

ISSN: 2179-6238 (impresso)
ISSN: 2236-6288 (on line)

Revista de
Pesquisa
em **Saúde**
Journal of Health Research

Volume 17, Nº 2
maio/agosto 2016

Endereço para correspondência:

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)
Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. 4º andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - CEP.: 65020-070
São Luís-MA. Brasil.
Telefone para contato: (98) 2109-1242 | 2109-1092
E-mail: revista@huufma.br
Disponível também em: < <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma> >

Revista de Pesquisa em Saúde

Journal of Health Research

Quadrimestral
ISSN 2179-6238

<i>São Luís - MA - Brasil</i>	<i>volume 17</i>	<i>número 2</i>	<i>páginas 63-130</i>	<i>mai/ago 2016</i>
-------------------------------	------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

Revista de Pesquisa em Saúde / Journal of Health Research é uma publicação quadrimestral do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) que se propõe à divulgação de trabalhos científicos produzidos por pesquisadores com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

As versões impressa e online estão indexadas no sistema Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) e afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nair Portela Silva Coutinho
Reitora

Joyce Santos Lages
Superintendente

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa

Eurico Santos Neto
Gerente de Administração e Finanças

Silvia Helena Cavalcante de Sousa
Gerente de Atenção à Saúde

Editores Associados / Associate Editors

Nair Portela Silva Coutinho - UFMA

Natalino Salgado Filho - UFMA

Vinicius José da Silva Nina - UFMA

Editora Chefe / Chief Editor

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Editora Assistente / Assistant Editor

Cláudia Maria Coêlho Alves

Conselho Editorial / Editorial Board

Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ

Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA

Armando da Rocha Nogueira - UFRJ

Afksendiyos Kalangos - UHG-Suíça

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza - UNESP

Domingo Marcolino Braile - FAMERP

Elba Gomide Mochel - UFMA

Fábio Biscegli Jatene - FMUSP

Fernanda Ferreira Lopes - UFMA

Gustavo Adolfo Sierra Romero - UNB

Jackson Mauricio Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ

Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA

Márcia Mattos Gonçalves Pimentel - UERJ

Marcus Gomes Bastos - UFJF

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo - ESEP-Portugal

Maria Rita de Cássia Costa Monteiro - UFPA

Pablo Maria Alberto Pomerantzeff - USP

Rodolfo A. Neirotti - USA

Semiramis Jamil Hadad do Monte - UFPI

Walter José Gomes - UNIFESP

Editoração Eletrônica / Desktop Publishing

Francisco Ferreira e Silva Felipe

Revista de Pesquisa em Saúde, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.1, n.3, 1995-...-São Luís, 1995.

v. 17, n. 2, 2016

Quadrimestral.

(ISSN – 2179-6238) versão impressa

(ISSN – 2236-6288) versão online

1. Ciências da Saúde – periódicos. I. Universidade Federal do Maranhão II. Hospital Universitário.

CDU: 61(05)

Todos os manuscritos publicados são de propriedade da revista, não sendo permitido a reprodução, mesmo que parcial em outro periódico, seja por meios eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

Tanto os conceitos emitidos nos manuscritos como a revisão da língua portuguesa, são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião do Conselho Editorial.



Revista de Pesquisa em Saúde / Journal of Health Research
é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Sumário / Summary

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

- 69 **Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do instituto médico legal de São Luís, Maranhão - 2010 a 2013**
Oral and maxillofacial injuries in women: records of the medical legal institute of São Luís, Maranhão, Brazil - from 2010 to 2013
 Rodrigo Campos Marques, Ramiro Heleno Garcez, Caroline Ribeiro Piorski, Gabriela Lopes Carvalho, Juliana Aires Paiva de Azevedo, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Fernanda Ferreira Lopes
- 74 **Capacidade funcional da pessoa idosa inserida no Programa de Atendimento Domiciliar em São Luís - MA**
Test of elder insert capacity in household care program in São Luís, Maranhão, Brazil
 Alinne Suelma dos Santos Diniz, Leticia Ferreira da Silva, Nair Portela Silva Coutinho, Andreia Cristina da Silva Ribeiro, José Adailton Roland Diniz, Rosilda Silva Dias, Ana Hélia de Lima Sardinha
- 80 **A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde**
The effectiveness of hypertension control blood in shares attention health
 Flávia Nunes Ferreira de Araújo, Tânia Maria Ribeiro Monteiro Figueiredo, Maria Aparecida Alves Cardoso, Neir Antunes Paes, Havorraïne Ellen Alencar Menezes dos Santos
- 87 **Riscos biológico e adesão a equipamentos de proteção individual: percepção da equipe de enfermagem hospitalar**
Biological risks and adherence to personal protective equipment: perceptions of hospital nursing staff
 Michele Cristiene Nachtigall Barboza, Marcia da Silva Almeida, Joana Benito Huber Rodeghiero, Valéria Almeida Louro, Lidiane Souza Bernardes, Izabella Chrystina Rocha
- 92 **Manifestações extraintestinais em pacientes com doença inflamatória intestinal**
Extraintestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease
 Alex Rodrigues Fonseca, Adalgisa de Souza Paiva Ferreira, Lícia Maria Fernandes Rodrigues
- 96 **Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento**
Aging with functional dependence: building strategies for coping
 Pollyanna Viana Lima, Tatiane Dias Casemiro Valença, Luciana Araújo dos Reis
- 102 **Ocorrência de sintomas clínicos em mulheres climatéricas assistidas em um serviço de referência em São Luís, Maranhão**
Symptoms of occurrence in clinical weather women in São Luis, Maranhão, Brazil
 Luciane Maria Oliveira Brito, Maria Bethania Costa Chein, Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa, Mariana Santos de Castro, Patrícia Travassos Cutrim, Gabriel Matos Machado
- 106 **Fatores associados à insatisfação corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição**
Factors associated with body dissatisfaction and behaviour of risk for eating disorders among nutrition students
 Jéssica Maria Muniz Moraes, Amanda Coimbra Oliveira, Patrícia Pereira Nunes, Maria Tereza Medeiros Aureliano de Lima, Juraciara Alves de Oliveira Abreu, Soraia Pinheiro Machado Arruda
- 112 **Análise dos núcleos de apoio à saúde da família no Estado do Maranhão**
Analysis of support centers to family health in Maranhão State, Brazil
 Nathália Cristina Silva Pereira, Mônica Elinor Alves Gama

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

- 116 **Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa**
Feelings and perceptions of nursing staff to the death and dying process: integrative review
 Alice Bianca Santana Lima, Luana Pontes de Oliveira, Karina Vanessa Chagas da Silva Sá, Elza Lima da Silva, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS

DANOS BUCOMAXILOFACIAIS EM MULHERES: REGISTROS DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE SÃO LUÍS, MARANHÃO - 2010 A 2013

ORAL AND MAXILLOFACIAL INJURIES IN WOMEN: RECORDS OF THE MEDICAL LEGAL INSTITUTE OF SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRAZIL - FROM 2010 TO 2013

Rodrigo Campos Marques¹, Ramiro Heleno Garcez¹, Caroline Ribeiro Piorski², Gabriela Lopes Carvalho³, Juliana Aires Paiva de Azevedo⁴, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz⁵, Fernanda Ferreira Lopes⁵

Resumo

Introdução: Mulheres vítimas de violência física apontam ser a região de cabeça e pescoço a mais atingida. **Objetivo:** Caracterizar os casos registrados sobre as mulheres vítimas de violência com lesões bucomaxilofaciais que se submeteram ao Exame de Corpo de Delito no Instituto Médico Legal (IML), no município de São Luís (MA), nos primeiros meses dos anos de 2010 a 2013. **Métodos:** Foram analisados 1.348 laudos com registros de agressão física com lesões no complexo bucomaxilofacial, sendo analisadas as seguintes variáveis: mês, ano, faixa etária, raça/etnia, estado civil, situação ocupacional, local de moradia, sexo do agressor, vínculo do agressor com a vítima, tipo de agressão, tipo de instrumento utilizado, tipo de lesão, região bucomaxilofacial acometida e sequelas decorrentes da agressão. **Resultados:** Dentre as mulheres agredidas 43,8% estavam na faixa etária entre 21-30 anos, a maioria autodeclaradas pardas (75,9%), sem companheiro (71%), empregadas (64,6%) e residentes em São Luís (MA) (82,6%). Quanto ao agressor, não havia informação em 70,8% dos laudos. Em relação às características da lesão, a equimose foi a mais comum (40,9%) sendo a região orbitária a mais acometida (40,7%). Em praticamente todas as agressões houve dano à integridade corporal (99,9%). **Conclusão:** As vítimas de violência com lesões bucomaxilofaciais são em sua maioria jovens, estão inseridas no mercado de trabalho, a região orbitária foi a mais atingida, sendo as equimoses e as escoriações os tipos de lesões mais comuns.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Violência contra a Mulher. Odontologia Legal.

Abstract

Introduction: Women victims of physical violence shows the head and neck region hardest hit. **Objective:** To check the cases to women victims of violence with maxillofacial injuries who underwent forensic examination at the Medical Legal Institute, in São Luís, Maranhão, Brazil, in the first months of the years 2010 to 2013. **Methods:** A total 1,348 reports with physical aggression records with injuries in the maxillofacial complex were analyzed the following variables: month, year, age, race / ethnicity, marital status, employment status, place of residence, aggressor sex, perpetrator relationship the victim, type of aggression, type of instrument used, type of injury, affected maxillofacial region and consequences resulting from aggression. **Results:** Among the valid data, 43.8% of battered women were aged 21-30 years, brown (75.9%), unmarried (71%), employed (64.6%) and residents are São Luís, Maranhão, Brazil (82.6%). As the aggressor, there was no information in 70.8% of the reports. Regarding the characteristics of the injury, the bruise was the most common (40.9%) and the orbital region the most affected (40.7%). In almost all attacks there was damage to bodily integrity (99.9%). **Conclusion:** Victims of violence with maxillofacial injuries are mostly young, are in the labor market, the orbital region is the most affected in the face, and bruises and abrasions are the types of most common injury.

Keywords: Women's Health. Violence Against Women. Forensic Dentistry.

Introdução

A violência constitui um conjunto de agravos complexos que vem atingindo um número cada vez maior de pessoas, de todas as idades e sexos. Atualmente, tem sido considerado um grave problema de saúde pública em vários países do mundo, inclusive no Brasil¹.

Dentre as diversas formas de violência existentes, a violência à mulher é uma das mais prevalentes, devido ao número de vítimas e à magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, inclusive adquire um caráter endêmico².

Diversos estudos relacionados a mulheres vítimas de violência física apontam ser a região de cabeça e pescoço a mais atingida. Nessa região, a face é a mais acometida por ser uma área exposta e pouco protegida³⁻⁶.

As agressões físicas na região da face ocasionam um número significativo de alterações anatômicas e/ou funcionais permanentes. Em alguns casos, traumas estéticos complexos podem levar à perda da função e deformações, além de consequências emocionais e morais, e do impacto econômico no sistema de saúde⁷.

Com o intuito de coibir e prevenir a violência à mulher, bem como punir os agressores, foi criada a lei nº 11.360/2006, conhecida por Lei Maria da Penha. No entanto, apesar de sua vigência, muitas mulheres ainda omitem a violência recebida. O medo, vergonha, dependência financeira ou até mesmo exposição familiar ocasionam preocupação e constrangimento. Além disso, muitas vítimas não confiam nas alternativas de punição determinadas na lei^{8,9}.

Nesse contexto, os profissionais da Odontolo-

¹ Cirurgião Dentista. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Médica. Especialista em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS - UNA/SUS - UFMA.

⁴ Mestre em Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁵ Docente do curso de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal do Maranhão-UFMA.

Contato: Rodrigo Campos Marques. E-mail: rodrigocmo@hotmail.com

gia são importantes tanto na constatação quanto na reparação dos danos das lesões do complexo maxilo-mandibular em mulheres agredidas fisicamente².

Na literatura há estudos^{5,1} sobre violência contra a mulher utilizando as informações dos registros no IML e do Sistema de Informações de Agravos e Notificações do Ministério da Saúde. Porém, nada foi publicado com os dados no estado do Maranhão. O estudo tem como objetivo levantar as características dos casos de mulheres vítimas de violência com lesões bucomaxilofaciais que se submeteram ao Exame de Corpo de Delito no Instituto Médico Legal, no município de São Luís (MA).

Métodos

Pesquisa longitudinal observacional e descritiva, realizada a partir da análise dos laudos periciais elaborados por médicos legistas e/ou odontologistas, das mulheres vítimas de agressão físicas submetidas ao Exame de Corpo de Delito no Instituto Médico Legal (IML), do município de São Luís (MA). A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) e aprovada sob o parecer nº 249.212, em 18/04/2013.

Foram incluídos dados dos laudos das vítimas de agressão física do sexo feminino com lesões no complexo bucomaxilofacial, independente da idade. Foram excluídos os casos de acidentes automobilísticos e estupros.

O presente trabalho consiste em um recorte da pesquisa, constando a análise dos laudos com registro de lesões no complexo bucomaxilofacial em mulheres, referentes aos meses de janeiro, fevereiro e março dos anos de 2010 a 2013.

As variáveis analisadas foram as seguintes: mês, ano, faixa etária, raça/etnia, estado civil, situação ocupacional, local de moradia, sexo do agressor, vínculo do agressor com a vítima, tipo de agressão, tipo de instrumento utilizado, tipo de lesão, região bucomaxilofacial acometida e sequelas decorrentes da agressão.

A partir dos dados coletados, foi construído um banco de dados no programa Microsoft® Excel®, sendo realizada a análise estatística descritiva dos dados com a utilização do software SPSS® versão 17.0.

Resultados

No período de janeiro a março dos anos de 2010 a 2013, foram emitidos 5.148 laudos de mulheres vítimas de lesão corporal. Deste universo amostral, em 1.348 laudos (26%) havia registros de agressão física com lesões no complexo bucomaxilofacial. Dentre os anos de 2010 a 2013, o ano com maior número de laudos de mulheres vítimas de agressão física foi o de 2010 (28,1%), com predominância no mês de fevereiro com 34,4% (Tabela 1).

Quanto às características das mulheres agredidas, a faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos, sendo a maioria parda, sem companheiro, empregadas e residentes no município de São Luís (MA) (Tabela 2).

Em relação ao agressor, mais da metade dos laudos analisados não continham informações quanto ao sexo e ao vínculo com a vítima. Os agressores identificados nos laudos eram predominantemente do gênero

Tabela 1 - Período das agressões às mulheres vítimas de violência. São Luís - MA, Brasil. 2010-2013.

Variáveis	n	(%)	Porcentagem válida (%)
Ano da agressão			
2010	379	28,1	28,1
2011	334	24,8	24,8
2012	325	24,1	24,1
2013	310	23,0	23,0
Mês da agressão			
Janeiro	463	34,3	34,3
Fevereiro	464	34,4	34,4
Março	421	31,2	31,2
Total	1348	100,0	100,0

Fonte: Instituto Médico Legal - IML. Polícia Civil - MA.

Tabela 2 - Características das mulheres vítimas de violência. São Luís - MA, Brasil. 2010-2013.

Variáveis	n	%	Porcentagem válida (%)
Faixa etária			
Até 20 anos	178	13,2	13,9
21-30 anos	559	41,4	43,8
31-40 anos	368	27,2	28,8
41-50 anos	123	09,1	09,7
51-60 anos	034	02,5	02,6
Acima de 60 anos	015	01,1	01,2
Total válido	1277	94,7	100,0
Sem informação	071	05,3	-
Total	1348	100,0	-
Raça/Cor			
Branca	120	08,9	12,3
Parda	745	55,3	75,9
Preta	116	08,6	11,8
Total válido	981	72,8	100,0
Sem informação	367	27,2	-
Total	1348	100,0	-
Estado civil			
Com companheiro	357	26,5	29,0
Sem companheiro	876	65,0	71,0
Total válido	1233	91,5	100,0
Sem informação	115	08,5	-
Total	1348	100,0	-
Situação ocupacional			
Empregada	786	58,3	64,6
Aposentada	009	00,6	00,7
Estudante	180	01,3	14,8
Desempregada	242	17,9	19,9
Total válido	1217	90,3	100,0
Sem informação	131	09,7	-
Total	1348	100,0	-
Local da moradia			
Capital	1058	78,4	82,6
Ilha de SLZ	199	14,7	15,6
Interior do MA	022	01,6	01,7
Outros estados	002	00,1	00,1
Total válido	1281	95,0	100,0
Sem informação	067	05,0	-
Total	1348	100,0	-

Fonte: Instituto Médico Legal - IML. Polícia Civil - MA.

ro masculino, em sua maioria maridos ou companheiros (31,6%). O tipo de agressão que apresentou maior prevalência foi decorrente de força física direta, seguida de força física indireta e arma branca (Tabela 3).

Tabela 3 - Características das agressões às mulheres vítimas de violência. São Luís - MA, Brasil. 2010-2013.

Variáveis	n	%	Porcentagem válida (%)
Sexo do agressor			
Masculino	304	22,6	77,4
Feminino	089	06,6	22,6
Total válido	393	29,2	100,0
Sem informação	955	70,8	-
Total	1348	100,0	-
Vínculo do agressor			
Marido/companheiro	124	09,2	31,6
Ex-marido/ ex-companheiro	067	05,0	17,1
Namorado	014	01,0	03,6
Ex-namorado	007	00,5	01,8
Outro membro da família	051	03,8	13,0
Conhecido	090	06,6	22,9
Desconhecido	039	02,9	10,0
Total válido	392	29,1	100,0
Sem informação	956	70,9	-
Total	1348	100,0	-
Tipo de agressão			
Força física direta*	572	42,4	77,7
Força física indireta**	119	08,8	16,2
Arma branca	038	02,8	05,2
Arma de fogo	004	00,3	00,5
Esganadura	003	00,2	00,4
Total válido	736	54,6	100,0
Sem informação	612	45,4	-
Total	1348	100,0	-

Fonte: Instituto Médico Legal – IML. Polícia Civil - MA.

*soco, chutes, mordidas, puxões. **garrafada, paulada, pedrada.

Quanto aos tipos de lesões corporais apresentadas por mulheres vítimas de agressões físicas as mais frequentes foram as equimoses (40,9%), escoriação (36,8%) e edema (23,7%). De acordo com a região anatômica acometida nas lesões bucomaxilofaciais, a região orbitária foi a mais prevalente, com 548 casos (40,7%), seguida da região labial correspondente a 352 casos (26,1%) e região frontal com 345 casos (25,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Tipo de lesão em mulheres vítimas de violência. São Luís - MA, Brasil. 2010-2013.

Tipo de lesão	n	%
Escoriação	496	36,8
Equimose	552	40,9
Hematoma	193	14,3
Edema	319	23,7
Fratura dental	018	01,3
Perda dental	-	-
Ferida contusa	302	22,4
Ferida perfurocontusa	002	00,1
Ferida perfuroincisa	-	-
Ferida incisa	034	02,5
Ferida cortocontusa	044	03,3

Fonte: Instituto Médico Legal - IML. Polícia Civil - MA.

A região anatômica mais atingida foi a orbitária (40,0%) seguido da labial (26,1%) e frontal (25,6). O agente contundente foi o maior responsável pelas lesões (97,2%), seguido pelo agente cortante (3,4%) e agente cortocontudente (3,0%). Em relação às sequelas, em 99,9% dos casos, observou-se que houve dano à integridade corporal da mulher (Tabela 5).

Tabela 5 - Região anatômica acometida por lesão mulheres vítimas de violência. São Luís - MA, Brasil. 2010-2013.

Variáveis	n	%
Região bucomaxilofacial acometida		
Frontal	345	25,6
Orbitária	548	40,7
Nasal	190	14,1
Malar	227	16,8
Masseteriana	095	07,0
Bucinadora	159	11,8
Labial	352	26,1
Mentoniana	081	06,0
Dente	021	01,6
Zigomática	157	11,6
Tipo de instrumento		
Físicoquímico	004	00,3
Veneno	006	00,4
Contundente	1310	97,2
Cortante	046	03,4
Perfurocortante	005	00,4
Cortocontundente	041	03,0
Cortocontuso	007	00,5
Sequelas		
Dano à integridade corporal	1346	99,9
Debilidade funcional permanente	007	00,5
Deformidade permanente	007	00,5
Incapacidade ocupacional	005	00,4

Fonte: Instituto Médico Legal - IML. Polícia Civil - MA.

Discussão

No presente estudo, foram analisados 5.148 laudos de mulheres vítimas de lesão corporal nos períodos de janeiro a março dos anos de 2010 a 2013, sendo que destes, em 1.348 havia registros de agressão física com lesões no complexo bucomaxilofacial. Corroborando que o trauma facial é considerado um dos tipos mais frequentes em mulheres de todas as idades e classes sociais^{7,10}.

Contudo, as informações sobre a violência contra a mulher, em nosso país, são subestimadas, pois são monitoradas a partir de bancos de dados criados para diversas finalidades e que incluem apenas parte dos casos mais graves, já que nem todas as agressões geram atendimento médico e/ou exame de corpo de delito. Não é possível, portanto, estimar a verdadeira magnitude alcançada por esse tipo de violência¹¹.

O ano com maior frequência de agressões físicas foi 2010 seguidos dos anos de 2011 e 2012. Quanto ao mês da agressão, fevereiro apresentou-se com o maior número de laudos, entretanto houve uma distribuição uniforme entre os outros meses. Leite et al¹², ao analisarem as ocorrências de violência contra a mulher no período de janeiro a dezembro de 2010, verificaram ocorrência uniforme entre os trimestres dos anos, com variação de 23,4%, observado no primeiro trimestre, ao valor máximo de 28% no quarto trimestre.

Quanto às características das mulheres agredidas, a faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos, seguidos da faixa de 31 a 40 anos. Estudos realizados por Acosta *et al.*,⁸ encontraram dados semelhantes, onde a faixa etária mais prevalente foi de 20 a 29 anos (39%), assim como Araújo *et al.*,⁹ que encontraram 28% de mulheres agredidas entre 23 e 27 anos.

A cor da pele das vítimas mais acometidas foi a parda. Dados encontrados por Chiaperini *et al.*,² no município de Ribeirão Preto (SP), apontaram uma maior incidência em mulheres brancas (76%) assim como Figueiredo *et al.*,¹ no município de Porto Alegre (RS) (62,2%). Uma possível explicação para essa divergência seria devido ao fato da população maranhense ser predominantemente parda (66,5%) segundo o censo realizado em 2010, diferentemente dos estados de São Paulo e Porto Alegre, onde a maioria da população é composta por brancos¹³.

As mulheres que não apresentavam companheiro, ou seja, aquelas que eram solteiras, viúvas e divorciadas, foram as mais agredidas. Entretanto, Rocha *et al.*,¹⁴ ao estudarem o perfil da mulher vítima de violência, identificaram que 48,5% das vítimas eram casadas ou estavam em união estável, assim como Araújo *et al.*,¹⁵ verificaram que 66,3% das mulheres vitimadas apresentavam-se com companheiro, diferentemente dos dados encontrados no Maranhão. Uma possível explicação para os resultados divergentes pode estar na elevada ausência de informações nos laudos quanto ao sexo e ao vínculo do agressor com a vítima.

De acordo com a situação ocupacional, a maioria das mulheres vítimas de agressão física estavam empregadas, ou seja, inseridas no mercado de trabalho. Ressalta-se que, segundo Carvalho *et al.*,¹¹ dentre os motivos desencadeadores da agressão física contra a mulher, encontra-se o ciúme pelo parceiro que ocorre devido às mulheres serem jovens, de boa aparência e em busca de independência financeira.

Em relação ao local de moradia, a maioria das mulheres residia no município de São Luís (MA), seguido dos municípios da ilha de Upaon-Açu (São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa) e nos municípios do interior do Maranhão. Essa realidade pode encontrar explicação devido à maior facilidade dos residentes, na capital do estado, local da sede do IML, em realizar os registros, podendo ser uma subnotificação de casos ocorridos no interior do estado e não propriamente uma ausência dos mesmos. Entretanto, os resultados do presente estudo são similares aos encontrados por Acosta *et al.*,⁸ que identificaram a região metropolitana como a de maior número de ocorrências policiais de violência contra a mulher.

As informações em relação ao agressor nos laudos foram escassas, podendo estar associada ao fato da maioria das mulheres vítimas de violência não denunciarem seus agressores e escondem o fato da sociedade, por medo ou vergonha¹⁴.

Os agressores identificados nos laudos eram predominantemente do gênero masculino, sendo em sua maioria maridos ou companheiros, resultados semelhantes aos encontrados por Araújo *et al.*,⁹ e Leite

et al.,¹² onde verificaram que em 45,1% e 66,3% dos agressores, respectivamente, eram o companheiro íntimo da mulher.

Quanto ao tipo de agressão, nota-se um predomínio da força física direta. Essa elevada frequência das agressões por força física direta, como chutes, socos e tapas, foi avaliada também como a principal forma de agressão contra a mulher⁹. Enquanto, de acordo com o tipo da lesão, a equimose e a escoriação foram as mais frequentes nas mulheres agredidas, mostrando que a escoriação é um tipo de lesão comum em casos de agressão física à mulher^{2,10}.

A região anatômica acometida nas lesões bucomaxilofaciais, a orbitária foi a mais prevalente, seguida da região labial, região frontal e a região malar. Dados estes de corroboram aos encontrados por Garbin *et al.*,³ que identificaram a região orbitária, frontal e dentes como as mais comuns, entretanto divergem quanto a região dentária, na qual não houve registro nos resultados do presente estudo.

Uma possível explicação para essa “preferência” do agressor pela face das vítimas reflete o caráter simbólico de humilhação que o agente imprime à mulher quando atinge seu rosto, uma vez que dessa maneira torna visível a agressão e com isso prejudica a beleza feminina, atributo muito valorizado socialmente^{4,6}.

A força física direta foi a mais registrada sendo o instrumento contundente o mais utilizado como meio da agressão sendo maiores que os resultados encontrados por Garbin *et al.*³ Entretanto os resultados deste estudo foram menores que os encontrados Lolli *et al.*,⁵ no município de Maringá (PR).

A omissão de algumas informações pelas vítimas de violência tornou-se uma limitação da presente pesquisa, a qual se tentou minimizar com a análise da porcentagem válida. Assim, pode-se verificar que dentre as mulheres vítimas de violência com lesões bucomaxilofaciais que se submeteram ao Exame de Corpo de Delito no Instituto Médico Legal (IML), no município de São Luís (MA), nos primeiros meses dos anos de 2010 a 2013, a faixa etária de maior incidência foi de 21 a 30 anos. As agressões foram mais frequentes entre as mulheres pardas, sem companheiro e empregadas. O agressor era principalmente do sexo masculino, sendo em sua maioria maridos ou companheiros. A região orbitária foi a mais acometida por lesões do complexo bucomaxilofaciais, sendo a equimose o tipo de lesão corporal mais encontrado e o agente contundente o tipo de instrumento mais utilizado nas agressões.

Fontes de financiamento

Programa de Bolsas de Iniciação Científica
Capes/Fapema/UFMA.

Referências

1. Figueiredo MC, Cesar MO, da Silva JP, Borba BEM. Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. *RFO Passo Fundo*, 2012; 17(3): 254-260.
2. Chiaperini A, Bérnago AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo JC, Watanabe, MGDC, Silva RHAD. Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do Instituto Médico-Legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. *Rev Odonto Ciênc*, 2009; 24(1): 71-76.
3. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22(12): 2567-2573.
4. Jong LC. Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

5. Lolli LF, Antunes TCG, Lolli MCGS, Lolli HA, Anjos-Neto-Filho M. Perfil de violência com acometimento facial na região de abrangência do Instituto Médico Legal de Maringá no ano de 2010. *Uninga Review*, 2012; 10(1): 58-66.
6. Schraibera LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*, 2002; 36(4): 470-477.
7. Costa MCF. Traumas faciais em mulheres vítimas de violência em Campina Grande – PB [Trabalho de Conclusão de Curso]. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba; 2012.
8. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm*, 2013; 26(6): 547-553.
9. Araújo RJG, Mendes MDBBL, Castro TM, Júnior MTM, Araújo ABL, Pacheco LM. Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. *Full Dent Sci*, 2011; 3(9): 78-85.
10. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SCR. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. *Rev Col Bras Cir*, 2008; 35(1): 9-13.
11. Carvalho C, Destro JR, Faust SB, Coelho EBS, Boing AF. Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro Trindade, Florianópolis – SC. *Cogitare Enfermagem*, 2010; 15(4): 603-608.
12. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS, Mendes DC. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2014; 22(1): 86-92.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, fornecidos em meio eletrônico. IBGE, 2010. Censo Demográfico de 2010. Acessado: maio 2014. Disponível: www.censo2010.ibge.gov.br.
14. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM. Violência contra a mulher entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Trends Psychiatry Psychother*, 2011; 33(3): 164-168.

CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA INSERIDA NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SÃO LUÍS - MA

TEST OF ELDER INSERT CAPACITY IN HOUSEHOLD CARE PROGRAM IN SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRAZIL

Alinne Suelma dos Santos Diniz¹, Letícia Ferreira da Silva², Nair Portela Silva Coutinho³, Andreia Cristina da Silva Ribeiro², José Adailton Roland Diniz⁴, Rosilda Silva Dias², Ana Hélia de Lima Sardinha³

Resumo

Introdução: O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico apresenta-se em cada ser humano de modo singular. Nesse contexto, o domicílio é visto como espaço em que pessoas idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e dentro de condições favoráveis. A dependência configura-se como um grande temor para os idosos, evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional do idoso inserido no programa de atendimento domiciliar do município de São Luís (MA). **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo para avaliação da capacidade funcional dos idosos que são atendidos no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso Frágil. A amostra foi de 141 idosos no período de setembro a novembro de 2014, sendo avaliados pelo índice de Barthel. **Resultados:** Verificou-se que 12,1% dos idosos são independentes, 7,8% tem dependência leve, 19,1% dependência moderada, 24,1% dependência severa e 36,9% são totalmente dependentes. Os fatores como polifarmácia, hospitalização, viuvez, residir ou não com a família, necessidade de cuidados, hábitos de vida e problemas de saúde estiveram associados com a dependência. **Conclusão:** A capacidade funcional dos idosos do estudo está prejudicada e isso tem afetado sua autonomia, conforme se evidencia tanto pela ocorrência de queda, como nas limitações para realização das atividades de vida e resultados da avaliação dos níveis de dependência. A pesquisa aponta para a importância da avaliação como forma de direcionar o planejamento mais adequado de ações mais singularizadas em busca da promoção da qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Idoso. Capacidade funcional. Atendimento domiciliar.

Abstract

Introduction: Aging as a biological phenomenon present in every human being a unique way. In this context, the household is seen as a place where older or not people can live with good quality of life and in favorable conditions. Dependence appears as a great fear for the elderly, avoid it or postpone it becomes a health team function. **Objective:** To evaluate the functional capacity of the inserted elderly in home care program in São Luís, Maranhão, Brazil. **Methods:** Epidemiological, descriptive study to evaluate the functional capacity of the elderly who are cared for in the Home Care Program to Frail Elderly. The sample consisted of 141 elderly in the period from September to November 2014, being evaluated by the Barthel index. **Results:** It was found that 12.1% of the elderly are independent, 7.8% have mild dependence, 19.1% moderate dependence, 24.1% severe dependence and 36.9% are totally dependent. The factors such as polypharmacy, hospitalization, widowhood, living or not with family, need care, lifestyle and health problems were associated with addiction. **Conclusion:** The functional capacity of the elderly study is impaired and this has affected their autonomy, as evidenced both by the occurrence of fall, the limitations for carrying out life activities and results of the evaluation of dependency levels. The research points to the importance of evaluation as a way to target the most appropriate planning more singled actions in pursuit of promoting the quality of life of older people.

Keywords: Elderly. Functional capacity. Home care.

Introdução

O século XXI apresenta-se com características peculiares das transformações demográficas e epidemiológicas do século passado. Tais transformações foram significativas nos âmbitos sócios demográficos e da saúde em todo o mundo considerando o envelhecimento da população¹. O crescente número de idosos na população brasileira é reflexo dos processos de aumento da expectativa de vida, devido ao avanço tecnológico, de atendimento na área da saúde e de redução na taxa de natalidade².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o idoso é todo indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos. No Brasil, como em qualquer outro país em desenvolvimento onde a

expectativa de vida é baixa, é considerado idoso todo indivíduo a partir de 60 anos ou mais de idade. Porém, esta realidade pode ser alterada nas próximas gerações pelo fato de que a população não só está envelhecendo, como também a proporção da população "mais idosa", ou seja, a partir de 80 anos ou mais de idade, está aumentando e alterando a composição etária dentro do próprio grupo³.

O envelhecimento é o processo normal de mudança relacionado ao tempo, podendo ocorrer modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte⁴.

Apesar dos esforços dispendidos para garantir

¹ Residência Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

² Hospital Universitário. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Docente do Curso de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁴ Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

Contato: Letícia Ferreira da Silva. E-mail: leticiadf1@hotmail.com

um envelhecimento cada vez mais ativo e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase. A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na autoimagem e algum nível de dependência⁵.

O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias⁶.

