas A e C de adolescentes.

O estudo apresentou como resultado, que o consumo energético ultrapassou o limite dos valores recomendados para ambos os sexos, e que o consumo de cálcio ficou aquém dos valores recomendados para ambos o sexos. Ainda infere que há necessidade, portanto, considerando esses achados, que sejam feitos estudos, em nível nacional, com os adolescentes brasileiros com o objetivo de verificar a dimensão do problema e propor estratégias de prevenção e de controle.

Na pesquisa subsequente, Gambardella; Frutuoso; Franch (2005), visando conhecer a prática alimentar de adolescentes, realizaram um inquérito alimentar, utilizando questionário auto-aplicado, com um grupo de 153 adolescentes, voluntários, de 11 a 18 anos de idade, de ambos os sexos, estudantes do primeiro grau, do período diurno, de seis escolas da rede estadual, pertencentes a mesma região de Santo André, SP.

A investigação evidenciou que 45% dos adolescentes apresentaram desjejum segundo o padrão estabelecido, sendo 44% meninos e 56% meninas, garantindo a ingestão de fontes de cálcio e de energia, consideradas importantes nessa refeição. O almoço, estabelecido como padrão foi encontrado em 76% dos adolescentes, sendo

36% meninos e 64% meninas. O jantar padrão foi consumido por 53% dos estudantes, sendo 40% e 60% do sexo masculino e feminino, respectivamente.

Foi possível também identificar que a prática alimentar dos adolescentes estudados é inadequada já que há baixo consumo de hortaliças e frutas, principalmente no jantar, além de inadequado consumo de cálcio. Há, também, menor consumo de alimentos fonte de energia e proteína no jantar, em relação ao almoço. O almoço constituiu-se na refeição que a maior parte dos adolescentes ingeriram em conformidade com o padrão estabelecido, ao contrário do desjejum que foi a mais negligenciada, seguida pelo jantar.

Em estudo descritivo de corte transversal, Bertin et al. (2008), buscou caracterizar o estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil. De acordo com a pesquisa, a população estudada encontra-se majoritariamente com o estado nutricional dentro dos padrões de normalidade. A dieta dos adolescentes é caracterizada por aporte energético adequado, com distribuição de macronutrientes de acordo com as recomendações. O consumo de vitamina C e ferro está adequado, porém há consumo insuficiente de cálcio. Há também excesso de ingestão de ácidos graxos saturados.

Enfatiza ainda, a necessidade da realização de novos estudos para o monitoramento do consumo alimentar de adolescentes, tendo em vista a importância da implantação de ações de educação nutricional focando a qualidade da dieta, promovendo assim uma atitude de prevenção a ser assumida por toda a vida.

No quarto estudo, do tipo transversal, Silva et al. (2009), objetivou conhecer os

hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza-CE. Para tanto, Entrevistou-se 720 alunos entre 14 a 19 anos, de doze estabelecimentos de ensino, por meio de um formulário estruturado. Dos alimentos consumidos, habitualmente, destacaram-se, os energéticos, arroz e pão, consumidos por 95,8% e 85,2% dos adolescentes, respectivamente. Dentre os alimentos construtores as carnes e o feijão são ingeridos por 60,6% e 75,0%, respectivamente. Os alimentos reguladores como frutas e hortaliças/folhosos não têm consumo habitual entre os adolescentes, já que apenas (34,3%) e (47,6%), respectivamente, os consomem. Constatou-se um desequilíbrio na ingestão dos nutrientes adequados para a adolescência, favorecendo o sobrepeso e, conseqüentemente, as doenças crônicas como o diabetes mellitus.

A alimentação e a nutrição adequadas constituem requisitos essenciais à confirmação do completo potencial de crescimento e desenvolvimento com qualidade de vida, bem como à prevenção de doenças carenciais à obesidade e comorbidades associadas. Mas, os estudos demonstraram que as práticas alimentares estão cada vez mais inadequadas entre os adolescentes, ou seja, predomina uma alimentação caracterizada pelo consumo excessivo de refrigerantes, açúcares e comidas de preparação rápida e reduzida ingestão de hortaliças e frutas.

ALIMENTAÇÃO: SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR ADOLESCENTES

Nesta categoria estão inseridas quatro (04) produções científicas, vide quadro 4 (quatro).

Quadro 4 – Distribuição das Categorias potenciais da bibliografia
“alimentação: sentidos atribuídos por adolescentes”

Autor (es)	Ano	Título	Revista
Braga; Molina; Cade.	2007	Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional	Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.5, p.1221-28.
Silva; Teixeira; Ferreira.	2012	Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por adolescentes.	Rev. Enferm. Anna Nery, jan/mar; v.16, n. 1, p. 88-95.
Santos et al.	2012	A influência da cultura no comportamento alimentar dos adolescentes: uma revisão integrativa das produções em saúde	Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, out/dez, v.9, n.4, p. 37-43.
Caram; Lomazi.	2012	Hábito alimentar, estado nutricional e percepção da imagem corporal de adolescentes.	Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, abr/jun, v.9, n.2, p. 21-29.

No primeiro estudo, do tipo exploratório, de natureza quanti-qualitativa, realizado por Braga; Molina; Cadê (2007), objetivou-se identificar o perfil nutricional e as expectativas dos adolescentes em relação a mudanças no perfil nutricional. A pesquisa evidenciou que os adolescentes estudados, apresentam percepção de seu peso não condizente com os resultados de IMC encontrados, baixa auto-estima e relatam descontrole na ingestão de alimentos.

O estudo ressalta a necessidade de conhecer e entender as peculiaridades da adolescência, pois é fundamental para o planejamento de ações efetivas. Intervenções nessa fase poderão prevenir problemas futuros, já que é nesse período que a grande transformação corporal ocorre, podendo ser um período de vulnerabilidade e risco, necessitando de atenção e cuidado.

Na segunda pesquisa, de natureza qualitativa, utilizando-se do método de pesquisa convergente-assistencial, realizada por Silva; Teixeira; Ferreira (2012) buscou-se identificar o saber de adolescentes sobre uma alimentação saudável, analisar os alimentos que compõem suas refeições, discutir este consumo à luz de uma alimentação saudável e programar ações de educação em saúde sobre o tema.

Foi possível identificar que ao se explorar os saberes dos adolescentes sobre o que seja uma alimentação saudável, evidenciou-se os alimentos mais e menos consumidos e a relação do consumo com o gosto por eles, o que leva a concluir que quando não se desenvolve ainda na infância o paladar para determinados sabores e consistências, torna-se difícil, mais adiante, incorporar certos tipos de alimentos no cardápio diário. Apesar de os adolescentes terem a informação sobre o que seriam hábitos saudáveis de alimentação, a maioria declarou não os seguir, o que mostra que a informação não é a única dimensão de uma prática, mas apenas parte de uma grande engrenagem influenciada pelo contexto sociocultural de formação de identidades.

O estudo subsequente, desenvolvido por Santos et al. (2012) consiste em uma pesquisa bibliográfica integrativa, com abordagem qualitativa, sendo a busca realizada nas bases eletrônicas de dados LILACS e ADOLEC em março de 2012. Evidenciou que alguns estudos trazem o dilema vivenciado pelos adolescentes entre consumir alimentos que os identificam como alguém moderno, descontraído, correspondente aos padrões da mídia e da maioria dos outros adolescentes ou adotar hábitos saudáveis de vida que tragam

benefício à saúde. No caso dos maus hábitos, vale ressaltar, a saúde dos adolescentes pode estar sendo comprometida, como, por exemplo, pelo excesso de peso.

Outra relevância nesse estudo é que o comportamento alimentar não deve ser visto apenas como o conjunto de práticas observadas empiricamente (o quê e o quanto se come), mas inserido nas suas dimensões socioculturais e psicológicas. Os adolescentes vivem uma pressão social pela estética, em função da mídia que traz o conceito do magro ser belo. Ressalta-se que não foram encontrados estudos nacionais publicados em forma de artigo que retratassem isso numa perspectiva cultural.

A quarta investigação, desenho prospectivo e transversal, realizada por Caram; Lomazi (2012) objetivou identificar o hábito alimentar, o estado nutricional e a percepção da imagem corporal de adolescentes. O hábito alimentar desses adolescentes foi composto por arroz, feijão, pão francês, frutas, sucos, leite integral e achocolatados, porém também foram identificadas as guloseimas doces, balas e

refrigerantes. A maioria teve consumo diário de desjejum, almoço e jantar, porém os resultados do desjejum foram preocupantes em 15% dos alunos que relataram não fazê-lo. O local mais frequente para a refeição foi a própria casa. O estado nutricional foi eutrófico para maioria, e mais da metade considerava seu peso adequado. A imagem corporal não teve concordância em relação a obesidade e sobrepeso.