A visita domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade a qual o idoso está inserido.

Baseado nessa perspectiva as equipes interdisciplinares da Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF), tem utilizado da visita domiciliar, para o diagnóstico da realidade e implementar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas condições para potencializar a independência e preservação de sua autonomia⁷.

Referindo-se ao idoso, o atendimento domiciliar se insere no modelo gerontológico, que visa na medida do possível, a reinserção do idoso na comunidade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a recuperação de sua independência funcional e procurando mantê-lo um cidadão – ativo, participativo, produtivo e afetivo⁸.

Dentre os comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade, está ocorrência de incapacidade funcional. Conhecer seus níveis é útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, tendo em vista as repercussões do aumento de sua expectativa de vida e as novas repercussões. A capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque em dois domínios: as atividades básicas da vida diária (ABVD), e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As atividades básicas estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se. Enquanto as atividades instrumentais englobam tarefas mais complexas muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte⁹.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade¹⁰.

A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela PNSPI. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma

função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família⁷.

É preciso aprofundar os estudos acerca dessa temática para compreender quais são as principais capacidades funcionais da pessoa idosa. Considerando que a capacidade funcional do idoso e dos fatores associados determinarão as condutas e cuidados dos profissionais junto ao idoso e sua família, objetivou-se com este estudo avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa inserida no programa de atendimento domiciliar do Município de São Luís (MA).

Métodos

Estudo epidemiológico, descritivo para verificação do perfil epidemiológico e clínico funcional da pessoa idosa que são atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) através do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil (PADIF) em São Luís do Maranhão.

A amostra deste estudo foi 141 idosos atendidos no PADIF em São Luís-Maranhão entre os meses de setembro a novembro de 2014. Os critérios de inclusão foram: idosos, ambos os sexos, cadastrados e em acompanhamento. Como critério de exclusão têm-se os idosos que receberam alta ou cadastro inferior a 6 meses.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos. O primeiro, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que é um instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, como parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa abordando os dados sociodemográficos. O segundo, o Índice de Barthel usado por meio da observação direta das Atividades Básicas de Vida Diária dos idosos na residência. Este instrumento verificou o grau de assistência exigido em 10 atividades tais como alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, defecções, micções, uso do vaso sanitário, transferência cadeira/cama, deambulação e escadas¹¹. Nesse instrumento contém uma pontuação global simples, oscilando entre 0 e 100, resultante da soma de todas as pontuações de itens individualmente ponderados, de modo que o equivale à completa dependência em todas as 10 atividades, e 100 equivale à completa independência em todas as atividades¹¹.

O grau de pontuação foi classificado de acordo com a interpretação sugerida em estudos, onde 100 pontos equivalem a completa independência em todas as atividades; valores superiores ou iguais a 60 indicam dependência moderada; menor que 60 indica dependência severa e ainda menor que 20 indica dependência total¹².

Os dados foram tabulados na planilha eletrônica Excel versão 2010, avaliados pelo programa estatístico IBM SPSS Statistics 20 e apresentados por meio de tabelas e gráficos em números absolutos e percentuais e discutidos a luz da literatura.

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “Perfil epidemiológico e clínico funcional da pessoa idosa inserida em programa de atendimento fisioterapêutico do setor público e privado de São Luís-MA”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (CEP-HU-UFMA), com parecer Nº 492. 583/2013.

Resultados

Participaram da pesquisa 141 idosos, no qual o tempo de participação no programa PADIF variou de 6 a 36 meses, sendo que sua maioria, 48,9%, participava a mais de 36 meses do programa. Os acompanhados de 6 a 12 meses representaram 29,8% dos pesquisados.

A aplicação do questionário sócio demográfico permitiu constatar que, dos 141 idosos, cerca de três terços dos é sexo feminino 75,9% enquanto que do sexo masculino resultou em 24,1%. A idade mínima foi 61 anos e máxima 106 anos exibindo uma mediana de 82 anos. A cor parda foi a mais referida dentre a população pesquisada, 50,4% seguida da branca 31,2% e preta 17,7%. Em relação ao estado civil, houve predominância dos viúvos 42,6%, seguidos pelos solteiros 31,2%. Quanto aos anos estudados, quase dois terços 66% da população não estudou ou estudou no máximo 4 anos. Em relação à renda mensal e situação econômica, 75,9% afirmaram receber apenas um salário mínimo e 80,1% ser aposentados (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil. São Luís - MA, 2014.

Variável	n	%
Admissão (meses)		
6 a < 12	42	29,8
12 a < 24	12	08,5
24 a < 36	18	12,8
36	69	48,9
Sexo		
Masculino	34	24,1
Feminino	107	75,9
Idade (anos)		
60 – 64	02	01,4
65 – 69	12	08,5
70 -74	22	15,6
75 – 79	23	16,3
80 ou mais	82	58,2
Raça/Cor		
Branca	44	31,2
Preta	25	17,7
Parda	71	50,4
Amarela	01	00,7
Estado civil		
Casado	35	24,8
Solteiro	44	31,2
Viúvo	60	42,6
Separado	02	01,4
Escolaridade (anos)		
Analfabeto	43	30,5
Até 4	50	35,5
4 a 8	37	26,2
8 ou mais	11	07,8
Situação econômica		
Empregado	03	02,1
Desempregado	02	01,4
Aposentado	113	80,1
Pensionista	19	13,5
Outro	04	02,8
Renda mensal (salários mínimos)		
1	107	75,9
1 a 2	27	19,1
3 a 4	05	03,5
5 ou mais	02	01,4
Total	141	100,0

Os dados sobre a rede de apoio do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil (PADIF) mostrou que 72,4% moram com familiares, 9,2% vivem sozinhos, 17,7% com outras pessoas dentre outros locais a instituição de longa permanência. Ao questionar sobre o tempo acompanhado durante a maior parte do dia e sobre necessidade de cuidados, encontramos igual percentual, 80,9% dos entrevistados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis relacionada à rede de apoio dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Variável	n	%
Com quem reside		
Sozinho	13	09,2
Familiares	102	72,4
Amigos	01	00,7
Outros	25	18,7
Fica sozinho maior parte do dia		
Não	114	80,9
Sim	27	19,1
Necessita de cuidados		
Não	27	19,1
Sim	114	80,9
Total	141	100,0

Ao avaliar os idosos pelo Índice de Barthel, evidenciou-se que 12,1% são independentes, 7,8% têm dependência leve, 19,1% dependência moderada, 24,1% dependência severa e 36,9% são totalmente dependentes. Não houve independência significativa nas atividades avaliadas pelo Índice de Barthel (Figura 1).

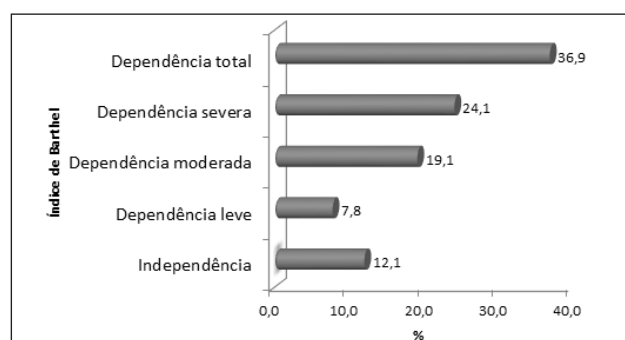


Figura 1 - Distribuição das variáveis do índice de Barthel dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Evidenciou-se o nível de dependência mais frequente nas atividades: banho 63,1%, seguida de subir escadas 59,6%, locomoção 50,4%, higiene pessoal 45,4%, transferência no banheiro 41,8% (Figura 2).

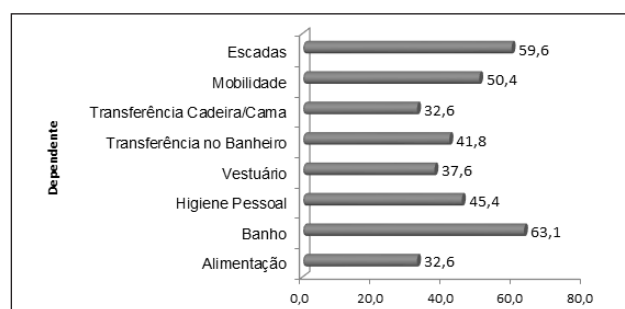


Figura 2 - Distribuição de frequência das variáveis de dependência do índice de Barthel dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Tabela 3 - Distribuição de frequência de quedas e quantidade de medicamentos com associação do índice de dependência de Barthel dos idosos. São Luís - MA, 2014.

Variável	Classificação do Índice de Barthel										p
	Independência	%	Dependência leve	%	Dependência moderada	%	Dependência severa	%	Dependência total	%	
Quedas											
Não	9	11,4	5	06,3	10	12,7	19	24,1	36	45,6	0,063
Sim	8	13,1	6	09,8	17	27,9	15	24,6	15	24,6	
Medicamentos											
Nenhum	7	35,0	2	10,0	05	25,0	02	10,0	04	20,0	0,049
1 ou 2	3	10,7	2	07,1	06	21,4	09	32,1	08	28,6	
3 ou 4	3	06,4	3	06,4	08	17,0	11	23,4	22	46,8	
5 ou mais	4	08,7	4	08,7	08	17,4	12	26,1	18	39,1	

Ao associar a distribuição de frequência de quedas com a quantidade de medicamentos e o índice de dependência de Barthel dos idosos 56,0% negaram episódio de queda e 43,3% relataram tal ocorrência. Vinte idosos 14,2% não utilizam medicamentos, 19,9% consomem 1 ou 2 medicações, 33,3% usam 3 ou 4 e 32,6% pessoas usam mais de 5 medicamentos. Observou-se que o nível de dependência aumentou proporcionalmente com a porcentagem de idosos que não apresentaram quedas de 11,4% 45,6%, enquanto os que confirmaram episódio de queda não se identificou relação. O uso de 3 ou mais medicações apresentou significativa elevação da frequência a medida que o nível de dependência também ascendeu de 15,1% para 85,9% (Tabela 3).

Discussão

A partir dos resultados obtidos nesse estudo, é possível identificar um padrão sócio- demográfico para esta amostra de idosos assistidos pelo PADIF. Foi encontrada, entre os participantes do estudo, uma maior proporção de mulheres 75,9%, essa predominância tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e, por último, uma maior cobertura de assistência gineco-obstétrica¹³.

O baixo nível de escolaridade na faixa etária estudada é compatível com a realidade nacional, sendo este um importante fator contribuinte para impactos negativos na redução de fatores de risco relacionados à incapacidade funcional, 66% da amostra investigada é analfabeta ou estudou por até 4 anos. Este percentual mostra o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, pois o analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade principalmente com relação à mulher¹⁴.

De acordo com os achados da pesquisa, 80,1% pessoas referem ser aposentadas, com renda de 01 salário mínimo mensal 75,9%. De acordo com os dados da PNAD, 42,1% da renda familiar, na região nordeste é proveniente das aposentadorias. Estudos brasileiros, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, têm mostrado que a capacidade funcional dos idosos é fortemente influenciada pela renda domiciliar per capita¹⁵.

Em relação ao estado civil, os viúvos predominaram nesse estudo, com 42,6%, seguidos dos solteiros com 31,2%. Considerando-se que as mulheres idosas constituem o maior número de participantes desse estudo, justifica-se o fato da menor longevidade dos homens, mas, também, da maior frequência de novo casamento dos homens, após a viuvez bem como sua maior tendência a se casarem com mulheres mais jovens¹³.

O estudo apresenta a variável residir sozinho, 9,2% dos entrevistados mostrou-se como fator de proteção para o comprometimento da capacidade funcional, demonstrando com isso que um idoso que consegue morar sozinho demonstra ser independente e autônomo. Tal situação não significa um problema em si, já que pode ser uma opção ou uma possível condição ou ainda representar consequência de melhor capacidade funcional e menor necessidade de vigilância dos familiares. Contudo, pode oferecer riscos e representar causa de problemas de saúde, especialmente porque pode haver menor vigilância da família¹⁵.

Entre as variáveis relacionadas à saúde, as quedas nos últimos 12 meses não são em si, riscos diretos para a incapacidade funcional, mas um indicador da ocorrência de tipos graves de doenças que demandam cuidados especiais, como os hospitalares. Isso pode desencadear um processo de incapacidade funcional. No PADIF, 43,3% dos idosos sofreram pelo menos uma queda nos últimos 12 meses, os idosos da pesquisa de Alves, Ribeiro e Milane¹⁶ contrapôs a significativa prevalência de quedas com apenas 17,3%.

A instabilidade postural é frequente nos idosos e tem como complicações as quedas e a imobilidade. As quedas ocorrem em 30% dos idosos, apresentam alta taxa de recorrência e constitui a sexta causa morte dos idosos. Têm causas multifatoriais e devem ser prontamente investigadas. As causas podem ser secundárias as doenças do sistema nervoso central, órgãos aferentes ou eferentes. As complicações mais temidas são a fratura de fêmur e o hematoma. O medo de cair é frequente e pode desencadear o ciclo vicioso da imobilidade¹⁷.

No PADIF, foi encontrado quase um terço dos idosos 32,6% em polifarmácia, a utilização de 3 ou mais medicamentos exibiu expressiva elevação da frequência proporcional ao nível de dependência de 15,1% para 85,9%. Em pesquisa realizada em São Paulo o uso de 5 ou mais medicamentos foi relatado por 36% dos entrevistados. É fato que eventos adversos a medicamentos podem comprometer a capacidade funcional dos idosos expostos a polifarmácia, além de repre-

sentar um excesso de custo para o sistema de saúde. Dessa forma, os medicamentos podem contribuir para a manutenção da capacidade funcional, mas também podem comprometê-la. Por isso, os medicamentos a serem prescritos para pessoas idosas devem ter sua relação benefício-risco bem avaliada¹⁸.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os indivíduos que apresentam alguma dificuldade na realização de AVDs são considerados em potencial para desenvolver fragilidade, conceito relacionado à diminuição da capacidade funcional, aumento da dependência para atividades da vida diária e utilização de serviços de saúde. Idosos fragilizados necessitam, portanto, de atenção específica por parte dos profissionais de saúde¹⁹.

A população pesquisada mostra-se mais dependente nas atividades, variáveis: banhar, subir escadas, locomoção, higiene pessoal e transferência no banheiro. Foi identificado que quase todas as atividades citadas anteriormente a sua execução dependem de força, potência e equilíbrio.

Na atividade de transferência, 50,4% dos idosos possuem alguma dependência. Isso indica que o idoso, nessa situação, acaba sendo dependente em outras atividades.

A mobilidade é, geralmente, a primeira Atividade Básica da Vida Diária comprometida e, se considerada que esta é necessária para a maioria das outras AVDs, isso resultará na perda da independência.

A perda de mobilidade e consequente dificuldade de transferência podem ampliar em duas vezes o risco de morte. A falta de mobilidade dos idosos em estudo retira-lhes a capacidade de gerenciar sua vida e sua autonomia. A dependência observada no domínio de transferência pode estar relacionada à falta de orientação dos profissionais envolvidos e às restrições do próprio ambiente, como a ausência de vasos sanitários adaptados, barras nos banheiros e adaptação dos chuveiros. Um ambiente projetado aumenta a capacidade funcional dos idosos e previne acidentes²⁰.

A avaliação das atividades relacionadas ao autocuidado, como o banho, a higiene pessoal e vestir-se, ficaram comprometidas para um número significativo.

A dependência para essas atividades tem repercussão mais profunda que simplesmente depender de um cuidador. O pudor que a grande maioria dos idosos preserva quanto à exposição do corpo, mesmo que para as pessoas de sua intimidade, cria constrangimentos, que podem levar à complicação de sua saúde. Considera-se que a demora do idoso em aceitar que outro faça sua higiene íntima poderá propiciar o aparecimento de úlceras de pressão, de infecções genitais e outros agravos à saúde²⁰.

A avaliação da capacidade funcional associada ao perfil sócio demográficos, hábitos de vida e comorbidades dos idosos representa um instrumento fundamental para uma avaliação clínica mais completa no campo da reabilitação e gerontologia, visando à prevenção, o tratamento mais adequado das diferentes doenças ou agravos, a recuperação funcional e a definição de estratégias para o cuidado e atenção aos idosos.

Evidenciou-se que os idosos se apresentaram com vários níveis de dependência (dependência leve, dependência moderada, dependência moderada e dependência severa) e independentes. A alzheimer, AVE, afasia, disfagia, úlcera de decúbito, deformidade dos dedos das mãos, estiveram associados com a dependência. Os fatores como polifarmácia, hospitalização, viuvez, residir com a família, passar maior parte do dia só, necessidade de cuidados, hábitos de vida e problemas de saúde estiveram associados com a dependência.

Com base nos resultados conclui-se que a capacidade funcional dos idosos do estudo está prejudicada e isso tem afetado sua autonomia, conforme se evidencia tanto pela ocorrência de queda, como nas limitações para realização das atividades de vida e resultados da avaliação dos níveis de dependência.

Realizar a avaliação de forma sistemática, obter seus resultados e estas somar a uma escuta qualificada dos idosos e seus cuidadores, norteia o planejamento e a execução das práticas assistenciais mais adequadas à realidade singular de cada idoso e aumentando as possibilidades de intervenção mais adequadas às suas necessidades, promovendo ações em busca da manutenção de sua habilidade funcional e, dessa forma, melhorando sua qualidade de vida.

Referências

- Nasri F. Envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 2008; 6(1): 4-6.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios*. 2014. [capturado 2014 dez 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
- Carvalho RR. *Política nacional de saúde da pessoa idosa: Competência dos Cuidadores de Pessoas Dependentes*. Brasília, 2011.
- Papaléo NM. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Papaléo Neto M. *Tratado de gerontologia*. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, cap. 1, p. 3, 2006.
- Diogo MJD, Duarte YA. O Cuidado em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- Orso ZRA. *Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis - RS*. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Universidade Católica do Rio Grande do Sul. RS, 2008. 116 pag.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da saúde: Brasília, 2007.
- Domingos ELL, Andrade M. A importância da visita domiciliar para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. *Informe Saúde*, 2007; 3(2): 12-14.
- Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(5): 796-805.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Ministério da saúde: Brasília, 2010.
- O'Sullivan SB. *Fisioterapia Avaliação e Tratamento*. 4ª Ed. Barueri: Manole. 2004.
- Rafaela JC, Moreno JD. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 1997; 71(2): 177-137.

13. Torres GV, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*, 2009; 58(1): 39-44.
14. Reis LA, Torres GV, Reis LA. Características sócio demográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié/BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2009; 12(2): 267-274.
15. Nunes MR, Rita CL, Ribeiro CR, Rosado EFPL, Franceschini C. Influência das características sócio demográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioterapia*, 2009; 13(5): 376-382.
16. Alves MJM, Ribeiro LC, Milene JL. *Perfil da Capacidade Funcional do Idoso*. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; Caxambu-MG. Brasil, 2008.
17. Moraes EN. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
18. Carvalho MC, Lieber NSR, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras epidemiol*, 2012; 15(4): 822-827.
19. Duca GFD, Thumé PC, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública*, 2011; 45(1): 113-120.
20. Minosso GSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. *Cogitare Enferm*, 2010; 15(1): 12-18.

A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE EFFECTIVENESS OF HYPERTENSION CONTROL BLOOD IN SHARES ATTENTION HEALTH

Flávia Nunes Ferreira de Araújo¹, Tânia Maria Ribeiro Monteiro Figueiredo², Maria Aparecida Alves Cardoso³, Neir Antunes Paes⁴, Havorraïne Ellen Alencar Menezes dos Santos⁵

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública. Os profissionais de saúde têm papel indispensável no processo de adesão às ações de um programa ou intervenção. **Objetivo:** Avaliar a efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais. **Métodos:** Estudo do tipo transversal, realizado em 28 equipes da Estratégia Saúde da Família. Trabalhou-se com cinco dimensões que avaliam a efetividade das ações para o doente da hipertensão. Empregou-se a análise fatorial para identificar os principais fatores de variação entre 22 variáveis analisadas. Foi efetuada uma rotação nos fatores, empregando-se o tipo Varimax[®]. Para a validade interna, aplicou-se o teste do alfa de Cronbach. **Resultados:** Foram obtidos três fatores: informação sobre a hipertensão e seu controle (carga fatorial de 0,819); visita domiciliar ao hipertenso (carga fatorial de 0,753) e, informações medicamentosas para tratamento da hipertensão (carga fatorial de 0,794). **Conclusão:** Amparado nos dados observados nesta pesquisa, acredita-se na atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde no momento da visita domiciliar. Porém, apesar de se ter obtido um índice positivo de efetividade nas ações dos profissionais no controle da HAS, não se pode negar que esta doença ainda é reconhecidamente um sério problema de saúde pública, mostrando-se como um dos grandes desafios a ser superado pela constante incidência desta doença.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. ações de controle. profissionais. avaliação de serviços de saúde.

Abstract

Introduction: High blood pressure is a major public health problem. Health professionals have an indispensable role in the accession process to the actions of a program or intervention. **Objective:** To evaluate the effectiveness of blood pressure control actions in primary health care from the perspective of professionals. **Methods:** A cross-sectional study, conducted in 28 teams of the Family Health Strategy. The study was performed with five dimensions that evaluate the effectiveness of actions for the patient of hypertension. It used factor analysis to identify key factors of variation between 22 variables. Rotation was conducted on the factors, using the Varimax[®] type. For internal validity, applied the Cronbach's alpha test. **Results:** We obtained three factors: information on hypertension and its control (factor loading of 0.819); home visit to hypertensive (factor loading of 0.753) and drug information for treating hypertension (factor loading of 0.794). **Conclusion:** Bolstered on data observed in this study, it is believed in the activeness of community health agents during the home visit. However, despite having obtained a positive rate of effectiveness in the actions of professionals in the control of hypertension, there is no denying that this disease is still recognized as a serious public health problem, showing up as one of the major challenges to be overcome by constant incidence.

Keywords: Hypertension. Control actions. Professionals. Evaluation of health services.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública. Muitos países têm enfrentado repercussões irreversíveis por danos provocados às pessoas com HAS, tais como insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença cerebrovascular, dentre outras^{1,2}.

Estima-se que a HAS tenha prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos^{3,4}, o que pode ser explicado pelas alterações próprias do envelhecimento que tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento desta doença^{5,6}.

No ano de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – hoje reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) – houve um avanço nos cuidados da saúde da população, sobretudo no

que tange à atenção primária à saúde (APS)^{7,8}.

O papel dos profissionais de saúde é indispensável no processo de adesão às ações de um programa ou intervenção. Atividades educacionais voltadas para o auto-cuidado e o trabalho em grupos de pacientes envolvendo toda a equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, esclarecer dúvidas e atenuar ansiedades além da convivência com outras pessoas que apresentam problemas semelhantes.

Nesta perspectiva, o atendimento dos profissionais realizado de forma humanizada e individualizada, além de ações em grupo, faz com que os usuários se sintam cuidados, valorizados e estimados. Esta prática intensifica o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, aumentando a adesão às terapêuticas.

O estudo objetivou avaliar as ações de controle da hipertensão arterial sistêmica nos serviços de aten-

¹. Mestra em Saúde Pública - Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

². Pós-Doutorado em Saúde Coletiva - Universidade de São Paulo - USP. Docente do Mestrado em Saúde Pública - UEPB.

³. Pós-Doutorado pela universidade de Leiden, Holanda - Docente do Mestrado em Saúde Pública - UEPB.

⁴. Pós-Doutorado. Johns Hopkins Public Health School - USA. Docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde - Universidade Federal da Paraíba - UEPB. Departamento de Estatística.

⁵. Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

Contato: Flávia Nunes Ferreira de Araújo. E-mail: flaviapscfg@hotmail.com

ção primária à saúde sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Métodos

Estudo transversal de avaliação de serviços de saúde. A categoria *processo* proposta por Starfield⁹ como uma das categorias básicas da Avaliação de Serviços de Saúde foi utilizada como referencial teórico-metodológico. Foram utilizados indicadores que pudessem mensurar a efetividade das ações de serviço.

O estudo foi realizado nas unidades da ESF do município de Campina Grande (PB) – segundo maior município do estado da Paraíba, com população 383.941 habitantes¹⁰. A população a ser pesquisada era composta por um médico, um enfermeiro e dois agentes comunitários de saúde (ACS) de cada uma das 28 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) totalizando 112 profissionais. As entrevistas foram realizadas com 110 profissionais, sendo estes: 28 enfermeiros, 26 médicos (em uma unidade, a equipe estava sem o profissional médico e, em outra, a médica se recusou a participar da pesquisa) e 56 ACS. Tomou-se como critério de inclusão, profissionais de saúde das UBSF implantadas antes do ano de 2006 e profissionais que estavam inseridos na equipe pelo período mínimo de 4 meses de atuação.

Foi aplicado um instrumento para todas as categorias profissionais, contendo perguntas específicas sobre ações de controle da HAS, a frequência da realização da visita domiciliar, além das condutas e atuação dos profissionais diante de usuários com HAS. O instrumento foi adaptado do questionário modificado e validado para tuberculose por Villa e Ruffino-Netto¹¹, o qual foi norteado pelo *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)⁹, adaptado e revalidado no Brasil por Almeida e Macinko² em estudo realizado no município de Petrópolis. Para este artigo, foi necessária nova adequação do instrumento por uma equipe de especialistas visando avaliar o serviço de atenção às ações de controle da hipertensão arterial em Campina Grande (PB)¹².

As dimensões da APS trabalhadas foram de acordo com as recomendadas por Starfield⁹ e para este estudo utilizou-se cinco dimensões adaptadas: visita domiciliar, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação e enfoque na família. Assim, foram extraídas do instrumento original¹², 22 questões (Quadro 1).

Cada dimensão foi composta por perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de *Likert*), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu” para captar todas as possibilidades.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2010. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas, utilizando-se o software Microsoft® Office® Excel®. As variáveis selecionadas foram transferidas para um banco de dados do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 para permitir a realização da análise estatística.

Empregou-se a técnica estatística de análise multivariada (análise fatorial) para identificar os principais fatores de variação entre as 22 (vinte e duas) variá-

veis. Esses fatores contêm as cargas fatoriais em cada componente. Quando termina a menor carga do fator 1, começa o fator 2 e, assim por diante, até o fator 3. Foi efetuada uma rotação nos fatores, empregando-se o tipo Varimax.

A análise fatorial calculou o auto-valor que é a comprovação de onde está a maior variância. Através do auto-valor foi gerada a variância, a qual é entendida aqui como o índice que mostra o quanto cada fator explica as variações existentes nas variáveis¹³.

Para a validade interna, aplicou-se o teste do *alfa* de *Cronbach* das 22 variáveis utilizadas neste estudo. O valor encontrado do *alfa* de *Cronbach* foi de 0,712 ($p < 0,05$), o que foi considerado boa correlação entre os itens do instrumento, validando a consistência interna. Este teste assume valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas¹³.

Também foi calculado o *alfa* de *Cronbach* dos três fatores gerados na análise fatorial, separadamente. O fator 1 obteve o *alfa* de *Cronbach* igual a 0,813, o fator 2 resultou em 0,604 e o *alfa* de *Cronbach* do fator 3 foi igual a 0,402. Considerou-se os dois primeiros fatores, porque o terceiro fator resultou em baixa consistência interna e baixa variabilidade, por conter poucos itens.

Foi aplicado o teste de esfericidade de *Bartlett's* cuja função foi verificar a possibilidade da aplicação da técnica estatística de análise multivariada nos dados disponíveis, onde espera-se $p\text{-valor} \leq 0,05$ para a aceitação do uso da referida técnica. O $p\text{-valor}$ obtido foi 0,000 sendo possível a utilização da análise fatorial nos dados existentes.

Após a seleção dos fatores a partir da análise fatorial, calculou-se no Microsoft® Office® Excel®, as médias ($\bar{x}$) e o Índice de Efetividade (IE) de cada fator.

O índice de efetividade foi calculado através de uma fórmula, a qual mostra a efetividade das ações de serviço dentro das novas dimensões ou fatores separados a partir da análise fatorial.

Esta fórmula foi feita através de uma adaptação do método Genebrino ou Distancial, utilizado para se medir a qualidade de vida que, na essência metodológica, mensura as variáveis prioritariamente qualitativas^{14,15}. Assim sendo, o IE é igual à média dos pesos atribuídos pelos entrevistados menos 1, dividido por 4 (diferença entre o máximo valor da escala de Likert – 5, e o valor mínimo da escala de Likert – 1), multiplicando-se por 100. Sendo: $\bar{x}$ = a média dos pesos atribuídos pelos entrevistados. $1 = X_{\min}$. $X_{\min}$ (mínimo valor da escala de *Likert*) = 1. $X_{\max}$ (máximo valor da escala de *Likert*) = 5.

Para este estudo, foi feita a transformação linear, a partir da escala de Likert, assumindo valores de 1 a 5, sendo 1 o valor mais baixo e, 5 o valor mais alto, onde os cálculos demonstraram que 1 representa 0,0%, 2 representa 25,0%, 3 representa 50,0%, 4 representa 75,0% e, 5 representa 100,0%.

Estabeleceu-se para este estudo que o valor 75,0% seria o parâmetro para avaliar a efetividade das ações de controle da HAS, que representa 4 na escala de *Likert*. Este parâmetro justifica-se por considerar o desgaste físico dos profissionais com sobrecarga de trabalho, demanda grande de usuários com HAS para serem acompanhados, dependência de outros serviços intersetoriais (secundário e terciário), além das

Rotated Component Matrix			
	Component		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Informação sobre a HAS e seu controle?	,819		
Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	,750		
Os profissionais da Unidade de Saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de HAS sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	,703		
Informações sobre os medicamentos e seus efeitos?	,685		
Formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	,674		
Os profissionais da Unidade de Saúde discutem com o doente de HAS sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	,592		
Visitas domiciliares?	,499		
Os profissionais da Unidade de Saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de HAS?	,489		
Acha que os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS?	,488		
Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de HAS no tratamento?	,460		
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde?		,753	
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana)?		,656	
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico?		,593	
Na visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS?		,486	
Os profissionais da Unidade de Saúde registram as queixas dos doentes de HAS nos prontuários?		,458	
Os profissionais da Unidade de Saúde dão tempo suficiente para que os doentes de HAS explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?		,452	
Os profissionais da Unidade de Saúde solicitam informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de HAS?		,447	
Verificação de PA todas as vezes que vai para a consulta?		,274	
São dadas as informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS?			,794
É garantido o agendamento da consulta e retorno?			,745
Os doentes de HAS são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?			,714
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra ocorrências de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?			,361
Auto-valor	4,697	2,567	1,913
Variância	21,352	11,670	8,697
Variância Acumulada	21,352	33,021	41,718

Quadro 1 - Distribuição da carga fatorial das ações de serviço dos profissionais de saúde nos cuidados da HAS, Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

condições de trabalho em ambientes adaptados, insalubres e sem estrutura física adequada para a realização de trabalhos em grupo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com protocolo nº. 341/10. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A análise fatorial separou os itens estudados em grupos gerando três fatores: Fator 1 (Fator correspondente à informação sobre a HAS e seu controle); Fator 2 (Fator correspondente à efetividade das ações na visita domiciliar e na consulta); Fator 3 (Fator correspondente às informações sobre os medicamentos para a HAS, agendamento da consulta de retorno e registro de ocorrências como hospitalização).

O fator 1 referente à informação sobre a HAS e seu controle apresentou carga fatorial de 0,819. O fator 2 referente à visita domiciliar ao hipertenso pelo ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta ori-

entada pelo profissional da saúde obteve-se uma carga fatorial de 0,753 e no fator 3 referente às informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS mostrou uma carga fatorial de 0,794. O fator 1 mostra que as variáveis que estão nele explicam 21,352% da variação do grupo estudado. Assim sendo, os itens foram os maiores responsáveis pela variação das informações. Logo, se fossem resolvidos os problemas ligados a estas variáveis seriam eliminados 21,3% da variação, ou seja, haveria mais consenso na efetividade do serviço e uma padronização no atendimento. Assim também, o fator 2 que apresentou 11,67% de variância. O fator 3 foi desconsiderado neste estudo devido à baixa variabilidade, por ter sido gerado poucos itens na análise fatorial. A variância acumulada no fator 3 foi de 41,7% mostrando o quanto a soma de cada fator resultou nas variações existentes nas variáveis. Os resultados referentes ao autovalor mostraram que o fator 1 obteve 4,697; o fator 2 apresentou 2,567 e o fator 3 obteve 1,913 (Quadro 2).