A partir dos estudos descritos acima, foi possível identificar que a prática alimentar dos adolescentes é inadequada já que há baixo consumo de hortaliças e frutas, além de inadequado consumo de cálcio. Desse modo, ressalta-se a importância da promoção de educação nutricional entre os adolescentes, com ênfase para a escolha apropriada dos alimentos, principalmente aqueles contidos nas refeições intermediárias.

ENFERMAGEM X ALIMENTAÇÃO DOS ADOLESCENTES

Nesta categoria estão inseridas duas (02) produções científicas, vide quadro 5 (cinco).

Quadro 5 - Distribuição das Categorias potenciais da bibliografia
“a enfermagem x a alimentação dos adolescentes”

Autor (es)	Ano	Título	Revista
Araújo et al.	2010	Hábitos alimentares de adolescentes de escolas particulares: implicações para a prática da Enfermagem Pediátrica.	Rev. Enferm. UERJ, jul/set; v. 18, n. 3, p. 417-22.
Souza et al.	2012	Avaliação do estado nutricional e da saúde de crianças e adolescentes na prática assistencial do enfermeiro.	Cogitare Enferm., jan/mar; v. 18, n. 1 p.29-35.

A primeira pesquisa, transversal, foi realizada em 12 estabelecimentos de ensino da rede provada da cidade de Fortaleza. Araújo et al. (2010) constatou que na adolescência, devido a seu caráter de transição e consolidação de comportamentos, os adolescentes possuem um risco para desenvolver maus hábitos alimentares. Além disso, a maioria dos jovens dificilmente tem acesso a profissionais de nutrição na atenção primária.

Portanto, os enfermeiros devem aproveitar todas as oportunidades para fornecer orientação para hábitos alimentares saudáveis, e cada contato com esses jovens deve ser usado para explorar este assunto a fim de minimizar conseqüências adversas no futuro.

O estudo infere que orientação de comportamentos que promovam uma alimentação mais saudável é algo acessível à prática de enfermagem e subsidiada por

protocolos na atenção básica, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Portanto, o enfermeiro, que já vem ocupando o ambiente escolar para educar em questões como prevenção de acidentes, infecções sexualmente transmissíveis, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, síndrome metabólica, entre outros, pode também não indicar dietas, mas sim orientar na incorporação e/ou diminuição da ingestão de determinados alimentos pelos jovens, fato que em conjunto com outras informações sobre um estilo de vida saudável atenua a problemática dos hábitos alimentares na adolescência.

Na pesquisa subsequente, de natureza quantitativa, de caráter descritivo exploratório, realizado num Centro Educacional Comunitário situado na zona sul do Município do Rio de Janeiro, Souza et al (2012) objetivou identificar os principais problemas de saúde destas e analisar a associação entre a ocorrência de problemas de saúde e o estado nutricional.

Considera-se oportuno referir que uma limitação do presente estudo pode ter ocorrido devido ao fato dos resultados obtidos expressarem a realidade específica de um Centro Educacional. Assim, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas mais abrangentes que permitam a generalização dos resultados.

O estudo ressalta a importância da atuação de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros, em Centros Educacionais, onde estes têm a possibilidade de realizar diversas ações, de forma contínua e permanente junto às crianças, adolescentes, pais ou responsáveis e funcionários da instituição, voltadas para a detecção de problemas de saúde, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos ou complicações. Através do conhecimento dos aspectos sociais, epidemiológicos e ambientais, que influenciam as condições de saúde deste grupo populacional, tais profissionais poderão transformar o espaço educacional em um ambiente mais saudável e seguro.

Com o que foi descrito nos estudos, foi possível identificar que não basta apenas ter as informações sobre os hábitos alimentares dos jovens. São também necessárias ações de intervenção para combater os casos de dieta inadequada com desequilíbrio de nutrientes, assim como, ações de prevenção, uma vez que uma má alimentação, sobretudo, aliada ao sedentarismo é um dos principais preditores da qualidade de vida e de saúde na fase adulta.

Nesse sentido, o enfermeiro pode colaborar tanto na viabilização de políticas públicas de saúde direcionadas ao combate da ascensão do sobrepeso/obesidade, como no planejamento e desenvolvimento de ações que visem à uma alimentação mais saudável.

CONCLUSÃO

As modificações na composição do organismo têm uma grande importância com relação às recomendações nutricionais e com os padrões alimentares que favorecem a saúde dos adolescentes. A adolescência é um período de elevada demanda nutricional, e, por este motivo, a nutrição desempenha um papel importante no desenvolvimento do adolescente (ALBANO; SOUZA, 2003).

Todavia, na maioria das categorias dos artigos analisados nesse estudo, foi possível identificar que a tendência apresentada pelos adolescentes foi a irregularidade na alimentação, ou seja, muitas vezes deixam de fazer o café da manhã, não realizam algumas refeições, as substituindo por lanches, além de consumirem alimentos industrializados.

Como certos hábitos alimentares estabelecidos na infância e adolescência podem resultar em maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo doença coronária, osteoporose e alguns tipos de câncer na vida adulta, os esforços para conscientização da importância de uma dieta preventiva devem

começar logo no início desta fase.

Nesse sentido, avaliar o hábito alimentar, estado nutricional e imagem corporal dos adolescentes, pode contribuir para condutas terapêuticas visando prevenção de distúrbios nutricionais.

O enfermeiro, nesse contexto, com a realização de práticas educativas, tem a oportunidade de reforçar seu papel de educador para a saúde, atuando na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, dessa forma, promovendo a saúde.

REFERÊNCIAS

ALBANO, RD; SOUZA, SB. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n.6, p.512-16, 2003.

ARAÚJO, MFM et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas particulares: implicações para a prática da Enfermagem Pediátrica. **Rev. Enferm. UERJ**, jul/set; v.18, n. 3, p. 417-22, 2010.

BRAGA, PD; MOLINA, MCB; CADE, NV. Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1221-28, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BERTIN, RL et al. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino da cidade de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater.Infant.** out/dez; vol.8 n.4, p.435-44, 2008.

CARAM, ALA; LOMAZI, EA. Hábito alimentar, estado nutricional e percepção da imagem corporal de adolescentes. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, abr/jun, v.9, n.2, p. 21-29, 2012.

GAMBARDELLA, AMD; FRUTUOSO, MFP; FRANCH, C. Prática Alimentar de Adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, jan/abr; v.12, n.1, p.5-19, 2005.

MACHADO, VPO. **Nutrição na Adolescência**. In: Planejamento Alimentar, 2009. Disponível em: <http://www.eteavare.com.br/arquivos/28_133.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2013.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. Técnicas de pesquisa. 5. ed. São Paulo: **Atlas**, v. 02, p.35-36, 2002.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

PEREIRA. ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-34, set/out, 2003.

RASCHE, AS. **A Práxis do Enfermeiro no Planejamento e Avaliação das ações na Saúde Escolar**. 188 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ROMAN, AR; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**; v. 3, n. 2:109-12; jul/dez 1998.

SANTOS, CC et al. A influência da cultura no comportamento alimentar dos adolescentes: uma revisão integrativa das produções em saúde. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, abr/jun, v.9, n.2, p. 21-29, 2012.

SILVA, ARV et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev.Bras. Enf.**, jan/fev, Brasília, v.62, n.1, 2009.

SILVA, JV; TEIXEIRA, MLO;
FERREIRA, MA. Alimentação e saúde:
sentidos atribuídos por adolescentes. **Rev.
Enferm. Anna Nery**, jan/mar; v.16, n. 1,
p. 88-95, 2012.

SOUZA, MHNS et al. Avaliação do
estado nutricional e da saúde de crianças
e adolescentes na prática assistencial do
enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, jan/mar;
v. 18, n. 1 p.29-35, 2012.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como
fazer teses em saúde pública:**
conselhos e idéias para formular projetos
e redigir teses e informes de pesquisa. Rio
de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VALENÇA, CNV.; GERMANO, RM.
Percepção da auto-imagem e satisfação
corporal em adolescentes: perspectiva do
cuidado integral na enfermagem. **Rev.
Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, out./dez.2009.

QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM SISTÊMICA¹

Maria de Lourdes Custódio Duarte², Dagmar Elaine Kaiser³

RESUMO: A Qualidade de Vida no trabalho é fundamental em qualquer atividade laboral, sendo foco de atenção em saúde do Enfermeiro. O presente estudo trata-se de uma revisão sistêmica sobre publicações em Qualidade de Vida dos profissionais de enfermagem no período de 2000 a 2009. A coleta de dados deu-se por meio de busca *on line* nas bases de dados científicas da BIREME: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Literatura Internacional em Ciências da Saúde; da Biblioteca Cochrane e do SCIELO: Scientific Electronic Library Online, utilizando-se como descritores a Qualidade de Vida, Equipe de Enfermagem e Saúde Mental. Dezesete artigos atendiam ao estudo proposto, sendo a análise de dados realizada utilizando-se os passos sugeridos por Cochrane. Os resultados evidenciaram que é limitada a inserção do enfermeiro e de alunos da graduação em enfermagem em publicações de estudos sobre Qualidade de Vida no contexto laboral dos profissionais de enfermagem. Dos cenários alvos de estudo, o enfoque hospitalar foi o mais divulgado. Os profissionais de enfermagem estão expostos a uma diversidade de cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas que intervêm em sua Qualidade de Vida e no cuidado que realizam. Recomenda-se que periodicamente ocorram estudos como este para a avaliação do que está sendo publicado sobre Qualidade de Vida desses profissionais e que enfermeiros e alunos de enfermagem invistam mais na publicação de seus achados sobre Qualidade de Vida dos profissionais de enfermagem, divulgando suas produções em periódicos científicos indexados, fortalecendo-se enquanto pesquisadores em Qualidade de Vida.

PALAVRAS- CHAVE: Qualidade de Vida; Equipe de Enfermagem; Saúde Mental

QUALITY OF LIFE OF PROFESSIONAL NURSING: A SYSTEMIC APPROACH

ABSTRACT: Quality of Life at work is crucial in any work activity, the focus of attention in health Nurse. This study is a systemic review of publications on quality of life of nursing professionals in the period 2000 to 2009. The collection of data was done by searching online data bases of scientific BIREME: Latin American and Caribbean Health Sciences, International Literature in Health Sciences of the Cochrane Library and Scielo: Scientific Electronic Library Online, using as descriptors the Quality of Life, Nursing Team and Mental Health. Seventeen articles met the proposed study, and data analysis performed using the steps suggested by Cochrane. The results showed that insertion is limited to nurses and students of undergraduate nursing study was to analyze in publications on Quality of Life in the work context of nursing professionals. From set targets for study, the focus was the hospital disclosed. Nursing professionals are exposed to a variety of loads biological, physical, chemical, mechanical, physiological and psychological intervening in their Quality of Life and the care they do. It is recommended that occur periodically studies like this for the assessment of what is being published on quality of life of these professionals and that nurses and nursing students to invest more in publishing their findings on quality of life of nursing professionals, disseminating their productions scientific journals, strengthening while researchers in Quality of Life.

KEYWORDS: Quality of life; Team of Nursing; Mental Health.

¹ Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso da Pós em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² Profa Dra Adjunta da Universidade Federal do Pampa (Unipampa). Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Uruguaiana. Rio Grande do Sul. Brasil. malulcd@yahoo.com.br

³ Profa Adjunta da UFRGS. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil. dagmar@enf.ufrgs.br

Recebido em: 23-01-2013 . Aceito em: 29-03-2013

INTRODUÇÃO

Este estudo surgiu como requisito para a obtenção do título de enfermeiro especialista em gerenciamento de serviços de enfermagem do Curso de Especialização em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a partir de inquietudes e questionamentos acerca da Qualidade de Vida (QV) dos profissionais de enfermagem. Sua relevância dá-se por considerar as transformações globais na enfermagem e suas conseqüências na QV dos profissionais de enfermagem. Assim, foram reunidos elementos teóricos para conhecer os trabalhos existentes sobre QV dos profissionais de enfermagem, através de uma abordagem sistêmica.

Qualidade de Vida trata-se de um conceito amplo, complexo e muito pessoal, cada pessoa tem a sua definição. Embora a origem exata da idéia de QV seja desconhecida, o assunto começou a ser discutido após a segunda Guerra Mundial, uma vez que esse evento aumentou o padrão de vida de muitas sociedades ocidentais (SOUZA; COUTINHO, 2006).

Nas últimas três décadas o assunto tornou-se tema de estudo dos pesquisadores, representando os ideais da medicina moderna. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu QV como a percepção do indivíduo a respeito de uma posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (CONCEIÇÃO, *et al.*, 2012). A percepção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação quanto aos diferentes aspectos de vida é o principal determinante no julgamento positivo e negativo da QV.

O termo QV depende da relação existente entre vários fatores de natureza biológica, psicológica e sociocultural, tais como: saúde física, saúde mental, longevidade, satisfação o trabalho, relações familiares, disposição, produtividade, dignidade e até mesmo a espiritualidade

(SOUZA, *et al.*, 2012). No entanto, a QV não depende somente de fatores que estão relacionados à saúde, mas envolve outros aspectos como, trabalho, família, amigos e outros fatores.

Dentre as relações no que tange o conceito de QV, cremos que o trabalho está relacionado com um melhor bem-estar e satisfação pessoal e profissional. Sendo assim, a maneira pela qual o trabalhador percebe e atribui um significado ao trabalho, o modo que está inserido no processo de trabalho e envolvido por ele, terá implicações em sua maneira de viver e ser saudável. Isto significa dizer que dependendo do tipo de relação do homem com o trabalho, este tem significações diferentes, refletindo em uma melhor ou pior QV.

O trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem e dependendo da forma como está sendo executado e organizado, podem ser geradores de fatores desgastantes e potencializadores dos processos saúde-doença, levando o trabalhador ao adoecimento (SOUZA, *et al.*, 2012).

Na enfermagem, tem-se observado que esses profissionais têm suportado cargas de trabalho cada vez maiores levando a sobrecarga de trabalho. Muitos profissionais trabalham em dois ou três lugares, levando ao desgaste físico e psicológico, prejudicando sua QV e até mesmo suas relações sociais.

A primeira fase de estudos sobre QV no trabalho iniciou-se na década de 60 e estendeu-se até 1974, marcados pela crescente preocupação de cientistas, líderes sindicais, empresários e governantes com as experiências do trabalhador num determinado emprego (CONCEIÇÃO, *et al.*, 2012).

Nos anos 90 foram difundidos os conhecimentos sobre QV dos trabalhadores, sendo que países como França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda e Itália adotaram métodos e modelos de trabalho visando a satisfação dos clientes internos e externos. No Brasil, alguns grupos de estudos sobre QV no trabalho começaram a surgir em diversos Estados,

umentando a possibilidade de difusão dessa temática (CARANDINA, 2003).

Os primeiros instrumentos destinados a medir QV apareceram na literatura na década de 1970. A medida de QV trata-se de um instrumento recente, vindo de uma tradição estrangeira, anglo-saxônica, empirista e utilitária (VIDO; FERNANDES, 2007).

A relação entre saúde e QV parece óbvia, pois o próprio senso comum estabelece uma relação, como sendo um pré-requisito da outra. Porém, essa afirmação nem sempre está de acordo com a realidade, pois tanto a definição de saúde quanto a QV propõem diversas discussões e interpretações.

Nesse contexto, o trabalho adquire uma importante função na manutenção e promoção da saúde física e mental das pessoas, à medida que se torna um fonte de energia para poder criar, inventar, produzir ações que contribuam para um desenvolvimento positivo de desempenho pessoal e profissional (SCHMIDT, *et al.*, 2013).

O trabalho representa uma identidade pessoal, onde fatores de auto-estima, auto-reconhecimento, auto-valorização com orgulho de si próprio, estão implícitos nesse contexto de aprimoramento de potencialidades individuais e no cotidiano, com reconhecimento na sociedade atual.

O ambiente de trabalho poderá ser uma das fontes de satisfação que geram estímulos adequados em qualidade e quantidade suficientes para a realização, satisfação e felicidade do ser humano, integrado a outros estímulos provenientes do lazer, relacionamento familiar, conjugal, entre outros (SCHMIDT, *et al.*, 2013).

O indivíduo influencia e é influenciado pelo meio em que vive, e a conjugação da sua história de vida biopsicossocial com o trabalho, implicará que este permita a descarga de vivências, experiências e emoções, assumindo um papel equilibrante na vida psíquica do homem (VIDO; FERNANDES, 2007).

Assim, a relação trabalho e saúde estão diretamente relacionadas à organização das condições de trabalho. Para a manutenção da saúde física e mental dos profissionais há que se considerar as adaptações necessárias relacionadas à pessoa que irá exercer determinado tipo de atividade e a forma que irá exercitá-la (CARVALHO; MAGALHÃES, 2013).

Dentre os estudos sobre QV no trabalho, poucos têm discutido a saúde do trabalhador em seu contexto geral, ou seja, a saúde sendo afetada pelos fatores ambientais, comportamentais e organizacionais (ALVES, 2013).

O estresse no trabalho, outro fator a ser considerado no aspecto patológico da Saúde Mental, provoca conseqüências, principalmente sob a forma de problemas na saúde física e mental na satisfação no trabalho e com os colegas de trabalho, desencadeando as cobranças institucionais (CARVALHO; MAGALHÃES, 2013).

A QV, além de ser ímpar, também é temporal, pois a vivência de uma determinada situação pode ou não proporcionar uma QV momentânea ou por um período mais longo. A relação entre o ambiente familiar e a sociedade pode causar transformações importantes na vida do profissional de enfermagem (CARVALHO; MAGALHÃES, 2013).

METODOLOGIA

O estudo realizado consistiu em uma pesquisa bibliográfica do tipo sistêmico. A revisão sistemática é um método de pesquisa que permite agrupar estudos primários, extraindo deles a melhor evidência científica (COCHRANE, 2007).

Inicialmente, buscou-se estudos vinculados à QV de profissionais que reunissem elementos teóricos de artigos científicos sobre o tema, constituído principalmente busca *on line* nas bases de dados BIREME, em LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE - Literatura

Internacional em Ciências da Saúde, Biblioteca Cochrane e SciELO - Scientific Electronic Library Online, utilizando como descritores: Qualidade de Vida, Equipe de Enfermagem e Saúde Mental.

A avaliação crítica dos estudos e a pré-seleção dos artigos deu-se com a leitura dos resumos na própria base de dados *on-line*, seguida pela seleção dos artigos e a sua leitura na íntegra.

Em relação aos aspectos éticos, houve o cuidado em citar os autores consultados e as respectivas bases de dados *on-line* que disponibilizam os estudos.

ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados dessa pesquisa identificaram inicialmente 31 (trinta e uma) publicações em QV, e destas, onze atendiam ao descritor Qualidade de Vida, sete ao descritor Equipe de Enfermagem, três ao descritor Educação em Enfermagem, Saúde Ocupacional e Saúde Mental, e duas, aos descritores Sofrimento Psíquico e Satisfação no Emprego, no período compreendido entre 2000 e 2009 e disponibilizados na língua portuguesa.

Quadro 1 - Descritores informados nos artigos

Descritores	Qualidade de Vida	Equipe de Enfermagem	Saúde Ocupacional	Saúde Mental	Sofrimento Psíquico	Educação em Enfermagem	Satisfação no emprego
Número de publicações	11	7	3	3	2	3	2

Dessa busca *on-line*, dezessete artigos atendiam ao propósito do estudo, considerando o roteiro de coleta de dados especialmente criado para tal.

Dos artigos selecionados, seis concentram-se no ano de 2006, seguido de três artigos nos anos de 2003 e 2005, dois em 2004, e um artigo nos anos de 2000, 2007 e 2008.

Quadro 2 - Ano de publicação dos artigos

Ano	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Nº de artigos publicados	1	3	2	3	6	1	1	17

Constatou-se, após a seleção dos artigos, que cinco foram publicados na Revista Latino Americana, ou seja, periódico científico onde houve a maior concentração de publicações sobre QV de profissionais de enfermagem. No entanto, os outros onze artigos foram publicados em distintos locais de publicação, a saber: Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista Reme; Revista de Psicanálise; Revista Ciência Psicologia; Saúde Pública; Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de

Enfermagem da UERJ, Revista Texto e Contexto, Revista Ciência Saúde e Cuidado; e, *On-line brazilian journal of nursing*. Um artigo foi publicado em decorrência de sua apresentação em Congresso, na Revista Brasileira de Psiquiatria.

Em relação a formação dos autores dos artigos estudados, onze artigos foram publicados por enfermeiros, um por psicólogo, um por estudante de enfermagem e quatro não trouxeram informações acerca da formação dos autores.

Quadro 3 – Formação dos autores

Formação dos autores	Enfermeiros	Psicólogo	Estudante	Sem informação	TOTAL
Número de artigos	11	1	1	4	17

Nesse contexto, verifica-se que são os enfermeiros que mais publicaram a produção científica sobre QV no período estudado, o que nos faz refletir sobre a importância que assume a QV para esse profissional nas equipes.

A formação dos autores, quando se faz uma revisão bibliográfica, é uma informação de suma importância, visto que permite uma avaliação do pesquisador relativo ao tema investigado sob a ótica da formação profissional do autor. Deveria compor como critério de submissão de artigos para publicação a sua informação: um pré requisito para publicações.

Apenas um estudante teve participação em autoria nas publicações

disponibilizadas nas bases de dados, um número reduzido considerando-se a graduação o espaço de ensino, pesquisa e extensão universitária. Os estudantes devem ser estimulados à produção científica durante a sua graduação, publicando artigos, pois somente assim estarão inseridos nos espaços formativos e no mundo do trabalho posteriormente.

Em relação à titulação dos autores, verificou-se que seis possuem doutorado, quatro são mestres, um é especialista, um é estudante e cinco artigos não dispõem dessa informação, evidenciando que a produção científica na área da QV deu-se nos diferentes níveis formativos.

Quadro 4 - Titulação dos Autores

Titulação	Doutor	Mestre	Especialista	Em Graduação	Sem Informação	TOTAL
Número de publicações	6	4	1	1	5	17

Em relação ao tipo de estudo, dos dezessete artigos encontrados, dois utilizaram a revisão sistêmica em banco de dados, oito artigos trataram-se de

estudos qualitativos, sete estudos eram do tipo quantitativo e não houve publicação do tipo estudo de caso ou relato de experiência.

Quadro 5 - Tipo de estudo

Tipo de estudo	Revisão Sistêmica	Estudo de caso	Abordagem Qualitativa	Abordagem Quantitativa	TOTAL
Número de artigos	2	0	8	7	17

Os artigos estudados originaram-se de diferentes tipos de produção científica. Um estudo é resultante de um trabalho de conclusão de curso da graduação, dois tem

sua origem em dissertação de mestrado, quatro divulgam teses de doutorado e, dez artigos não referem o estudo que originou a sua publicação.

Quadro 6 - Tipo de estudo que gerou o do artigo

Origem do estudo	TCC	Dissertação	Tese	Sem Informação	TOTAL
Número de artigos	1	2	4	10	17

Nesse contexto, foram os pesquisadores doutores que mais socializaram seus achados, compartilhando as informações no meio científico por meio de artigos abordando QV.

Em relação ao seu contexto, evidenciou-se que a maior parte dos dados discutidos metodologicamente tinha o hospital como cenário, compondo nove

artigos. A comunidade foi o espaço estudado e publicado em um único artigo, quatro foram realizados em universidades e dois em banco de dados *on-line*. Não foram encontrados publicações com foco em atuação dos profissionais de enfermagem em empresas.

Nosso estudo permite verificar que o hospital foi o cenário que mais originou artigos publicados sobre QV, seguidos pela Universidade.

Quadro 7 - Local do estudo

Local do estudo	Hospital	Comunidade	Universidade	Empresa	Banco de Dados	TOTAL
Número de artigos	9	1	4	0	2	17

O maior bem de um hospital são seus trabalhadores, sua saúde e segurança. Por isso, é fundamental se discutir as dificuldades, as exigências impostas pela realidade hospitalar, com a finalidade de garantir relações mais solidárias entre os trabalhadores de saúde, seus pacientes e familiares (OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

A universidade é tida como um espaço que propicia vivências promotoras e não promotoras de QV aos alunos. Há a necessidade de encontros sistematizados,

nos quais alunos e professores discutam a construção individual e coletiva de estratégias de enfrentamento para a sua promoção (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2008).

A equipe de enfermagem foi objeto de estudo em sete artigos, os alunos em quatro, os enfermeiros em dois e em um artigo, a equipe de saúde foi estudada, como mostra o quadro a seguir. Entretanto, não houve referência de estudos que envolviam familiares em sua contextualização.

Quadro 8 - Sujeitos do Estudo

Sujeitos do estudo	Enfermeiros	Equipe de Enfermagem	Alunos	Equipe de saúde	Familiares	Não se aplica	TOTAL
Número de artigos	2	7	4	1	0	2	17

Relativo à QV em ambiente acadêmico, estudo evidenciou que 64% dos estudantes de enfermagem referem satisfação com a sua QV, porém, 36%

apresentam problemas significativos de saúde e que demandam necessidades específicas que justificariam a implantação de programas de apoio e suporte para o

enfrentamento das situações de sofrimento no contexto formativo (SAUPE *et al.*, 2004).

Seriam situações promotoras de QV na formação de alunos de enfermagem, as experiências extracurriculares, relação professor aluno e o relacionamento entre alunos. A falta de acolhimento por parte dos professores e enfermeiros de campo, a falta de integração com as equipes, a carga horária excessiva para o aluno trabalhador são tidos como não promotores de QV. Evidencia-se

o importante papel da educação como estratégia de medidas eficazes na busca da qualidade do cuidado dos profissionais (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2008).

Em relação à área dos artigos analisados, onze artigos concentraram-se no tema Mundo do trabalho, quatro artigos sobre ensino, um artigo na área assistencial, um sobre pesquisa e nenhum sobre gestão.

Evidenciou-se que o tema de maior interesse foi o relacionado ao mundo do trabalho da enfermagem.