Analisando as variáveis do fator 1, observou-se uma maior variação do IE. Verificou-se que 93,1% foi o IE dos profissionais que conversam sobre outros pro-

B. Visita Domiciliar	
B.11	Na visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS?
B.12	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde?
B.13	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico?
B.14	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana)?*
B.17	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra na ficha B-HA ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?
E. Adesão/Vínculo	
E.36	Acha que os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS?
E.37	Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de HAS explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
E.39	Os profissionais da unidade de saúde registram as queixas dos doentes de HAS nos prontuários?
E.40	São dadas as informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS?
E.41	Os profissionais da unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de HAS?
F. Elenco de Serviços	
F.42	Com que frequência são oferecidas informações sobre a HAS e seu controle?
F.43	Com que frequência são oferecidas informações sobre os medicamentos e seus efeitos?
F.44	Com que frequência são oferecidas informações sobre Educação em Saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
F.45	Se faz verificação da PA todas as vezes que vai para a consulta?
F.46	Com que frequência são realizadas visitas domiciliares?
F.48	Há formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
F.53	É garantido o agendamento da consulta de retorno?
G. Coordenação	
G.56	Os doentes de HAS são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
G.61	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o doente de HAS sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
H. Enfoque NA Família	
H.65	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de HAS?
H.66	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de HAS sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?
H.67	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de HAS no tratamento?

Quadro 2 - Descrição das cinco dimensões selecionadas para este estudo.

* Na ocasião da aplicação do questionário a recomendação para atividade física era de três dias semanais. Atualmente, segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão²⁹, passou a ser de cinco dias.

blemas de saúde ou necessidades do doente de HAS. Em contrapartida, o IE do item F.48 (*formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde*) foi de 69,2%, como também, o IE do item F.44 (*com que frequência são oferecidas informações em educação em saúde*) foi de 71,5% (Figura 1).

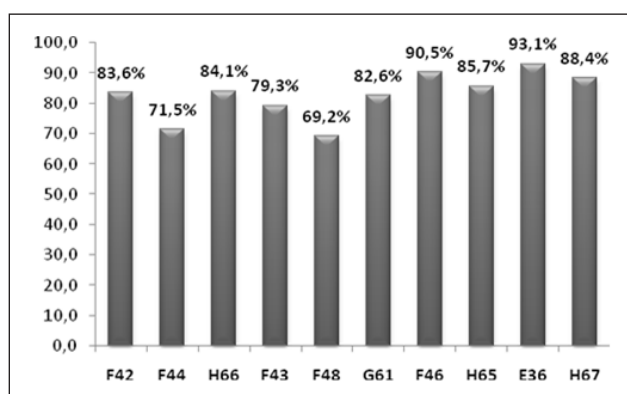


Figura 1 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 1. Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

Dentre estas variáveis investigou-se as ações do ACS na visita, sua principal atribuição. Verificou-se que todos os itens do fator 2 obtiveram o IE superior a 75%. O IE mais baixo foi encontrado no item B.11 (*Na*

visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS?), que apresentou 89,8%. O item F.45 (*Se faz verificação da PA todas as vezes que vai para a consulta?*), obteve o IE maior, 98,6%. Os demais itens variaram entre 90,9% a 97,8% (Figura 2).

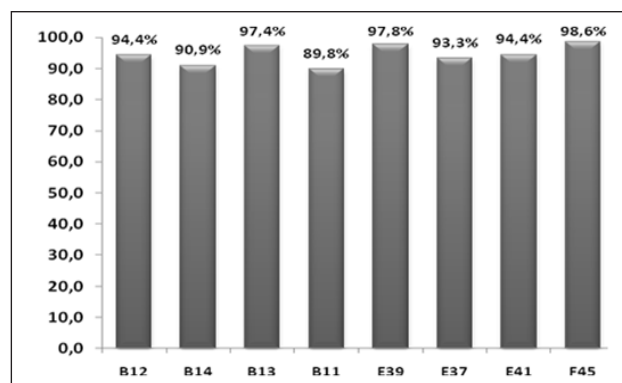


Figura 2 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 2. Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

Pode-se observar que o IE do item B.17 (*Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra na ficha B-HA ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?*) foi 61%, significando que esta atribuição está abaixo do preconizado no estudo (75%)

e que necessita ser observado com mais rigor pelos profissionais na intenção de otimizar esta ação. Demais itens variaram entre 86,9% e 94,3% (Figura 3).

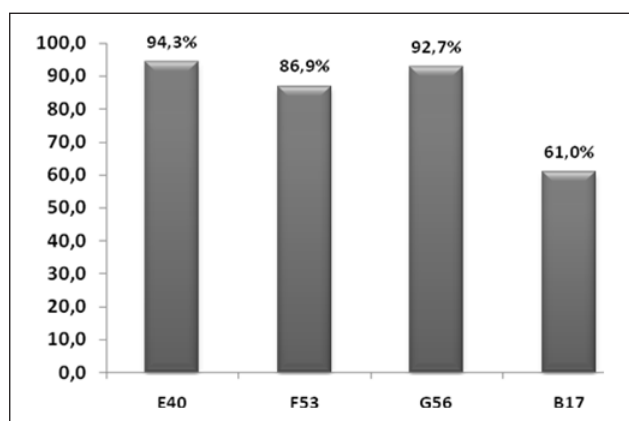


Figura 3 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 3. Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

Discussão

O controle da HAS é um indicador importante para avaliar a qualidade da APS, uma vez que o paciente portador dessa doença necessita de acompanhamento contínuo, permanente, longitudinal e precisa mudar seus hábitos de vida, o que requer orientação, acompanhamento profissional e educação continuada para a saúde.

A fórmula estatística que mediu a qualidade das ações de controle da hipertensão arterial desenvolvida neste estudo permitiu mensurar a efetividade dessas ações, ao avaliar as dimensões da APS propostas por Starfield⁴, no que se refere ao *processo* como prática assistencial.

A metodologia empregada pode ser ferramenta útil para os profissionais da APS, bem como gestores, na reorientação em busca de melhor efetividade. Ela permite identificar tipos de ações que poderiam ocorrer com os recursos utilizados para intensificar e potencializar os cuidados e/ou orientações voltados à prevenção e ao controle da HAS.

Apesar de os resultados desta pesquisa mostrarem uma significativa qualidade de atendimento ao doente de HAS na ótica dos profissionais, em três itens (B.17; F.44; F.48) verificou-se que o IE foi inferior a 75%, ou seja, estes itens indicaram que há falhas nas atribuições dos profissionais de saúde não apresentando efetividade em ações de controle da HAS, sobretudo quanto à educação em saúde através de palestras, sala de espera, atividades em grupo, dinâmicas educativas/instrutivas e orientações gerais para prevenção e controle da HAS. Este estudo revelou pouco desempenho nas atividades dos profissionais em relação à atribuição 'educação continuada'.

O item em que é questionado *informações sobre a HAS e seu controle*, apresenta maior carga fatorial no fator 1, seguido do item *educação em saúde*.

Percebe-se, essencialmente, um déficit na promoção da saúde e prevenção da doença, promovidos através da educação em saúde, atribuição primordial na APS.

A educação em saúde junto ao doente de HAS

contribui consideravelmente no controle da PA. Esta deve ser rotineiramente praticada por todas as categorias de profissionais¹⁶.

A prática da educação em saúde representa uma ação social cujo processo estimula a formação da consciência crítica das pessoas com HAS, além de intensificar a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva^{17,18}, podendo despertar no usuário com hipertensão a importância da mudança do seu estilo de vida.

A relação educativa com a população rompe com a verticalidade da relação entre o profissional e o usuário. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento¹⁶.

No fator 2 da análise fatorial, no item B.12 o ACS, na visita domiciliar ao hipertenso verifica se este segue a dieta orientada pelo profissional da saúde, obteve-se uma carga fatorial de 0,753, seguindo dos itens B.14, B.13 e B.11, em que se investigou os seguintes atribuições: *na visita domiciliar ao hipertenso, o ACS questiona se o usuário realiza exercícios físicos regularmente* (carga fatorial = 0,656); *na visita domiciliar ao hipertenso, o ACS questiona se o usuário toma regularmente a medicação prescrita pelo médico* (carga fatorial = 0,593) e, *na visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS* (carga fatorial = 0,486).

Quando se calculou o índice de efetividade destes itens através da equação que mostra a efetividade das ações de serviço dentro das novas dimensões ou fatores separados a partir da análise fatorial, verificou-se que os valores foram superiores a 89% significando assim, que os profissionais ACS apresentam efetividade nas ações domiciliares relacionadas aos cuidados e vigilância dos doentes de HAS superiores ao parâmetro (75%) deste estudo.

Dentre as atribuições do ACS uma das principais funções é de realizar visitas domiciliares, sendo esta a característica da ESF. A realização da visita gera um elo entre a equipe e a comunidade, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde. É o elo cultural do ACS com a família que potencializa o trabalho educativo¹⁹.

Além da vigilância e promoção da saúde, a visita domiciliar proporciona o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário. Vínculo aqui referenciado por Starfield como uma das ferramentas ou dimensões básicas que avaliam os serviços da APS^{20,21}.

Em um estudo realizado no município de Fortaleza (CE), foi confirmada a empatia e o vínculo como elementos centrais na relação de cuidado. Alguns usuários, quando questionados sobre a diferenciação do atendimento na unidade e no domicílio, relataram a preferência pela assistência domiciliar por possibilitar uma maior vinculação com os profissionais. Também relataram que apesar de o tempo destinado à visita ser limitado, o seu aproveitamento se acentua tendo em vista o favorecimento do diálogo²².

Estudos sobre efetividade são predominantes em pesquisas avaliativas nacionais e internacionais relacionadas aos programas de controle de doenças cardiovasculares incluindo a HAS. Esses programas

foram avaliados na atenção primária na Noruega, nos Estados Unidos (EUA), Paquistão e Suécia. Apesar de aplicados de formas distintas, possui em comum o objetivo de diminuir os fatores de risco²³⁻²⁶.

Na Noruega, o estudo objetivou avaliar o estilo de vida e mudanças de fatores de risco cardiovasculares, após 6 anos de intervenção baseada na capacitação e cooperação entre as organizações de voluntários e os serviços de saúde locais. As principais mudanças nos fatores de risco cardiovascular resultaram em: redução no consumo de café (21,3%), redução dos níveis de colesterol, redução do índice de massa corporal (IMC) e redução de fumantes (5,9%).

Intervenções de saúde pessoais e não-pessoais, incluindo a ação do governo para estimular a redução do teor de sal nos alimentos processados, são formas rentáveis para limitar a doença cardiovascular, reduzindo a incidência global em 50% de eventos cardiovasculares²⁴.

No Paquistão, um projeto de intervenção de prevenção primária para doenças cardiovasculares de base comunitária visou reduzir os fatores de risco nessas populações, no distrito de Lodhrân. O projeto implementou uma série de atividades integradas com mecanismos de serviços sociais e de saúde existentes durante três anos. Foram trabalhados temas como: educação em saúde da comunidade, meios de comunicação, intervenções, a formação de profissionais de saúde e educação em saúde através de trabalhadores de saúde. Mudanças positivas significativas foram observadas nos níveis de conhecimento da comunidade, especialmente em relação a uma dieta saudável para o coração, benefícios da atividade física, causas e efeitos da pressão alta e ataque cardíaco, além de tabagismo ativo e passivo na saúde²⁵.

Mudança de hábitos alimentares da população sueca e redução do tabagismo na população dos EUA também foram programas capazes de alcançar mudanças significativas nos fatores de risco de doenças cardiovasculares das comunidades locais estudadas²⁶.

No Brasil, estudos sobre o tema também se concentram na análise de efetividade. Observou-se 98% de adesão e impacto da ESF de 57% de controle da pressão arterial, com média de 10,1, $\pm$ 3,9 consultas por ano na Bahia²⁷. Em São Paulo, a efetividade em uma unidade básica de saúde foi de 44%, com duas a quatro consultas anuais²⁸.

Discorre-se que, com os resultados desta pesquisa, os fatores gerados a partir da análise fatorial, sobretudo os itens dos fatores 1 e 2, podem ser priorizados pelos profissionais da ESF. Tendo em vista as repercussões em saúde que estas atribuições poderiam contribuir para o controle da hipertensão arterial sistêmica.

Obtiveram-se os índices de efetividade de cada fator, gerado na análise fatorial, os quais superaram o que foi preconizado para este estudo (75%), considerando os possíveis entraves que dificultam ou bloqueiam a eficácia das atribuições dos profissionais, seja pela demanda acentuada, excesso de atribuições ou outras dificuldades.

Quanto aos itens de cada fator, inferiores a 75%, estão aqueles relacionados à frequência de informações em educação em saúde e formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde, os quais também apresentaram maiores cargas fatoriais.

Amparado nos dados observados nesta pesquisa, acredita-se na real atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde no momento da visita domiciliar. Porém, apesar de ter obtido um índice positivo de efetividade das ações dos profissionais no controle da HAS, não se pode negar que esta doença ainda é reconhecidamente um sério problema de saúde pública, em especial para a APS, mostrando-se como um dos grandes desafios a ser superado pela constante incidência desta doença. Este desafio deve servir como estímulo para o desenvolvimento de estratégias que venham permitir o controle de uma pressão arterial descompensada.

Assim sendo, é sugerido neste estudo, além de uma maior reflexão dos profissionais e dos gestores, no que tange a real efetividade das ações de controle da HAS, explorar condições resolutivas na APS como intensificar ações educativas, com o intuito de, tanto minorar a incidência de pessoas diagnosticadas com a HAS, como prevenir complicações reversíveis e irreversíveis que esta doença pode acarretar.

Fonte de financiamento

Este estudo foi financiado pelo CNPq - Editais: MCT/CNPq/MS - SCTIE - DECIT/MS Nº. 37/2008 e, MCT/CNPq/CT - Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº. 067/2009 - REBRATS.

Referências

- Hartmann M, Dias-Da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tontini A. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados: Um Estudo de Base Populacional em Mulheres no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*, 2007; 23(8), ISSN 0102-311x
- Almeida C, Macinko J. Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) / Ministério da Saúde - Brasil. *Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde: Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Segre CA, Ueno RK, Warde KRJ, Accorsi TAD, Miname MH, Chi CK, et al. Efeito hipertensão e normotensão do jaleco branco na liga de hipertensão do hospital das clínicas, FMUSP. Prevalência, características clínicas e demográficas. *Arq Bras Cardiol*, 2003; 80(2): 117-121.
- Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card*, 2008; 91(1): 31-35.
- Lessa I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev Bras de Hipertens*, 2001; 8: 383-392.
- Scherr C, Ribeiro JP. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações Sobre a Realidade Brasileira. *Arq Bras Cardiol*, 2009; 93(3): e54-e56.
- Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc Saude Coletiva*, 2008; 13(1).
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *The Journal of Family Practice*, 2002; 50(2):161-75.

9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Dados do Censo 2010. *Diário Oficial da União*. Brasil, 04 de novembro de 2011.
11. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*, 2009; 35(6): 610-612.
12. Paes NA. *Desempenho do programa saúde da família comparado com o das unidades básicas de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do estado da Paraíba: um estudo de coorte*. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 067/2009.
13. Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. *Análise multivariada de dados*. 6ª Ed. Porto Alegre: Bookman 2009, 688p.
14. Magalhães SB, Ferreira K, Pinheiro DM (org.) *Indicadores sociais da indústria: avaliação da qualidade de vida do trabalhador da indústria*. Metodologia, Brasília: SESI/DN 2010, 92p.
15. Sliwiany RM. *Sociometria: como avaliar a qualidade de vida e projetos sociais*. Petrópolis: Vozes 1997; 182 pp.
16. Silva LMV. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Cienc Saude Coletiva*, 1999; 4(2): 331-339.
17. Guimarães PMM. Precisamos criar uma cultura de educação em saúde. *Encontro Estadual de Comunicação e Educação em Saúde*. Florianópolis, 27 de outubro de 2001.
18. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial – Interface. *Comunic Saude Educ*, 2005; 9(16): 39-52.
19. Tolentino DS, Andrade M. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 2008; 4(1): 06-09.
20. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 2003; 38(3): 819-854.
21. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
22. Albuquerque ABB e Bosi MLM – Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2009; 25(5): 1103-1112.
23. Lupton BS, Fønnebo V, Sogaard AJ, Langfeldt E. The Finnmark Intervention Study. Better health for the fishery population in an Arctic village in North Norway. *Scand J Prim Health Care*, 2002; 20(4): 213-218.
24. Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A, et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet*, 2003; 361(9359): 717-725.
25. Nishtar S, Badar A, Kamal MU, Iqbal A, Bajwa R, Shah T, et al. The Heartfile Lodhran CVD prevention project-end of project evaluation. *Promot Educ*, 2007; 14(1): 17-27.
26. Weinehall L, Lewis C, Nafziger AN, Jenkins PL, Erb TA, Pearson TA, et al. Different outcomes for different interventions with different focus! A cross-country comparison of community interventions in rural Swedish and US populations. *Scand J Prim Health Care*, 2001; 56: 46-58.
27. Araujo JC, Guimaraes AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saude Publica*, 2007; 41(3): 368-374.
28. Sala A, Nemes-Filho A, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev Saude Publica*, 1996; 30(2): 161-167.
29. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, 2010; 95(supl.1): 1-51.

RISCOS BIOLÓGICO E ADEÇÃO A EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

BIOLOGICAL RISKS AND ADHERENCE TO PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT: PERCEPTIONS OF HOSPITAL NURSING STAFF

Michele Cristiene Nachtigall Barboza¹, Marcia Da Silva Almeida², Joana Benito Huber Rodeghiero³, Valéria Almeida Louro⁴, Lidiane Souza Bernardes⁵, Izabella Chrystina Rocha⁶

Resumo

Introdução: O risco biológico está diretamente relacionado aos acidentes de trabalho entre os profissionais da área da saúde. **Objetivo:** Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da exposição aos riscos biológicos em sua atividade laboral e a sua adesão frente aos EPIs em um Hospital de grande porte, no município de Pelotas (RS). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em duas etapas: identificação da unidade de trabalho com maior número de acidentes com material biológico no ano de 2009, e a realização de entrevistas com os profissionais de enfermagem da unidade selecionada. **Resultados:** A partir da análise temática evidenciou-se que os trabalhadores reconhecem o risco biológico e demonstram conhecimento quanto à importância do uso de EPIs, porém não aderem a todos os equipamentos por considerá-los desconfortáveis ou em condições inadequadas para o uso. **Conclusão:** A percepção dos profissionais de enfermagem a cerca dos riscos à exposição biológica reconhecem que o uso de EPIs são ferramentas de melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem. Equipamento de proteção. Saúde do trabalhador.

Abstract

Introduction: The biological risk is directly related to industrial accidents among health professionals. **Objective:** To identify the perception of nurses about exposure to biological hazards in their work activities and their adherence to the front PPE in a large hospital in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** This was an exploratory, descriptive research with a qualitative approach. The research was divided into two stages: identification of the work unit with the highest number of accidents with biological material in 2009, and conducting interviews with the unit nursing professionals selected. **Results:** From the thematic analysis it was shown that workers recognize the biological risk and demonstrate knowledge of the importance of using PPE, but do not adhere to all the equipment, considering them uncomfortable or unsuitable conditions for use. **Conclusion:** The perception of nursing professionals about the risks to biological exposure and the increase in the use of PPE are the quality of life improvement tools in the work of the nursing staff.

Keywords: Nursing staff. Equipment protection. Health worker.

Introdução

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde. Poucos locais de trabalho são tão complexos como um hospital. Além de prover cuidado básico de saúde a um grande número de pessoas, muitos são centros de ensino e pesquisa. Como resultado, existem riscos potenciais a esses trabalhadores podendo estar expostos, dependendo da atividade que desenvolvem e o seu local de trabalho¹.

Na área da Enfermagem, esse fato pode ser potencializado pela exposição a inúmeros riscos durante a assistência hospitalar, pois o cuidar em saúde exige a realização de atividades com diferentes graus de complexidade, sendo desenvolvidas em um local tipicamente insalubre na medida em que propicia a exposi-

ção de seus trabalhadores a riscos físicos, químicos, psíquicos, ergonômicos e, principalmente biológicos².

O risco biológico está diretamente relacionado aos acidentes de trabalho entre os profissionais da área da saúde, pois se associa a patógenos de transmissão sanguínea nas atividades que envolvem a inoculação percutânea, também chamada de parenteral; e pelo contato direto com pele e/ou mucosa, com comprometimento de sua integridade após arranhões, cortes ou por dermatites³. Estudos realizados em unidades de Centro Cirúrgico em hospitais do Brasil evidenciaram que 1.358 profissionais passaram por algum tipo de exposição a material biológico em um período de 12 meses. Além disso, vale destacar que as equipes de enfermagem e médica são as mais expostas ao risco, pois se submetem a mais de uma jornada de trabalho, levando-as a um quadro de cansaço, falta de atenção e estresse⁴.

Nesse aspecto corrobora a importância da boa prática de biossegurança, recomendando a implemen-

¹ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Professora Assistente II da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

² Enfermeira. Hospital Escola. Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

³ Enfermeira. Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior.

⁴ Enfermeira. Prefeitura municipal de Pelotas e Capão do Leão - RS.

⁵ Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho.

⁶ Enfermeira. Doutora em Parasitologia. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Contato: Michele Cristiene Nachtigall Barboza. E-mail: michelenachtigall@yahoo.com.br

tação de estratégias para prevenir as exposições envolvendo material biológico. A principal estratégia refere-se à adoção das precauções-padrão definidas como a higienização das mãos, uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), imunização dos profissionais e manipulação e descarte adequados de materiais perfurocortantes⁵.

Esse estudo justifica-se pela importância dessa temática no contexto da enfermagem, sobre a exposição aos riscos a material biológicos e adesão ao uso de equipamento de proteção individual pelo profissional enfermeiro, constituindo assim priorização de medidas de correção das condições de trabalho.

Diante do exposto o estudo teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da exposição aos riscos biológicos em sua atividade laboral e a sua adesão frente aos EPIs em um Hospital de médio porte, no município de Pelotas (RS).

Métodos

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um Hospital de médio porte no município de Pelotas (RS), no segundo semestre de 2010. Inicialmente foi realizado o levantamento junto ao CCIH do hospital estudado, a unidade hospitalar com maior número de acidente de trabalho notificados, envolvendo material biológico, no ano de 2009, pela equipe de enfermagem.

Para conhecer e abordar os participantes, a pesquisa dividiu-se em duas etapas: identificação da unidade de trabalho com maior número de acidentes com material biológico no ano de 2009, e a realização de entrevistas com os profissionais de enfermagem da unidade selecionada. Fizem parte dessa pesquisa, os enfermeiros da unidade selecionada, somados a 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem de cada turno de trabalho, escolhidos aleatoriamente, totalizando o número de 10 participantes.

Os dados foram coletados por meio de instrumento baseado na ficha de notificação de acidentes de trabalho da instituição. Utilizou-se um roteiro semiestruturado, individual, com a finalidade de investigar o entendimento dos profissionais aos riscos a exposição biológica e a adesão ao uso de EPIs, pela equipe de enfermagem em sua atividade laboral, utilizando como método, a análise temática⁶.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição selecionada, com o parecer nº 102/2010.

Resultados

Após caracterização dos sujeitos do trabalho, a análise dos dados permitiu a construção de duas categorias: Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco biológico e Adesão ao equipamento de proteção individual pela equipe de enfermagem.

Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco biológico

A exposição ao risco biológico pode causar muitos problemas de saúde nos trabalhadores de enfermagem.

"[...] Qualquer exposição que a gente possa ter a algum germe [...] micro-organismo aqui na unidade"(Esmeralda).

"[...] Risco biológico é qualquer acidente e qualquer risco que nós tivemos em contato com alguma secreção ou algum fluido do paciente"(Rubi).

"[...] Risco biológico é o contato da pessoa com uma agulha contaminada"(Ônix).

"[...] Acredito que sejam doenças que a gente possa adquirir num acidente de trabalho, atendendo um paciente contaminado, isso a gente tá exposto direto [...]"(Ametista).

O trabalho de enfermagem possui particularidades devido às características do ambiente laboral, sobretudo o risco biológico.

"[...] Aqui no bloco cirúrgico, a gente está muito exposta a sangue e secreções dos pacientes atendidos pela gente"(Esmeralda).

"[...] Acho que são os perfurocortantes e principalmente o sangue, sangue no olho, no rosto e em mucosas podem respingar e nos contaminar [...]"(Rubi).

"[...] Além dos procedimentos cirúrgicos, a gente tem depois a limpeza da sala que a gente tem que manusear com os materiais usados durante a cirurgia, com muitos fluidos de sangue, infecção, contaminação"(Cristal).

A exposição ao risco biológico dos trabalhadores de enfermagem do bloco cirúrgico, bem como um serviço realizado de forma diversificada propicia a exibição a doenças infectocontagiosas, como o vírus HIV, e a hepatites B e C.

"[...] Tudo que é tipo de infecção, HIV, hepatites [...] tudo [...]"(Quartzo).

"[...] Sim, já aconteceu comigo 2 vezes [...] Um deles foi com agulha de insulina, eu fui fazer uma subcutânea no paciente, daí eu me piquei com a agulha no dedo, e a outra foi enquanto eu instrumentava uma cesariana, entrei em contato com sangue nos meus olhos e eu tive que tomar coquetel durante 20 dias [...]"(Ônix).

"[...] ah faz muito tempo, já faz anos já; foi com agulha de sutura; mas não cheguei a me contaminar"(Cristal).

"[...] sim, nem foi tão grave, mas, foi necessário fazer exame, uma lâmina de aparelho de tricotomia, que quando eu fui desmontar me cortei um pouquinho e foi preciso fazer exame junto ao CCIH"(Ametista).

"[...] duas vezes; um foi com perfurocortante, uma lâmina de bisturi e outro com uma agulha; mas não deu nada"(Quartzo).

Adesão ao uso de equipamento de proteção individual pela equipe de enfermagem

Uma das formas de evitar acidentes com maiores proporções é o uso de equipamento de proteção individual (EPI).

"[...] É importante porque aqui a gente tá correndo risco direto de contaminação né, então se tu não tá com o EPI, é certo, teu risco de contaminação é bem maior, então acho que isso é bem importante" (Jade).

"[...] Ah é importante e fundamental porque se a gente não tiver uma luva, um óculos de proteção que a gente usa aqui, porque o sangue é comum de respingar nos olhos da gente e luvas já é direto" (Quartzo).

"[...] É bastante necessário pra a proteção individual e para proteção do paciente" (Turmalina).

"[...] Ah eu particularmente eu tenho muito cuidado com isso, porque a saúde da gente é muito importante" (Ágata).

"[...] Muito importante [...] muito importante! Só acho que deveria haver mais orientação e treinamento pra equipe de trabalho, pra se conscientizar mais, porque muitas vezes as pessoas não estão nem aí [...] tu vai lá e fala que tem que usar óculos na cirurgia e te ignoram falando que não precisa, mas precisa sim! É muito importante" (Ônix).

Mesmo sabendo da importante adesão ao uso de EPI apenas um dos entrevistados afirma nunca deixar de usar em suas atividades, de acordo com a fala a seguir.

"[...] Nunca, porque no bloco o ambiente é restrito e a gente fica totalmente exposto à contaminação, por isto sempre uso os EPI, sei que é importante no meu trabalho e tenho que me cuidar também" (Turmalina).

Além disso, a não adesão ao EPI evidencia-se à necessidade de agilidade nas atividades laborais e ao desconforto do mesmo.

"[...] Na troca de paciente da maca, pela rapidez no procedimento, às vezes não utilizo nenhum EPI" (Esmeralda).

"[...] Pra punção, pela função do micropore que cola nas luvas, não uso o EPI, sei que devia mas [...] Acho que fica desconfortável, mas acho que é uma questão de prática e pra ser mais rápida no atendimento" (Ônix).

"[...] Logo que eu comecei a trabalhar aqui no bloco o único EPI que eu não usava mesmo era o óculos, até eu ver que era importante, mas eu não usava mesmo por comodidade, porque ele atrapalha, ele embaça, então ele é meio chato de manusear" (Jade).

"[...] Só na questão dos óculos, realmente eles

são bem sucateados, arranhados, não tem pra todo mundo, então acabo não usando" (Rubi).

"[...] Olha em questão de EPI a gente tem que usar sempre, só em questão de óculos que eu já uso o meu, mas as luvas é direto e a máscara pra proteger da saliva pra não respingar sangue e saliva na boca" (Quartzo).

"[...] Quando a gente acha entre aspas que o paciente não tem nada de contaminação, porque sempre tem e a gente nunca sabe" (Cristal).

A luva foi destacada como o EPI mais usado pela equipe de enfermagem neste estudo, já os óculos, a máscara e o avental também foram citados, mas com menor ênfase.

"[...] O mais importante são as luvas porque a gente vive aqui em contato direto com lixo, com paciente contaminado, então é o mais importante porque a gente usa as mãos, então tu leva direto as mãos para trabalhar" (Jade).

"[...] Equipamento? É tudo, é a luva, o avental, pra proteger o corpo; mas a luva a gente usa direto pra proteger de sangue dos pacientes que a gente atende" (Quartzo).

"[...] A luva e o óculos, mas a mais importante é a luva eu acho, principalmente pelo sangue que a gente entra em contato" (Ágata).

"[...] Óculos pra proteger os olhos, porque eu tô entrando em contato com a cirurgia [...] ali pertinho, o paciente tá incisionado ali e a qualquer momento pode respingar sangue nos meus olhos... e luvas sempre! Punção, contato com o paciente, secreção... tudo, óculos e luvas na minha função são importantíssimos" (Ônix).

Observa-se que os profissionais consideraram de suma importância o uso de EPIs na sua atividade laboral, mesmo evidenciando a falta de conscientização do uso pela instituição e a não adesão aos EPI por desconforto, falta e sucateamento dos mesmos, ou ainda por agilidade no momento do procedimento.

Discussão

A exposição ao risco biológico pode causar muitos problemas de saúde nos trabalhadores de enfermagem, pois ao executarem as atividades que envolvem o cuidado direto e indireto, encontram-se frequentemente expostos às infecções transmitidas por micro-organismos presentes no sangue ou em outros fluídos orgânicos dos pacientes atendidos por eles⁷.

Os riscos biológicos estão amplamente distribuídos na estrutura de uma unidade de saúde, sofrendo variações aos contatos mais intensos e diretos com os pacientes, envolve tarefas de higiene, administração de medicamentos, manuseio e preparo de instrumentos cirúrgicos, manejo de excreções contaminadas dentre outras, situações estas que torna o trabalhador vulne-

rável aos riscos e agravos decorrentes de exposição.

A partir da análise dos dados, evidencia-se que os trabalhadores do setor estudado entendem o que é risco biológico. Os principais riscos biológicos, que os profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico se sentem expostos são sangue, secreções e fluidos corporais, além da exposição a materiais perfurocortante e cirúrgicos contaminados. Entre os entrevistados, metade relatou já terem sido vítimas de acidente durante suas atividades laborais, sendo apontados, principalmente no manuseio de perfurocortantes, com agulhas e bisturis, ou exposição ocular a sangue.

Os riscos biológicos são diversificados e expõe a equipe de enfermagem durante o desempenho de suas funções⁸ estão amplamente distribuídos na estrutura de uma unidade de saúde, sofrendo variações proporcionais aos contatos mais intensos e diretos com os pacientes, principalmente, envolvendo sangue, secreções e outros fluidos corporais⁹.

Nesse aspecto, a atividade do cuidado de enfermagem se dá de maneira presencial e ininterrupta, envolvendo tarefas de higienização, de administração de medicamentos, de manuseio e preparo de instrumentos cirúrgicos, bem como o manuseio de excreções contaminadas, situações estas que tornam o trabalhador mais vulnerável aos riscos e agravos decorrentes da exposição¹⁰.

Ao encontro disso, o estudo realizado em um hospital universitário da região sul do Brasil identificou que dentre os acidentes ocorridos no ambiente hospitalar haviam casos, nos quais os pacientes eram reconhecidamente soropositivo para HIV e/ou hepatite B, expondo os trabalhadores a risco de contaminação¹⁰. A consequência desta exposição para o trabalhador vai além do comprometimento físico e pode afetar aspectos pessoais e repercussões psicossociais como descontrole emocional, social e financeiro, desencadeando mudanças nas relações sociais familiares e de trabalho⁹. Os sentimentos relatados não se restringem apenas ao trabalhador, envolvem também familiares, superiores e outras pessoas, que fazem parte do convívio social desse trabalhador. O medo é o primeiro sentimento expresso pelos sujeitos com intensidade, seguido de preocupação transmissão do vírus HIV, HBV e HCV e indecisão frente à conduta a tomar¹¹.

Em casos de acidentes deve ser realizado o acompanhamento sorológico anti-HIV, bem como o aconselhamento pré e pós-teste sorológico¹².

Segundo a Norma Regulamentadora (NR-6), Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e para os membros superiores. São de responsabilidade do empregador o fornecimento do EPI adequado ao risco e o treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação, e de obrigação do funcionário sua utilização durante o período de trabalho¹³.

Uma das formas de evitar acidentes com maiores proporções é o uso de equipamento de proteção individual (EPI), que constitui uma barreira protetora

para o trabalhador, pois reduz efetivamente (embora não elimine) os riscos¹⁴.

Nesse contexto, torna-se essencial para o bem-estar e a saúde do trabalhador, adotar medidas de proteção e barreira no caso de exposições de pele e mucosas ao sangue ou outros líquidos corporais¹⁵. A maior responsabilidade sobre o controle dos riscos é do profissional em relação ao paciente, que os entende e conhece os mecanismos de controle de disseminação das doenças¹⁶sendoeste reforçado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, na perspectiva de proteger o usuário no serviço de saúde. Sendo assim, torna-se fundamental que todos os trabalhadores envolvidos em atividades que tenham algum elemento que represente um tipo de ameaça à sua saúde sejam capacitados e treinados de forma tal que compreendam a importância do uso de medidas de proteção e segurança⁷.

Estudo realizado num hospital regional de Minas Gerais, no qual a minoria utiliza constantemente todos os equipamentos necessários ao exercício da enfermagem¹⁷, mesmo sabendo de sua importância e necessidade, afirma que o ambiente laboral pode ser extremamente insalubre, proporcionando sucessivas situações que predispõem ao risco biológico.

Todavia, embora a necessidade do uso dos EPI ser teoricamente aceita, muitos profissionais de enfermagem não fazem uso dos mesmos porque pensam não correrem risco de contrair doenças ou porque não gostam de usar EPI, especialmente por falta de hábito, rapidez e agilidade nas atividades, desconforto e incômodo¹⁴. A negligência no uso de EPI está principalmente relacionada ao uso de luvas, o que expõe os trabalhadores a riscos adicionais durante o manuseio de material perfurocortante contaminado pela equipe de enfermagem¹⁸.

Nesta pesquisa, todos os profissionais de enfermagem têm conhecimento e relatam a importância do uso de EPI, apesar de algumas vezes não fazerem uso deles. Entre as situações que interferem nessa adesão ao uso de EPI, foram relatadas a rapidez na execução das tarefas, que muitas vezes induz o trabalhador a um fazer repetitivo sem adequado planejamento, o desconforto visto que o EPI pode vir a atrapalhar a agilidade no procedimento, bem como a falta de disciplina, visto que não aderem ao uso do EPI, negligenciando os riscos biológicos. Na análise do estudo evidenciou-se que a luva é considerada como o EPI mais importante, nas práticas assistências dos profissionais, seguidas de óculos, máscara cirúrgica e avental de proteção.

Em concordância, um estudo realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem das UTI's adulto de duas instituições hospitalares da rede pública do município de Campina Grande (PB), descreve que no uso de medidas de segurança há o predomínio na utilização de luvas de procedimentos, máscaras e óculos protetores durante situações de risco¹⁹.

Embora os profissionais de enfermagem tenham demonstrado conhecimento da exposição aos riscos biológicos, esta percepção não é suficiente para garantir a adesão ao uso dos EPI nas suas práticas laborais. A atenção à saúde no âmbito hospitalar é um trabalho coletivo, que envolve a atuação de profissionais

com saberes e práticas específicas das ciências relacionadas à área da saúde e a outras afins, uma vez que muitos processos de trabalho interdependentes se agilizam nesse sentido. Acredita-se que seja necessário investir no processo educativo, o que também foi citado pelos próprios participantes e em prevenção e controle do ambiente de trabalho, através de capacitações, cursos e palestras, visando reduzir a exposição aos riscos biológicos e prevenir o surgimento das doenças ocupacionais.

A expressiva vulnerabilidade da equipe de enfermagem nos conduz a refletir que a exposição ao risco biológico pode ser explicada por formar um contingente mais numeroso da força de trabalho em saúde, com formação técnica muito heterogênea, nem sempre contemplada na divisão do trabalho. No entan-

to, a percepção possibilita ao indivíduo formar ideias, adquirir conhecimento por meio dos sentidos, porém, muitas vezes, este conhecimento por si só não é suficiente para a tomada de condutas corretas. Para isto, vê-se como fundamental um enfermeiro com liderança em sua equipe para conscientizá-los da importância do seu uso de todos os EPI durante a atividade de trabalho, evitando que esta atividade seja negligenciada por motivos diversos.

Diante do exposto, espera-se que esse estudo contribua para uma visão mais integrada, em que a percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos riscos à exposição biológica e a adesão ao uso de EPIs representem importantes ferramentas de melhoria da qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem.

Referências

1. Vasconcelos SP. *Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental* [dissertação]. São Paulo (SP). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009. 97 p.
2. Silva CDL, Pinto WM. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. *Rev Saúde Coletiva em Debate*, 2012; 2(1): 62-69.
3. Silva JÁ, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009; 13(1): 508-16.
4. Spagnuolo RS, Baldo RCS, Guerrini IA. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina - PR. *Rev Bras Epidemiol*, 2008; 11(2): 15-23.
5. Gomes AC, Agy LL, Malaguti SE, Caninil SRMS, Cruz EDA, Gir E. Acidentes ocupacionais com material biológico e equipe enfermagem de um Hospital-escola. *Rev Enferm UERJ*, 2009; 17(2): 220-223.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
7. Silva MKD, Zeitoune RCG. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 2009; 13(1): 279-286.
8. Gallas SR, Fontana RT. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. *Rev Bras Enferm*, 2010; 63(5): 786-792.
9. Freiburger MF, Correia MBR, Pinto EAM, Ferreira EJ. Adesão ao uso de óculos de proteção individual pelos profissionais de saúde em unidade de centro cirúrgico. *Rev Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2011; 2(2): 70-79.
10. Sêcco IAO, Robazzi MLCC, Shimizu DS, Rúbio MMS. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. *Rev Latino-Am Enferm*, 2008; 16(5): 1-10.
11. Sarquis LMM, Felli VEA. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. *Rev Bras Enferm*, 2009; 62(5): 701-704.
12. Zakabi D. *Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012. 129 p.
13. Suarte HAM, Teixeira PL, MS. O uso dos equipamentos de proteção individual e a prática da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. *Rev Científica do ITPAC Araguaína*, 2013; 6(2): 1-8.
14. Talhaferro B, Barboza DB, Oliveira AR. Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. *Rev Cienc Medic*, 2008; 17(1): 157-166.
15. Barbosa CF, Alves GS, Lima LR, Cruvinel KPS. Saúde do trabalhador: a equipe de enfermagem frente aos riscos ocupacionais em uma unidade de hemodiálise. *Rev Enferm Integrada - Ipatinga: Unileste-MG*, 2012; 5(1): 880-894.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional DST/AIDS. *Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C*. Brasília (DF); 2005. [Acesso em 20 jan 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf.
17. Vasconcelos BM, Reis ALRM, Vieira MS. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de coronel Fabriciano. *Rev Enferm Integrada - Ipatinga: Unileste-MG*, 2008; 1(1): 1-10.
18. Chagas MCS, Barboza MCN, Behling A, Gomes GC, Xavier DM. Risco ocupacional na emergência: uso de equipamentos de proteção individual (EPI) por profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line*, 2013; 7(2): 337-344.
19. Sousa TP. *Percepção da equipe de enfermagem quanto a implementação de medidas de biossegurança em UTIs* [dissertação]. Campina Grande (PB). Universidade Estadual da Paraíba; 2012. 29 p.

MANIFESTAÇÕES EXTRAINTestinaIS EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

EXTRAINTestinal MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Alex Rodrigues Fonseca¹, Adalgisa de Souza Paiva Ferreira², Lícia Maria Fernandes Rodrigues³

Resumo

Introdução: A doença inflamatória intestinal compreende duas formas: a retocolite ulcerativa e a doença de Crohn. As doenças inflamatórias intestinais possuem manifestações em outros órgãos e sistemas, conhecidas como manifestações extraintestinais. A relação dessas manifestações com a gravidade e estado inflamatório da doença tem grande impacto na morbimortalidade dos pacientes. **Objetivo:** Estimar a prevalência, tipo e fatores associados ao aparecimento das manifestações extraintestinais em pacientes com doença inflamatória intestinal. **Método:** Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal. A população do estudo foi composta por todos os pacientes com doença inflamatória intestinal assistidos em um Hospital Universitário. A coleta de dados foi realizada por meio da análise das fichas de atendimento que contêm variáveis epidemiológicas e dados relacionados à doença. Grupos com e sem manifestações foram comparados quanto às variáveis identificadas. **Resultados:** Foram analisados 134 fichas de pacientes com todas as informações preenchidas e diagnóstico confirmado. A média de idade foi de 44,8 anos. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (59%). A retocolite ulcerativa foi o diagnóstico mais frequente (81,3%), seguido da doença de Crohn. Dentre as manifestações extraintestinais, as mais prevalentes foram as articulares, seguidas pelas dermatológicas e hepáticas. Os fatores associados à presença de manifestações extraintestinais foram o sexo feminino e a retocolite ulcerativa. **Conclusão:** Mulheres e portadores de retocolite ulcerativa foram os grupos que apresentaram maior prevalência de manifestações extraintestinais.

Palavras-chave: Prevalência. Artrite. Doença de Crohn. Colite Ulcerativa.

Abstract

Introduction: Inflammatory bowel disease comprises two forms: ulcerative colitis and Crohn's disease. The inflammatory bowel diseases have manifestations in other organs and systems, known as extraintestinal manifestations. The relationship of these events to the severity and inflammatory condition of the disease has a significant impact on morbidity and mortality of patients. **Objective:** To estimate the prevalence, type and factors associated with the onset of extraintestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease. **Method:** This is a cross-sectional observational study. The study population consisted of all patients with inflammatory bowel disease assisted in a University Hospital. Data collection was performed by analyzing the call records that contain epidemiological variables and data related to the disease. Groups with and without events were compared to the identified variables. **Results:** 134 patient files were analyzed with all completed and confirmed diagnosis information. The mean age was 44.8 years. Most patients were female (59%). Ulcerative colitis is the most common diagnosis (81.3%), followed by Crohn's disease. Among the extraintestinal manifestations, the most prevalent were the joint, followed by skin and liver. The factors associated with the presence of extraintestinal manifestations were females and ulcerative colitis. **Conclusion:** Women and patients with ulcerative colitis were the groups with the highest prevalence of intestinal manifestations.

Keywords: Prevalence. Arthritis. Crohn disease. Ulcerative colitis.

Introdução

As doenças inflamatórias intestinais (DIIs) compreendem duas formas principais: a retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC)¹. Além de afetar o trato gastrointestinal, ambas as formas envolvem outros órgãos e sistemas. Os sinais e sintomas não intestinais são denominadas manifestações extraintestinais (MEIs)². A frequência das manifestações varia de 21 a 47% e é semelhante nas duas doenças, porém sendo mais comum nos portadores de DC, principalmente naqueles com doença colônica extensa³. Elas podem surgir antes, concomitante ou posteriormente ao diagnóstico da doença inflamatória de base⁴. Vários fatores tem influência na patogenia das MEIs, porém a conexão clínica e imunológica nunca foi totalmente elucidada⁵.

Os órgãos mais afetados pelas MEIs incluem a pele, articulações, olhos, fígado e trato biliar^{6,7}. O aparecimento de uma MEI tende a aumentar a chance de desenvolvimento de outras manifestações². Existem 3 classes de MEIs. A primeira engloba manifestações que se relacionam à atividade inflamatória da doença (artrite periférica, eritema nodoso, aftas orais, pioderma gangrenoso, uveíte e espondiloartropatias). A segunda classe compreende manifestações que tem predisposição aumentada nos pacientes com DIIs (nefrolitíase, colestase e uropatia obstrutiva). E a terceira classe envolve manifestações não relacionadas às outras duas classes (amiloidose, eventos tromboembólicos e osteopatia)⁸.

A variedade de MEIs e sua relação com a gravidade e estado inflamatório da doença tem grande impacto na morbidade e mortalidade dos pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais^{8,9}. Essas condições

¹. Curso de graduação em Medicina. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

². Docente do Curso de Medicina. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.
Contato: Alex Rodrigues Fonseca. E-mail: alexrf09@hotmail.com

requerem tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos precoces, a fim de melhorar a qualidade de vida destes pacientes⁴.

A importância de conhecer o real quadro das DIIs e devido à falta de trabalhos científicos sobre como se apresentam os portadores de Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn no estado do Maranhão, este estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico, estimar a prevalência das MEIs, os principais tipos e os fatores relacionados ao seu aparecimento em pacientes acompanhados no único ambulatório público de referência cadastrado para doença inflamatória intestinal no estado do Maranhão.

Método

Estudo retrospectivo, descritivo e transversal realizado com pacientes assistidos no ambulatório de doença inflamatória intestinal do Hospital Universitário Presidente Dutra no período de 2005 a 2014.

A coleta de dados foi realizada por meio da análise das fichas de atendimento dos pacientes assistidos no ambulatório. Foram investigadas variáveis epidemiológicas e dados relacionados à doença: idade, sexo, naturalidade, ano de início e tempo de evolução, tipo de DII, extensão da doença, presença ou não de MEI e o tipo de manifestação. Os tipos de DII são RCU e DC. A extensão da doença foi classificada em localizada, quando acometia apenas parte do intestino delgado (DC) ou do intestino grosso (DC ou RCU), e em extensa, quando acometia o intestino delgado e o intestino grosso (DC) ou o intestino grosso de forma generalizada – pancolite (DC ou RCU).

Foram comparados os grupos com e sem manifestações extraintestinais, quanto à idade, sexo, naturalidade, tempo de evolução, extensão e tipo de doença. A prevalência foi calculada obtendo-se o quociente entre o número total de casos com MEI e o total de pacientes cadastrados no ambulatório que possuíam todas as informações da ficha de atendimento preenchidas corretamente e o diagnóstico confirmado.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010 e analisados no programa SPSS (versão 16). Na análise dos dados quantitativos, utilizaram-se medidas de tendência central (média, mediana). As comparações entre as variáveis numéricas foram feitas pelo teste *t* de Student. As variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste do Qui-quadrado ou Exato de Fischer, quando indicados. Os valores foram considerados estatisticamente significantes quando $p \leq 0,05$.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – CEP/HU-UFMA e aprovado com o parecer consubstanciado nº 537.089/2014.

Resultados

A população foi composta por 203 pacientes cadastrados no ambulatório de DII, porém apenas 142 pacientes possuíam todas as informações da ficha de atendimento preenchidas corretamente. Deste grupo, oito pacientes não possuíam o diagnóstico confirmado de RCU ou DC, portanto foram excluídos da pesquisa, restando 134 pacientes.

A média de idade foi de 44,8 anos, com máxima de 83 e mínima de 16 anos. Quanto ao sexo, 59% era feminino e 41% masculino. Em relação ao local de origem 78,3% eram provenientes do interior do Maranhão ou de outro estado e 21,6% eram da capital, São Luís. Quanto ao tipo de DII, 81,3% tinham retocolite ulcerativa e 18,7% tinham doença de Crohn. Pacientes classificados com doença localizada representaram 61,9% e com doença extensa, 38,1%. As MEIs foram observadas em 33,6% dos pacientes, de forma isolada ou múltiplas. Sendo destes, 31,3% portadores de RCU e 2,3% portadores de DC. O tipo e a frequência das MEIs (Tabela 1).

Tabela 1 - Tipo e frequência das manifestações extraintestinais em portadores de doença inflamatória intestinal. São Luís - MA, 2014.

Manifestação extraintestinal	n	%
Artralgia	38	28,4
Artrite	10	07,5
Pioderma gangrenoso	05	03,7
Colangite esclerosante	03	02,2
Sacroileíte	02	01,5
Colestase	01	00,7
Afta	01	00,7
Tromboembolismo	01	00,7

Nas análises comparativas, apenas o sexo ($p=0,05$) e o tipo de DII ($p=0,011$) foram estatisticamente associados à presença das MEIs. Pacientes do sexo feminino e portadoras de RCU apresentaram mais manifestações. Não houve associação com a idade, naturalidade, tempo de evolução e extensão da doença (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise comparativa entre portadores de doença inflamatória intestinal com e sem manifestações extraintestinais. São Luís - MA, 2014.

Variáveis	Manifestação extraintestinal				Valor de <i>p</i>
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Tipo de doença					0,011
Doença de Crohn	03	12,0	22	88,0	
Retocolite Ulcerativa	42	38,5	67	61,5	
Sexo					
Masculino	11	20,0	44	80,0	0,05 ^a
Feminino	34	43,0	45	57,0	
Extensão					
Localizada	26	31,3	57	68,7	0,48 ^a
Extensa	19	37,3	32	62,7	
Naturalidade					
Capital	09	31,0	20	69,0	0,719 ^a
Interior	36	34,3	69	65,7	
Idade					0,446^b
Número de pacientes	45		89		
Média (desvio-padrão)	46,244 ± 2,0686		44,069 ± 1,7433		
Tempo de evolução					0,47^b
Número de pacientes	45		89		
Média (desvio-padrão)	7,489 ± 0,6960		6,820 ± 0,5544		
Total	45	100,0	89	100,0	

^aTeste Qui-quadrado; ^bt-Student para amostras independentes.

Discussão

O estudo identificou que os portadores de retocolite ulcerativa e doença de Crohn apresentaram mani-

feições extraintestinais. Entre estas, as mais prevalentes foram as articulares (artralgia e artrite), seguidas pelas dermatológicas (pioderma gangrenoso) e hepáticas (colangite esclerosante).

A frequência destas manifestações nos pacientes com DII varia bastante na literatura, pois os estudos possuem metodologia e tempo de seguimento diferentes⁴. Lakatos *et al.*,⁹ seguiram 873 pacientes com DII (619 com RCU e 254 com DC) por 25 anos e encontraram uma prevalência de 21,3% de MEIs. Enquanto em um estudo retrospectivo realizado por Torres *et al.*,¹¹ com 49 pacientes durante um período de 6 meses, a prevalência foi de 83,6%. De modo geral, a maioria das publicações tem demonstrado uma frequência entre 21 e 47%^{8,10,12}. Os achados deste estudo demonstraram que os resultados foram semelhantes.

As manifestações articulares são as mais encontradas em pacientes com DC e RCU^{9,14}. As artropatias são divididas em dois grupos: as que afetam o esqueleto periférico e aquelas que afetam o esqueleto axial¹⁵. Orchard *et al.*,¹⁶ subdividiram as artropatias do esqueleto periférico em tipo 1 (artrite de grandes articulações, que afeta menos de 5 articulações, caráter agudo com evolução autolimitada, duração menor que 10 semanas e acompanha paralelamente o curso inflamatório da DII) e tipo 2 (afeta 5 ou mais pequenas articulações, curso crônico com duração de meses ou anos e independe da atividade inflamatória do intestino). A frequência dessas artropatias varia de 2,8% a 31%¹⁴. Já as artropatias axiais compreendem a sacroileíte e espondilite anquilosante e possuem frequência entre 2% a 22%¹⁴. No presente estudo observou-se prevalência de artrite periférica e artrite axial. A baixa frequência de artrite axial (sacroileíte) talvez possa ser justificada pela dificuldade de acesso dos pacientes aos diversos especialistas, justificando o baixo número de diagnósticos.

Um grande espectro de manifestações dermatológicas pode ocorrer em pacientes portadores de DII. O eritema nodoso e o pioderma gangrenoso são as mais frequentes. Outras lesões como psoríase, estomatite aftosa oral, epidermólise bolhosa, doença de Crohn metastática e Síndrome de Sweet podem aparecer e é mandatória a avaliação dermatológica para confirmação do diagnóstico¹². Vários estudos mostraram frequência das manifestações dermatológicas variando entre 5 e 15%^{3,9,13}. Nessa amostra, observou-se apenas descrição de pioderma gangrenoso como manifestação dermatológica. Foi descrito em 3,7% dos pacientes, frequência considerada compatível com a literatura.

A doença hepatobiliar é relativamente comum na DII, porém é subestimada. A manifestação hepatobiliar mais importante associada à DII é a colangite esclerosante primária (CEP). Outras condições também descritas são a pericolangite, esteatose, hepatite crônica, cirrose e formação de cálculos biliares¹⁸. A característica clínica da CEP é a icterícia sem outros sintomas, causada pela inflamação intermitente das vias biliares. Sua evolução é independente do controle da doença intestinal¹⁷. O teste diagnóstico de primeira linha para o diagnóstico de CEP é a colangiografia por ressonância magnética, que mostra o padrão irregular dos ductos biliares intra-hepáticos e extra-hepáticos com zonas de dilatação e estreitamento¹⁸. Os portadores desta doença têm o risco substancialmente aumentado de colangi-

ocarcinoma e carcinoma colorretal^{17,18}. Na amostra aqui estudada, foram observados três casos de CEP. Esta é uma manifestação que tem sido descrita entre 1 a 10% dos portadores destas doenças^{4,5,18}.

Os portadores de DII também tem um risco aumentado de tromboembolismo (TE), que configura uma importante causa de morbidade e mortalidade nesses pacientes¹⁹. A possível explicação para o aumento desse risco seria a interação entre citocinas inflamatórias (IL-1 e TNF- α) e endotoxinas presentes no sangue dos pacientes com atividade inflamatória²⁰. Os quadros mais comuns são o de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar¹⁷. Eles ocorrem em pacientes mais jovens em relação à população geral, de forma mais frequente em doença ativa e parece não ter influência do sexo ou tipo de DII¹⁹. A frequência de tromboembolismo varia de 1,2% a 6,1% e, nos estudos de necropsia, esse valor aumenta para 39%²⁰. Nesta série, foi encontrado relato de 0,7%. É provável que esta baixa frequência esteja relacionada com a dificuldade no diagnóstico clínico de casos menos graves desta complicação, já que a grande maioria pode ser assintomática, o que pode ter ocorrido no presente estudo, já que não foi um estudo desenhado para acompanhamento, com vigilância dos sintomas relacionados ao tromboembolismo.

Quando foram avaliados fatores associados com a presença de MEIs, encontrou-se que elas foram mais frequentes entre as mulheres. Em geral, estas manifestações têm sido mais encontradas no sexo feminino. Lakatos *et al.*,⁹ observaram esta relação em uma coorte que acompanhou pacientes com DII por 25 anos. Fato também observado por Mota *et al.*,⁴ que encontraram 388 pacientes (61,8%) do sexo feminino de um total de 627 portadores de MEIs em doença inflamatória intestinal. Não parece haver um fator específico para essa maior frequência entre as mulheres, mas especula-se que deve haver algum fator predisponente relacionado ao gênero que possa justificar esta ocorrência.

Diferentemente da literatura, foi observada maior frequência de MEI com RCU, quando comparado a DC ($p=0,01$). A maioria dos estudos mostram maior frequência destas manifestações na DC^{4,9,13}. É possível que, o fato de ser o único serviço de referência para estas doenças no estado do Maranhão tenha favorecido o encaminhamento de pacientes mais graves e, como a RCU é mais frequente que a DC, tenha gerado um viés de seleção dos pacientes.

Outro fato frequentemente associado à presença destas manifestações seria a extensão da doença. Nos pacientes com RCU, as MEIs são mais frequentes naqueles que possuem acometimento colônico extenso³, já nos pacientes com DC é aceito que algumas MEIs são relacionadas ao intestino grosso, enquanto outras com o intestino delgado⁹. No presente estudo, não foi encontrada associação da presença de MEIs com extensão da doença. É possível que a definição de doença localizada e difusa, que foi utilizada nesse estudo, não tenha efetivamente representado o grau de extensão da doença. Da mesma forma, é possível que o fato de não ter havido um acompanhamento a longo prazo desses pacientes pode ter dificultado identificar este tipo de associação.

Uma das limitações desse estudo foi o fato de ser transversal. O acompanhamento por um prazo longo poderia identificar de forma mais adequada a prevalência destas manifestações e também os fatores relacionados com maior acurácia.

Em conclusão, este estudo identificou uma frequência esperada de manifestações extraintestinais em portadores de doença inflamatória intestinal. As mais frequentes foram as articulares. As mulheres e os portadores de RCU apresentaram prevalência mais

elevada das MEIs quando comparadas ao sexo masculino e portadores da DC, respectivamente.

Agradecimentos

Ao serviço de Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão pelo apoio na coleta dos dados para a realização da pesquisa.

Referências

- Bernstein CN, Shanahan F. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Gut*, 2008; 57: 1185-1191.
- Rothfuss KS, Stange EF, Herrlinger KR. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*, 2006; 12(30): 4819-4831.
- Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extraintestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis. A study of 700 patients. *Medicine*, 1976; 55(5): 401-412.
- Mota ES, Kiss DR, Teixeira MG, Almeida MG, Sanfront FA, Habr-Gama A, *et al.* Manifestações extraintestinais em doença de Crohn e retocolite ulcerativa: prevalência e correlação com o diagnóstico, extensão, atividade, tempo de evolução da doença. *Rev Bras de Coloproct*, 2007; 27(4): 349-363.
- Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Yu N. The prevalence of extraintestinal diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Ame J of Gastroenterol*, 2001; 96(4): 1116-1122.
- Vavricka SR, Brun L, Ballabeni P, Pittet Vr, Vavricka BMP, Zeitz J, *et al.* Frequency and Risk Factors for Extraintestinal Manifestations in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Am J Gastroenterol*, 2011; 106:110-119.
- Mendoza JL, Lana R, Taxonera C, Alba C, Izquierdo S, Rubio MD. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease: differences between Crohn's disease and ulcerative colitis. *Med Clin (Barc)*, 2005; 125(8): 297-300.
- Grinman AB. Manifestações extraintestinais das doenças inflamatórias intestinais. *Rev do Hosp Univer Pedro Ernesto*, 2012; 11(4): 22-26.
- Lakatos L, Pandur T, David G, Balogh Z, Kuronya P, Tollas A, *et al.* Association of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary with disease phenotype: Results of a 25-years follow-up study. *World J Gastroenterol*, 2003; 9(10): 2300-2307.
- Bafutto M, Marciano RD, Bafutto AAF, Oliveira EC, Filho JR. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Int J Inflam Bowel Dis*, 2015; 1(1): 29-40.
- Torres JAP, Santana RM, Torres FAP, Moura AL, Neto JRT. Doenças inflamatórias intestinais no Hospital Universitário da Universidade Federal do Sergipe: manifestações extraintestinais. *Rev Bras de Coloproct*, 2011; 31(2): 115-119.
- Levine JS, Burakoff R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol & Hepatol*, 2011; 7(4): 235-241.
- Zippi M, Corrado C, Pica R, Avallone EV, Cassieri C, Nitto DD, *et al.* Extraintestinal manifestations in a large series of Italian inflammatory bowel disease patients. *World J Gastroenterol*, 2014; 20(46): 17463-17467.
- Lanna CCD, Ferrari MLA, Carvalho MAP, Cunha AS. Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. *Rev Bras Reumatol*, 2006; 46(1): 45-51.
- Evans PE, Pardi DS. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: focus on the musculoskeletal, dermatologic, and ocular manifestations. *Med Gen Med*, 2007; 9(1): 55.
- Orchard TR, Wordsworth BP, Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. *Gut*, 1998; 42: 387-391.
- Silva LT, Duarte KCR, Pavan TB, Tjeng R. Doença inflamatória intestinal: manifestações extra-intestinais. *Perspectivas médicas*, 2006; 17: 23-25.
- Ardizzone S, Puttini PS, Cassinotti A, Porro GB. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Dig and Liver Dis*, 2008; 40: 253-259.
- Danese S, Semeraro S, Papa A, Roberto I, Scaldaferrì F, Fedeli G, *et al.* Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 2005; 11(46): 7227-7236.
- Miehlsler W, Reinisch W, Valic E, Osterode W, Tillinger W, Feichtenschlager T, *et al.* Is inflammatory bowel disease an independent and disease specific risk factor for thromboembolism? *Gut*, 2004; 53: 542-548.

ENVELHECER COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

AGING WITH FUNCTIONAL DEPENDENCE: BUILDING STRATEGIES FOR COPING

Pollyanna Viana Lima¹, Tatiane Dias Casemiro Valença¹, Luciana Araújo dos Reis²

Resumo

Introdução: O comprometimento da dependência funcional implica em uma nova ordem na vida cotidiana dos idosos, sendo preciso criar estratégias de enfrentamento para conseguirem adaptar e lidar com situações adversas no seu dia-a-dia. **Objetivo:** Conhecer e analisar as estratégias de enfrentamento que os idosos longevos utilizam para superar os problemas vivenciados a partir da dependência funcional. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista (BA), cujos participantes foram sete idosos acima de 80 anos, de ambos os sexos, que apresentavam dependência funcional e condições mentais preservadas. Para a coleta dos dados foi empregada a entrevista com base em um roteiro predefinido e, para a análise foi utilizada a análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** Verificou-se que os idosos apresentam como estratégias de enfrentamento da dependência funcional a resiliência, a fé, a espiritualidade e o apoio da família. **Conclusão:** As estratégias de enfrentamento são fundamentais para a pessoa idosa conseguir lidar e vencer os problemas acarretados com a dependência funcional, mas, sobretudo, para o desenvolvimento de uma vida com melhor qualidade, apesar das limitações físicas, sociais, econômicas e psicológicas impostas pelo quadro de dependência. Diante disso, salienta-se a importância dos profissionais de saúde, durante as visitas domiciliares incentivarem e auxiliarem os idosos a construir estratégias que favoreçam o enfrentamento dos problemas gerados a partir da dependência funcional.

Palavras-chave: Longevidade. Estratégias de enfrentamento. Funcionalidade. Idoso.

Abstract

Introduction: Impaired functional dependence implies a new order in everyday life of the elderly, need to create coping strategies to manage to adapt and deal with adverse situations in their day-to-day. **Objective:** To investigate and analyze the coping strategies that the oldest old used to overcome the problems experienced from the functional dependence. **Method:** exploratory, descriptive study with qualitative approach, carried out in a Family Health Unit in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil, whose participants were seven people over 80 years, of both sexes, with functional dependence and mental conditions preserved. For data collection was used the interview based on a predefined script, and for the analysis was used to analyze categorical-themed content. **Results:** It was found that the elderly have as coping strategies of functional dependence resilience, faith, spirituality and family support. **Conclusion:** The coping strategies are fundamental for the elderly cope and overcome the problems caused by the functional dependence, but above all for the development of a life with better quality, despite the physical, social, economic and psychological limitations imposed by dependence. Thus, it stresses the importance of health workers during home visits to encourage and assist the elderly to build strategies that enhance face the problems generated from the functional dependence.

Keywords: Longevity. Coping strategies. Functionality. Old man.

Introdução

As pessoas idosas no Brasil têm aumentado de forma acelerada. Não somente no Brasil, mas em todo o mundo até 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos deverá duplicar e a expectativa de vida tende a aumentar. Esse fato se deve em grande parte à elevação da expectativa de vida dos brasileiros e à queda da fecundidade, aliadas ao aumento da qualidade de vida e melhorias no sistema de saúde com tecnologias mais avançadas^{1,2}.

Nesse sentido, o avanço tecnológico e os progressos científicos têm contribuído para o crescente aumento da expectativa de vida. No entanto, boa parte das pessoas idosas está envelhecendo doentes, está permanecendo doentes por mais tempo e precisando lidar com múltiplas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) simultaneamente³.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus estão entre as DCNT mais comuns na velhice. Elas duas juntas são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares. Outras DCNT como o câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas podem acometer os idosos, todavia, em menor proporção. Essas quando relacionadas com a HAS e o DM acrescem as consequências no processo saúde-doença da população idosa⁴.

Justamente pelas consequências que as DCNT podem acometer as pessoas, especialmente os idosos que elas vêm sendo atualmente o problema de saúde de maior magnitude e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil⁵. Essas doenças causam impactos múltiplos em termos de limitação à qualidade de vida, produtividade e funcionalidade dos pacientes. Além

¹. Programa de Pós-Graduação em Memória, Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

². Docente Adjunto do Curso de Fisioterapia. Programa de Pós-Graduação em Memória, Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

Contato: Pollyanna Viana Lima. E-mail: polly_vl@yahoo.com.br

disso, causam uma pesada carga em termos de morbimortalidade aumentando os custos gastos com a saúde⁶.

As pessoas idosas estão em uma faixa etária, na qual, está mais susceptível a apresentarem DCNT, que podem provocar dependência funcional, esta resultante de um processo que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento corporal ou psicológico e, consequentemente, provoca limitações nas atividades diárias⁷.

O comprometimento da dependência vai implicar em uma nova ordem na vida cotidiana dos idosos que precisam encontrar formas de ajustes e de adaptação para conviver com essa condição, pois o envelhecer se caracteriza por transformações importantes, que modificam a vida dos idosos, exigindo que elaborem novos arranjos pessoais, físicos, corporais, sociais e culturais para dar sentido a sua vida. Nesse sentido, os idosos necessitam criar estratégias de enfrentamento para conseguirem adaptar e lidar com as situações estressantes provocadas pela presença das DCNT e da dependência funcional⁸.

Estratégias de enfrentamento é o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas⁹, sendo mais precisamente o enfrentamento um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, assim como em traços de personalidade. Assim, enfrentamentos são as mudanças cognitivas e os esforços comportamentais para administrar demandas específicas, sejam internas, sejam externas¹⁰.

A realização de pesquisas que discutem essa temática se mostra relevante, pois é observado poucos trabalhos que abordam as estratégias criadas pelos idosos para enfrentarem a dependência funcional. É mais comum encontrarmos trabalhos que discutem estratégias de enfrentamento desenvolvidas por parte de cuidadores de idosos pelos efeitos físicos, psíquicos e sociais que o ato de cuidar de um indivíduo idoso e dependente pode gerar.

Diante deste contexto, o objetivo deste estudo foi conhecer e analisar as estratégias de enfrentamento da dependência funcional utilizadas por idosos longevos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista (BA).