Quadro 9 - Área do artigo

Área de aplicabilidade	Assistencial	Ensino	Mundo do Trabalho	Pesquisa	Gestão	TOTAL
Número de artigos	1	4	11	1	0	17

Conhecer fatores de QV que propiciam saúde mental, prazer, sofrimento no trabalho, abre possibilidades de mudanças para o exercício da enfermagem, contribuindo para a luta por questões de trabalho mais humanas e justas (COIMBRA *et al.*, 2005): A qualidade da assistência prestada está diretamente ligada a saúde de quem a realiza, um alerta feito aos profissionais de enfermagem: repensem suas maneiras de lidar com o trabalho considerando as dificuldades impostas pela sua profissão.

Intensificar ações de QV facilitaria a mudança de paradigmas quanto à prática assistencial do processo saúde doença, resultando na superação de modelos eminentemente biomédicos, que descartam, na maioria das vezes, aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (CARVALHO; MAGALHÃES, 2013).

Faz-se relevante a adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional, de modo a elevar o controle sobre o trabalho e redimensionar os níveis de demanda psicológica. Nesse sentido, as manifestações psicoemocionais como

ansiedade, fadiga, crises de choro também revelam premissas de opressão mental, as quais alteram o equilíbrio emocional do indivíduo e conseqüentemente a QV. As manifestações psicossomáticas que afetam o profissional de enfermagem são a vulnerabilidade cardíaca, respiratória, muscular e gastrointestinais (ROCHA; FELLI, 2004).

São as cargas de trabalho os elementos que interagem entre si e o corpo do trabalhador gerando processos de adaptação e também de desgaste (ROCHA; FELLI, 2004): Os problemas de saúde apresentados pelos profissionais de enfermagem em uma instituição de saúde são gerados pela exposição desses trabalhadores a uma diversidade de cargas, ou seja, biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.

Na enfermagem, os turnos de trabalho diurno e noturno também são elementos que podem influenciar a QV desses profissionais. O trabalho noturno poderia por si só ser considerado um fator de mudança para pior na QV dos funcionários, quando comparado com os trabalhadores diurnos. A atuação no horário noturno possibilita um melhor ganho financeiro, fazendo com que os trabalhadores enfrentem as dificuldades

de forma mais otimista, podendo assim, avaliar sua QV da mesma forma que os trabalhadores diurnos (JUNIOR; SIQUEIRA; GONÇALVES, 2006).

Estar saudável associa-se à satisfação das necessidades humanas básicas e o trabalho é considerado um elemento fundamental para a saúde das pessoas. Desde que realizado em condições saudáveis, promove sensação de bem estar, refletindo na melhoria das condições de trabalho e na assistência de enfermagem prestada e, conseqüentemente, na QV de seus trabalhadores (OLER, *et al.*, 2005).

Os achados reforçam a relevância da adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional das instituições de modo a elevar o controle sobre o trabalho e redimensionar os níveis de demanda psicológica de seus recursos humanos, traduzindo-se em QV (SOUZA, *et al.*, 2012). Os trabalhadores que mais estão satisfeitos com as atividades que desempenham são os que apresentam os níveis mais altos de bem estar físico e psicológico (RABELO; TORRES, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esse estudo sistêmico mostrou o quanto o acesso e a disponibilização do conhecimento científico está facilitado pelas bases de dados *on-line*, permitindo um acesso seguro e de fácil localização de publicações, visto o rigor científico presente nos critérios para a publicação de estudos em periódicos científicos indexados. Quando um artigo é disponibilizado em uma base de dados *on-line*? Após haver sido submetido a um periódico, já tendo sofrido uma análise metodológica e ética, e haver se adequado às normas de publicação com avaliação de *experts* na área do estudo.

Identificar produções científicas acerca da QV dos profissionais de enfermagem, proporcionando discussões e reflexões sobre esses sujeitos, favoreceu o aprofundamento dos trabalhos selecionados, possibilitando um repensar crítico de como o enfermeiro vem se inserindo em

pesquisas. Sua autoria em trabalhos publicados ainda é muito limitada tendo em vista a variedade de temáticas que ainda poderiam ser exploradas no contexto laboral.

Recomenda-se que os estudos realizados pelo enfermeiro sejam mais publicados, a fim de compartilhar o conhecimento produzido nos cenários de prática sobre QV dos profissionais de enfermagem, tornando seus achados públicos e permitindo uma QV instruída cientificamente, tendo como autor o enfermeiro.

Qualidade de Vida dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar foi o cenário de eleição da maioria dos autores. Sugere-se um investimento em publicações em práticas profissionais como na atenção básica, na escola infantil, no serviço de atendimento móvel de urgência, nas instituições de longa permanência, nas comunidades, e que podem contribuir com novos resultados em QV na enfermagem.

É de extrema importância que o enfermeiro observe, analise, proporcione e promova a QV em sua equipe, resultando em um cuidado mais humanizado por uma equipe menos doente. Estudos dessa natureza não foram encontrados nas bases de dados *on-line*. Sugere-se que o enfermeiro publique mais os estudos de que participa, pois a sua atuação gerencial engloba a QV dos profissionais de enfermagem, cujos achados não estão publicados.

Outro fato que se destaca é de que apenas um dos artigos estudados contou com a participação de um aluno de graduação em enfermagem em sua autoria. Repete-se aí a mesma situação caracterizada pelo enfermeiro: mesmo com inserção acadêmico-institucional e envolvimento em pesquisas, ainda é pequeno. As universidades devem proporcionar e estimular no graduando de enfermagem o contato com pesquisas, tornando-a uma constante em sua vida acadêmica e como futuro profissional, despertando nele o hábito de publicar os seus achados científicos.

A QV dos profissionais de

enfermagem tem sido afetada pela sobrecarga de trabalho, em decorrência de jornadas duplas e triplas de trabalho, levando ao desgaste físico e psicológico, prejudicando as relações sociais e até mesmo a assistência prestada.

Os profissionais de enfermagem que mais estão satisfeitos com as atividades que desempenham melhor realizam suas atividades. Nesse sentido, faz-se relevante a adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional, de modo a elevar o controle sobre o trabalho e redimensionar os níveis de demanda psicológica.

A figura do enfermeiro, como líder da equipe, é de extrema importância, pois este profissional pode proporcionar espaços de escuta e de acolhimento aos integrantes de sua equipe, incentivando-os a aprender a cuidar de si e, conseqüentemente, dos outros.

Os estudos sobre QV devem criar espaços para discussões coletivas no trabalho, propiciando o comprometimento dos profissionais de enfermagem com a melhoria da saúde ocupacional e da organização do trabalho, subsidiando novos estudos e publicações.

Recomenda-se que, periodicamente, ocorram estudos como este para avaliação do que está sendo produzido sobre QV e que os periódicos em enfermagem sejam uma fonte de consulta e divulgação de publicações para os enfermeiros e outros profissionais.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. F. Qualidade de vida do cuidador de enfermagem. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v. 26, n.1, p. 36-44, 2013.

CARVALHO, C. G; MAGALHÃES, S.

R. Quem cuida do cuida [dor]: principais fatores que interferem na saúde dos profissionais de enfermagem, uma visão biopsicossocial. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 5, n. 3, p.122-131. 2013.

CARANDINA, D.M. **Qualidade de vida no trabalho**: construção de um instrumento de medida para enfermeiras. 2003. [Tese de Doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem - USP; 2003.

Centro Cochrane do Brasil. 2007. Disponível em: <<http://www.centrocochranedobrasil.org.br>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

CONCEIÇÃO, M. R. et al. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o whoqol-bref. **Escola Anna Nery**. v.16, n. 2, p.320- 325. 2012.

COIMBRA, V.C.C. *et al.* A saúde Mental e o Trabalho do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 26, n.1, p. 42-9. 2005. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-421451>>. Acesso em: 20 de agosto 2013.

JÚNIOR, A. C. S; SIQUEIRA, F. P. C; GONÇALVES, B. G. O. G . O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.10, n. 1, p. 41-45. 2006. Disponível em:< <http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-443174>>. Acesso em: 20 agosto 2013.

OLIVEIRA, R.A; CIAMPONE, M.H.T. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a construção de um processo e intervenções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.42, n.1, p. 57-65. 2008.

OLIVEIRA, P.T; MOREIRA, A. C. G. Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Revista Psicanálise**, Ano XIX , n.185, 2006. Disponível em: <<http://>>

search.bvsalud.org/regional/resources/lil-473808o>. Acesso em: 14 julho 2013.

OLER, F.G. *et al.* Qualidade de vida da enfermagem do centro cirúrgico. **Revista Ciência e Saúde**. v.12, n. 2, p. 102-110. 2005. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-431143>>. Acesso em 20 agosto 2013.

RABELO, I. V. M; TORRES, A. R. R. Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. **Revista Psicologia da Ciência Profissional**. v.25, n.4, p.614-25. 2005.