Método

Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na zona urbana do município de Vitória da Conquista - Bahia, no período de janeiro a março de 2015. Os participantes da pesquisa foram sete idosos com idade igual ou superior a 80 anos (idosos longevos), de ambos os sexos, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família da zona urbana do município. A escolha dos idosos foi independente de cor, raça e grupo social, porém todos tinham dependência funcional e apresentavam condições mentais preservadas.

Durante o período da pesquisa foram identificados 34 idosos longevos cadastrados na USF. Estes foram visitados pelos pesquisadores e 16 foram classificados como funcionalmente dependentes, com base na realização dos testes: Índice Barthel e Escala de Lawton. Destes 16 idosos, 5 não apresentaram condições cognitivas preservadas para responder a entrevista

com base na avaliação do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), (pontuação ≤ 24 pontos). Dos 11 idosos que restaram, apenas 7 aceitaram participar do estudo.

Como critérios de inclusão no estudo foram adotados: ter idade superior a 80 anos, possuir condições mentais, segundo a avaliação do MEEM (pontuação > 24 pontos); apresentar dependência funcional de acordo com a avaliação do Índice de Barthel e a Escala de Lawton. Já os critérios de não inclusão foram: não está presente no domicílio após duas visitas e não aceitar da pesquisa.

Os instrumentos para coleta de dados foram apresentados em duas etapas. Para a primeira etapa foram escolhidos três instrumentos já validados para definir se os idosos se enquadravam no perfil do estudo (estado cognitivo preservado e classificado como dependente funcionalmente). Para isso foram utilizados o Mini-exame do Estado Mental¹¹, o Índice de Barthel¹² e a Escala de Lawton¹³.

Para avaliação do estado mental foi aplicado o Mini-exame do Estado Mental de Pfeiffer¹¹, composto por dez perguntas, o qual avalia quatro parâmetros: memória a curto e longo prazo; orientação; informações do cotidiano; e capacidade de cálculo. A pontuação seguiu o seguinte critério: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo).

A presença da dependência funcional foi avaliada a partir da aplicação do Índice de Barthel¹¹ e da Escala de Lawton¹³. O Índice de Barthel é utilizado para avaliar a capacidade funcional e se compõe de dez atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama - deambulação e subida de escadas¹². Conforme o escore correspondente à soma de todos os pontos obtidos, é considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Pontuações abaixo de 50 indicam dependência em atividades de vida diária¹².

A Escala de Lawton¹³ é utilizada para avaliar a capacidade funcional e reúne atividades mais complexas indispensáveis para uma vida social mais autônoma, como: telefonar, efetuar compras, preparar as refeições, arrumar a casa ou cuidar do jardim, fazer reparos em casa, lavar e passar a roupa, usar meios de transporte, usar medicação e controlar finanças particulares ou da casa. Nessa escala, a primeira resposta significa sempre independência; a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda; e a terceira dependência. Ressalta-se que a pontuação máxima é de 27 pontos¹³.

Para constituir a segunda etapa foi escolhida como técnica a entrevista. As entrevistas ocorreram na casa do idoso, de maneira individual com a presença do pesquisador, do idoso e de um acompanhante do idoso. A mesma foi gravada em áudio com autorização do idoso.

Posteriormente, os depoimentos foram transcritos pelo entrevistador para realização de uma leitura fluente e análise das informações coletadas. Para a análise aplicou-se a análise do conteúdo temático-categorial¹⁴.

Para garantir a confidencialidade os idosos foram identificados com as letras IL (idoso longevo), seguidas da numeração de 1 a 7.

Este estudo é um recorte de uma pesquisa inti-

tulada “Envelhecer com dependência funcional: memória de idosos longevos” que em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, com Parecer nº 759.441. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Mesmo com a presença de doenças, com o comprometimento da capacidade funcional e os problemas vivenciados observou-se que todos os idosos, participantes do estudo, apresentaram estratégias de enfrentamento, a saber: resiliência, fé, espiritualidade e o apoio da família.

Resiliência

O fato de estarem idosos dependentes, acometidos com doenças crônico-degenerativas não impediu aos idosos de tirar proveito e aprendizado da situação. Eles mostraram que é possível resistir às adversidades primeiramente e superá-las depois, para, assim, seguirem vivendo o melhor possível.

Três idosos demonstram uma postura de resiliência, pois de acordo com os trechos transcritos a seguir fica claro que eles têm uma capacidade de se manterem positivos, mesmo diante das adversidades que têm enfrentado.

Eu me sinto feliz de ter chegado onde estou hoje. A gente tem que se conformar com a vida. É assim mesmo dependendo dos outros, mas não reclamo, não. A vida é assim mesmo. A gente tem que se conformar com a vida com o que é feito por Deus. Não acho ruim, não (IL 5).

Só faço dormir o dia todo. Durmo, acordo, levanto. Ando aqui mesmo na praça, volto, torno deitar e durmo. Não fico contrariado, não acho ruim. Acho normal (IL4).

A minha vida foi carregada de alegrias e tristezas, hoje tem mais tristeza, mas encaro todas e sei que o importante é que estou vivo, mesmo com a saúde frágil e dependendo dos outros, mas estou vivo (IL7).

A fé e a espiritualidade

A fé é a atitude, por excelência, e depende da realização do ser humano, sendo colocada como princípio de salvação¹⁵. A espiritualidade é uma busca de significado para a vida¹⁶.

Segundo a Associação Mundial de Psiquiatria a fé proporciona bem-estar mental e contribui na superação adversidades, além do mais proporciona o enfrentamento de doenças¹⁷.

Também pôde ser observada a presença da fé e da espiritualidade na hora de superar as dificuldades impostas pela presença da doença, como pode ser visto nos trechos que se seguem:

Velhice pra mim significa o poder de Deus na

nossa vida. Eu entendo assim. Eu me apego com Ele nos momentos de mais dificuldades e sempre me saio bem (IL4).

Espero viver até o dia que Deus quiser. Tenho fé que Deus vai me ajudar. Deus me deu muitos anos de vida, e eu só tenho que agradecer (IL 5).

Deus é o meu alento diante dos problemas que vivencio (IL6).

Apoio da família

A família é um apoio fundamental para idosos, especialmente para os que se encontram em estado de dependência funcional como é o caso dos idosos, participantes deste estudo. Os relatos dos participantes revelaram que a família favorece o desenvolvimento de respostas adaptativas a eventos adversos e a manutenção da alegria e de agradecimento por tê-la próximo.

Dos idosos entrevistados, quatro deles salientaram o apoio da família como uma forma de enfrentamento da dependência funcional, como é possível observar em alguns trechos selecionados.

Se não fosse a minha família, essa minha neta aqui, principalmente, e minha filha e meu genro eu não sei o que seria de mim. Elas me dão força para continuar vivendo mesmo doente (IL3)

Minha alegria é quando chega todo mundo, que reúne família. Aqui tem essa mania de quando qualquer neto, filho meu que faz aniversário, eles vêm tudo pra cá (IL2).

Aqui a união continua a mesma. É sempre um pelo outro. Não existe egoísmo, não. É um tentando ajudar o outro (IL4).

O apoio maior é da família. É só coisa para o bem, então eles estão sempre comigo (IL4).

Eu sou bem tratado. Minha filha se formou e num foi trabalhar, só pra ficar colada comigo direto, dia e noite. É médico, é tudo (IL5).

Discussão

O tipo de situação vivenciada, por fatores como a personalidade de uma pessoa e a variabilidade nas reações individuais é determinada pelas habilidades pessoais. Desse modo, no decorrer de uma situação estressante, as estratégias de enfrentamento podem variar de período para período, logo, não é possível ser analisadas como boa ou mal adaptativa¹⁸.

A resiliência se caracteriza pela capacidade humana de reconstrução positiva frente às adversidades. Ela pode ser influenciada pelos atributos do indivíduo, dos dispositivos de apoio como o familiar e dos fatores socioculturais¹⁹.

Desse modo, a resiliência se apresenta como um fator importante de proteção para idosos portadores de doenças crônicas dependentes funcionalmente, podendo favorecer o desenvolvimento da adaptação,

segurança, autonomia²⁰.

A pessoa resiliente enfrenta o estresse, sabe que está sendo atingida por adversidades, mas conserva, nas lembranças, as possíveis marcas da situação estressante que vivenciou, recupera porque tem o sustento para prosseguir e criar novas trajetórias de vida²¹.

Ferreira *et al.*,²² realizaram um estudo sobre resiliência com idosos usuários da rede pública de saúde do município de Natal-RN e identificaram que eles apresentam características resilientes, autoestima positiva e apoio social percebido como satisfatório, mesmo diante das perdas e declínios vivenciados na velhice.

O estudo realizado por Fontes *et al.*,²⁰ demonstrou que idosos com elevada resiliência apresentam maior número de atividades instrumentais preservadas, chegando a conclusão de que existe a associação entre resiliência e funcionalidade. Por esse fato, destaca-se a importância da resiliência para idosos dependentes funcionalmente, pois mesmo já estando com esse estado de dependência, a resiliência poderá contribuir para a redução da mesma, assim como, poderá evitar que o grau de dependência seja ainda maior.

Neste estudo observou-se que mesmo na presença de situações adversas, algumas pessoas idosas conseguem responder bem diante de problema e sofrimento causado pela doença, superando e encontrando estratégias para lidar com a situação de forma positiva.

Outras estratégias de enfrentamento encontradas neste estudo foram a fé e a espiritualidade. As questões relacionadas ao poder divino, à fé de que Deus vai ajudar e o pensamento positivo frente à situação negativa são formas de tentar encontrar forças e esperança em dias melhores.

A fé e a espiritualidade influenciam na superação das dificuldades e sofrimentos pessoais e sociais, além disso, pode ser encarada como fator protetor contra os sentimentos negativos que a doença provoca. Desse modo, é possível afirmar que a fé e a espiritualidade são importantes no processo de enfrentamento de situações adversas²³.

Os teóricos da resiliência têm demonstrado certa resistência em relacionar fé, religiosidade e espiritualidade como atitudes resilientes. De acordo com Vanistendael²⁴ a resiliência pode estar atrelada a uma filosofia de vida e por vezes a vida espiritual e a fé religiosa, sendo comum, uma pessoa resiliente perceber por meio da fé a possibilidade de ser aceita incondicionalmente²⁵.

Diversos estudos com idosos vêm apresentando em seus resultados a espiritualidade como estratégia de enfrentamento^{26,27}. A espiritualidade considerada algo abstrato da realidade, é a atenção e o cultivo do clima que prevalece na vida, em busca de sentido¹⁶.

A espiritualidade apresenta uma centralidade na vida de muitos idosos, que se torna um suporte emocional muito utilizado com o avançar da idade e a fé toma uma dimensão de um pensar construtivo. Independente do credo ou convicção religiosa é preciso que os profissionais de saúde valorizem a espiritualidade dos sujeitos, pois a fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura²⁷, serve como um amortecedor dos eventos negativos^{25,26}, é um sentimento de pertença a uma sociedade e faz parte de uma memória coletiva de grupos.

Conforme observou-se, os idosos tiveram o

apoio familiar como estratégia de enfrentamento ao problema da dependência. Percebeu-se ainda que o fato de familiares estarem por perto e de serem os principais cuidadores favorece a manutenção da integridade psicológica e possibilita reduzir os danos causados pelo afastamento social exterior à família, pois, como se percebeu, as relações sociais para todos os participantes do estudo foram reduzidas ou extintas.

Identificou-se ainda que os idosos que dispõem do apoio da família têm uma estrutura de enfrentamento superior aos que não gozam desse apoio. Haja vista, que os laços familiares são importantes para o bem-estar e para a estabilidade emocional dos indivíduos, além de possibilitarem às pessoas mais velhas permanecerem integradas nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais²⁸. Ficou claro, nas falas dos idosos, que a demonstração de afetividade, cuidados e vínculos com a família são essenciais para a manutenção da saúde psíquica e que a instituição família, ainda que com as constantes transformações, é de suma importância para os idosos.

Diante disto, observou-se que é fundamental o relacionamento do idoso com a família em qualquer fase da vida, notadamente quando eles se tornam dependentes física e psicologicamente.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 determina que é dever da família o cuidado com o idoso, em conjunto com a sociedade e o estado. O Estatuto do Idoso em seu Art. 3º estabelece que é, obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, assim como o respeito e à convivência familiar e comunitária²⁹.

Nesse sentido, destaca-se que não é só a família o único responsável pelo comprometimento do vínculo com o idoso, mas também o poder público e toda a sociedade.

Muitas vezes a família que encara o cuidado ao idoso sozinho enfrenta inúmeras dificuldades financeiras. Além disso, a aceleração do ritmo de vida na atualidade, onde todos (homens e mulheres) precisam trabalhar dificulta o cuidado ao idoso^{30,31}.

Entretanto, qualquer que seja a estrutura na qual se organizará a família do futuro, há necessidade de se manterem os vínculos afetivos entre seus membros e os idosos, pois nesta fase da vida, o que o idoso necessita é sentir-se valorizado, viver com dignidade, tranquilidade e receber atenção e carinho da família.

No entanto, nem sempre isso é possível, pois, as adaptações no âmbito familiar vão depender das relações afetivas construídas no decorrer da convivência entre seus membros. Por vezes uma história familiar construída com base em conflitos e relação interpessoal problemática possibilita a inexistência ou redução de apoio ao idoso.

O estudo demonstrou que mesmo com a presença de doenças crônicas não transmissíveis e com o comprometimento da capacidade funcional, os idosos apresentaram algumas estratégias de enfrentamento, sendo elas: a resiliência, a fé, a espiritualidade e o apoio da família. Estes recursos foram fundamentais para a pessoa idosa conseguir lidar e vencer os problemas acarretados com a dependência funcional, mas, sobretudo, para o desenvolvimento de uma vida com melhor qualidade, apesar das limitações físicas, sociais, econômicas

e psicológicas impostas pelo quadro de dependência.

Diante disso, salienta-se a importância dos profissionais de saúde, durante as visitas domiciliares incentivarem e auxiliarem os idosos a construir estratégias que favoreçam o enfrentamento dos problemas gerados a partir da dependência funcional. Para isso, é preciso respeitar as crenças, a religiosidade dos indivíduos, pois esta tem sido um fator preponderante na manutenção psíquica do idoso.

Acrescenta-se ainda a necessidade desses profissionais estimularem o apoio da família, não só no cuida-

do direto ao idoso, mas também na construção de valores como o amor, o carinho e a compreensão. Portanto, é necessário que o profissional se aproxime da família oferecendo apoio, orientação e ações que a ajudem no cuidado ao membro familiar idoso dependente.

Acredita-se que este estudo pode impulsionar pesquisadores a realizarem estudos mais abrangentes sobre a temática, mas também pode possibilitar aos profissionais de saúde uma compreensão melhor das necessidades de idosos longevos com dependência funcional.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE. *Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2014. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Rio de Janeiro, 2015. [Capturado 2016 abr 13]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf.
2. World Health Organization (Who). *World report on Ageing and Health*. 2015. 2015 [capturado 2016 abr 03]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.
3. Kennedy BK, Berger SL, Brunet A, Campisi J, Cuervo AM, Epel ES, et al. Geroscience: Linking Aging to Chronic Disease. *Cell*, 2014, 159(1): 709-713.
4. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. (2015, janeiro-março). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 2015; 18(1): 325-339.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro, 2014. [capturado 2016 abr 13]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
6. Goulart FAA. Doenças Crônicas não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. *Organização Pan-Americana da saúde*. Acesso em: 08 abr. 2016 [capturado 2015 dez 12]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf.
7. Sebastião C, Albuquerque C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Revista Kairós Gerontologia*, 2011; 14(4): 25-49.
8. Pinto FNFR, Barham EJ. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2014; 17(3): 525-539.
9. Moraes, APPM, Valle TGM. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 2014, 12(2): 2-23.
10. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985; 48(1): 150-170.
11. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué I Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev*, 2015; 5(3): 1-74.
12. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta paul Enferm*, 2010; 23(2): 218-223.
13. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc saúde coletiva*, 2014; 19(8): 3317-3325.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 2011.
15. Catão F. Espiritualidade, religião e fé. *Ciberteologia. Revista de Teologia & Cultura*, 2006; 2(6): 1-5.
16. Cecato JF, Aramakia FO, Souza AB, Montiel JM, Bartholomeu D, Martinellia JE. Estratégias de enfrentamento: fé como apoio emocional de cuidadores de idosos com demência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2013; 7(4): 269-273.
17. World Psychiatric Association (WPA) Position Statement on Spirituality. [capturado 2016 abr 02]; Disponível em: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=8&category_id=171&content_id=1821.
18. Chaves BL; Mendes TN. Estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar após diagnóstico de câncer: dois estudos de caso. *Psicol Hosp*, 2013; 11(1): 25-51.
19. Goldstein TS. Entre o conceito e a metáfora: a resiliência como abordagem do humano a partir da física dos materiais. *O Mundo da Saúde*, 2012; 36(2): 327-331.
20. Fontes AP, Fattori A, D'Elboux MJ, Guariento ME. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2015; 18(1): 7-17.
21. Silva MRS, Lunardi VL, Lunardi FWD, Tavares KO. Resiliência e promoção da saúde. *Texto contexto - enferm*. 2005; 14(Esp.): 95-102.
22. Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm*. 2012; 46(2): 328-334.
23. Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliat Support Care*. 2010; 8(4):405-13.
24. Vanistendael S. "La resiliencia en lo cotidiano". In: Manciaux, M. (Org.). *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Buenos Aires: Ed. Gedisa, 2007; 227-228.
25. Vanistendael S, Lecomte J. Resiliencia y sentido de vida. In: Melillo A, Ojeda ENS, Rodríguez D. (Orgs.). *Resiliencia y subjetividad*. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2004; 91-101.
26. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 21(1): 74-82.
27. Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento e repercussões na família. *Rev Bras de Enferm* 2010; 63(4): 523-528.

28. Pimentel LG, Albuquerque CP. Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. *Textos & Contextos*. 2010; 9(2): 251-263.
29. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei Nº 8.842, de janeiro de 1994, *Política Nacional do Idoso*. 1ª Ed. Brasília. 2010 [capturado 2014 fev 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.
30. Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2013; 16(1): 159-170.
31. Silva VP, Barros DD. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ*, 2010; 21(1): 68-73.

OCORRÊNCIA DE SINTOMAS CLÍNICOS EM MULHERES CLIMATÉRICAS ASSISTIDAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SÃO LUÍS, MARANHÃO

SYMPTOMS OF OCCURRENCE IN CLINICAL WEATHER WOMEN IN SÃO LUIS, MARANHÃO, BRAZIL

Luciane Maria Oliveira Brito¹, Maria Bethania Costa Chein¹, Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa², Mariana Santos de Castro³, Patrícia Travassos Cutrim³, Gabriel Matos Machado²

Resumo

Introdução: A Síndrome Climatérica (SC) é definida como o conjunto de sintomas que acompanham o Climatério, ou seja, a transição da mulher do seu período fértil para o período não-fértil, decorrentes da falência gradual da função ovariana. Vem acompanhada de sintomas vasomotores, psicológicos, sexuais e urogenitais que interferem fortemente na qualidade de vida da mulher. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência dos sintomas em mulheres climatéricas no município de São Luís (MA). **Método:** Estudo descritivo transversal realizado com 153 mulheres na faixa etária entre 35 a 75 anos de idade, atendidas pelo serviço de Ginecologia de Hospital de referência no período de outubro de 2013 a julho de 2014. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com questões sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas, sintomas vasomotores, sintomas psicológicos, aspectos urinários, queixas intestinais e uso de terapia de reposição hormonal. **Resultados:** A média de idade foi de 50 anos. Houve predomínio de mulheres na pré-menopausa (42,7%) e a idade média para menopausa natural foi de 44 anos. Foi observada ocorrência de 63% de sintomas vasomotores e de 70% das mulheres apresentaram sintomas psicológicos. A queixa urogenital mais presente foi a de ressecamento vaginal (60%). Em relação aos aspectos sexuais, 57,5% das entrevistadas tinham parceiro fixo, 60,3% referiram ter desejo sexual e 68,2% tinham vida sexual ativa. **Conclusões:** A maioria das mulheres nunca tinha feito uso de terapia de reposição hormonal e referiu algum sintoma vasomotor além de irritabilidade, nervosismo, tristeza, cefaleia e insônia. Poucas mulheres tinham conhecimento sobre a Síndrome Climatérica.

Palavras-chave: Climatério, Menopausa, Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: Climacteric Syndrome (CS) is defined as the set of symptoms that follows Climacteric, in other words, the woman's transition from her fertile to non-fertile period, resulting from the gradual failure of ovarian function. It comes with vasomotor, psychological, sexual and urogenital symptoms, interfering heavily in women's life quality. **Objective:** To assess the prevalence of these symptoms in women in São Luís, Maranhão, Brazil. **Method:** Cross-sectional descriptive study conducted with 153 women attending the Gynecology service from University Hospital of Federal University of Maranhão from October 2013 to July 2014. There were included women aged above 35 years and there were no criteria for exclusion. Data were analyzed using Epi-Info 7.1.5. **Results:** Mean age was 50 years. There was a predominance of premenopausal women (42.7%) and the average age for natural menopause was 44 years. It was observed a 63% prevalence for vasomotor symptoms and 70% for the psychological symptoms. The main urogenital complaint was vaginal dryness (60%). Regarding the sexual aspects, 57.5% of respondents had a steady partner, 60.3% reported to have sexual desire and 68.2% were sexually active. **Conclusions:** Most of the women had never used hormone replacement therapy and reported some vasomotor symptoms besides irritability, nervousness, sadness, headache and insomnia. Few women knew about Climacteric Syndrome.

Keywords: Climacteric, Menopause, Women's Health.

Introdução

A Síndrome Climatérica (SC) é definida como o conjunto de sinais e sintomas que acompanham o Climatério, ou seja, a transição da mulher do seu período fértil – ou menacme – para o período não-fértil – ou senectude –, decorrentes da falência gradual da função ovariana. Evidente que o fenômeno mais marcante do período climatérico é a menopausa, caracterizada pela cessação definitiva da menstruação. No entanto, até que os folículos ovarianos estejam completamente esgotados, entre 60% a 80% das mulheres enfrentam diversas mudanças ou desequilíbrios vasomotores, psicológicos, sexuais, urogenitais ou do padrão de sono, entre os períodos pré, peri e pós menopausa, causando importante repercussão na qualidade de vida, autoestima e vida sexual¹⁻³.

A Síndrome Climatérica ganha maior importância quando se coloca em evidência o aumento da expectativa de vida da mulher que no Brasil, atualmente chega aos 78,6 anos⁴, implicando em um período de convivência maior com os sintomas. A redução dos níveis de estrogênio não são os únicos fatores a influenciar o aparecimento e intensidade dos sintomas, mas outras variáveis correlacionadas às características sociais, demográficas, culturais ou psicológicas estão de alguma forma envolvidas no curso da síndrome, que embora seja diretamente relacionado ao ciclo fisiológico da mulher, sua expressão e intensidade podem variar entre os países ou até mesmo regiões⁵⁻⁷.

Considerando a atenção integral à saúde da mulher e a importância do cuidado à mulher climatérica, destaca-se como relevante a implantação de protocolos clínicos e estratégias de ações educativas para a

¹. Docente do Departamento de Medicina III. Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

². Docente do Departamento de Enfermagem. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

³. Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal do Maranhão-UFMA.

Contato: Luciane Maria Oliveira Brito. E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

qualidade de vida das mulheres, contribuindo para o manejo da síndrome e diminuição da sintomatologia nessa fase da vida.

Desta forma, este estudo teve o objetivo de analisar a ocorrência dos sintomas climatéricos em mulheres atendidas no serviço de Ginecologia de um hospital universitário.

Método

Estudo descritivo transversal realizado com mulheres atendidas no Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

Foram entrevistadas 153 mulheres entre 35 e 75 anos de idade assistidas pelo serviço de Ginecologia no período de outubro de 2013 e julho de 2014. A faixa etária foi considerada para contemplar os períodos pré, peri e pós-menopausa, incluindo mulheres em menopausa precoce (antes dos 40 anos) quanto menopausa tardia (após os 60 anos). A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com variáveis sociodemográficas (antecedentes pessoais e familiares), ginecológicas e obstétricas (aspectos sexuais, história clínica), sintomas vasomotores (ondas de calor, sudorese, palpitações e tontura), sintomas psicológicos (irritabilidade, cefaleia, depressão e insônia), aspectos urinários, queixas intestinais e uso de terapia de reposição hormonal.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Epi-Info 7.1.5. As variáveis quantitativas foram avaliadas descritivamente em frequência relativa, absoluta e média, por meio de tabelas e gráficos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com o Parecer nº 067/2008.

Resultados

Dentre as entrevistadas, a faixa etária predominante foi entre 46-55 anos de idade (42,5%) com média de 50 anos. Quanto a escolaridade 34% tinha entre 9 e 11 anos de estudos. Dentre as mulheres 41,2% eram casadas e 16,3% viviam em união consensual (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres climatéricas. Hospital Universitário. São Luís - MA. 2014.

Variáveis	n	%
Idade (em anos)		
35-45	56	36,6
46-55	65	42,5
56-65	17	11,1
66-75	15	09,8
Escolaridade		
> 5	50	32,7
5 a 8 anos	13	08,5
9 a 11 anos	52	34,0
> 11 anos	38	24,8
Estado Marital		
Solteira	33	21,6
Casada / união consensual	88	57,5
Viúva	14	09,2
Divorciada	18	11,7

Houve predomínio de mulheres na pré-menopausa (42,7%) e a idade média para menopausa natural foi de 44 anos. Dentre as entrevistadas, 31 tiveram menopausa precoce (antes dos 45 anos) e apenas 2 tiveram menopausa tardia, após os 60 anos. Quanto aos sintomas vasomotores, foi observada ocorrência de 63%, sendo que 33,8% destas relataram a ocorrência dos referidos sintomas até 3 vezes ao dia. Grande parte das mulheres apresentou queixas psicológicas, sendo que 49,7% destas referiram algum sintoma como irritabilidade, cefaleia, depressão ou insônia até 10 dias durante o mês (Tabela 2).

Tabela 2 - Sintomas vasomotores e psicológicos em mulheres climatéricas. Hospital Universitário. São Luís-MA. 2014.

Sintomas	n	%
Vasomotores (fogachos, sudorese, palpitações, tontura).		
Não	056	37,0
Sim	097	63,0
< 3 vezes ao dia	051	33,8
3 a 10 vezes ao dia	026	17,2
>11 vezes ao dia	018	12,0
Psicológicos (nervosismo, irritabilidade, cefaleia, depressão e insônia).		
Não	046	30,0
Sim	107	70,0
< 3 vezes ao dia	037	24,2
3 a 10 vezes ao dia	039	25,5
>11 vezes ao dia	031	20,3

Em relação ao conhecimento relacionado a Síndrome Climatérica, somente 19% afirmaram conhecer, 38,4% não possuíam nenhum conhecimento e 42,6% referiram ter algum conhecimento (Figura 1).

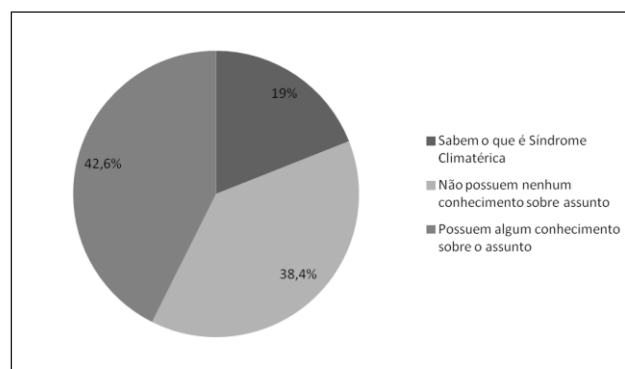


Figura 1 - Conhecimento das mulheres a respeito da Síndrome Climatérica. Hospital Universitário. São Luís - MA. 2014.

Os resultados mostraram que 80,4% das entrevistadas nunca fizeram uso de terapia de reposição hormonal, 41,8% referiram sentir fraqueza nos ossos e 48,2% dores articulares (Figura 2).

Em relação às queixas urogenitais, 16,6% referiram disúria, 17,9% referiram polaciúria, 43,7% referiram noctúria, alegando levantar mais do que 2 vezes durante a noite para ir ao banheiro. A grande maioria negou episódios hematuricos (94,7%), e a incontinência urinária de esforço estava presente em 24,8% das mulheres. O ressecamento vaginal foi relatado por 60% das mulheres e dispareunia por 23,5%. Observou-se

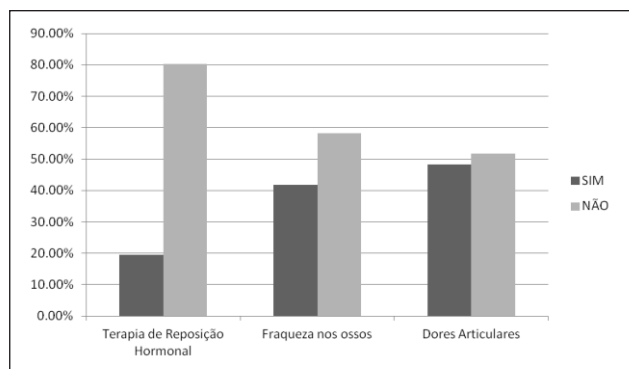


Figura 1 - Conhecimento das mulheres a respeito da Síndrome Climatérica. Hospital Universitário. São Luís - MA. 2014.

que 41,8% das mulheres queixaram-se de constipação intestinal, sendo que 51,6% apresentavam distensão abdominal e 19,6% já eliminaram sangue ou muco pelas fezes. Em relação aos aspectos sexuais, 57,5% das entrevistadas tinham parceiro fixo, 60,1% referiram ter desejo sexual e 67,9% eram sexualmente ativas, sendo que destas, 67,3% afirmaram ter relações sexuais orgâsmicas (Tabela 3).

Tabela 3 - Sintomas urogenitais, intestinais e sexuais em mulheres climatéricas. Hospital Universitário. São Luís-MA. 2014.

Sintomas Urogenitais, Intestinais e Aspectos Sexuais				
Variáveis	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Urogenitais				
Disúria	025	16,6	128	83,4
Polaciúria	027	17,9	126	82,1
Noctúria	067	43,7	086	56,3
Hematúria	145	94,7	008	05,3
Incontinência urinária	038	24,8	115	75,2
Ressecamento vaginal	092	60,0	061	40,0
Dispareunia	036	23,5	117	76,5
Intestinais				
Constipação intestinal	064	41,8	089	58,2
Distensão abdominal	079	51,6	074	48,4
Eliminação de sangue ou muco pelas fezes	030	19,6	123	80,4
Aspectos sexuais				
Parceiro fixo	088	57,5	065	42,5
Desejo sexual	092	60,1	061	39,9
Vida sexual ativa	104	67,9	049	32,1
Relações orgâsmicas	103	67,3	050	32,7

Discussão

A idade média para a menopausa natural neste estudo é semelhante aos resultados encontrados em estudo realizado na América Latina com 17.150 mulheres entre 40 e 59 anos, onde foi encontrada uma média igual a 48,6 anos⁸.

A maioria das mulheres referiu irritabilidade, nervosismo, tristeza, cefaleia e insônia, discordando dos resultados de pesquisa realizada em São Luís (MA), com 1.210 mulheres, que encontrou valores menores¹. No entanto, os resultados deste estudo são semelhantes aos resultados encontrados em municípios da Região Sul² e em Campinas⁷, com ocorrência entre

73,2% e 87,1% respectivamente, desses sintomas.

A literatura é bastante divergente quanto à ocorrência destes sintomas, mas concorda que eles não necessariamente são causados pelo fenômeno menopausal em si, parecendo muito mais terem seu aparecimento apenas facilitado por este⁷, uma vez que são, em sua maioria, sintomas subjetivos e que dependem do nível de percepção da mulher⁵, e podendo ainda ser afetadas inclusive por características demográficas, sociais e culturais da população^{9,10}.

Estudo conduzido por Blume *et al.*,¹¹ com 8.373 mulheres com idades entre 40-59 anos, de 12 países latino-americanos, demonstrou que 90,9% das mulheres tinham pelo menos um sintoma da menopausa (entre dor muscular e/ou nas articulações, cansaço físico e mental e alterações vasomotoras) e humor depressivo, que foi classificado como grave ou muito grave. Além disso, concluiu que os sintomas apareceram na pré-menopausa, prejudicando significativamente a qualidade de vida e persistindo por até 5 anos além da menopausa, ou seja: durante todo o período climatérico. Para Whiteley *et al.*,¹² mulheres que apresentavam sintomas menopausais tinham níveis mais baixos de qualidade de vida, necessitando de mais cuidados de saúde do que aquelas sem os sintomas.

Com o aumento da expectativa de vida e a maior inserção feminina no mercado de trabalho, as ocorrências de sintomas climatéricos em uma fase onde a mulher ainda encontra-se em plena capacidade laboral é preocupante, pois pode afetar os aspectos financeiros, emocionais e mesmo as relações familiares destas mulheres⁴.