ROCHA, S. S. L; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.12, n.1, p.28-35. 2004. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-358280>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

SAUPE R. *et al.* Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.12, n. 4, p. 636-42. 2004. Disponível em:

<<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-382954>>. Acesso em: 20 agosto 2013.

SCHMIDT, D.R.C, et al. Qualidade de vida no trabalho e *burnout* em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 66, n.1, p. 13-17. 2013.

SOUZA, L. A; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à realidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 28, n.1, p.:50-58, 2006.

SOUZA, S. B. C et al. Influência do turno de trabalho e cronotipo na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Gaúcha Enferm**. v.33, n.4, p.79-85. 2012.

VIDO, M.B; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. **On Line Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n. 2, p. 1-15, 2007. Disponível em <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/23308>>. Acesso em: 8 de agosto de 2013.

ENTREVISTA TELEFÔNICA COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS¹

Stela Maris de Mello Padoin², Elaine Lutz Martins³, Andressa Peripolli Rodrigues⁴, Cristiane Cardoso de Paula⁵, Tatiane Correa Trojahn⁶, Marília Alessandra Bick⁷

RESUMO: A entrevista é apontada como uma ferramenta adequada para a coleta de dados quando o pesquisador busca apreender aspectos da subjetividade dos sujeitos do estudo. Destaca-se que a entrevista para a coleta dos dados pode ser mediada pelo telefone, pois combina baixo custo e facilidade na administração das questões com altas taxas de respostas. No entanto, assim como as outras, a entrevista por telefone requer preparo prévio dos investigadores, tanto para a construção das questões como para o momento da entrevista. Diante disso, este artigo tem o objetivo de relatar a experiência da entrevista telefônica como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem. Trata-se de um relato de experiência da utilização da entrevista mediada pelo telefone com o objetivo de caracterizar o tipo de alimentação de recém-nascidos de baixo peso (RNBP) egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os resultados apresentaram algumas vantagens e limitações presente no processo de coleta de dados, bem como estratégias fundamentais utilizadas pelos pesquisadores, além de contribuições da utilização da entrevista telefônica para futuras pesquisas no campo da saúde. Dessa forma, percebe-se a necessidade de ampliação e divulgação de novas técnicas de coletas de dados, proporcionando amparo aos pesquisadores em busca de dados precisos e fidedignos.

DESCRITORES: Enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Coleta de dados; Educação em enfermagem.

TELEPHONE INTERVIEW AS TECHNICAL DATA COLLECTION IN NURSING: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

KEYWORDS: Nursing; Nursing research; Data collection; Education, Nursing.

¹ Relato de experiência proveniente do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/ Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na UFSM. Líder do GP PEFAS. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF UFSM, Santa Maria/RS, Brasil. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

³ Enfermeira Obstétrica. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro/RJ. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade – GP PEFAS da UFSM/ RS, Brasil. E-mail: elainelutzmartins@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza/ CE. Membro do GP PEFAS da UFSM/RS, Brasil. E-mail: andressaufsm@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na UFSM, Santa Maria/RS, Brasil. Líder do GP PEFAS. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com

⁶ Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF UFSM. Membro do GP PEFAS, Santa Maria/RS, Brasil. E-mail: tatitrojahn@yahoo.com.br

⁷ Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Graduação em andamento em Tecnologias de Alimentos na UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade – GP PEFAS da UFSM/ RS, Brasil. E-mail: mariliabick@gmail.com

INTRODUÇÃO

Devido ao crescente interesse no desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde, tem-se buscado um rigor metodológico cada vez mais apurado e bem delineado. Para tal, é necessário atentar para as características das investigações no sentido de manter a coerência e a consistência dos estudos, principalmente, para a construção do objeto de estudo e questão de pesquisa, o estabelecimento de estratégias para a etapa de campo e a escolha da técnica de coleta e análise dos dados (GÜNTHER, 2006).

Nesse sentido, a entrevista é apontada como uma ferramenta adequada para a coleta de dados quando o pesquisador busca apreender aspectos da subjetividade dos sujeitos do estudo. Esta pode ser caracterizada desde uma conversa informal, com uma finalidade, até um roteiro padronizado, e que podem ser denominadas como: estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas (SILVA et al., 2006).

Além disso, ela pode ser desenvolvida face a face ou mediada. Na entrevista face a face, entrevistador e entrevistado se encontram diante um do outro e podem sofrer influências verbais e não verbais. Na segunda, a comunicação pode acontecer por meio do telefone, de um ambiente virtual, de um questionário, entre outros (SILVA et al., 2006; VIEIRA; DIAS, 1994).

Dentre estes, destaca-se a entrevista mediada pelo telefone como técnica de coleta de dados que combina baixo custo e facilidade na aplicação das questões com taxas altas de respostas. A expansão da telefonia fixa e móvel é expressiva nos últimos anos, podendo ser alternativa de contato e acompanhamento de estudos, especialmente nas áreas urbanas. No entanto, apesar de tratar-se de uma técnica em que os resultados são obtidos com rapidez, a entrevista por telefone requer preparo prévio dos investigadores, tanto para a construção das questões como para o momento da entrevista (CASSIANI; ZANETTI; PELÁ, 1992).

Diante disso, o presente estudo objetivou relatar a experiência da entrevista telefônica utilizada como coleta de dados para caracterizar o tipo de alimentação de recém-nascidos de baixo peso (RNBP) egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da utilização da entrevista mediada pelo telefone em uma pesquisa de conclusão de curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Esta foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria, com RNBP que internaram na UTIN entre 01 de agosto de 2009 à 31 de agosto de 2010. Esse corte temporal foi estabelecido para que os RNBP tivessem idade igual ou superior a um ano de vida no período de coleta dos dados, que foi realizada entre agosto e outubro de 2011.

Para a busca dos recém-nascidos (RN), foi realizado um levantamento inicial em registros da UTIN, obtendo-se uma população de 163 RNBP. Após, iniciou-se a análise dos prontuários dos RNBP, em que, considerando os critérios de exclusão, obteve-se um total de 153 RNBP, no qual foram selecionados para a entrevista telefônica.

Destes RNBP, 58 (37,90%) os números telefônicos não estavam disponíveis durante as tentativas, três responsáveis pelo RNBP (1,96%) recusaram-se em participar da pesquisa e 17 RNBP (11,11%) foram excluídos, pois quem atendeu o telefonema não conhecia o RN. Ainda, que se tenha sofrido perdas, a população contemplou um total de 44,17%, ou seja, 72 RNBP analisados no estudo.

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário contendo dados referentes à internação do RN (data de nascimento, data de internação e alta da UTIN, hospital em que nasceu, período de internação, sexo, peso ao nascer, apgar, motivo da internação, tipo de alimentação durante internação e no momento da alta, além de dados maternos

como idade gestacional, idade materna no momento de parto, tipo de parto); dados sociodemográficos da mãe, quando era esta a entrevistada (número de filhos, realização de pré-natal na gestação dessa criança e o número de consultas, se a puérpera trabalhou no primeiro ano de vida do seu filho, se teve licença maternidade, sua escolaridade, estado civil e renda familiar); e o tipo de alimentação do RNBP, desde a alta hospitalar até um ano de vida.

Além disso, foi realizada a capacitação prévia dos investigadores para coleta de dados, bem como encontros semanais para esclarecimento de dúvidas e troca de informações e experiências a respeito do andamento da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebe-se que o uso da técnica de levantamento de dados por telefone tem sido um dos métodos mais utilizados, o que pode ocorrer devido à expansão de telefones domésticos e de celulares (GRAY, 2012). Em 2008, mais da metade (53,8%) da população de dez anos ou mais, ou seja, cerca de 86 milhões de pessoas, tinham telefone celular, o que representava um percentual de 36,6% em 2005, correspondendo a 56 milhões de pessoas. De 2005 para 2008, enquanto a população de dez anos ou mais de idade cresceu 5,4%, o contingente com celular teve aumento de 54,9%. Das pessoas com celular de uso pessoal, 44,7% (38,6 milhões) não tinham telefone convencional, percentual decrescente, de acordo com o aumento do rendimento mensal domiciliar per capita (IBGE, 2009).

Diante desta expansão dos telefones celulares, o contato telefônico tornou-se uma das formas mais comuns de comunicação, sendo utilizada para diversas finalidades. No campo da pesquisa, esta realidade também está presente por meio da entrevista mediada pelo telefone, porém ao utilizar este método, assim como os outros, algumas vantagens e desvantagens podem surgir, devendo ser levada em consideração no

momento de escolher por esta técnica. Diante disso, no presente estudo, realizado para identificar o tipo de alimentação de RNBP, optou-se pela entrevista telefônica para coleta de dados, devido à maior abrangência que este método disponibiliza, além do fácil acesso aos entrevistados conforme interesse e disponibilidade de horário.

Destaca-se que a principal vantagem da entrevista por telefone é a necessidade de o pesquisador obter dados em curto espaço de tempo, sendo esta, muitas vezes, a razão de sua escolha (CASSIANI; ZANETTI; PELÁ, 1992). Nesse sentido, a rapidez e o baixo custo proporcionam, para este tipo de coleta de dados, uma grande vantagem de utilização da técnica, pois levantamentos extensos, que tomam por base listas telefônicas, podem ser realizados em poucos dias, ou até poucas horas (DORNELLES, 2000).

As entrevistas telefônicas são uma forma relativamente barata de coletar dados de pesquisa, além de o entrevistador poder conduzi-las em um lugar de sua escolha, evitando assim problemas de segurança, como por exemplo, ter que se deslocar até um bairro perigoso. Além disso, os entrevistados podem ser menos influenciados pelo entrevistador ao se utilizar o telefone do que por um entrevistador que a faça pessoalmente (PIEPER, 2011).

Para utilização deste método alguns fatores devem ser levados em consideração como: a persistência do entrevistador nas tentativas de contato telefônico, prevalecendo à disponibilidade de horário do entrevistado; a formulação do questionário deve apresentar perguntas de fácil compreensão e não muito extensas; a busca de estratégias que minimizem as desvantagens do processo, fazendo com que o tipo de técnica não interfira negativamente na coleta de dados.

Dessa forma, no presente estudo, o contato inicial com os familiares do RNBP foi realizado para apresentar o convite de participação na pesquisa, bem como, a leitura do termo de consentimento livre e

esclarecido, enfatizando os objetivos da pesquisa, detalhes da participação, preceitos éticos e os direitos dos sujeitos envolvidos na entrevista. Além disso, se os participantes desejassem era agendado um novo horário para realização da entrevista. Neste aspecto, percebeu-se uma adesão para a participação na pesquisa quando a mesma foi realizada em horários flexíveis para os participantes.

No contato telefônico é necessário que os entrevistadores se identifiquem e apresentem as instituições afiliadas ao estudo, além do consentimento verbal que deve ser obtido antes de iniciar a pesquisa. Ainda, a entrevista pelo telefone pode proporcionar um valioso ponto de contato com as pessoas e permite que o entrevistador encaminhe para o atendimento mais adequado, quando indicado (PIEPER, 2011).

Neste sentido, os entrevistadores devem receber capacitação para realizar a entrevista telefônica, buscando minimizar situações que possam surgir e que venham prejudicar o bom andamento da coleta de dados. Ainda, os mesmos devem apresentar empatia, transmitir as informações da pesquisa e seus objetivos adequadamente, clareza na realização das perguntas, capacidade de escuta, atentar para possíveis alterações na entonação da voz, direcionar as dúvidas dos entrevistados para o final da coleta de dados, sem perder a confiança do mesmo e esclarecendo todas as inquietações. Nesta perspectiva, realizaram-se encontros semanais para discussões do andamento da entrevista telefônica, buscando uma padronização das informações e troca de experiência da utilização desta técnica de coleta de dados.

Sabe-se que a entrevista mediada pelo telefone depende inteiramente da comunicação verbal do que da visual, por isso, palavras mal pronunciadas e dificuldade na audição ou dicção podem resultar em prejuízos, uma vez que as pessoas respondem ao que ouviram. Ressalta-se que, às vezes, as pessoas são chamadas ao telefone no meio de suas atividades e podem continuar a exercê-las, como por exemplo,

assistindo televisão ou preparando refeições, o que resulta em uma atenção parcial à entrevista (CASSIANI; ZANETTI; PELÁ, 1992).

Outro fator importante que deve ser levado em consideração na entrevista telefônica é a formulação das perguntas do questionário que será utilizado para coleta de dados. Neste estudo, optou-se por perguntas de fácil compreensão e com respostas objetivas, facilitando o entrevistador no preenchimento do questionário. Dessa forma, as entrevistas foram conduzidas de forma dialogada e, quando a pergunta não era respondida pelo relato inicial, eram refeitas as perguntas de base para direcionar o foco do estudo.

Ressalta-se que essa estratégia possibilitou maior disponibilidade de informações e liberdade dos entrevistados, devido ao espaço aberto para relatar a respeito do tipo alimentação dos RNBP após alta hospitalar. Dessa forma, percebe-se que a estrutura do questionário é muito importante, tanto para o entrevistador quanto para o entrevistado.

Este aspecto relevante deve ser considerado no momento do planejamento do estudo, uma vez que o questionário não deve ser extenso, sendo elaborado com um pequeno número de perguntas, pois muitas pessoas se incomodam quando interrompidas em suas atividades, com uma grande quantidade de questões (DORNELLES, 2000). Assim, torna-se necessário considerar que as perguntas sejam curtas e simples, com opções de resposta pouco numerosas e curtas, no limite de 20 palavras ou menos, e linguagem mais simples possível (GRAY, 2012).

Em relação às desvantagens desta técnica de coleta de dados, considera-se que a entrevista telefônica pode causar perdas significativas de sujeitos, muitas vezes, ocasionadas pelo número telefônico ter sido trocado de operadora ou pela indisponibilidade do contato telefônico do familiar do RNBP. No presente estudo, a maioria dos sujeitos possuíam aparelho celular e os que não possuíam,

apresentavam contato telefônico de um vizinho ou conhecido anexado ao prontuário médico. Com relação a este último aspecto, pode-se considerar uma limitação, pois durante contato telefônico com o vizinho, o mesmo relatava não conhecer o RNBP ou familiar do mesmo.

Outras limitações também são relatadas como a dificuldade em detectar respostas incorretas, a limitação na coleta de informações detalhadas, a dificuldade em obter os telefones das pessoas e por atingir somente os indivíduos que possuem este recurso (CASSIANI; ZANETTI; PELÁ, 1992). Além disso, o ruído ao fundo da ligação (por exemplo, televisores altos ou outras conversas) podem interferir nesse processo, o que dificulta para o entrevistador ouvir as respostas. Em tais casos, o entrevistador deve perguntar se a pessoa que está sendo entrevistada não poderia ir para um local mais silencioso enquanto estiver respondendo as questões (PIEPER, 2011).

No entanto, mesmo diante das dificuldades apresentadas, o uso do telefone para coletar dados pode se tornar uma experiência rica e interessante. Assim, a entrevista por telefone pode ser um meio útil de gerar dados, possibilitando respostas rápidas às questões (CASSIANI; ZANETTI; PELÁ, 1992).

Além disso, diversos pesquisadores têm conseguido eficácia em seus estudos por meio deste tipo de coleta de dados (COSTA et al., 2009; BARROS et al., 2009). No que tange a enfermagem, pesquisadores também têm utilizado tal recurso em seus estudos (DENNIS, 2002; DENNIS, 2003), até mesmo fazendo uso do telefone como estratégia de intervenção (BECKER, 2010). Ainda, a utilização do telefone como estratégia para coleta de dados em pesquisas na área da saúde materno-infantil já vem sendo empregada há algum tempo, principalmente, para a avaliação de intervenções educativas em enfermagem (SHEEHAN, 1999; LIN et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista telefônica pode ser considerada uma técnica eficiente de coleta de dados, e seu uso deve ser expandido para as pesquisas em enfermagem. Destacam-se algumas vantagens em sua utilização, como a maior abrangência de sujeitos em um curto espaço de tempo, custo baixo, adesão dos entrevistados conforme disponibilidade de horários flexíveis e de sua escolha, influência reduzida do entrevistador, entre outras. Como limitações, observou-se a necessidade de utilizar questões curtas e em pequeno número e, ainda, a perda significativa de sujeitos devido ao fato de ocorrer mudanças do número de telefone.

Ressalta-se que a escolha por esse método deve ser realizada conforme perfil do estudo, necessitando de capacitação da equipe de coleta de dados e encontros semanais para esclarecimentos, com vistas a diminuir as possíveis desvantagens que esta técnica apresenta, sem prejudicar os achados. Com isso, é necessária a ampliação e divulgação de novas técnicas de coletas de dados, proporcionando visibilidade para o campo da pesquisa em enfermagem e, ao mesmo tempo, a busca por dados precisos e fidedignos.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

BARROS, M.B.A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*, v.43, supl. 2, p. 27-37, 2009.

BECKER, T.A.C. O acompanhamento por telefone como estratégia de intervenção de enfermagem no processo de aplicação de insulina no domicílio. 2010. 160 p. Dissertação (Mestrado em

- Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- CASSIANI, S.H.B, ZANETTI, M.L., PELÁ, N.T.R. Entrevista por telefone: estratégia metodológica para coletar informações da população. **Rev Paul Enf.**, v.11, n.1, p.30-4, 1992.
- COSTA, M.F.F.L. et al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p.18-26, 2009.
- DENNIS, C.L. Breastfeeding Peer Support: Maternal and Volunteer Perceptions from a Randomized Controlled Trial. **BIRTH.**, v. 29, n. 3, p. 169-76, 2002.
- DENNIS, C.L. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 48, p. 115-24, 2003.
- DORNELLES, S.M.G. A utilização das pesquisas de opinião: um sinal dos novos tempos nas relações com o público consumidor atual. Faculdade de Comunicação social – FAMECOS - PUCRS, 2000.
- GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 488 p.
- GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 22, n. 2, p.201-20, 2006.
- HUANG, M.Z. Evaluating effects of a prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. **Midwifery**, v.32, p. 1571-79, 2007.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
- LIN, C.H. et al. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, p. 2838-45, 2008.
- PIEPER, P. Telephone Interviews in Research With Children. **J Pediatr Health Care**, v. 25, p. 409-12, 2011.
- SCHMIDT, M.I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 74-82, 2009.
- SHEEHAN, A. Acomparison of two methods of antenatal breast-feeding education. **Midwifery**, v.15, p. 274-82, 1999.
- SILVA, G.R.F. et al. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006.
- VIEIRA, T, DIAS, T.R.S. A entrevista na pesquisa: estudo da interação entrevistador-entrevistado. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 10, n. 2, p. 299-316, 1994.

Revista Cadernos de Ciência e Saúde

APRESENTAÇÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista **Cadernos de Ciência e Saúde** é uma publicação multidisciplinar na área da saúde de periodicidade trimestral.

Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde.

Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

MISSÃO DA REVISTA

Divulgar resultados de pesquisas na área das ciências da saúde que contribuam para a prática profissional e para o avanço do conhecimento científico.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS ARTIGOS

A revista adota o sistema de avaliação por pares (*Double blind peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes de revisores e autores. Os pareceres/avaliações emitidos pelos revisores são apreciados pelos editores em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Os artigos submetidos, que atendem às “instruções aos autores” e que se enquadrem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos

consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos aceitos sob condição serão devolvidos aos autores para modificações/alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

Os **Cadernos de Ciência e Saúde** apoiam as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE. Ressalta-se a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em

acesso aberto. Nessa perspectiva somente serão aceitos para publicação os artigos referentes a pesquisas clínicas que apresentem o protocolo de identificação em um dos registros de Ensaio Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser inserido no final do resumo do artigo.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

CATEGORIAS DE ARTIGOS

1. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (até 20 laudas e 5 ilustrações);

1.2 Artigos de pesquisa- resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 18 páginas e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (até 5 páginas e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionada à temática Ciências da Saúde, publicado nos últimos dois anos (máximo de 3 páginas);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior dos Cadernos de Ciência e Saúde (até 3 páginas e 1 ilustração);

1.6 Relato de Experiência (até 15 páginas e 3 ilustrações);

1.7 Reflexão teórica (até 18 páginas e 3 ilustrações);

1.8 Atualização (até 20 páginas);

2. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam colaborações em português.

3. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum

outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde).

5. Os originais devem ser digitados em *Word* respeitando o número máximo de laudas definido por seção da revista.

6. Da folha de rosto devem constar título em português que deve ser centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.

Abaixo do título: Nomes dos autores (centralizado; não deve estar em caixa alta; inicia-se pelo primeiro nome, seguido do nome do meio e por último o sobrenome) com as informações, em nota de rodapé, referentes a cada autor na seguinte ordem: Titulação, vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso), Cidade, Estado (abreviação), País e e-mail.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a titulação, a atividade profissional, a cidade, o estado e o país.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a sete. Acima deste número serão listados nos Agradecimentos.

7. **Ainda na folha de rosto** o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de

doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé cuja numeração será no título.

8. **Resumos e descritores** – devem ser apresentados, **na folha de rosto**, dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos de pesquisa – para os de pesquisa, o resumo deve conter entre 160 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo a **introdução**, os **objetivos** do estudo ou investigação, os **métodos** empregados, os principais **resultados** e as principais **conclusões**. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>).

As palavras-chaves devem iniciar com a primeira letra em maiúscula e devem ser separadas por ponto e vírgula (;). Observar na quebra de linha que alguns descritores usam barra (/) e esta deve estar agregada ao descritor;

Alguns descritores são compostos por dois ou mais termos, separados por vírgula e isso tem que ser respeitado.

Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As *keywords* devem seguir o *Medical Subject Headings* (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

As expressões “**PALAVRAS-CHAVE:**” e “**KEYWORDS:**” devem estar em maiúsculo e em negrito.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser

narrativo, entre 200 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

9. O texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 12 com espaço entre linhas 1,5, digitado com paragrafação de 2cm, formato A4, (21cm x 29,7cm). As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 (três) centímetros e direita e inferior de 2 (dois) centímetros.

10. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais (com a seção: **RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**, em caixa alta e negrito) de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: “Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.”

Modelo 2: “Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Autor Z responsabilizou-se por..., etc.”

11. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Todas as ilustrações devem estar dentro do texto com respectivas legendas e numeração em algarismos arábicos.

12. As citações diretas curtas (de até três linhas) são inseridas no texto entre aspas. As citações diretas longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado (4cm da margem esquerda) em fonte tamanho 11 (onze) e espaçamento 1 (um) entre linhas, dispensando aspas. Ressalta-se que deve-se evitar citações diretas no artigo.

13. As citações obedecem à recomendação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em especial a NBR 10.520 ou a que a substituir.

No corpo do texto as citações com mais de três autores devem ser elaboradas utilizando-se o primeiro autor seguido da expressão “*et al.*” que deve estar em itálico. Exemplo: (SANTOS *et al.*, 2011) ou Santos *et al.* (2011).

Quando o artigo for de pesquisa qualitativa e conter falas dos sujeitos de pesquisa deve-se obedecer à seguinte norma: as falas devem estar dispostas no texto **sem recuo** de 4cm da margem e em itálico. Não deve-se usar aspas.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas.

Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são

responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os nomes dos autores devem estar em formato abreviado em todas as referências. As referências de artigos de periódicos devem conter o nome do periódico escrito por extenso. Abreviaturas não devem ser utilizadas nos nomes dos periódicos. A cidade do periódico deve ser omitida na elaboração da referência. Deve-se incluir sem cortes a página inicial e a final do artigo.

Para destaque de nomes dos periódicos, títulos de livros e outros destaques necessários nas referências deve se usar a fonte em **negrito**.

Os autores devem utilizar preferencialmente referências atuais dos

últimos 5 anos. As referências antigas podem ser utilizadas se forem imprescindíveis para a escrita do trabalho e deve se limitar a menos que 30% do total de referências do artigo.

15. **Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

16. **Declaração de Conflito de interesses, Transferência de direitos autorais,**

Responsabilidade - Os autores devem informar, em declaração, qualquer potencial conflito de interesse, a transferência de direitos autorais e a responsabilidade dos autores em uma única declaração (seguir modelo abaixo).

DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses.

Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho “TÍTULO DO ARTIGO” para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo.

Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em

qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista **Cadernos de Ciência e Saúde**.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

17. **Submissões** - As submissões devem ser realizadas via e-mail como arquivo anexo para o seguinte endereço: cienciaesaude@fasa.edu.br

PADRÕES PARA REFERÊNCIAS:

Artigos de periódicos:

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis**, v.9, n.1, p.83-112, 1999.

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

Artigos de periódicos em meio eletrônico:

XAVIER-GOMES, L. M.; ANDRADE-BARBOSA, T. L.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.4, p.779-786, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PEREIRA, B.F.B. *et al.* Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1745-1752, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001400025&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2013.

XAVIER-GOMES, L.M. *et al.* Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v.12, p.89-95, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-89.pdf>>. Acesso em: 20 Jan. 2013.

Livros:

SHULTZ, J. **Ciência e saúde**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 308p.

Capítulos de livros:

PEREIRA, N. T. A mortalidade perinatal no Brasil. In: GUSMÃO, B. (Org.). **Epidemiologia e a saúde coletiva no Brasil: dos anos 80 aos dias atuais**. Rio de Janeiro: Scipione, 2001. p. 140-173.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

GOMES, L. P. Epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 80-89.

Dissertações e teses:

GOMES, L. M. X. **Avaliação da qualidade da assistência prestada à criança com doença falciforme na Atenção Primária no Norte de Minas Gerais**. 2010. 114 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Montes Claros, 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A **construção da Aids**. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993.

229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Jornais:

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

Referência legislativa:

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da

administração direta e das autarquias do Estado e das providências correlatas. **Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

Documentos eletrônicos:

REVENGE, S. J. **The internet dictionary**. Avon: Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 20 jan. 2000.

ALEIJADINHO. *In*: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, G. A. C. **Citações e referências a documentos eletrônicos**. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 de dez. 1996.

COSTA, M. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.



FACULDADES
SANTO AGOSTINHO
Qualidade em Ensino Superior