Dentre os sintomas vasomotores, os mais referidos foram os fogachos, sudorese, tontura e palpitações concordando com os resultados encontrados em dois estudos realizados em cidades do nordeste brasileiro, que encontraram 68,8% e 56,3% respectivamente^{6,13}. De acordo com Pardini¹⁴, a terapia de reposição hormonal é capaz de reduzir em até 75% a intensidade destas queixas. Neste estudo a maioria das entrevistadas negou ter feito qualquer tipo de terapia de reposição hormonal, o que pode explicar a alta ocorrência encontrada para estas alterações vasomotoras.

Poucas participantes afirmaram ter algum conhecimento a respeito dos sintomas típicos do climatério, o que pode ter tido influência negativa na procura por orientação médica adequada e, consequentemente no acesso às terapias, medicamentosas ou alternativas, disponíveis.

As queixas urogenitais e a ocorrência de incontinência urinária de esforço foram referidas concordando com estudo realizado em Campinas (SP)⁷, que encontrou valores iguais a 27,4%, entretanto diverge de estudo realizado, em São Luís (MA), por Brito *et al.*,¹⁵ que encontraram este sintoma em 15,3% das mulheres.

A ocorrência de ressecamento vaginal e dispareunia, neste estudo, discordaram do estudo realizado por Pedro *et al.*,⁷ que encontraram resultados significativamente menores para a ocorrência de ressecamento vaginal (1,1%) e dispareunia (1,8%).

Em relação aos aspectos sexuais, a maioria das mulheres referiu ser sexualmente ativa, ter parceiro fixo, desejo sexual e relações sexuais orgâsmicas. Estudos destacam que a vida sexual da mulher, principalmente durante o período climatérico é influenciada

por diversos fatores que não apenas o desejo sexual em si, mediado pela atividade dos androgênios produzidos pelas glândulas adrenais e ovários, destacam que a intimidade emocional e a satisfação no relacionamento são fatores importantes para a realização sexual neste período da vida¹⁷⁻¹⁹.

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres referiu algum sintoma relacionado com a síndrome climatérica, sejam eles vasomotores ou psico-

lógicos, entretanto poucas tinham conhecimento a respeito do tema. A reposição hormonal, alternativa medicamentosa que poderia melhorar significativamente a qualidade de vida foi citada por poucas mulheres.

As queixas referidas pelas mulheres envolvem as dimensões física e psicológica. Portanto, é necessário que haja uma assistência integral à mulher climatérica, buscando a melhoria da qualidade de vida das mulheres nessa fase da vida.

Referências

1. Malheiros ESA, Chein MBC, Silva DSM, Dias CLL, Brito LGO, Pinto-Neto AM, *et al.* Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. *Rev bras ginecol obstet*, 2014; 36(4): 163-169.
2. Gold EB, Crawford SL, Avis NE, Crandall CJ, Matthews KA, Waetjen LE, *et al.* Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SWAN. *Am J Epidemiol*, 2013; 178(1): 70-83.
3. Medeiros SFd, Medeiros MMWYd, Oliveira VNd. Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. *Medical Journal*, 2006; 124: 214-218.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico 2010 [citado 2013 out 12]. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.
5. Liu K, He L, Tang X, Wang J, Li N, Wu Y, *et al.* Relationship between menopause and health-related quality of life in middle-aged Chinese women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 2014; 14(7): 1-9.
6. Ghazal S, Pal L. Perspective on hormone therapy 10 years after the WHI. *Maturitas*, 2013; 76(3): 208-212.
7. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev de Saúde Pública*, 2003; 37(6): 735-742.
8. Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, *et al.* Age at menopause in Latin America. *Menopause*, 2006; 13(4): 706-712.
9. Silva M-NMd, Brito LMO, Chein MBdC, Brito LGO, Navarro P. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*, 2008;30(2):150-4.
10. Obermeyer CM, Sievert LL. Cross-cultural comparisons: midlife, aging, and menopause. *Menopause*, 2007; 14(4): 663-667.
11. Blumel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, *et al.* Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*, 2012; 15(6): 542-551.
12. Whiteley J, Di Bonaventura MD, Wagner JS, Alvir J, Shah S. The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity and economic outcomes. *J Womens Health*, 2013; 22(11): 983-990.
13. Silva Filho EAd, Costa AMd. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2008; 30: 113-120.
14. Pardini D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arq Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 2014; 58: 172-181.
15. Brito LGO, Brito LMO, da Costa Chein MB, de Andrade Malheiros ES, Duarte TB, Pinto-Neto AM. Stress urinary incontinence in climacteric women in a northeastern Brazilian municipality: a household survey. *International urogynecology journal*, 2012; 23(5): 639-645.
16. Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Ver*, 2012; (4): CD004509.
17. Pinto Neto AM, Valadares ALR, Costa-Paiva L. Climatério e sexualidade. *Rev Bras de Ginecologia e Obstetrícia*, 2013; 35(3): 93-96.
18. Basson R. Women's sexual desire - disordered or misunderstood? *J Sex Marital Ther*, 2002; 28(Suppl 1): 17-28.

FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO CORPORAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO

FACTORS ASSOCIATED WITH BODY DISSATISFACTION AND BEHAVIOUR OF RISK FOR EATING DISORDERS AMONG NUTRITION STUDENTS

Jéssica Maria Muniz Moraes¹, Amanda Coimbra Oliveira¹, Patrícia Pereira Nunes¹, Maria Tereza Medeiros Aureliano de Lima², Juraciara Alves de Oliveira Abreu³, Soraia Pinheiro Machado Arruda⁴

Resumo

Introdução: Os transtornos alimentares e as alterações da percepção da imagem corporal apresentam expressiva importância clínica e epidemiológica, com destaque para sua incidência em estudantes de nutrição. **Objetivos:** Investigar fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e comportamentos de riscos para transtornos alimentares entre acadêmicas do primeiro e último ano de três cursos de graduação em nutrição do estado do Maranhão. **Métodos:** Estudo transversal com 254 graduandas de duas universidades privadas e uma pública, com idade entre 17 a 49 anos. A insatisfação com a imagem corporal foi avaliada por meio do *Body Shape Questionnaire*, de comportamentos de risco para transtornos alimentares pelo *Eating Attitudes Test* e de hábitos saudáveis pelo instrumento do Ministério da Saúde "Como está sua alimentação?". **Resultados:** A idade média dos estudantes foi de 21 anos, a maioria era eutrófica (71,7%) e não saudável (78,7%). A insatisfação com a imagem corporal apareceu em 30,7% das acadêmicas, sendo maior entre as alunas com excesso de peso ($p<0,001$), que estavam no primeiro ano do curso ($p=0,017$), eram de instituição privada ($p=0,002$) e omitiram o desjejum ($p=0,009$) e jantar ($p=0,015$). Comportamentos de risco para desenvolver transtornos alimentares apareceram em 22,4% dos estudantes, sendo mais frequentes entre as alunas da rede privada ($p=0,001$) e aquelas que omitiram o almoço ($p=0,008$). **Conclusão:** Frequências expressivas dos comportamentos estudados foram encontradas, especialmente entre alunas ingressantes, de instituição privada, com excesso de peso e que omitem as refeições principais.

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Imagem corporal. Estudantes. Comportamento alimentar.

Abstract

Introduction: The eating disorders and body image dissatisfaction have significant clinical and epidemiologic importance, especially among nutrition students. **Objectives:** To investigate factors associated with body image dissatisfaction and risk behaviors for eating disorders among students from the first and last years of three undergraduate courses in nutrition in the state of Maranhão, Brazil. **Methods:** It was conducted a cross-sectional study with 254 academics from two private universities and one public, with 17-49 years old. It was evaluated the presence of the body image dissatisfaction by the *Body Shape Questionnaire*, the presence of risk behaviors for eating disorders by the *Eating Attitudes Test* and healthy habits by the instrument of the Ministry of Health "Como está sua alimentação?". **Results:** The study group had a median age of 21 years old, was predominantly eutrophic (71.7%) and unhealthy (78.7%). The dissatisfaction with the body image appeared in 30.7% of the academics being higher among overweight females ($p<0.001$), which were in the first year of the course ($p=0.017$), which were from a private institution ($p=0.002$) and which omitted the breakfast ($p=0.009$) and dinner ($p=0.015$). Risk behaviors of developing eating disorders appeared in 22.4% of the group, being more frequent among students from private institutions ($p=0.001$) and those that omitted lunch ($p=0.008$). **Conclusion:** Expressive frequency of the behaviors studied were found, especially among freshmen students in private, overweight and omit the main meals.

Keywords: Eating disorders. Body image. Students. Eating behavior.

Introdução

Nas últimas décadas os ideais de beleza corporais mudaram bastante, como resultado da forte influência da sociedade moderna que se encontra também em constante evolução. Para ter sucesso e reconhecimento social atualmente, em muitas ocasiões, usa-se como referencial o corpo humano, que passou a ser extremamente valorizado e explorado pela mídia. Negligenciam-se as particularidades individuais, as limitações biológicas e genéticas, ditando-se um padrão de beleza para homens e mulheres^{1,2}.

É neste cenário que os transtornos alimentares (TA) ganham destaque, apresentando uma importância clínica e epidemiológica bem distante da suposta raridade de poucas décadas atrás. Os TA mais prevalentes

e relatados são anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), ambos marcados pela preocupação excessiva com o peso corporal e tendência a adesão de diferentes métodos inadequados para o controle do mesmo^{3,5}.

Um sintoma comum entre os indivíduos que apresentam ou que são propícios a apresentar algum tipo de TA é a insatisfação com a imagem corporal (IC), caracterizada como um sentimento negativo em relação à estrutura, forma e peso do corpo^{6,4}. Entretanto, a insatisfação com a IC não se restringe apenas aos indivíduos com TA e sua prevalência tem aumentado, variando de 17,4 a 82% na população brasileira^{7,8}.

Estudos envolvendo transtornos alimentares e a insatisfação com a imagem corporal têm se concentrado em adolescentes e mulheres jovens, especialmente universitárias, pelo fato de serem considerados grupos

¹ Curso de Nutrição. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Docente do Curso de Nutrição. Faculdade Santa Terezinha. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA.

³ Docente do Curso de Nutrição. Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão - UNISULMA.

⁴ Docente do Curso de Nutrição. Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Contato: Jéssica Maria Muniz Moraes. E-mail: jessica.m.moraes@hotmail.com

de maior risco^{9,10}. Pesquisas apontam altas prevalências desses comportamentos em estudantes de Nutrição que, além dos fatores de risco idade e sexo, são futuros profissionais de uma área que sofre forte cobrança da sociedade por uma boa forma física¹¹⁻¹⁴.

É preocupante pensar que os profissionais que devem ser habilitados para educar e tratar indivíduos com problemas que envolvem peso e forma corporal sejam acometidos por esses problemas, uma vez que este fato pode influenciar a prática profissional¹⁵.

Embora já existam algumas pesquisas sobre essa temática em estudantes de Nutrição, não foi encontrada publicação nacional que tivesse investigado se há diferença entre alunas que estão ingressando e aquelas que estão terminando o curso. Assim, o objetivo do presente trabalho foi investigar fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e comportamentos de riscos para transtornos alimentares entre acadêmicas do curso de nutrição.

Métodos

Estudo transversal que investigou estudantes de cursos de graduação em Nutrição no Estado do Maranhão. No período pesquisado existiam no Maranhão cinco instituições com turmas em último ano de formação, desse universo, constituíram locais de coleta uma instituição pública e duas particulares.

A população do estudo foi composta por 418 alunos regularmente matriculados no primeiro ou último ano da graduação das referidas instituições. Desses, 283 estudantes concordaram em participar da pesquisa. No entanto, foram excluídos estudantes do sexo masculino, pela baixa representatividade e gestantes, o que totalizou ao final uma amostra de 254 estudantes com idades entre 17 e 49 anos, representando 60,8% da população total.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário contendo questões relativas à idade, sexo e período do curso. O estado nutricional foi avaliado com base no índice de massa corpórea (IMC), utilizando-se as medidas de peso em quilogramas (kg) e altura em metros (m) autoreferidas. O IMC ($\text{peso (kg)} \div \text{altura (m)}^2$) foi categorizado em sem excesso de peso ($\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$ para maiores de 19 anos e escore $Z \leq +1$ para os de 19 ou menos) e com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e escore $Z > +1$ para os de 19 anos ou menos), segundo a Organização Mundial de Saúde^{16,17}.

Para avaliação de hábitos alimentares saudáveis foi utilizado o Questionário do Ministério da Saúde do Brasil "Como está sua alimentação?" proposto pelo Guia Alimentar para a População Brasileira de 2006¹⁸, já aplicado em outros trabalhos^{19,20}. Nessa metodologia os indivíduos foram classificados de acordo com as seguintes categorias: até 28 pontos (precisam tornar sua alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis); entre 29 a 42 pontos (precisam de atenção quanto a sua alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos); 43 pontos ou mais (apresentam estilo de vida saudável). Para análise do presente estudo, esta variável foi dicotomizada em não saudável (aquelas com pontuação até 42 pontos) e saudável (aquelas com pontuação igual ou acima de 43 pontos).

A prevalência de insatisfação com a imagem cor-

poral foi avaliada por meio do *Body Shape Questionnaire (BSQ-34)*^{21,22}, considerando-se o total de pontos obtidos em escala *Likert*: nunca (1 ponto), raramente (2 pontos), às vezes (3 pontos), frequentemente (4 pontos), muito frequentemente (5 pontos) e sempre (6 pontos).

Os somatórios de pontos refletem níveis crescentes de preocupação com a imagem corporal, em que: ≤ 80 : padrão de normalidade, sem insatisfação; > 81 e ≤ 110 : insatisfação leve; > 111 e ≤ 140 : insatisfação moderada; > 140 : insatisfação grave. Posteriormente, para fins de análise, esta variável foi dicotomizada em satisfeitas (aquelas com pontuação até 80 pontos) e insatisfeitas (pontuação igual ou acima de 81 pontos).

Para identificar a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares foi utilizado o *Eating Attitudes Test (EAT-26)*, que faz o rastreamento de anorexia nervosa e bulimia nervosa^{23,24}. Na análise, o número de respostas positivas igual ou superior a 21 foi considerado indicador de risco para o desenvolvimento de TA (EAT+), sendo a contagem de pontos feita em escala *Likert*: sempre (3 pontos), muito frequentemente (2 pontos), frequentemente (1 ponto), e as demais não receberam pontuação, com exceção da questão 25, cuja pontuação é conferida de forma inversa, somando-se 0 (zero) pontos para as alternativas sempre, muito frequentemente e frequentemente e 1, 2 e 3 pontos para as alternativas às vezes, raramente e nunca, respectivamente²³.

As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de média (ou mediana) e desvio padrão (ou valores máximos e mínimos), e as qualitativas por frequências simples e percentuais. Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de Shapiro Wilk. Para comparar médias, utilizou-se o teste t de Student, e para comparar frequências, os testes Qui-quadrado ou exato de Fischer. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes. As análises foram processadas no programa estatístico Stata® v10.0.

O referido projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, com o parecer consubstanciado nº 177.566, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

As acadêmicas tinham média de idade de 21 anos (17-49 anos). Destas, 62,2% estavam no primeiro ano do curso de Nutrição e 37,8% no último ano. A maior parte do grupo era composta de alunas da rede privada de ensino (80,7%), apresentava-se sem excesso de peso (85,4%) e não possuía estilo de vida saudável (78,7%). O jejum apareceu como principal refeição omitida (16,5%) (Tabela 1).

A insatisfação com a imagem corporal apareceu em 30,7% das acadêmicas entre os três níveis de intensidade, leve, moderada e grave. A pontuação mediana obtida no BSQ-34 foi de 64 pontos (33-188 pontos). Maiores frequências de insatisfação com a imagem corporal foram observadas entre alunas com excesso de peso ($p < 0,001$), que estavam no primeiro ano do curso ($p = 0,017$), eram de instituição privada ($p = 0,002$) e omitiam as refeições do jejum ($p = 0,009$) e jantar ($p = 0,015$), e a presença de hábitos alimentares saudá-

Tabela 1 - Características de acadêmicas do curso de Nutrição. Estado do Maranhão, 2013.

Variáveis	n	%
Idade*		
< 20-24	199	78,3
25-39	049	19,3
≥ 40	006	02,4
Instituição		
Pública	049	19,3
Privada	205	80,7
Estado Nutricional		
Sem excesso de peso	199	85,4
Com excesso de peso	034	14,6
Desjejum		
Sim	042	16,5
Não	212	83,5
Almoço		
Sim	002	00,8
Não	252	99,2
Jantar		
Sim	025	09,8
Não	229	90,2
Como está sua alimentação?"		
Não saudável	200	78,7
Saudável	054	21,3

veis, medidos pelo questionário "Como está sua alimentação?", não esteve associada à percepção da imagem corporal (Quadro 1).

Variáveis			Imagem Corporal (%)	
			Satisfeitas	Insatisfeitas
Alimentação	Estado Nutricional p=0,001	Com excesso de peso (n=55)	45,4	54,6
		Sem excesso de peso (n=199)	75,9	24,1
	Ano que está cursando p=0,017	Primeiro ano (n=158)	63,9	36,1
		Último ano (n=96)	78,1	21,9
	Tipo de Instituição p=0,002	Pública (n=49)	87,8	12,2
		Privada (n=205)	64,9	35,1
	Como está sua alimentação? p=0,234	Não saudável (n=200)	67,5	32,5
		Estilo de vida saudável (n=54)	75,9	24,1
Omissão de Refeição	Desjejum p=0,009	Omitiram desjejum (n=42)	52,4	47,6
		Não omitiram desjejum (n=212)	72,6	27,4
	Almoço p=0,345	Omitiram almoço (n=2)	100,0	-
		Não omitiram almoço (n=252)	69,1	30,9
	Jantar p=0,015	Omitiram jantar (n=25)	48,0	52,0
		Não omitiram jantar (n=229)	71,6	28,4

Quadro 1 - Fatores associados à percepção da imagem corporal em acadêmicas do curso de nutrição. Estado do Maranhão, 2013.

O risco de desenvolver transtornos alimentares apareceu apenas em 22,4% das acadêmicas. O EAT-26 apresentou uma pontuação mediana de 11 pontos (0 - 59 pontos). A presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares mostrou-se associada de maneira significativa apenas com o tipo de instituição e a omissão do almoço, em que as alunas da rede privada ($p=0,001$) e as que omitiram o almoço ($p=0,008$) apresentaram maior frequência de risco para desenvolver TA, além disso, a presença de hábitos alimentares não esteve associada à presença de comportamentos de risco para TA (Quadro 2).

Variáveis			Riscos para Transtornos Alimentares (%)	
			Sem Risco	Com Risco
Alimentação	Estado Nutricional p=0,089	Com excesso de peso (n=55)	69,1	30,9
		Sem excesso de peso (n=199)	79,9	20,1
	Ano que está cursando p=0,272	Primeiro ano (n=158)	75,3	24,7
		Último ano (n=96)	81,3	18,7
	Tipo de Instituição p=0,001	Pública (n=49)	95,9	04,1
		Privada (n=205)	73,2	26,8
	Como está sua alimentação? p=0,289	Não saudável (n=200)	70,9	21,0
		Estilo de vida saudável (n=54)	72,2	27,8
Omissão de Refeição	Desjejum p=0,297	Omitiram desjejum (n=42)	71,4	28,6
		Não omitiram desjejum (n=212)	78,4	21,6
	Almoço p=0,008	Omitiram almoço (n=2)	-	100,0
		Não omitiram almoço (n=252)	78,2	21,8
	Jantar p=0,844	Omitiram jantar (n=25)	76,0	24,0
		Não omitiram jantar (n=229)	77,7	22,3

Quadro 2 - Fatores associados ao risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em acadêmicas do curso. Estado do Maranhão, 2013.

Discussão

A insatisfação com a imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares estiveram presentes nas estudantes, na qual observou-se associação da insatisfação com a imagem corporal ao estado nutricional, ano que as alunas estavam cursando, tipo de instituição e omissão de refeições e associação de comportamentos de risco para transtornos alimentares com o tipo de instituição e omissão de refeições.

O grupo estudado mostrou-se predominantemente sem excesso de peso, concordando com achados de outros estudos entre acadêmicas do curso de Nutrição, cujas prevalências variaram de 80,6 a 94,5%^{12,14,15,25,26}.

A frequência de algum grau de insatisfação com imagem corporal no grupo apresentou-se inferior

àquelas encontradas em outros estudos nacionais com acadêmicas de nutrição, que empregaram o mesmo instrumento de avaliação^{1,6,15,26}. Embora alguns autores afirmem que a insatisfação com a imagem corporal ocorra independentemente do curso ou área de estudo^{6,27}, a maior parte dos estudos apontam maior prevalência de TA e insatisfação com a imagem corporal em alunas de Nutrição, quando comparados às de outros cursos de graduação^{6,11,25,28}.

Os fatores que estiveram associados à maior frequência de insatisfação com a imagem corporal neste estudo foram: excesso de peso, cursar o primeiro ano de faculdade, estudar em instituição privada e omitir o desjejum e o jantar.

Já está bem estabelecido a associação entre excesso de peso e maior insatisfação com a imagem corporal^{26,29,30}. Costa e Vasconcelos³¹ observaram que alunas com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) apresentaram prevalência significativa de desagrado com a própria imagem corporal. Miranda *et al.*,⁷ também encontraram nos alunos com sobrepeso e obesidade maior grau de insatisfação que nos alunos com baixo e normal IMC.

Segundo Paludo *et al.*,³² isto acontece porque o estado nutricional se apresenta como um possível preditor da insatisfação com o corpo, influenciando a percepção dos indivíduos que não estão enquadrados dentro do padrão preestabelecido. Entretanto, vale destacar que no presente estudo, um número significativo de alunas sem excesso de peso apresentou algum grau de insatisfação com a imagem corporal. Estudo realizado por Bosi *et al.*,⁸ também encontrou resultado semelhante.

O grau de insatisfação demonstrado pelas alunas, neste estudo, foi inferior a de outros estudos brasileiros que encontraram 47,3%³¹ e 64,4%². Mesmo assim, a frequência de insatisfação entre estas alunas foi maior, quando comparadas com as alunas concluintes.

As alunas da rede privada mostraram-se mais insatisfeitas com a imagem corporal concordando com os achados de Andrade *et al.*,³³ que investigaram adolescentes de escolas particulares. Entretanto Beling³⁴, estudando adolescentes do sexo feminino, não encontrou associação significativa entre o resultado do BSQ-34 e o tipo de escola (pública ou privada).

A omissão do desjejum e jantar esteve associada a maior frequência de insatisfação da imagem corporal. Branco *et al.*,³⁵ com auxílio de figuras de silhuetas, observaram relação semelhante entre a omissão do desjejum e distorção da imagem corporal em adolescentes do sexo feminino. Da mesma forma, Beling³⁴ observou, entre adolescentes, que a prevalência de insatisfeitos (59,3%) foi maior entre os que nunca realizavam desjejum. A presença de hábitos saudáveis não esteve associada à percepção da imagem corporal neste estudo.

A presença de comportamentos de risco para TA observada, encontrou-se em posição intermediária em relação a valores apontados em outros estudos nacionais, que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação^{11-15,25}.

Laus *et al.*,⁶ observaram maiores escores de EAT+ entre acadêmicas da área da saúde quando comparadas às da área de humanas. Além disso, as estudantes de nutrição apresentaram maiores pontuações em relação a estudantes dos cursos de Publicidade e Administração. Fiates e Salles¹¹ também encontraram

maior percentual de fator de risco para desenvolvimento de TA em alunas de nutrição (25,4%), quando comparadas a alunas de outros cursos (18,7%).

Quanto ao estado nutricional, não houve associação entre este indicador e a presença de comportamentos de risco para TA, concordando com os achados de Kirsten *et al.*,¹⁴ que também não encontraram diferença significativa entre estas variáveis ($p=0,32$) nas alunas de nutrição estudadas. Já o estudo de Alvarenga *et al.*,²⁸ com 2.483 universitárias de cinco regiões do Brasil, apontaram associação significativa ao correlacionar o escore do EAT-26 com a variável IMC.

Embora as alunas do primeiro ano do curso tenham apresentado maiores escores de EAT+ quando comparadas às do último ano, esta diferença não foi estatisticamente significativa, concordando com resultado encontrado por Sepulveda *et al.*,³⁶. Já Reinstein *et al.*,³⁷ apontam que estudantes do primeiro ano geralmente apresentam maior risco para desenvolver transtornos alimentares, sugerindo a influência positiva do conhecimento nutricional sobre as atitudes alimentares.

A presença de hábitos alimentares saudáveis não esteve associada à presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares no presente estudo. Alves *et al.*,³⁸ porém, observaram maior consumo de frutas e vegetais nos escolares com EAT+. Esse resultado encontra explicação na forte tendência que o indivíduo com risco para esses transtornos tem de preferir consumir pequenas quantidades de alimentos menos calóricos, com a finalidade de perda de peso³⁹. Nunes e Vasconcelos⁴⁰ verificaram em adolescentes que 'a quantidade de calorias' ou 'aquilo que engorda menos' estão entre os fatores determinantes das suas escolhas alimentares.

Em relação ao tipo de instituição as alunas de instituições privadas apresentaram maior frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares, assim como no estudo de Dunker *et al.*,⁴¹ que também apontou maior frequência desses comportamentos entre adolescentes de escola particular. Souza *et al.*,⁴² sugerem que estudantes de instituições privadas podem apresentar maiores escores de EAT+ por pertencerem à classe econômica mais favorável a este problema, o que representa um fator de risco para desenvolvimento de TA. Já no estudo de Alves *et al.*,³⁸ os achados são controversos, uma vez que o risco de TA não esteve associado à renda, mas esteve associado à rede pública de ensino.

As alunas que relataram omitir o almoço apresentaram presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares. Alves *et al.*,³⁸ observaram que escolares com risco de TA consumiram 2,14 vezes mais balas em substituição às refeições do que aqueles sem risco. Segundo Dunker e Philippi,⁴³ essa pode ser uma estratégia adotada como artifício para reduzir a ingestão calórica.

De acordo com Kirsten *et al.*,¹⁴ pertencer a grupos profissionais como atletas, bailarinas, modelos e nutricionistas reforça a demanda por um corpo muito magro, aumentando o risco de transtornos da imagem corporal. Ainda não se sabe se o ambiente teria influência desencadeante ou se alunas já predispostas a desenvolverem esses transtornos tenderiam a procurar o curso de nutrição⁴⁴. Mas, fato é, que as frequências

as expressivas de insatisfação com a imagem corporal e de comportamentos de risco para desenvolvimento de TA encontradas no presente estudo são bastante preocupantes em se tratando de futuras profissionais que trabalharão com promoção da saúde mediante hábitos alimentares saudáveis.

Este estudo apresenta como limitação seu delineamento transversal, que apenas permite estabelecer associações, mas não relações de causa e efeito.

Este estudo apontou expressivas prevalências de insatisfação com a imagem corporal e risco para desenvolver transtornos alimentares no grupo avaliado, no qual a insatisfação com a imagem corporal foi maior entre as acadêmicas com excesso de peso, que estavam no primeiro ano do curso, que eram de instituição privada e que omitiram desjejum e jantar, e a fre-

quência de comportamentos de risco para transtornos alimentares foi maior entre as acadêmicas de instituição privada e que omitiram o almoço.

Espera-se que estes resultados possam contribuir para futuros planejamentos e execução de intervenções nutricionais e estratégias educativas para promoção de comportamentos alimentares mais saudáveis entre estudantes de nutrição, bem como orientar a abordagem de determinadas disciplinas ministradas no curso.

Agradecimentos

Às instituições de ensino Universidade Federal do Maranhão, Faculdade Santa Terezinha (CEST), e a Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão.

Referências

1. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*, 2006; 2(55): 108-113.
2. Alvarenga MS, Philippi ST, Lourenço BH, Sato PM, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J Bras Psiquiatr*, 2010; 59(1): 44-51.
3. Censi M, Peres KG, Vasconcelos FAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Rev Psiquiatria Clín*, 2009; 36(3): 83-88.
4. Cordás, TA, Salzano FT. Aspectos gerais dos transtornos alimentares. In: Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST, organizadoras. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole; 2011. p.3-15.
5. Vale AMO, Elias LR. Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Rev Bras Ter Comport Cogn*, 2011; 13(1): 52-72.
6. Laus MF, Moreira RCM, COSTA TMB. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. *Rev Psiquiatr*, 2009; 31(3): 192-196.
7. Pinheiro AP, Giugliani ERJ. Insatisfação corporal em escolares no Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Saude Publica*, 2006; 40(3): 489-496.
8. Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr*, 2008; 57(1): 28-33.
9. Slevec JH, Tiggemann M. Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clin Psychol Rev*, 2011; 31(4): 515-524.
10. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2008; 34(4): 383-396.
11. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr*, 2001; 14: 3-6.
12. Penz LR, Bosco SM, Viera JM. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Scientia Medica*, 2008; 18(3): 124-128.
13. Stipp LM, Oliveira MRM. Imagem Corporal e Atitudes Alimentares: diferenças entre estudantes de Nutrição e de Psicologia. *Saude Rev*, 2003; 5(9): 47-51.
14. Kirsten VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev Nutri*, 2009; 22(2): 219-227.
15. Garcia CA, Castro TG, Soares RM. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de nutrição de uma universidade pública de Porto Alegre - RS. *Revista HCPA*, 2010; 30: 219-224.
16. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1998.
17. World Health Organization. *Child growth standards: BMI-for-age (5-19 years)*. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p.
19. Franzoni B, de Lima LA, Castoldi L, Labrêa MDGA. Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo. *Cien Saude Colet*, 2013; 18(12): 3751-3758.
20. Feitosa E S, Dantas CADO, Andrade-Wartha ERS, Marcellini, PS, Mendes-Netto RS. Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública no Nordeste. *Alim Nut Araraq*, 2010; 21(2): 225-230.
21. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord*, 1987; 6(4): 485-494.
22. Di Pietro M, Silveira, DXD. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr*, 2009; 31(1): 21-24.
23. Garner D, Garfinkel P. The eating attitudes test: an index of the symptoms anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979; 9(2): 273-279.
24. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Translation and validation of the Eating Attitudes Test in female adolescents in Ribeirão Preto, SP, Brazil. *J Bras Psiquiatr*, 2004; 53(6): 339-346.
25. Caram ALA, Lazarine IF. Atitudes alimentares em universitários dos cursos de Nutrição, Educação Física e Psicologia de uma instituição privada. *J Health Sci Inst*, 2013; 31(1): 71-74.
26. Nemer ASA, Silva JD, Silva ABJ, Oliveira AVK. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciênc Saude Colet*, 2012; 17(12): 3399-3406.
27. Miranda VPN, Filgueiras JF, Neves CM, Teixeira PC, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *J Bras Psiquiatr*, 2012; 61(1): 25-32.
28. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev Psiq Clín*, 2011; 38(1): 3-7.

29. Martins CR, Gordia AP, Silva DAS, Quadros TMB, Ferrari EP, Teixeira DM, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em universitários. *Estud Psicol*, 2012; 17(2): 241-246.
30. Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Rev Saude Publica*, 2006; 40(3): 497-504.
31. Costa LCF, Vasconcelos FAG. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. *Rev Bras Epidemiol*, 2010; 13(4): 665-676.
32. Paludo AC, Pelegrini A, Grespan F, Caldeira AS, Madureira AS, Serassueto Junio H. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes: prevalência e associação com o estado nutricional. *ConScientiae Saude*, 2011; 10(1): 143-149.
33. Andrade MRM, Amaral ACS, Ferreira MEC. A cultura do corpo ideal: prevalência de insatisfação corporal entre adolescentes. *Psicol Pesq*, 2010; 4(1): 24-30.
34. Beling MTC. *A auto-imagem corporal e o comportamento alimentar de adolescentes do sexo feminino em Belo Horizonte, MG*. 165 f. Dissertação - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.
35. Branco LM, Almeida EC, Passos MAZ, Piano A, Cintra IP. A percepção corporal influencia no consumo do café da manhã de adolescentes? *Saúde Rev*, 2007; 22(9): 15-21.
36. Sepulveda AR, Carroble JA, Gandarillas AM. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*, 2008; 8(1): 102.
37. Reinstein N. Prevalence of eating disorders among dietetics students: does nutrition education make a difference? *J Am Diet Assoc*, 1992; 92(8): 949-953.
38. Alves TCHS, Santana MLP, Silva RCR, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. *J Bras Psiquiatr*, 2012; 61(2): 55-63.
39. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2008; 24(3): 503-512.
40. Nunes AL, Vasconcelos FA. Eating disorders in the view of teenage girls from Florianópolis, Santa Catarina State: a phenomenological approach. *Ciênc Saude Colet*, 2010; 15(2): 539-550.
41. Dunker KLL, Fernandes CPB, Carreira Filho D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *J Bras Psiquiatr*, 2009; 58(3): 156-161.
42. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, Neto GCM, Ribeiro IB. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará UFC. *Rev Psiquiatria Clín*, 2002; 29(4): 172-178.
43. Dunker KLL, PHILIPPI ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr*, 2003; 16(1): 51-60.
44. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*, 2002; 24(3): 18-23.

ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO MARANHÃO

ANALYSIS OF SUPPORT CENTERS TO FAMILY HEALTH IN MARANHÃO STATE, BRAZIL

Nathália Cristina Silva Pereira¹, Mônica Elinor Alves Gama²

Resumo

Introdução: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) amplia a abrangência das ações da Atenção Básica, representando a continuidade do cuidado na área da reabilitação. **Objetivo:** Avaliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família existentes no estado do Maranhão. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo utilizando dados secundários oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Resultados:** Foram investigados 108 municípios, apresentando 109 NASF tipo 1 e 17 NASF tipo 2. Eram 729 profissionais cadastrados, sendo a fisioterapia com o maior número (182). Na área médica, totalizou 27 profissionais. O tipo de vinculação dos profissionais predominante é estabelecido por meio de contratos (610) e a carga horária de 40 horas (563). **Conclusão:** Possibilitou conhecer e quantificar o NASF, além de categorizar os seus serviços. Demonstrando a fragilidade das políticas de saúde no contexto local.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Promoção da Saúde.

Abstract

Introduction: The Support Center for Family Health (NASF, from the Portuguese acronym) extends the scope of actions of Primary Care, representing the continuity of the care in rehabilitation. **Objective:** To evaluate the Support Centers for Family Health from the state of Maranhão, Brazil. **Methods:** Quantitative, descriptive and retrospective study using secondary data from the National Registry of Health Facilities. **Results:** We investigated 108 municipalities, with 109 NASF type 1 and 17 NASF type 2. There were 729 registered professionals, being physical therapy the majority (182). In the medical field, totaled 27 professionals. The type of binding of the predominant professionals is established through contracts (610) and the duration of 40 hours (563). **Conclusion:** The study made possible to know and quantify the NASF, in addition to categorize their services. Demonstrating the fragility of health policies in the local context.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Health Promotion.

Introdução

A Portaria de Nº 154 de 24 de janeiro de 2008 cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como objetivo a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde¹.

Também afirma que o apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm relação direta com usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de Saúde da Família).

A portaria determina que os NASF estejam classificados em três modalidades, NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 deverá ser composto por no mínimo 5 profissionais de nível superior, podendo ser: Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. O mesmo deverá ser vinculado a no mínimo 8 Equipes de Saúde da Família e no máximo a 20 Equipes de Saúde da Família.

Já o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo

3 profissionais de nível superior, podendo ser: Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. Suas atividades deverão ser vinculadas a no mínimo 3 Equipes de Saúde da Família.

O NASF 3 foi criado a partir da portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, deverá estar vinculado a no mínimo 1 e a no máximo 2 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para as populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais)².

O NASF e as equipes de Saúde da Família atuam de forma colaborativa e compartilhada, em ações como as de orientação à família e ao usuário, sobre manuseio, posicionamento e atividades da vida diária, ações de inclusão escolar, laboral ou social das pessoas com deficiência, e ações voltadas ao idoso com problemas de locomoção ou acamado. Também definem os encaminhamentos, se necessários, do usuário/família para obtenção de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e programas públicos de auxílio social. O profissional deve se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos, planejando, atuando e avaliando resultados em conjunto com as equipes de Saúde da Família³.

O presente estudo se justifica pela necessidade

¹ Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde da Família e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Atenção à Saúde Renal (HU-UFMA). Universidade do Estado do Pará - UEPA.

² Doutora em Medicina (USP). Pediatra (SUS-USP). Diretora acadêmica da Faculdade Laboro. Contato: Nathália Cristina Silva Pereira. E-mail: nathaliacristinasp@gmail.com

de avaliar os NASFs existentes no Estado do Maranhão, tendo como objetivo caracterizar os tipos de NASFs, quantificar os profissionais, fornecer o número de equipes vinculadas, tipos de vínculos profissionais e carga horária exercida pelos profissionais.

Métodos

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, para observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos, sem manipulação nem inferência do pesquisador⁴, para descrever os fatos e características presentes em uma determinada população⁵, utilizando fontes de dados secundários para caracterizar as ações dos NASFs nos municípios do Estado do Maranhão.

O estado do Maranhão possui uma área de aproximadamente 331.937,450 km² e população de 6.574.789, com 217 municípios⁶. Foram incluídos neste estudo, municípios com NASF registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com uma amostra composta por 108 municípios. Estabelecida por não probabilística intencional, baseada em julgamento feito pelos pesquisadores e elementos que apresentam as características desejadas por eles⁵.

A coleta ocorreu em fevereiro de 2014 por meio de investigação em banco de dados do CNES, da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e do site das prefeituras dos municípios selecionados. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento pré-estabelecido contendo as variáveis: tipo de NASF, categoria profissional atuante, equipes de Saúde da Família vinculadas, tipos de equipes, carga horária e tipo de vínculo dos profissionais. Considerou-se os dados atualizados até dez/2013.

Resultados

Dos 108 municípios maranhenses incluídos nesta pesquisa, os que se destacaram pelo número de NASF foram: Imperatriz (5), Codó (3) e Lago da Pedra (3); em contrapartida a capital, São Luís, não possui NASF. O NASF predominante foi o tipo 1, totalizando 109 e 17 do tipo 2 (Figura 1).

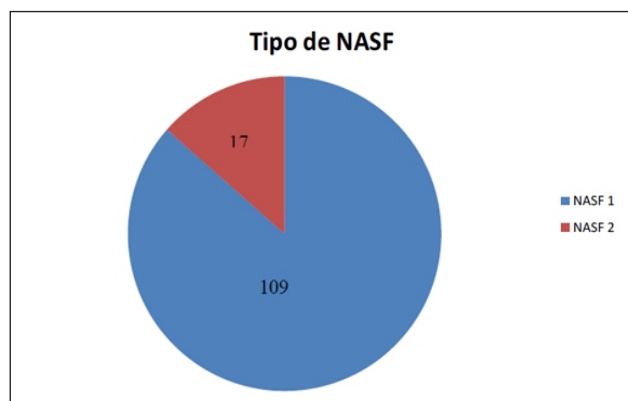


Figura 1 - Tipo de NASF. Maranhão, 2013.

O município de Imperatriz (MA), apresenta o maior número de equipes vinculadas ao NASF (41), seguida de Codó (MA), com 23, por outro lado, os municípios maranhenses de Sítio Novo, São José dos Basílios, São Domingos do Azeitão, Santana do Maranhão,

Presidente Médici, Milagres do Maranhão, Matões do Norte Junco do Maranhão, Cedral, Arame e Altamira do Maranhão se tornaram municípios de menor vinculação com apenas 3 equipes. Entre as equipes vinculadas, predominaram saúde bucal (597) (Figura 2).

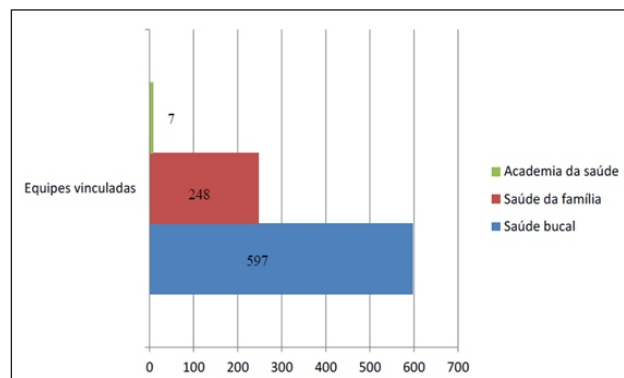


Figura 2 - Equipes vinculadas ao NASF. Maranhão, 2013.

Localizado na Região Nordeste, com 1.197 NASFs, no ano de 2013, o Maranhão se destaca em 4º lugar com 126 NASFs, porém apresenta má distribuição, segundo dados da SAGE (Figura 3).

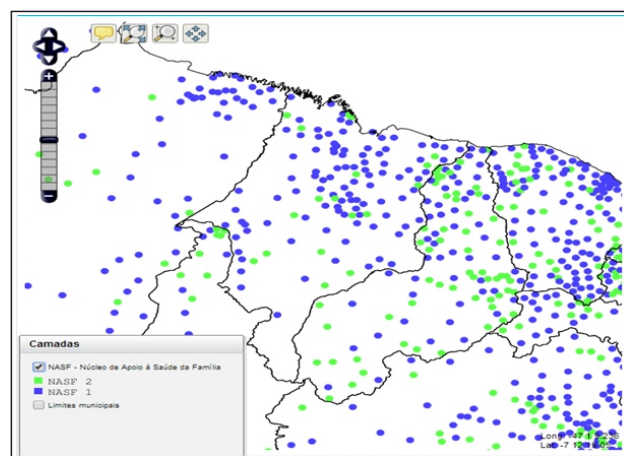


Figura 3 - Distribuição do NASF. Maranhão, 2013.

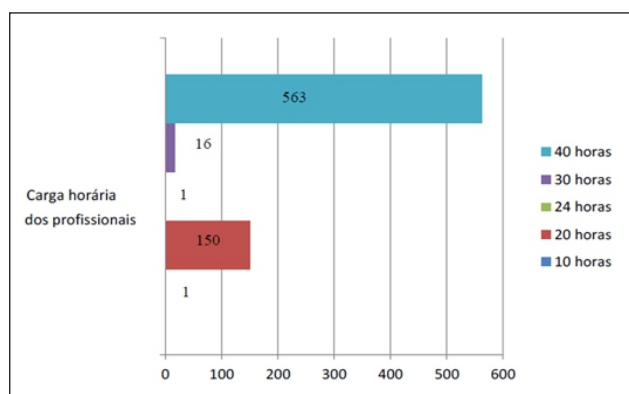
Fonte: SAGE - Sala de Apoio a Gestão Estratégica / Ministério da Saúde.

As categorias profissionais presentes foram fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, médico ginecologista e obstetra, veterinário, pediatra e psiquiatra, totalizando 729 profissionais. A fisioterapia foi a categoria com o maior número de profissionais (24,96%), seguida de nutricionista (13,30%) e assistente social (12,89%). O médico pediatra se faz presente com (1,64%). Observou-se que das 13 profissões que compõem as equipes do NASF, de acordo com a portaria Nº 154/08, 11 estão contempladas. O médico acupunturista e homeopata não estão presentes à equipe. Destacam-se entre os tipos de vínculo dos profissionais os contratados (83,44%), seguido de emprego público (7,38%) e estatutário (6,56%) (Tabela 1).

A carga horária predominante é 40 horas (563), seguida de 20 horas (150) e por último 24 e 10 horas (1 em cada) (Figura 4).

Tabela 1 - Categoria e vínculo de profissionais inseridos no NASF. Maranhão, 2013.

Categoria profissional atuante	n	%
Fisioterapeuta	182	24,96
Nutricionista	097	13,30
Assistente social	094	12,89
Psicólogo	087	11,93
Fonoaudiólogo	081	11,11
Farmacêutico	056	07,68
Terapeuta Ocupacional	053	07,27
Educador Físico	052	07,13
Médico pediatra	012	01,64
Médico veterinário	009	01,23
Médico ginecologista e obstetra	005	00,68
Médico psiquiatra	001	00,13
Total	729	100,0
Tipo de vínculo profissional		
Contratado	610	83,44
Emprego público	054	07,38
Estatutário	048	06,56
Sem vínculo	017	02,32
Cargo comissionado	002	00,27
Total	731	100,0

**Figura 4** - Carga horária semanal dos profissionais do NASF. Maranhão, 2013.

Discussão

A predominância de NASF 1 se deve ao número de equipes vinculadas, porém poucos municípios possuem a presença do mesmo. Entre as razões que contribuem para esse fato destacam-se a gestão municipal, o preparo da equipe técnica, o exercício do controle social, o tamanho e a localização, o acúmulo histórico e a própria trajetória do setor saúde do município. Além do papel do governo estadual no planejamento e organização da assistência no território estadual⁷.

Entendendo a saúde bucal como parte integrante do processo de saúde, a incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe e o incentivo financeiro através da portaria Nº 1.444 resultaram em um grande impulso e expansão das equipes no Brasil. A predominância de equipes de saúde bucal é reflexo da atual Política Nacional de Saúde Bucal, que tem como pres-

supostos a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica⁸.

Dentre as categorias predominantes se destaca a fisioterapia. O Maranhão possui 758 fisioterapeutas registrados no CNES, sendo 448 de estabelecimentos públicos⁹. A expansão da municipalização das ações, a ampliação da ESF e as novas políticas governamentais de indução à formação de profissionais voltados ao sistema público e às necessidades da população refletem o impacto do quadro observado¹⁰. Outro ponto que contribui para o quadro é o crescimento do número de fisioterapeutas.

A necessidade de conhecimentos específicos para atuação na Atenção Primária de Saúde (APS) e o despreparo nos cursos de graduação se tornam um desafio para a definição do papel profissional entre as categorias com menos oferta de profissionais¹¹. Além da presença de poucos cursos de terapia ocupacional e educação física no Maranhão.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou um boletim com os resultados da pesquisa demográfica médica no Brasil, apontando a pediatria como a especialidade mais procurada para formação¹². A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, respeitando as necessidades locais e disponibilidade dos profissionais.

Há uma tendência no âmbito do trabalho no Brasil a generalização de contratos por tempo determinado, subcontratações e terceirização¹³. Os contratos firmados pelos municípios favorecem a consignação de empregos por uma pequena parte da população e exclui a promoção de concursos públicos.

A presença de vínculos estabelecidos por contratos retrata a ausência de concursos públicos no estado, seguido por uma prática enraizada no nepotismo que vigora nos municípios do Maranhão. A carga horária de 40 horas demonstra a luta diária dos profissionais e seus respectivos sindicatos pela sua diminuição, para que se tenha qualidade na prestação de seus serviços.

A justificativa se fundamenta na carga horária excessiva, precariedade do vínculo trabalhista, dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional e a compreensão sobre o seu papel profissional no NASF^{14,15}.

O estudo possibilitou o conhecimento sobre os NASF existente no estado MA, de quantificar, identificar a distribuição no estado e categorizar os serviços prestados.

Os NASF são serviços que visam modificar a forma de saúde. E vem ganhando espaço no cenário de saúde do Maranhão. No entanto, ainda apresenta desigualdade em sua distribuição, apresentando como principal erro a ausência desse serviço na capital, São Luís. Este ponto representa a falta de interesse dos gestores e a manutenção de práticas hegemônicas.

Percebe-se a relevância e necessidade de pesquisas com este propósito, não apenas no Maranhão, mas no Brasil para que se consolidem as práticas, qualifique as políticas e se obtenha transparência quanto os serviços, possibilitando planejamento, inferências setoriais que possam contribuir para reflexões sobre os desafios do NASF.

Referências

1. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 04 mar. 2008. p. 38-42.
2. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para as populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 02 jan. 2013. p. 223.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília, Ministério da Saúde, 2010.
4. Rampazzo L. *Metodologia científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação*. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
5. Gressler LA. Introdução à pesquisa: projetos e relatórios. 2ª Ed. São Paulo: Loyola; 2004.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Atlas do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
7. Tomasi ARP, Rizzotto MLF. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saúde debate*, 2013; 37(98): 427-436.
8. Calado GS. *A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios*. (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
9. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES*. 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em: 19 jul 2014.
10. Costa LR, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Rev Bras Fisioter*, 2012; 16(5): 422-430.
11. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev bras ativ fis saúde*, 2012; 17(3): 188-194.
12. Conselho Federal de Medicina - CFM. *Sete especialidades concentram mais da metade dos médicos brasileiros*. 2013. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23589:set-especialidades-concentram-mais-da-metade-dos-medicos-brasileiros&catid=3:portal. Acesso em 19 jul 2014.
13. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AR. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. *Rev Bras Cienc Saúde*, 2011; 15(3): 319-328.
14. Ronzani TM, Ribeiro MS. Práticas e crenças do médico de família. *Rev Bras educ med*, 2004; 28: 190-197.
15. Mello GA, De Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de Família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev bras educ med*, 2009; 33(3): 464-471.

SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DA ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE MORTE E MORRER: REVISÃO INTEGRATIVA

FEELINGS AND PERCEPTIONS OF NURSING STAFF TO THE DEATH AND DYING PROCESS: INTEGRATIVE REVIEW

Alice Bianca Santana Lima¹, Luana Pontes de Oliveira¹, Karina Vanessa Chagas da Silva Sá¹, Elza Lima da Silva², Arlene de Jesus Mendes Caldas², Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim²

Resumo

Introdução: A morte é um evento inevitável e está presente constantemente na vivência dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem. Atualmente, o principal agravante deste evento é a visão de que o processo de morte e morrer é uma ação negativa e que precisa ser combatida a qualquer custo. **Objetivo:** Evidenciar os sentimentos e percepções dos acadêmicos e profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica nacional, realizada com artigos publicados nos periódicos da Base de Dados de Enfermagem, SciELO e Lilacs no período de 2000 a 2013 na língua portuguesa. **Resultados:** Foram selecionados nove artigos nacionais, com predominância de pesquisas com abordagem qualitativa, que compuseram três categorias: Percepção do processo de morte e morrer, Sentimentos relacionados ao processo de morte e morrer e Condições agravantes que influenciam a percepção e os sentimentos manifestos. Evidenciando sentimentos da equipe como medo, culpa fracasso e tristeza. Dentre as percepções dos profissionais e estudantes foram destacados: a religião como suporte espiritual, morte como transição entre o mundo material e espiritual e separação, tristeza e injustiça. **Conclusão:** A falta de preparo dos profissionais sobre a temática morte repercutiu negativamente na sua prática. Assim, é importante a inserção da tanatologia no currículo das Universidades e a educação continuada sobre o assunto no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Morte. Enfermagem. Atitude frente à morte. Cuidados de enfermagem.

Abstract

Introduction: Death is an inevitable event and is constantly present in the experience of health professionals, mainly nursing staff. Currently, the main aggravating factor of this event is the view that the dying process and death is a negative action that needs to be fought at all costs. **Objective:** To reveal the feelings and perceptions of academic and nursing staff about the dying process and death. **Method:** This is an integrative review of national scientific literature, carried out with articles published in journals of Nursing Database, SciELO and Lilacs from 2000 to 2013 in Portuguese language. **Results:** Nine national articles were selected, with a predominance of research with a qualitative approach, which comprised three categories: the dying process and death perception, feelings related to the dying process and death and aggravating conditions that influence the perception and the manifested feelings, revealing the fear, guilt, failure and sadness of the team. Among the perceptions of professionals and students were highlighted: religion as spiritual support, death as a transition between the material and spiritual world and separation, sorrow and injustice. **Conclusion:** The lack of staff training on the topic death reflected negatively in their practice. Therefore, it is important to insert thanatology in the curriculum of universities and continuing education on the subject in the workplace.

Keywords: Death. Nursing. Attitude to death. Nursing care.

Introdução

A morte é um evento inevitável e necessariamente ligado à vida, contudo, somente o homem possui a consciência de que ela existe e que pode ocorrer consigo e com o outro. Nessa conjuntura, inúmeras maneiras de postergá-la estão sendo realizadas e a mais comum é relacionada ao contexto hospitalar. Esse fato é percebido com frequência, nas ações empregadas na área da saúde, onde se investiu e investe-se em inúmeras e constantes pesquisas tecnológicas que auxiliam no prolongamento da vida e, secundariamente, recuperam o funcionamento normal do corpo humano¹.

Inseridos nessa situação estão os profissionais da área da saúde, especificamente a equipe de enfermagem, que vivencia o cuidado, a recuperação e a morte dos pacientes diariamente. No entanto, o agra-

vante cultural que está implantado é a visão de que o processo de morte e morrer é uma ação negativa e que estes profissionais tem o dever de combatê-la².

Essa limitação é ocasionada porque a morte não é tratada como um processo evolutivo natural, gerando medo, frustrações e sofrimento, logo a possibilidade de morte eminente traz consigo pensamentos que podem gerar transtornos a quem assiste, pois, a morte é um tema de difícil abordagem e de relevância para cotidiano de trabalho do enfermeiro¹.

De acordo com Dias *et al.*,³ a formação do enfermeiro propõe uma generalização de vários assuntos, fragmentando e pontuando diversos conteúdos, dentre eles, o processo de morte e morrer e a própria morte. Estudo realizado por Salimena *et al.*,⁴ com equipe de enfermagem do centro cirúrgico mostrou que os profissionais se preocupam com os cuidados para recuperação do corpo operado, desse modo negam a possibi-

¹ Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFMA.
Contato: Alice Bianca Santana Lima. E-mail: alicebiancalima@hotmail.com

lidade de morte do paciente, pois foi feito tudo para que ela não acontecesse.

O enfermeiro precisa apoiar-se em temáticas ampliadas, favorecendo um olhar crítico-reflexivo de várias dimensões que envolvem o ser humano, dentre eles a morte. Ademais a equipe de enfermagem é que mantém contato mais prolongado e direto com os pacientes, atendendo suas necessidades, seus desconfortos e por isso, e está mais suscetível a estabelecer vínculos afetivos. Essa proximidade faz com que o profissional se envolva e isso pode afetar positivamente, em relação ao cuidado e negativamente, quando o prognóstico do paciente é a morte. Este estudo teve o objetivo de identificar os sentimentos e percepção dos estudantes e profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer.

Métodos

Revisão integrativa da literatura científica nacional, escolhida por permitir sumarizar estudos já finalizados acerca do tema abordado. Além disso, esse tipo de revisão possibilita a construção de uma análise criteriosa da produção científica, contribuindo para ampliar e prover reflexões sobre diversas realidades⁵.

A questão norteadora do estudo é: quais os sentimentos e percepções dos estudantes e profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer?

As etapas que conduziram esta revisão integrativa foram: formulação do problema, coleta de dados, avaliação, análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados e conclusões⁶.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2014, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF), sendo utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *morte, enfermagem, atitude frente à morte, cuidados de enfermagem*.

Na última base de dados citada foram encontrados 143 artigos, onde após leitura minuciosa de seus resumos foram selecionados 20 específicos na temática; e após leitura dos artigos na íntegra, apenas 03 foram selecionados. Na base de dados LILACS, foram selecionados 22 artigos para apreciação e após leitura apenas 04 foram escolhidos. Na base de dados SciELO apenas 2 foram integrados para compor o estudo. A amostra final foi constituída por nove artigos (Figura 1).

Os critérios de inclusão foram artigos originais publicados no período de 2000 a 2013; disponíveis na íntegra, publicados em português e realizados no Brasil; que abordassem os sentimentos e percepções dos estudantes e profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura/reflexão, editoriais, resumos de anais, teses, dissertações, TCCs, boletins epidemiológicos, relatórios de gestão, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, publicações que não se enquadraram no recorte temporal estabelecido e estudos que não respondiam a pergunta de pesquisa estabelecida inicialmente. Estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

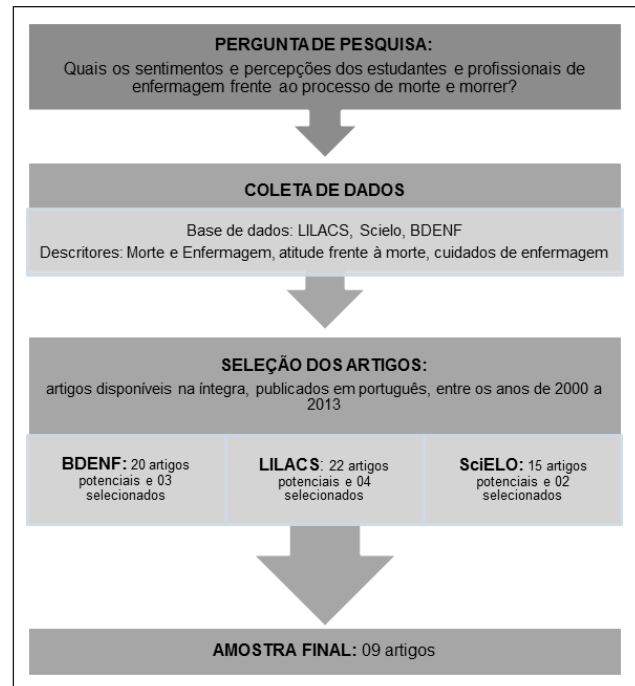


Figura1 - Processo de busca e desenvolvimento da pesquisa. São Luís - MA, 2015.

Para a avaliação dos dados, elaborou-se um instrumento para a coleta das informações visando responder à questão norteadora da revisão. A análise e interpretação dos dados foram realizadas de forma organizada e sintetizada por meio da elaboração de um quadro sinóptico que compreendeu os seguintes itens: identificação do estudo; ano de publicação; objetivos; delineamento do estudo; temática; e, principais resultados e recomendações. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra e agrupados por áreas temáticas.

Resultados

Os nove artigos selecionados foram desenvolvidos no Brasil e publicados em periódicos nacionais. O período de publicação foi de 2006 a 2013, sendo que os anos de maior publicação foram 2009, 2010 e 2011, 02 artigos (22,2%) em cada ano. Os descritores mais utilizados pelos autores foram: enfermagem, morte, atitudes frente à morte.

Ao analisar os delineamentos de pesquisa mais frequentes na amostra estudada, identificou-se que oito (88,9%) utilizaram a abordagem qualitativa e um a quantitativa (11,1%). O tipo de estudo mais abordado foi o descritivo e exploratório (55,5%) e todos os artigos expuseram tanto o sentimento quanto a percepção de profissionais de enfermagem ou acadêmicos de enfermagem relacionados à morte.

A síntese dos estudos foi organizada com o nome dos autores, ano da publicação, tipo de abordagem, objetivo, resultados e conclusões/limitações (Quadro 1).

Discussão

Após a leitura e análise optou-se por agrupar os conteúdos em áreas temáticas de acordo com a percepção, os sentimentos e agravantes que influenciam os sentimentos manifestados. Dentre as percepções

Estudo	Método	Objetivo	Resultados	Conclusões/Limitações
Brêtas, Oliveira, Yamaguti (2006)	Estudo exploratório - descritivo Abordagem Qualitativa	Conhecer as impressões dos estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer	Categorias que representam o eixo em torno da discussão: medo da morte; conceitos sobre morte; atitude diante da morte e crença.	A formação acadêmica é fundamentada na cura e no cuidado com o paciente, por isso quando acontece situações de morte, em geral, os alunos se sentem despreparados.
Silva, Valença, Germano (2010)	Estudo descritivo, abordagem qualitativa e cunho fenomenológico	Vivência e sentimentos dos profissionais de enfermagem em UTIN diante da experiência com a morte de crianças.	Os sentimentos foram divididos em três unidades de significados: Culpa, fracasso e negação.	Os profissionais de enfermagem não estão preparados para a morte do recém-nascido, visto que diante dessa situação afloraram os sentimentos de culpa, fracasso e negação da morte.
Gutierrez, Ciampone (2007)	Estudo de abordagem qualitativa	Identificar as concepções culturais relacionadas ao processo de morte no contexto dos profissionais de enfermagem de UTI	Formação de categorias sobre o significado do processo de morrer; a morte de diferentes fases da vida e sentimentos em relação à morte e ao processo de morrer.	É importante que os profissionais de enfermagem desenvolvam o auto-conhecimento e intervenções que auxiliem assistir o paciente e familiares diante do processo de morrer minimizando o seu próprio sofrimento.
Mota, Gomes, Coelho, Lunardi, Sousa (2011)	Estudo de abordagem qualitativa	Conhecer reações e sentimentos de profissionais de enfermagem frente a morte de pacientes sob seus cuidados	A análise dos dados gerou três categorias: reação e sentimentos dos profissionais de enfermagem frente à morte no cotidiano do trabalho; e a enfermagem frente ao preparo do corpo após a morte.	Embora a morte faça parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem, persistem as dificuldades em falar sobre o assunto, pois não se acostumam com a finitude humana
Lima, Nietsche, Teixeira (2012)	Estudo descritivo – exploratório de abordagem qualitativa	Compreender como os enfermeiros de uma unidade de clínica médica percebem o morrer e a morte e se essa temática foi trabalhada na graduação	Emergiram quatro categorias: caracterização dos sujeitos; percepção de morte; sentimentos desencadeados pela morte do paciente; ensino do processo de morrer na academia e reflexos do ensino no processo de morte no cotidiano dos enfermeiros.	O incentivo a pesquisas na área de tanatologia pode instigar maior compreensão acerca de estratégias de cuidado empregadas, a fim de implementar a humanização da assistência prestada no processo de morrer e morte e ajudar os profissionais de enfermagem se prepararem para esse momento.
Fernandes, Iglesias, Avellar (2009)	Estudo observacional de abordagem qualitativa	Descrever as reações, os sentimentos e as concepções de morte para os técnicos de enfermagem, que trabalham com pacientes terminais	As respostas foram agrupadas em: concepção de morte; lidar/enfrentar a morte; sentimentos ante o óbito e interferências na vida cotidiana e no trabalho.	Dentre muitas circunstâncias produtoras de sofrimento psíquico para os trabalhadores no contexto hospitalar pesquisado, o lidar diariamente com a morte é uma das situações agravantes; especialmente pelo fato de não haver espaço onde pudessem expressar os sentimentos.
Sousa, Soares, Costa, Pacífico, Parente (2009)	Estudo exploratório – descritivo de abordagem qualitativa	Descrever e analisar a vivência do enfermeiro no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos	Foram categorizados em: o significado da morte para o enfermeiro; o envolvimento no processo de morte dos pacientes oncológicos e o preparo emocional dos enfermeiros diante do processo de morte e morrer.	Necessidade do profissional tornar-se familiarizado com a morte desde a graduação, com vistas a um preparo pessoal e profissional de forma a reduzir o estresse e a ansiedade ao se discutir e conviver diariamente com essas situações de sofrimento.
Kuhn, Lazzari, Jung (2011)	Estudo exploratório – descritivo de abordagem quantitativa	Conhecer as vivências e os sentimentos de uma equipe de enfermagem nas suas relações com o paciente sem vida	Os resultados foram agrupados em três categorias: Sentimentos em relação à morte do paciente; reações frente à morte e o preparo do corpo.	Foi observado dualismo entre a impotência e onipotência em relação à situação de morte do paciente por não conseguirem alcançar a melhora do indivíduo sobre seus cuidados.
Vargas (2010)	Estudo exploratório Abordagem Qualitativa	Identificar as condutas e sentimentos de estudantes de enfermagem frente a uma situação hipotética, envolvendo a morte e o morrer	A temática exposta foi o uso do sendo comum para explicar a morte e a negação frente o processo de morrer, além dos sentimentos de perda e medo.	Revelou o despreparo dos estudantes de enfermagem frente a uma situação hipotética em que um paciente com morte iminente perguntasse a eles sobre a sua morte.

Quadro 1 - Síntese dos estudos sobre sentimentos e percepções dos acadêmicos e profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer.

Áreas Temáticas	Sentimentos manifestados pelos profissionais e estudantes de enfermagem
Percepção	Religião como suporte espiritual: procuram nas crenças religiosas, como uma das formas de aliviar o sofrimento dos pacientes e, indiretamente, os seus próprios.
	Morte como transição entre o mundo material e espiritual: Buscam um sentido maior que transcendem a vida.
	Separação, tristeza e injustiça.
Sentimentos	Medo da morte
	Culpa e fracasso
	Negação
	Impotência
	Tristeza.
Agravantes	Etapas de vida: quanto menor a idade, a recusa em aceitar a morte é maior
	Tipo de morte: mortes inesperadas tendem a ser mais sofridas do que as de pessoas em estado terminal.

Quadro 2 - Síntese das áreas temáticas que influenciam os sentimentos manifestados dos profissionais e estudantes de enfermagem frente ao processo de morte e morrer.

dos profissionais e estudantes foram destacados: a religião como suporte espiritual, morte como transição entre o mundo material e espiritual e separação, tristeza e injustiça. Os sentimentos dos profissionais e estudantes, foram manifestados pelo medo da morte, culpa e fracasso, negação, impotência e tristeza. As condições agravantes foram destacadas pela etapa de vida e pelo tipo de morte (Quadro 2).

Percepção do processo de morte e morrer

Os profissionais de enfermagem possuem diversas percepções sobre a morte e atribuem vários significados. Os estudos de Gutierrez e Ciampone² e Fernandes *et al.*,⁷ descrevem que à religião representou um suporte para os profissionais aceitarem a morte, porque a mesma conforta-os e os ajuda a suportar melhor o momento difícil do processo de morrer, minimizando seu próprio sofrimento.

Alguns autores colocam que a espiritualidade é uma dimensão da personalidade que habita e se desenvolve no mais íntimo do ser e nela a pessoa busca um sentido maior de transcendência da vida. Esse aspecto espiritual é compartilhado entre a tríade profissional-paciente-familiar, onde na maioria das vezes a equipe de enfermagem ao participar desse processo tenta ajudá-los apoiando por meio de crenças, respeitando a religião de cada família^{1,2,9}. Gadamer⁸ refere que há séculos as pessoas se apegam a necessidade de acreditar na imortalidade da alma, por meio de ideias religiosas, para superarem a morte e imaginarem o reencontro com quem já se foi.

O conceito de morte, para os acadêmicos de enfermagem de uma universidade no município de São Paulo, é definido, algumas vezes, como elementos de concepção espiritual, vendo a morte como transição entre o mundo material e espiritual, com a transição do corpo-alma, para somente, alma. Esse mesmo conceito também é visualizado em outro estudo, no qual eles abordam a morte, como a passagem para outra vida, uma continuidade da vida, no entanto, em outro local^{9,11}.

Sentimentos relacionados ao processo de morte

No estudo de Brêtas *et al.*,⁹ o medo da morte, foi demonstrado em várias falas como: “Medo do que irá acontecer após a morte”, “Medo de esquecer o que foi vivido”, “o maior medo não é o de morrer, mas sim da forma de morrer”, “tenho medo do sofrimento que leva

a morte”. A maior angústia do ser humano, percebida nas falas, é o medo da finitude e da limitação que ela traz por nada poder ser feito, pela certeza de que a destruição do eu e do corpo vai acontecer.

Nessa relação há duas dimensões do medo; o medo da morte do outro e o medo da sua própria morte; a primeira é expressa pelo medo de ser abandonado, medo da separação do outro, medo da interrupção de uma relação, a quebra do vínculo físico com outras pessoas, a perda de si pela perda da convivência com o outro; o segundo está associado à própria finitude, a incerteza de como e quando ocorrerá, implicado nisso, o medo da doença, medo da rejeição, da dor, da separação, da solidão^{9,7}.

Em pesquisa, foi constatado que os profissionais de enfermagem sentem uma diversidade de sentimentos perante a morte, sendo as mais destacadas nas falas: culpa, fracasso e negação. Esses estão presentes pela percepção de que o enfermeiro em sua atuação deve somente “salvar vidas”; onde a formação acadêmica fortalece a ideia de “profissionais como deuses”, que são preparados para derrotar a morte. No entanto, quando se deparam com a mesma, eles se veem culpados. Diante dessa perspectiva de “endeusamento” quando a morte se faz presente, é visível o incômodo que os profissionais sentem diante da impotência de não poder dominá-la e a constatação de que apesar de todos os cuidados e todas as tecnologias existentes, sempre serão limitados diante da morte¹.

Outro sentimento observado na maioria dos estudos é a negação da morte, que acontece com o distanciamento do profissional no momento em que ela ocorre ou que ela se torna o prognóstico, os relatos dos contemplados nas pesquisas mostram que os profissionais evitam que a morte aconteça quando eles estão trabalhando, quando são eles que estão prestando o cuidado. Além disso, a não aceitação da morte, faz com que o trabalhador busque maneiras de ocultá-la em suas falas, substituindo por palavras como “alta celestial, passagem, falecimento”. As falas expressam a negação como uma forma de não entrar em contato com as experiências dolorosas e, com isso, permitir, a ilusão da imortalidade^{1,10}.

As manifestações de emoção diante do óbito, acontecem de maneira negativa, com o sentimento de fracasso, a auto reprovação diante da conduta, levando a baixa autoestima, pela não aceitação da morte dos pacientes (sendo agravada quando ocorre com o recém-nascido), e isso evidencia o despreparo dos

profissionais em encarar o morrer como um processo natural da vida^{1,10,11}. Além disso, o rompimento do vínculo estabelecido com o paciente e seus familiares, depois de longo tempo de permanência hospitalar, faz os sentimentos de tristeza serem mais intensos^{7,11}.

A esperança foi relatada também como um dos sentimentos, ajudando a diminuir os sentimentos de angústia, por imaginarem a melhora e a recuperação do paciente. A ansiedade também foi relatada, onde o profissional de enfermagem não aceita a morte e por isso realiza inúmeros procedimentos na tentativa de curar o indivíduo; e o sentimento de onipotência também foi mencionado, quando eles usam a tecnologia para o adiamento da morte do paciente².

As tecnologias em saúde são realizadas por esses profissionais no cuidar, mesmo que conscientemente eles saibam que isso não será suficiente para a progressão do quadro do indivíduo, mas o fazem por negar e querer postergar o processo de morte e morrer. Geralmente os sentimentos ambivalentes de impotência e onipotência podem ser refletidos nos profissionais pela sobrecarga da expectativa do paciente e seus familiares por incessantemente negarem a morte e se desesperarem com a possibilidade da mesma, diante disso, sobrecarregam a equipe para que ela consiga fazer algo^{2,12}. Gadamer⁸ coloca que o “ser-capaz-de-fazer” da profissional remete a utilização de ferramentas tecnológicas que induzem a preservação, muitas vezes artificial, do corpo e ocasiona o prolongamento da morte e a estagnação da experiência do eu.

Um dos aspectos percebidos é que os profissionais da enfermagem se sentem impedidos de poder sentir e expressar o sofrimento frente à morte e isso leva-os a intimidação e ao medo de falar sobre esse processo¹³. Eles consideram que a perda gera sofrimento gerando uma atitude de negação que é traduzida por uma tentativa de colocar a morte em um lugar de exclusão e silêncio. Essa negação da morte foi constatada em estudo realizado por Silva *et al.*,¹ que observaram o distanciamento do profissional de enfermagem no momento em que a morte acontece. Ao utilizar esse mecanismo de defesa, o profissional utiliza uma armadura protetora que pode se manifestar em uma atitude aparente de insensibilidade e frieza, interferindo negativamente na forma de cuidar do paciente em processo de morte.

Outra dificuldade demonstrada pelos profissionais é de como lidar com os sentimentos diante da morte, onde a equipe precisa ter equilíbrio psicológico para não os demonstrar e poder apoiar e confortar os familiares e o próprio paciente no processo de morte. A dificuldade de expressar os sentimentos oprimidos faz com que os profissionais evitem falar, olhar de frente e encarar o processo de morte e morrer como algo natural e consequência fisiológica humana^{7,13}.

Já alguns profissionais da equipe possuem um olhar diferente diante da morte, percebendo-a como um processo de alívio da dor e descanso do indivíduo, que geralmente, sofreu em todo o tratamento; essas falas também podem ser vistas como uma maneira de proteção do sofrimento psíquico, levando os profissionais de saúde a desenvolverem um sentimento de aceitação, resultado da vivência cotidiana fazendo com que o mesmo acabe se adaptando à situação. Para alguns

profissionais, o sofrimento do paciente abalava e desestruturava a equipe muito mais que sua morte^{7,11,13}.

A preocupação com a formação e o preparo do futuro profissional, para o enfrentamento das situações que envolvam experiências com a morte e de como agir e superá-las foi destacado nas falas dos acadêmicos; sendo confirmado em outros estudos que referem a carência de informações durante a formação dos enfermeiros para lidar com o processo de morte e morrer^{9,10,11}.

Condições agravantes que influenciam a percepção e os sentimentos manifestados

Outro aspecto em relação à morte são as diferentes fases da vida, onde as emoções dos profissionais de enfermagem comumente diferem de acordo com faixa etária do paciente. É mais difícil se depararem com a morte de crianças, porque nessa circunstância ocorre a interrupção da vida que não chegou a ser vivida em sua plenitude, resultando com frequência em sentimento de revolta e sofrimento^{2,7,10,11}.

De acordo Kuhn *et al.*,¹² os sentimentos em relação às diferentes formas de morrer podem ser mais traumáticos e marcantes, como as mortes ocorridas em acidentes. A prática de distanásia (prolongamento, através de meios artificiais e desproporcionais, da vida de um enfermo incurável), foi destacada como uma ação discordante pelos profissionais, por acharem a qualidade da sobrevivência do paciente mais importante do que o tempo de sobrevivência; sendo favoráveis à ortotanásia (morte natural, sem interferência da ciência, permitindo ao paciente morte digna, sem sofrimento)². Normalmente os profissionais de enfermagem se fazem presentes assumindo o papel de “auxiliar de passagem”; é nesse momento em que o suporte espiritual está presente e sendo oferecido para o paciente, com intuito de facilitar e minimizar o desconforto durante o processo de óbito².

O preparo do corpo do paciente (remoção de materiais e equipamentos, higienização do corpo, tamponamento dos orifícios, vestimenta e identificação) representa um momento de rejeição e abalo psicológico os profissionais. Esse processo envolve técnica e, principalmente, respeito ao paciente. A maioria relatou não se sentir à vontade com a realização desses procedimentos; outros encaram como uma “punição pela morte do paciente com o qual conviveram e estabeleceram vínculos, mas não conseguiram salvar”; alguns veem como um procedimento agressivo e invasivo e demonstram reação de fuga, delegando a função a outro colega; alguns utilizam mecanismos de defesa para suportar esses momentos, fazendo piadas e aparentando frieza e apenas um entrevistado relatou gostar de fazer o preparo do corpo, pois para o mesmo era uma forma de prestar os últimos cuidados com dignidade e respeito ao paciente^{7,13}.

A convivência diária com o sofrimento e a morte são vistas de forma negativa, com tristeza, dor e sofrimento. As falas expressam que por mais que eles tenham feito o possível para salvar o paciente, a morte não é aceita, causando-lhes frustração, impotência, estresse e culpa. Os profissionais necessitam rever a concepção de morte como um insucesso da terapêutica e das ações de cuidado, como sinônimo de fracasso da equipe.

A grande problemática das situações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem reforça que a formação esta para o cuidar e assistir o ser humano no processo de recuperação e cura, excluindo a abordagem sobre a finitude da vida e do processo de morte e morrer. Não foi destacado como importante para a formação nenhuma disciplina ou conteúdo durante a graduação que abordasse as questões referentes à morte exclusivamente, nem sobre as vertentes relacionadas sobre como lidar com o processo e saber vivenciá-la.

O evento da morte por si só fomenta emoções nos indivíduos por representar finitude, terminalidade, encerramento do ciclo vital. Todavia, quando está aliada a outros fatores como vínculo, convivência e cumplicidade entre a tríade profissional-paciente-familiares, os sentimentos de tristeza, impotência, ansiedade e medo podem ser potencializado e tornar a dor da perda maior.

Embora a morte faça parte do trabalho e da vivência diária da equipe de enfermagem, persiste a dificuldade em falar sobre o assunto, pois os profissionais não foram preparados para entender e aceitar a finitude humana. De modo geral as instituições de saúde não se preocupam com o bem-estar psíquico dos profissionais, preparando-os e acompanhando-os durante o processo de convívio com morte.

Destaca-se a importância do preparo dos profissionais de enfermagem, relacionado ao processo de morte e morrer contribuindo para melhorar a qualidade da assistência nesse processo. As universidades e hospitais devem dar esse tipo de suporte educacional e emocional para as equipes de saúde, criando grupos de estudo e discussões, como estratégia de preparo para a convivência com a morte.

Referências

1. Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev bras de Enferm*, 2010; 63(5): 770-774.
2. Gutierrez BAO, Ciampone, MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Rev Esc Enferm*, 2007; 41(4): 660-667.
3. Dias MV, Backes DS, Barlem ELD, Backes MTS, Lunardi VL, Souza MHT. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. *Rev Gaúcha de Enferm*, 2014; 35(4): 79-85.
4. Salimena AMO, Ferreira GC, Melo MCS, Souza IEO. O significado da morte do paciente cirúrgico no vivido da equipe de enfermagem. *Rev Enferm*, 2014; 4(3): 645-651.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context Enferm*, 2008; 17(4): 758-764.
6. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, 2005; 52(5): 546-553.
7. Fernandes PV, Iglesias A, Avellar, LZ. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2009; 11(1): 142-152.
8. Gadamer, Hans-Georg. *A experiência da morte*. 2ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 68-76.
9. Brêtas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev. Esc. Enferm*, 2006; 40(4): 477-483.
10. Sousa DM, Soares EO; Costa KMS; Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Context Enferm*, 2009; 18(1): 41-47.
11. Lima MGR, Nietzsche E A, Teixeira JA. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. *Rev Eletr Enf*, 2012; 14(1), 181-188.
12. Kuhn T, Lazzari DD, Jung W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. *Rev Bras Enferm*, 2011; 64(6): 1075-1081.
13. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha de Enferm*, 2011; 32(1): 129-135.

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS

A Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, órgão oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA é publicada quadrimestralmente, com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos à Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*:

a. Os trabalhos deverão vir acompanhados de carta de apresentação assinada por seu(s) autor(es), autorizando publicação do artigo e transferindo os direitos autorais à Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*.

b. Na seleção de artigos para publicação, avaliar-se-á o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser informado o nº do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o mesmo foi aprovado.

c. Os manuscritos, submetidos com vistas à publicação na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são avaliados inicialmente pela secretaria quanto à adequação das normas. Em seguida, serão encaminhados no mínimo para 02 (dois) revisores (membro do Conselho Editorial ou consultor ad hoc) para avaliação e emissão de parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação, ou não, do mesmo. Em caso de divergência de opinião entre os avaliadores, o manuscrito será enviado a um terceiro relator para fundamentar a decisão final. Será assegurado o anonimato do(s) autor (es) nesse processo. O Conselho Editorial se reserva o direito de recusar o texto recebido e/ou sugerir modificações na estrutura e conteúdo a fim de adequar aos padrões da revista. Os autores dos manuscritos não aceitos para publicação serão notificados por carta e/ou e-mail. Somente após aprovação final, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

d. A Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research* não remunera o(s) autor(es) que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará 02 (dois) exemplares da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicado(s).

e. Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosas ou que expressem pontos de vista incompatíveis com a filosofia de trabalho do Conselho Editorial e da política da revista.

f. Os conceitos, opiniões e demais informações contidos nos textos, e publicados na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

1. Categorias das seções

Para fins de publicação, a Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, publica nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves e relatórios técnicos elaborados por profissionais da área da saúde e afins, redigidos em português ou inglês. Em cada número, se aceitará a submissão de, no máximo, dois manuscritos por autor.

1.1 Editorial: de responsabilidade do corpo editorial da revista, que poderá convidar autoridade para redigi-lo.

1.2 Artigos originais: devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou consideradas para publicação em outros periódicos. Produção resultante de pesquisa de natureza empírica, experimental, documental ou conceitual

The *Journal of Health Research* is an official organ of the University Hospital of the Federal University of Maranhão - UFMA. Our Journal publishes every four months and has as an aim to promote and disseminate the development of knowledge and the socialization of academic experiences concerning to health, as well as the possibility of creating the scientific exchange among postgraduate programs and national and international research institutions.

We strongly advise all authors to read the instructions below carefully before submitting manuscripts to the *Journal of Health Research*.

a. The manuscripts must be accompanied by a cover letter that must be signed by each author(s) authorizing the article to be published and transferring the copyright to the *Journal of Health Research*.

b. In the selection of articles for publication, the scientific merit of the research, adaptation to the standards and editorial policy adopted by the Journal will be evaluated. When reporting experiments on human subjects, the protocol number of the Institution's Research Ethics Committee where the research was approved must be informed.

c. The manuscripts submitted for publication in the *Journal of Health Research* are firstly assessed by the editorial office for adaptation to the standards. Afterwards, the manuscripts will be addressed to a minimum of two reviewers (Member of the Editorial Board or ad hoc consultant) that will evaluate and issue a reasoned opinion to be used by the editor for deciding whether the article is accepted or not. In case of opinion divergence between the reviewers, the manuscript will be sent to a third reviewer for reasoning the final decision. The author(s) anonymity will be guaranteed in this process. The editorial board reserves the rights of refusing the received text and/or suggesting changes in the style and content in order to follow the journal standards. The authors of manuscripts not accepted for publication will be informed through letter and/or email. Only after acceptance the articles will be published.

d. The *Journal of Health Research* does not pay the author(s) of article(s) edited by it, however, the journal will send two issues where his/her/their text(s) was/were published.

e. The articles that do not follow the professional ethics, as well as those that show prejudice ideas or express incompatible viewpoints with the journal's policy and editorial board philosophy towards work, will not be published.

f. The concepts, opinions and other information within the texts, and published in the *Journal of Health Research* are of entire responsibility of author(s).

1. Categories of sections

For publication purposes, the *Journal of Health Research* publishes in the following sections: original, review and update articles, case and experience reports, editorial, short communications and technical reports. The manuscripts must be written in portuguese or english and elaborated by professionals of health or related areas. In each issue number the Journal will accept up to two manuscripts for submission by each author.

1.1 Editorial: the Journal editorial body is responsible by this type of submission. The Journal may invite an expert to prepare it.

1.2 Original article: should report original research that has not been previously published or considered for publication in other journals. It is a manuscript that was resulted of empirical, experimental, documental or conceptual research and which may add values to the science field and practice of

com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e referências (máximo de 6.000 palavras e cinco ilustrações).

1.3 Artigos de Revisão e Atualização: destinados a apresentação de conhecimentos disponíveis baseados numa avaliação crítica, científica, sistemática e pertinente de um determinado tema (resumo estruturado de até 250 palavras, máximo de 5.000 palavras, cinco ilustrações), e não apenas revisão de literatura, e até três autores. Mesma formatação do artigo original.

1.4 Relatos de Casos: devem ser relatos breves de casos relevantes para divulgação científica com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de 3 ilustrações (tabelas e figuras), até quinze referências. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, relato de caso, discussão e referências. Permitido-se máximo três autores.

1.5 Comunicações Breves: devem ser relatos sobre novos resultados, interessantes dentro da área de abrangência da revista. Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a 1.700 palavras. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Máximo três ilustrações e até quinze referências.

1.6 Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica. Formato de artigos originais.

1.7 Relatórios Técnicos: devem ser precisos e relatar os resultados e recomendações de uma reunião de experts. Será considerado no formato de um editorial.

2. Forma e Estilo

2.1 Os artigos devem ser concisos e redigidos em português ou Inglês. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Palavras-chave; 3) Abstract e Keywords; 4) Texto; 5) Referências; 6) E-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

2.2 Os manuscritos devem ter as referências elaboradas de acordo com as orientações do *International Committee of Medical Journal Editors, Vancouver Group* (www.icmje.org), e do *International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 O manuscrito deve ser preparado usando software padrão de processamento de texto e deve ser impresso (fonte arial, tamanho 12) com espaço duplo em todo o texto, legendas para as figuras e referências, margens com pelo menos três cm. Abreviações devem ser usadas com moderação.

3. Organização dos manuscritos

3.1 Página de Título: página não numerada, contendo o título do artigo em português (digitada em caixa alta e em negrito com no máximo 15 palavras), inglês (somente em caixa alta). Nome completo dos autores digitados em espaço duplo na margem direita da página indicando em nota de rodapé a titulação do(s) autor(es) e instituição(es) de vínculo(s) e endereço para correspondência: nome do autor responsável e e-mail.

many health areas. It should contain in its structure: resumo, abstract, introduction, methods, results, discussion, conclusion and references (up to 6,000 words and five illustrations).

1.3 Review and update articles: have as an aim the presentation of available knowledge based on critical, scientific, systematic and relevant assessment of a particular subject (abstract of up to 250 words, maximum of 5,000 words, five illustrations), they should not only be a literature review and should be conducted of up to three authors. Same format of the original article.

1.4 Case reports: relevant brief reports that should be important to scientific publishing, with maximum of 1,500 words and three illustrations (tables and figures), up to ten references. Divide your manuscript into sections: introduction, case report, discussion and references. It is allowed up to three authors.

1.5 Short communications: should be reports about new results and interesting for the knowledge area of the journal. Original clinical observation or description of technical innovations which should be presented briefly without exceeding 1,700 words. Do not include in the body of the manuscript the items: introduction, methods, results, discussion and conclusions. Maximum of three illustrations and up to fifteen references.

1.6 Experience Report: description of academic, assistance, and extension experiences. The relevance of an experience report is the relation and importance of problems that are shown by it, as well as the level of generalization in the procedures application and results of interventions in other similar situations, in other words, it serves as collaboration to the methodological praxis. Format of original articles.

1.7 Technical Reports: should be accurate and report results and recommendations of an assembly of experts. It will be considered in an editorial format.

2 Format and Style

2.1 The articles should be concise and written in Portuguese or English. Abbreviations should be limited to the terms mentioned repeatedly. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention. The abbreviation should be used unless it will not alter the text comprehension. Each part of the article should be printed on separate pages in the following order: 1) Titles Page, 2) Resumo and Descritores, 3) Abstract and Keywords; 4) Text, 5) References, 6) e-mail for correspondence, 7) Illustrations and captions, 8) Tables, 9) Other information.

2.2 The references of manuscripts should follow the norms established by the *International Committee of Medical Journal Editors, Vancouver Group* (www.icmje.org) and the *International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 The manuscript should be prepared using standard word processing software and should be printed (arial, font size 12) double-spaced throughout the text, figures captions, and references, with margins of at least 3cm. Abbreviations should be used sparingly.

3. Manuscripts structure

3.1 Title Page: not numbered, containing the title of the article in Portuguese (typed in capital letters and boldface with a maximum of 15 words), English (only with capital letters), authors' full name typed in double-spaced on the right margin of the page, and a footnote indicating the title of author (s) and institution(s) to which they are affiliated and his/her/their correspondence address (es): name of the corresponding author and email.

3.2 Resumo: deve conter no máximo 250 palavras, em caso de Artigo Original e Atualização, e 100 para Relatos de Casos, Comunicações Breves e Relato de Experiência. Devem ser estruturados, contendo introdução, objetivo(s), métodos, resultado(s) e conclusão (es).

3.3 As palavras-chaves: e seus respectivos Key Words devem ser descritores existentes no DeCS-Bireme (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introdução: deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

3.5 Ética: toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 Métodos: o texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.

3.7 Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. O relato da informação deve ser conciso e impessoal. Não fazer comentários nesta sessão, reservando-os para o capítulo Discussão.

3.8 Discussão: deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluída(s) a(s) conclusão(es) do trabalho.

3.9 Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na medida em que aparecem no texto. Listar todos os autores quando houver até seis. Para sete ou mais, listar os seis primeiros, seguido por “et al” (et al em itálico). Digitar a lista de referência com espaçamento duplo em folha separada. Citações no texto devem ser feitas pelo respectivo número das referências, acima da palavra correspondente, separado por vírgula (Ex.: inteligência 2, 3, 4,). As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no “Index medicus” (Consulte: <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

- No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

4. Fontes de financiamento

3.2 Abstract: should not exceed two hundred words for original or update article, and a hundred for Case reports, Short communications and Experience report. It should be structured with the objective, material and methods, results and the conclusions. Note: when the article is written in English the abstract must come before the resumo.

3.3 Keywords: should be used descriptors from the DeCS-BIREME (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introduction: should provide the objective of the study and a formatted hypothesis. Information which identifies the problem in the literature and draws the reader's interest may be mentioned. Detailed literature reviews, natural history, anatomical basis and excessive number of authors should be avoided.

3.5 Ethics: any research involving experiments on humans and animals must have a prior approval from the Research Ethics Committee, according to the Helsinki Declaration, International Animal Protection and Resolution n°196/96 of the Ministry of Health about research involving humans. The article should be addressed along with the opinion of the Committee of Ethics in Research (CEP).

3.6 Methods: the text should be accurate although brief, avoiding extensive descriptions of usual procedures. It is necessary to precisely identify all drugs, devices, wires, chemicals, methods of measurement and so on. Do not use trade names, patient initials or names, or their hospital registration numbers. The method description should enable its reproduction by others. Standard techniques need only be cited.

3.7 Results: should be presented in logical sequence in the text. Only in this item, when necessary, and in a concise manner, appropriate references should be done to tables that summarize experimental findings or figures that illustrate important points. The information report must be concise and impersonal. Do not make comments on this section. All comments must be reserved for the Discussion chapter.

3.8 Discussion: should include main findings, the validity and meaning of the work, correlating it with other publications about the subject. It should be clear and concise by avoiding detailed literature review as well as hypothesis and generalizations without support from data obtained in the study. In this item should be included the conclusions.

3.9 References: should be numbered consecutively according to the order in which they are mentioned in the text. All authors should be mentioned when up to six. When there are more than six authors, you should list all the six authors followed by “et al”. The list of references should be typed double-spaced and on a separate page. Citations in the text should be made by the respective number of references, above the corresponding word and separated by comma (e.g.: Knowledge 2, 3, 4,). All cited references should be listed at the end of the article in numerical order, following the general rules of the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). The titles of journals should be abbreviated according to the style used in “Index medicus” (<http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- All references must be presented in a correct and complete manner. The veracity of the information contained in the list of references is of author(s)'s responsibility.

- When using a reference management software (e. g. EndNote®), the author(s) must convert the references to text.

4. Funding sources

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do Internacional Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Envio e submissão

Os artigos deverão ser entregues em cópia impressa e um CD na Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão, localizada no 4º andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís-MA. Brasil. Telefone para contato: (98) 2109-1242, ou encaminhados por meio do e-mail: revista@huufma.br.

9. Exemplos de formas de referências:

9.1 Em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista (itálico). Ano; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.

9.2 Em Livro: Autor. Título (itálico). Edição. Local de Publicação: Editora; ano da publicação. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação; páginas. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editores. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título (itálico) [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano; Páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

4.1 The authors must declare all sources of funding or support, institutional or private, used to perform the study.

4.2 Suppliers of materials or equipments free or with discount, must also be described as sources of funding, including the origin (city, state and country).

4.3 Authors with studies without institutional or private financial resources must state that the research did not receive funding for its implementation.

5. Conflict of interest

5.1 Authors are requested to disclose any potential conflict of interest, including political and/or financial interests associated with patents or property, materials and / or supplies provision and equipments used in the study by manufacturers.

6. Collaborators

6.1 It should be specified the individual contributions of each author in the preparation of the article.

6.2 We remind you that the criteria for authorship should be based on the deliberations of the International Committee of Medical Journal Editors that states the following: recognition of authorship should be based on substantial contributions to: 1. Conception and design or analysis and interpretation of data, 2. Article preparation or critical review of intellectual content; 3. Final approval of the version to be published. These three conditions must be fully met.

7. Acknowledgments

7.1 Possible acknowledgments include institutions that somehow provided help for the research and / or people who collaborated with the study, but that did not meet the criteria for co-authors.

8. Sending the submission

Articles should be delivered as an impressed copy and on a CD in the Adjunct Directory of Teaching, Research and Extension, located on the 4th floor of the President Dutra Unit (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís, MA. Brazil. Phone: +55 (98) 2109-1242, or it may be sent via e-mail: revista@huufma.br.

9. Examples of reference styles:

9.1 Journal: Author. Article title. Journal title (italics). year; volume (number): pages. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after vagotomy antrectomy parietal cell for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220 (3): 283-296.

9.2 Book: Author. Title (italics). Edition. Place of Publication: Publisher; year of publication. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Chapter in Book: Author of the chapter. Chapter title (italics). In: Author of the book. Title of book. Edition. Place of publication: Publisher; year of publication; pages. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editors. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Monograph/Dissertation/Thesis. Author. Title (italic) [Dissertation]. Place (State): University; Year; pages. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertation]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Em Material eletrônico:

I. Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965. Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas, espaço simples.

IV. CD-Rom, DVD: Autor(es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: produtora; ano. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Em Anais de Congresso: Autor(es) do trabalho. Título do trabalho (itálico). Título do evento; data do evento; local e cidade do evento; editora; ano de publicação. Christensen S, Oppacher F. *An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming*. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Em Artigo de Jornal: Autor do artigo. Título do artigo (itálico). Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Tynan T. *Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate*. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A: 2 (col. 4).

10 Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev Bras Est, 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft® Word®).

11 Ilustrações

São fotografias (boa resolução mínimo de 300 dpi, no formato TIFF), mapas e ilustrações (devem ser vetorizadas ou seja desenhada utilizando os softwares CorelDraw® ou Illustrator® em alta resolução, e suas dimensões não devem ter mais que 21,5x28,0cm) gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a 5 (cinco) entre tabelas e figuras para artigos originais e 3 (três) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico.

9.5 Electronic Material:

I. Article: Author. Article title. Journal Title [Type of material] year month [cited year month day]; volume (number); [number of screens] Available from: electronic address. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. I Emerg infect diseases [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 2 (2): [24 screens] Available at: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Computer File: Title [File Type]. Version. Place (State) Publisher; year. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. Monograph in electronic format: Title [type of material], Responsible. Editor. Edition. Version. Place: Publisher; year: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965.

IV. CD-Rom, DVD: Author (s). Title [type of material]. City of publication: producer; year. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Proceedings of Congresses: Author (s) of the work. Title of the work (italics). Title of event; event date; venue and city of event; publisher; year of publication. Christensen S, Oppacher F. *An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming*. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Journal article: Author of the article. Article title (italics). Name of the newspaper. Date; Section: Page (column). Tynan T. *Medical improvements lower homicide rate: study sections drop in assault rate*. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A: 2 (col. 4).

10 Tables

They should be numbered with Arabic numerals, explained by captions, with explanations of symbols in the footnote and prepared separately, one per page. Cite the tables in the text in numerical order including only data needed to understand important points. The data presented in tables should not be repeated in graphs. The preparation of tables should follow the Tabular Presentation Guidelines established by the National Statistics Council (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. The tables should be prepared in Microsoft Word software).

11 Illustrations

They are photographs (good minimum resolution of 300 dpi, in TIFF format), maps and illustrations (vector illustrations, in other words, to be drawn using Illustrator® or CorelDraw® softwares at high resolution, in black and white, and the dimensions must be no more than 21.5 x 28.0cm), graphics, drawings, and so on. They should not be scanned and should be preferably in black and white, measuring 127mm x 178mm. The illustrations in black and white will be reproduced at no charge for the author (s). Remember that because of the high cost for the Journal it should be provided up to five (5) illustrations between tables and figures for original articles and 3 (three) for case reports, using only when strictly necessary. All figures must be mentioned in the text, numbered consecutively in Arabic numerals. Each figure must be accompanied by a caption that makes it clear without reference to the text. The illustrations must be identified on the back using a la-

Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, por meio de uma etiqueta, com o nome do autor e numeração para orientação. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra “set” montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

Obs: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressa em páginas separadas.

bel, with the author's name, and numbered for better identification. The drawings and graphs may be made on tracing paper with nankeen ink, with the letters being drawn with a stencil or letter template set, or still, using inkjet or laser printer, with good quality, and not handwritten.

Please Note: All notes of the title, author or text should be indicated by Arabic numerals, and printed on separate pages.

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

- 69 **Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do instituto médico legal de São Luís, Maranhão - 2010 a 2013**
Oral and maxillofacial injuries in women: records of the medical legal institute of São Luís, Maranhão, Brazil - from 2010 to 2013
Rodrigo Campos Marques, Ramiro Heleno Garcez, Caroline Ribeiro Piorski, Gabriela Lopes Carvalho, Juliana Aires Paiva de Azevedo, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Fernanda Ferreira Lopes
- 74 **Capacidade funcional da pessoa idosa inserida no Programa de Atendimento Domiciliar em São Luís - MA**
Test of elder insert capacity in household care program in São Luís, Maranhão, Brazil
Alinne Suelma dos Santos Diniz, Letícia Ferreira da Silva, Nair Portela Silva Coutinho, Andreia Cristina da Silva Ribeiro, José Adailton Roland Diniz, Rosilda Silva Dias, Ana Hélia de Lima Sardinha
- 80 **A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde**
The effectiveness of hypertension control blood in shares attention health
Flávia Nunes Ferreira de Araújo, Tânia Maria Ribeiro Monteiro Figueiredo, Maria Aparecida Alves Cardoso, Neir Antunes Paes, Havorraíne Ellen Alencar Menezes dos Santos
- 87 **Riscos biológico e adesão a equipamentos de proteção individual: percepção da equipe de enfermagem hospitalar**
Biological risks and adherence to personal protective equipment: perceptions of hospital nursing staff
Michele Cristiene Nachtigall Barboza, Marcia da Silva Almeida, Joana Benito Huber Rodeghiero, Valéria Almeida Louro, Lidiane Souza Bernardes, Izabella Chrystina Rocha
- 92 **Manifestações extraintestinais em pacientes com doença inflamatória intestinal**
Extraintestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease
Alex Rodrigues Fonseca, Adalgisa de Souza Paiva Ferreira, Lícia Maria Fernandes Rodrigues
- 96 **Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento**
Aging with functional dependence: building strategies for coping
Pollyanna Viana Lima, Tatiane Dias Casemiro Valença, Luciana Araújo dos Reis
- 102 **Ocorrência de sintomas clínicos em mulheres climatéricas assistidas em um serviço de referência em São Luís, Maranhão**
Symptoms of occurrence in clinical weather women in São Luis, Maranhão, Brazil
Luciane Maria Oliveira Brito, Maria Bethania Costa Chein, Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa, Mariana Santos de Castro, Patrícia Travassos Cutrim, Gabriel Matos Machado
- 106 **Fatores associados à insatisfação corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição**
Factors associated with body dissatisfaction and behaviour of risk for eating disorders among nutrition students
Jéssica Maria Muniz Moraes, Amanda Coimbra Oliveira, Patrícia Pereira Nunes, Maria Tereza Medeiros Aureliano de Lima, Juraciara Alves de Oliveira Abreu, Soraia Pinheiro Machado Arruda
- 112 **Análise dos núcleos de apoio à saúde da família no Estado do Maranhão**
Analysis of support centers to family health in Maranhão State, Brazil
Nathália Cristina Silva Pereira, Mônica Elinor Alves Gama

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

- 116 **Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa**
Feelings and perceptions of nursing staff to the death and dying process: integrative review
Alice Bianca Santana Lima, Luana Pontes de Oliveira, Karina Vanessa Chagas da Silva Sá, Elza Lima da Silva, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS