

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Revista do Hospital Universitário/UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fernando Antonio Guimarães Ramos
Reitor

José Américo da Costa Barroqueiro
Vice-Reitor

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro
Presidente do Conselho de Administração

Natalino Salgado Filho
Diretor Geral

Nair Portela Silva Coutinho
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

Alessandra Enes Rocha
Diretora Adjunta de Administração e Finanças

Marina do Nascimento Sousa
Diretora Adjunta de Planejamento

Zeny de Carvalho Lamy
Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais

Redação e Administração da Revista

Hospital Universitário/UFMA
Rua Barão de Itapary, 227 - Centro
São Luís - Maranhão - CEP: 65020-070
Telefone: (98) 2109-1242
Email: revista@huufma.br

REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Editora Científica

Arlene de Jesus Mendes Caldas

Editores Associados

Adalgisa de Souza Paiva Ferreira - UFMA
Alcione Miranda dos Santos - UFMA
Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA
Manuel Santos Faria - UFMA
Natalino Salgado Filho - UFMA

Conselho Editorial

Alcimar Nunes Pinheiro - UFMA
Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ
Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA
Antonio Rafael da Silva - UFMA
Elba Gomide Mochel - UFMA
Feliciano Santos Pinheiro - UFMA
Fernando Antonio Guimarães Ramos - UFMA
Fernando Lamy Filho - UFMA
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ
José Wanderley Vasconcelos - UFMA
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA
Manoel Santos Faria - UFMA
Marília da Glória Martins - UFMA
Orlando Jorge Martins Torres - UFMA
Raimundo Antonio da Silva - UFMA
Sirliane Sousa Paiva - UFMA
Zeni de Carvalho Lamy - HUUFMA

Normalização Bibliográfica

Ana Luzia de Sá Magalhães

Editoração Eletrônica

João Lindoso Farias Neto

Tiragem

500 exemplares

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

v. 7, n. 1, 2006

Semestral.

(ISSN – 1677-4647)

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

CDU: 61(05)

Editorial

Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA)	7
--	----------

Artigos / Articles

Aspectos emocionais dos hipertensos na liga de hipertensão do Hospital Universitário. Kafkasâmia Lopes da Silva, Maria Lúcia Holanda Lopes, Natalino Salgado Filho, Maria Josélia Diniz Moraes, Márcia Antonia Piedade Araújo, Giselle Andrade dos Santos Silva	9
--	----------

Qualidade de vida de idosos em procedimentos de hemodíalise em dois centros de tratamento de São Luís. Milady Cutrim Vieira, Sandra Maria de Medeiros, Ana Karina Teixeira Cunha França, Isabela Leal Calado, Joyce Santos Lages, Natalino Salgado Filho	14
---	-----------

Hipertensão arterial: manual educativo. Jordâna Maria Freitas Alves, Joyce Santos Lages, Maria Lucia Holanda Lopes, Waldeney Costa Araújo Wadie, Maria de Fátima Lires Paiva, Rafael de Abreu Lima.....	20
--	-----------

Diagnóstico de enfermagem identificado em pacientes atendidos na liga de hipertensão do Hospital Universitário. Leovegildo B. Dominice Neto, Helone Eloísa Frazão Guimarães, Giselle Andrade dos Santos Silva, Maria Lúcia Holanda Lopes, Natalino Salgado Filho, Sirliane de Sousa Paiva	24
--	-----------

Hipertensão arterial sistêmica. Elba Gomid Mochel, Daniela Serra de Almeida, Alexandro Ferraz Tobias, Renata Fontenelle Cabral, Rachel Jorge Dino Cossetti.....	30
--	-----------

Hábitos de vida de idosos hipertensos. Edlayne Castro Amorim, Maria Lúcia Holanda Lopes, Sirliane Sousa Paiva, Liberata Campos Coimbra	38
---	-----------

Intervenção da terapia ocupacional junto a pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: uma revisão. Milady Cutrim Vieira, Ana Karina T. Cunha França, Isabela Leal Calado, Joyce Santos Lages, Natalino Salgado Filho	43
--	-----------

Abordagem terapêutica ocupacional grupal: um estudo da percepção dos pacientes da hemodiálise. Ariadne Lima Ramalho, Maria Luiza Aranha Lopes, Leidismar Fernandes Nalasco	46
---	-----------

Artigo de Atualização / Update Article

Fígado gorduroso não alcoólico. Arnaldo de Jesus Dominici	51
--	-----------

Nota Prévia / Brief Note

As atividades terapêuticas ocupacionais fortalecendo o vínculo afetivo em pacientes hospitalizados. Leidismar Fernandes Nalasco.....	54
---	-----------

Normas Redatoriais / Notes to Contributors

Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da
Universidade Federal do Maranhão.

Silenciosas, as doenças renais atingem mais de 500 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, estima-se em 10 milhões o número de pessoas com complicações renais. A doença renal crônica, conhecida como a nova epidemia do século XXI, é reconhecidamente um problema contemporâneo de saúde pública, pelas repercussões sociais, psicológicas, econômico-financeiras e de restrição de qualidade de vida que acarreta a seus portadores.

Há mais de trinta anos o Maranhão vem se destacando no combate a essas doenças. Em 1978, o primeiro rim artificial trouxe significativa inovação tecnológica no campo da Nefrologia. Dessa época até os dias de hoje tem havido extraordinária evolução científica e tecnológica, tanto no que diz respeito a estruturação dos serviços quanto aos procedimentos médicos adotados, haja vista a estruturação dos Serviços de Nefrologia, a fundação da Sociedade Brasileira de Nefrologia Regional do Maranhão e a criação do Programa de Residência Médica em Nefrologia entre outros feitos.

Reconhecido pela excelência do seu trabalho, o Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão foi credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência em Nefrologia.

Ao paciente portador de Doença Renal Crônica de todo o Estado é assegurando o acesso às ações estabelecidas pela Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, quais sejam: unidades ambulatorial, de internação e de hemodiálise, com trinta máquinas de proporção e atendimento domiciliar para clientes que realizam Diálise Peritoneal Automatizada (APD). A implantação da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos possibilitou no ano de 2000 a realização do primeiro transplante renal no Maranhão.

O Serviço de Nefrologia do HUUFMA cresceu e vem se consolidando como uma referência nacional. É um serviço de alta complexidade diferenciado e a efetiva prestação de serviços se ergue sobre três importantes pilares: o ensino, a pesquisa e a extensão universitária. Além disso, seus programas de capacitação de recursos humanos e de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica para professores, equipes multiprofissionais e acadêmicos. Destaca-se nesse cenário o Núcleo de Pesquisa em Nefrologia que reúne três importantes Ligas Acadêmicas: de Hipertensão Arterial, Afecções Renais e de Transplante de Órgãos.

Nesse ambiente fértil floresceu um valioso plantio de conhecimentos. Esse produto tão bem elaborado e produzido encontra espaço privilegiado de divulgação nesta edição temática que a Revista do Hospital Universitário dedica à Nefrologia. Simultaneamente transforma-se num instrumento de difusão de conhecimentos pronto a contribuir com aqueles que se dedicam ao estudo da Nefrologia e com aqueles que se interessam pela arte do cuidar.

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho
Vice Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia

Enf^a. Joyce Santos Lages
Gerente do Serviço de Nefrologia

Prof^a. Dr^a Alcione Miranda dos Santos
Núcleo de Pesquisa em Nefrologia

Aspectos emocionais dos hipertensos na liga de hipertensão do Hospital Universitário

Emotional aspects of the hipertenses assisted at the league hypertension of the University Hospital, São Luís, Ma

Kafkasâmia Lopes da Silva¹, Maria Lúcia Holanda Lopes², Natalino Salgado Filho³, Maria Josélia Diniz Moraes⁴, Márcia Antonia Piedade Araújo⁵, Giselle Andrade dos Santos Silva⁶

Resumo: Estudo exploratório descritivo realizado na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário Presidente Dutra com o objetivo de investigar aspectos emocionais da clientela portadora de hipertensão atendida na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário. Coletaram-se os dados, através de entrevista com 28 (vinte e oito) hipertensos, atendidos na Liga de hipertensão ao longo do mês de agosto de 2003. Os dados foram analisados quantitativamente e identificados os aspectos emocionais que podem levar a alteração da pressão arterial. Dentre eles encontramos a insegurança em 42,3%, seguidos de 25 % que relataram a hostilidade e 10,7% agressividade, citam ainda ter medo de derrame 42,9%, de preconceito 28,6% e de morrer 7,1%. Referiram ter sentimentos de solidão 42,9%; tristeza 21,4%; depressão 17,9%; irritabilidade 17,9% de solidão.

Descritores: Hipertenso, Emocional.

Abstract: Exploratory and descriptive study conducted in the League of Hypertension of the University Hospital President Dutra in order to investigate the emotional aspects of the patients with hypertension assisted in the University Hospital League of Hypertension. Data were collected through an interview with 28 hypertenses assisted at the League of Hypertension in August 2003. The data were analyzed quantitatively and the emotional aspects can change the arterial pressure were indentified. Among those aspects, we found insecurity with 42,3%, followed by hostility with 25%, and aggressivity with 10,7%, they still reported to be scared of a stroke, 28,6 of prejudice, 7,1% of death 42,9%. They reported to feel lonely 42,9%; sadness 21,4%; depression 17,9% and irritability 17,9%.

Keywords: Hypertensive, Emotional.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial é de alta prevalência na população adulta nas diversas faixas etárias. Atinge 30 a 50% dos idosos e 20% dos adultos com mais de 40 anos¹. É uma doença de fácil diagnóstico e tratamento eficaz não necessitando de recursos técnicos sofisticados, permitindo que seu controle possa ser feito na rede básica de serviço de saúde². E quando não controlada adequadamente pode trazer graves conseqüências a órgãos vitais, como o cérebro, o coração e os rins, podendo até levar a morte. Diante disto, é de suma importância, que o portador de hipertensão siga corretamente o controle efetivo dos níveis tencionais e uma vida o mais próxima do normal, isenta de complicações resultantes das doenças não tratada³.

A literatura referente à hipertensão pontua alguns fatores predisponentes no seu aparecimento, os quais podem ser agrupados em congênitos ou constitucionais (idade, sexo, obesidade, hereditariedade, raça) e em fatores adquiridos ou ambientais (ingesta sódica e lipídica em excesso, álcool, tabagismo, uso de contraceptivos hormonais, estresse)^{4 5 6}.

Para esta autora a hipertensão é uma das doenças mais freqüentes no adulto em todo mundo industrializado e na maioria dos países em desenvolvimento, sobretudo, nos grandes centros urbanos. Sua gravidade varia, a depender dos atributos biológicos, demográficos das populações, do estilo de vida, do ambiente físico psicossocial das características da organização dos serviços de

1. Especialista em Enfermagem obstétrica. Enfermeira da SEMUS.

2. Mestre em Enfermagem. Docente da UFMA.

3. Doutor em Nefrologia. Docente da UFMA.

4. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Enfermeira do HUUFMA

5. Mestre em Psicologia Social. Docente da UFMA.

6. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira do HUUFMA.

saúde e respectivas interações entre estes vários elementos⁷.

Em relação ao aspecto psicológico, o indivíduo trava uma luta consigo mesmo onde aceitar ou negar o diagnóstico implicará em enfrentamento ou fuga da morte. Cada indivíduo utiliza um determinado tipo de mecanismo que auxilia na adaptação à doença. Socialmente, a doença crônica afeta a função ou papel que o indivíduo desempenha perante os demais, de acordo com os valores, crenças e a cultura de cada um, e conseqüentemente, afeta os demais setores sociais como, educação, trabalho e lazer⁸.

Desde a Antiguidade já se relatava a influência das emoções sobre organismo humano, vendo, desde então o reconhecimento de seu coração o órgão sensível a reações emocionais. Diante de situações violentas, o coração reage prontamente, por alguns momentos através de batidas aceleradas e em descompasso, para voltar, em seguida à normalidade. Quando as emoções que retornam com muita freqüência, o coração torna-se mais sensível, podendo sofrer alterações irreversíveis⁹.

Embora de difícil conceituação, as emoções constituem uma classe de fenômenos que sentidos internamente, trazem, ao mesmo tempo, manifestações ou sinais externos (somáticos e comportamentais). Assim ocorre com o amor, o medo e a raiva¹⁰.

Os fatores etiopatogênicos da hipertensão arterial essencial permanecem elusivos aos cientistas, porém, é inegável a importância do fator estresse na ontogênese deste tipo de hipertensão. Embora se saiba que o estresse sozinho não seja a causa dessa anomalia, os estudos sobre a patofisiologia da hipertensão deixam claro que o estresse, através da sua ação simpática – adreno-medular e pituitária – adreno-cortical, tem o poder de aumentar a pressão arterial em resposta a estímulos psicológicos¹¹.

O indivíduo submetido ao estresse emocional tem aumento de: hormônios do córtex e medula supra-renal, mais especificamente cortisona e adrenalina. O aumento do lançamento de adrenalina no estresse emocional conduz a nítidas alterações cardiovasculares: taquicardia e aumento da pressão arterial. As ações hormometabólicas da adrenalina também não menos evidentes: hiperglicemia e hiperlipemia, à custa do aumento do colesterol e ácidos graxos livres¹².

O medo e a raiva são emoções transitórias no homem e no animal: são associadas a mudanças fisiológicas necessárias, que preparam o corpo para o esforço concentrado, envolvido na luta ou fuga. Um aumento na pressão arterial é um dos componentes desta preparação fisiológica. Com a cessação da situação atemorizante, há um retorno ao normal⁸.

O medo, uma das reações emocionais do estresse, provoca aceleração nos batimentos cardíacos, falta de ar, palpitações (sistema cardiovascular) e no sistema endócrino, liberando a ação de glândulas sebáceas, provocando sudorese e também aumentam a secreção de hormônios, principalmente a adrenalina e a cortisona que, por sua vez conduzem

a alterações metabólicas como a hipercolesterolemia e a hiperlipemia (aumento de gorduras) conduzindo, também um aumento na pressão arterial. Todos esses fatores podem conduzir a aterosclerose e ao infarto do miocárdio¹².

Uma investigação psicodinâmica nos revela que impulsos agressivos cronicamente inibidos, associados com ansiedade, influenciam notadamente o nível da pressão sanguínea. Embora os portadores de hipertensão tenham diferentes tipos de personalidade, há uma característica comum referida que é a incapacidade para expressar livremente os impulsos agressivos. Ocasionalmente estas pessoas podem ter explosões de raiva, mas no conjunto mantêm um notável grau de controle, em um exame superficial dão a impressão de bem ajustados, de personalidades “molduras”. Muito freqüentemente tais pacientes são extremamente condescendentes, submissos e agradáveis, e podem deixar seus interesses de lado para ajudar aos outros. Este raciocínio é inteiramente apoiado pela descoberta clássica da psicofisiologia⁸. A personalidade Tipo A é a denominação dada a um conjunto de características do comportamento, muito claras e constantes através dos anos, exemplificadas principalmente pela pressa ou sensação de urgência de tempo, hostilidade latente ou manifesta, dinamismo, intensidade em tudo que faz, polifasia e busca constante de realização. O tipo A se opõe ao Tipo B que é caracterizado por uma atitude mais calma, sem a busca frenética de realização¹¹.

A personalidade Tipo A, “parece ser uma complexa ação/emoção caracterizada por uma luta crônica e incessante, realizada por pessoas que tentam atingir mais em menor tempo, abrigando hostilidade em seu interior”¹¹. Essa conjunção de urgência no tempo e hostilidade interior, não obrigatoriamente manifesta, constitui permanente aborrecimento, ódio, irritação e impaciência, todos os elementos centrais da personalidade do Tipo A definido como “uma complexa ação/emoção, ou uma luta crônica e incessante para fazer mais em menos tempo e, se preciso, fazê-lo contra a oposição de outras pessoas ou coisas”¹³.

Os portadores de hipertensão têm incapacidade por expressar livremente os impulsos agressivos e tem a sensação de impotência face aos problemas vividos. As condições da modernidade urbana implicam em aumento de estímulos sociais e com conseqüência para a pressão arterial. Há padrões desiguais e específicos tanto com relação às circunstâncias do adoecer quanto ao enfrentamento da doença⁸.

Este estudo tem como objetivo Investigar aspectos emocionais da clientela portadora de hipertensão atendida na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário. A identificação dessas alterações emocionais pode ser trabalhada através de intervenções pela equipe multiprofissional que acompanha a clientela de portadora de hipertensão, como forma de minimizar seus efeitos objetivando a melhoria na qualidade de vida desse grupo de pessoas que convive com uma doença crônica.

MÉTODOS

Estudo de cunho exploratório-descritivo, realizado no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) onde funciona a Liga de Hipertensão, criada em 09 de setembro de 1996, objetivando oferecer assistência à pessoa com hipertensão e desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão com um trabalho multidisciplinar. A amostra pesquisada foi constituída por 28 portadores de hipertensão que compareceram a consulta de enfermagem no mês de agosto de 2003 e que aceitaram participar da pesquisa. A aplicação do instrumento (formulário) ocorreu de modo individual na

sala de atendimento A abordagem foi feita mediante apresentação da pesquisadora e explicação sobre o estudo salientando sua importância e caráter sigiloso das informações, além da inteira liberdade em participar ou não do estudo e total anonimato do paciente – tudo isso detalhado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados obtidos foram catalogados e processados em uma planilha Excel/Microsoft e apresentados sob a forma de gráficos e quadros. Sendo por fim, analisados e discutidos com base na literatura pesquisada.

RESULTADOS

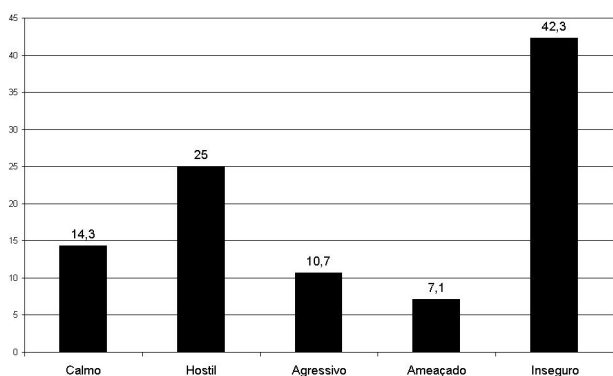


Figura 1- Aspectos emocionais dos portadores de hipertensão atendidos na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário. São Luis-MA, 2003.

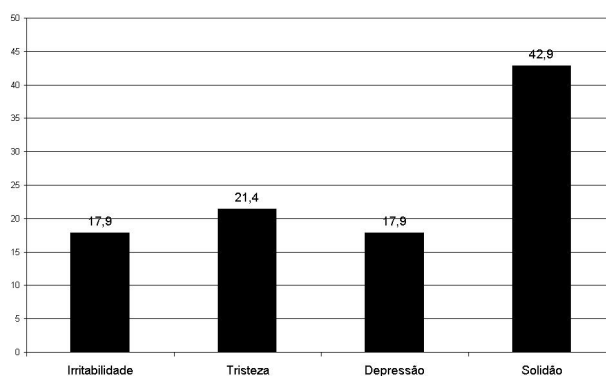


Figura 3 – Sentimentos relatados pelos portadores de hipertensão atendidos na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário. São Luís – MA, 2003.

Observa-se pelos dados da figura 1 que 42,3% sentem-se inseguros; 25,0% hostil; 14,3% calmo; 10,7% agressivos e 7,1% sentem-se ameaçados.

De acordo com a figura 3 42,9% refere sintomas de solidão; 21,4% tristeza; 17,9% depressão; 17,9% irritabilidade.

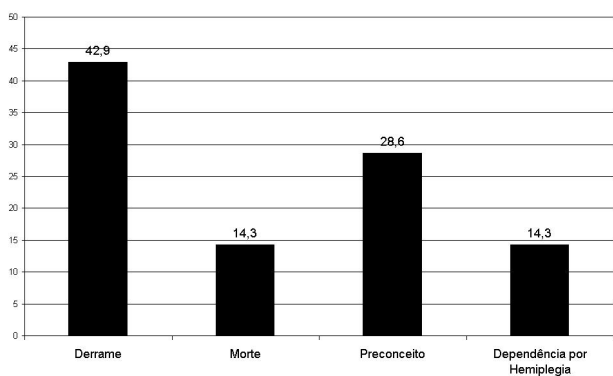


Figura 2 – Sensação de medo em relação à doença referida pelos portadores de hipertensão atendidos na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário. São Luís – MA, 2003.

No que se referem ao medo em relação à doença 42,9% cita ter medo de derrame, 28,6% de preconceito; 14,3% de morrer e 14,3% de dependência por hemiplegia.

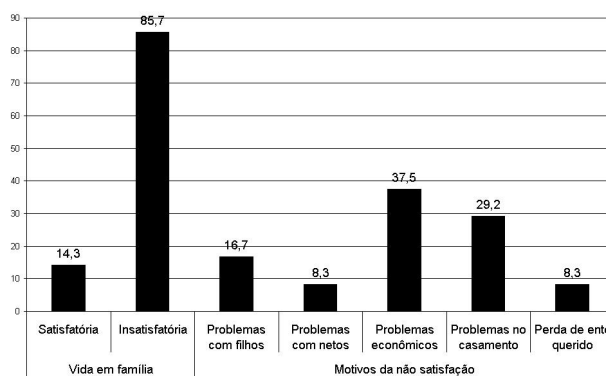


Figura 4 – Condição familiar dos portadores de hipertensão atendidos na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário. São Luís –MA, 2003.

De acordo com a figura 4, 14,3% da população em estudo possuem vida familiar satisfatória e 85,7% não satisfatória. Dos 85,7% que não possuem vida familiar satisfatória relataram que é devido a problemas econômicos com 37,5%, casamento, 29,2%; problema com filho, 16,7% problema com neto, 8,3% e perda de ente querido, 8,3%.

DISCUSSÃO

Caracterizando a população em estudo observamos que 75,0 % da amostra encontram-se numa faixa etária acima de 46 anos, já é conhecido ser a idade um fator contribuinte para a hipertensão arterial havendo, estudos que comprovam a intrínseca relação entre o aumento dos níveis pressóricos com o aumento dos anos. O fato parece está correlacionado com as alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, conseqüentemente ao processo de envelhecimento⁶. Desse modo à literatura é unânime em afirmar que a idade é um fator de risco para a Hipertensão Essencial: quanto mais velho maior a possibilidade de desenvolver a hipertensão. A faixa etária onde é mais freqüente o aparecimento dessa doença é a meia idade (40 a 60 anos)⁸.

Resumindo, propõe-se que a meia idade deve ser encarada como um fator de risco para a hipertensão essencial devido à crise existencial que a caracteriza. Esta crise abrange uma revisão do projeto de vida, do que foi conseguido e do que pode ou não ser realizado ainda trazendo consigo angustias do tempo que passa e muitas vezes a falta de esperança em conseguir mudanças no sentido desejado. Esta por sua vez diminui o vigor do indivíduo em lutar pela mudança levando-o a vivenciar sentimentos de impasse, existencial, de incapacidade de gerir conflitos, a qual, elevada a um conjunto de fatores gerados pelo estilo de vida, estressante, alimentação inadequada e herança genética atuam como fatores desencadeantes e/ou agravantes de quadros hipertensivos¹⁴.

Em relação aos aspectos emocionais alguns comportamentos como insegurança, hostilidade, calma e agressividade foram relatados pelos portadores de hipertensão.

A insegurança é a sensação permanente de ameaça que mantém o indivíduo em constante postura de defesa e expectativa crônica e acabam por gerar agressividade nem sempre exteriorizadas, que precisam ser adequadamente abordados. Do ponto de vista psicológico, é preciso reconhecer que os portadores de hipertensão freqüentemente encontram-se envolvidos num conflito entre sua hostilidade interior e a inibição que o caracteriza. Assim, ao reprimir a hostilidade, impedindo sua percepção externa, ao modular suas emoções, sejam elas positivas ou negativas, e às vezes, ao exacerbar suas reações em determinados momentos, o paciente acaba por gerar o desencadeamento do processo hipertensivo,

que, se numa fase inicial manifesta picos, ao longo do tempo contribui para a cronificação em platô da hipertensão arterial¹⁵.

Associação entre raiva e hostilidade não manifestada e aumento de pressão sanguínea é um achado incontestável; tal fato levou alguns estudiosos a proporem a existência de uma “personalidade hipertensiva” (aparentemente submissos, relaxados, gentis, auto controle precário, etc)⁸.

Os portadores de hipertensão arterial essencial manifestam maior aumento da pressão sanguínea do que os normotensos, em relação à dor e a raiva. Investigando correlatos cardiovasculares de várias emoções, a raiva tem o efeito de produzir um aumento evidente na pressão diastólica do sangue¹⁰.

Na cultura ocidental a livre expressão da hostilidade é proibida, o indivíduo é antagonizado, mas, não tem oportunidade de expressar sua agressão livremente, numa luta corporal. A sociedade exige que ele tenha forte controle sobre seus impulsos hostis. Uns são mais inibidos em sua capacidade de expressar tendências agressivas e auto-assertivas, e não fazem uso se quer das causas legítima e disponíveis. Conseqüentemente vivem em um estado de hostilidade cronicamente inibida. Isto pode levar a elevação crônica da pressão sanguínea, porque este potencial não é descarregado em agressão física ou em alguma forma, mas sublimada de comportamento auto-assertivo. Portanto, os sentimentos hostis não expressos podem se tornar uma fonte de estimulação permanente do sistema vascular, como se o organismo inibido estivesse constantemente em preparação para uma luta que nunca acontece⁸.

É importante lembrar que o indivíduo portador de uma doença crônica atravessa períodos de instabilidade e autodepreciação, onde o processo de adaptação é lento e longo, e depende do tipo de doença, do grau de incapacidade e personalidade do indivíduo. Muitas vezes apresenta sentimentos de desamparo, desesperança, raiva, depressão, tristeza, solidão, que geram angústia e pesar¹³.

A sensação de medo em relação à doença foi manifestada em relação ao derrame de ficar dependente dos outros, as hemiplegias, ou mesmo temor da morte. Outro fator investigado foi a condição familiar, sendo considerada pelos portadores de hipertensão como insatisfatória em sua maioria.

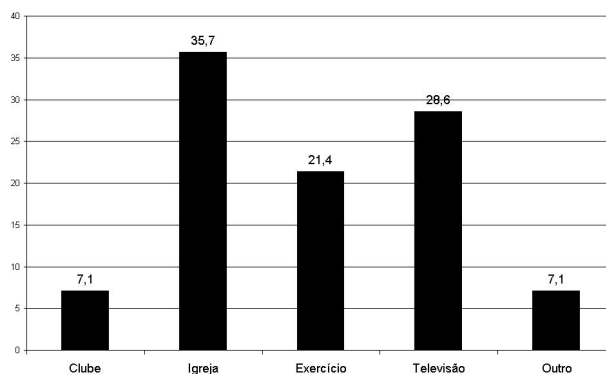


Figura 5 – Atividade de lazer/vida social dos portadores de hipertensão atendidos na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário. São Luís – MA, 2003.

De acordo com a figura 5, 35,7% dos entrevistados freqüentam igrejas; 28,6% assistem televisão; 21,4% fazem exercícios físicos, 7,1% vão ao clube e 7,1% fazem outras atividades.

Sabemos que a manutenção do grupo familiar e social unido é uma meta sempre desejada, por muitos.

“O suporte social é um recurso mediador que reduz a hipertensão e tem um eficiente protetor de saúde”. Entende-se por suporte social a qualidade das relações que é capaz de estabelecer uma própria rede social. As qualidades que parecem ser especialmente críticas envolvem a troca de comunicações íntimas e a presença de solidariedade e confiança. Não se sentir solitário em momentos de estresse, ter com quem contar isto é ter pessoas com as quais se possam estabelecer um relacionamento emocionalmente positivo, com afeto, confiança e

solidariedade, se constitui num fator que protege a saúde do indivíduo⁸.

Em relação aos dados de atividade de lazer/vida social destacamos o percentual baixo em relação ao exercício, porque de acordo com a literatura atividades de lazer envolvendo a atividade física promove a redução do estresse, o exercício isotônico regular (corrida, ciclismo, natação) leva a uma modesta redução da pressão arterial em pessoas com hipertensão leve a moderada. O exercício reduz, ainda, o risco cardiovascular independente da perda ponderal e promove ainda uma sensação de bem-estar e elevação da auto-estima.

CONCLUSÃO

Acerca dos resultados obtidos na pesquisa torna-se possível estabelecer a seguinte conclusão: que a maioria dos portadores de hipertensão é do sexo feminino, com faixa etária entre 46 a 60 anos. Os mesmos emocionalmente sentem-se inseguros, apresentam hostilidade e agressividade, citam ainda ter medo de derrame, preconceito e de morrer. Relataram

ter sentimentos de solidão, tristeza, depressão e irritabilidade. Esses aspectos identificados podem levar a alteração da pressão arterial. Em relação à vida familiar a maioria considerou insatisfatória referente a problemas econômicos tendo como principal atividade de lazer/vida social ir à igreja.

REFERÊNCIAS

1. Pinto A S P M. *Estudo de um grupo de clientes hipertensos, atendidos em uma unidade de Saúde de São Luis-MA*. [Monografia]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão. Curso de Enfermagem; 1999 53p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial*. Brasília: MS;1988.
3. Pierin Â M G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Revista Escola Enfermagem USP*, 1998 ago São Paulo;22(2): 223-223.
4. Cooper K H. *Controlando hipertensão: qual é o seu perfil de risco para a hipertensão*. Rio de Janeiro: Nórdica; 1991.
5. Dellacqua M C Q, et al. Comunicação da equipe multiprofissional a indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, 1997; 5(3): 43-48.
6. Pessuto J, Carvalho E C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, 1998 jan; 6(1): 3-39.
7. Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec; 1998.
8. Castro V D, Car M R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2000 jun; 34(2): 145-153.
9. Maciel C L C. *Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial*, In: Romano B W (Org). *A Prática da psicologia dos hospitais*. São Paulo: Pioneira; 1998. p. 1-38.
10. Melo J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
11. Lipp M N. *O stress como fator de risco da hipertensão*. In: Oliveira M F, Silva M C I (Org). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. São Paulo: Papyrus; 1994. p. 170-185.
12. Kamel D, Kamel J G. *Como prevenir o infarto do miocárdio: através das atividades físicas e alimentação adequada*. Rio de Janeiro: Sprint; 1996.
13. Silva M A D. *Quem ama não adocece: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças*. 15. ed. São Paulo: Best Seller; 1994. 376p.
14. Romano B W (Org). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira; 1994. 171p.
15. Labbadia E M, CURY J A J. Hipertensão arterial e atendimento multiprofissional: nova forma de abordagem e tratamento do paciente hipertenso. *Revista Soc Cardiol Estado São Paulo*, 1996 set/out; 6(5): 9-14. set./out.

Qualidade de vida de idosos em procedimento de hemodiálise em dois centros de tratamento de São Luís, MA

Life quality of elderly in procedure of hemodialysis in two centers of treatment of São Luis, MA

Milady Cutrim Vieira¹, Sandra Maria de Medeiros², Ana Karina Teixeira Cunha França³, Isabela Leal Calado⁴, Joyce Santos Lages⁵, Natalino Salgado Filho⁶

Resumo: A doença renal crônica assim como seu tratamento impõe severas limitações de ordem física e emocional aos pacientes. Este estudo foi exploratório do tipo descritivo englobando 57 pessoas com idade superior ou igual há 60 anos, examinadas em 2007. Objetivou-se avaliar a qualidade de vida de idosos com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico em dois Centros de São Luís – MA. Para tal, os idosos foram caracterizados quanto às variáveis demográficas, quanto à morbidade e tiveram sua qualidade de vida avaliada sob a ótica da tradução do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Healthy Survey*, o Questionário Genérico de Qualidade de Vida – SF 36. A análise dos resultados forneceu subsídios para a constatação de que a maioria dos idosos entrevistados era do sexo masculino, com baixo nível de escolaridade e oriundos do interior do Estado. As dimensões do SF-36 apresentaram comprometimento em diferentes níveis de modo que, pode-se observar que a vida do idoso renal crônico sofre influências negativas no que se refere à capacidade funcional e aspectos físicos. As demais dimensões revelaram qualidade de vida, relativamente positiva, podendo-se destacar, dor e estado geral de saúde. Tais resultados demonstram a interferência dos aspectos psicossociais que norteiam a doença renal crônica na qualidade de vida dos idosos em tratamento dialítico. As dimensões do SF-36 apresentaram comprometimento em diferentes níveis de modo que,

Descritores: Idoso. Doença renal crônica, Hemodiálise, Qualidade de vida

Abstract: The chronic renal disease as well as its treatment impose severe physical and emotional limitations for the patients. The study was exploratory descriptive with 57 people aged equal or more than 60 years examined in 2007. It was purposed to evaluate the quality of life of the elderly people with chronic renal disease in hemodialysis treatment at two Centers of São Luís - MA. Because of this, the elderly were characterized as demographic variables, as morbidity and their life's quality was evaluated following the translation of Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Healthy Survey, general form of life's quality – SF 36. The conclusion that the most of aged interviewed were men with low educational level and they're from small cities of the State of Maranhão was based in the results analysis. The SF-36 dimensions presented commitment in different levels that way it was possible to note the life of chronic renal aged suffers negative influence with regard to physical aspects and functional capacity. The other dimensions showed a good life's quality that can emphasize pain and general health state. Such results demonstrate the interference of the psychosocial aspects guide the chronic renal disease in the elderly life's quality in dialysis treatment. The SF-36 presented commitment in different levels.

Keywords: Elderly. Chronic renal disease. Hemodialysis. Life quality.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional já corresponde a uma realidade no mundo inteiro. No Brasil, não é diferente. Graças ao avanço terapêutico e tecnológico, a sobrevivência de pessoas com as mais variadas doenças aumentou significativamente. No entanto, associado

a esta situação, frequentemente, são encontradas pessoas com doenças crônicas e seqüelas com as quais terão que conviver por vários anos¹.

As pessoas em condições crônicas de saúde, que na maioria das vezes são as de 60 anos ou mais,

1. Especialista em Fisiologia do Exercício e Atividade Física no Envelhecimento. Terapeuta Ocupacional do Serviço de Nefrologia do HUUFMA

2. Mestre em Saúde e Ambiente - UFMA. Docente da Faculdade Santa Terezinha - CEST

3. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da UFMA.

4. Mestre em Ciências da Saúde. Nutricionista do Serviço de Nefrologia do HUUFMA.

5. Especialista em Enfermagem Cardiovascular - HUUFMA.

6. Doutor em Nefrologia. Docente da UFMA.

encontram dificuldades em enfrentar os sintomas da cronicidade somados às demais perdas inerentes à velhice, necessitando assim, de apoio que vai além das intervenções tradicionais².

Para Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a hipertensão arterial e a diabetes são determinantes da doença renal crônica (DRC) quando associadas à idade superior a 60 anos³.

A DRC corresponde à presença de lesão renal, associada ou não à diminuição da filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m² por um período igual ou superior a 3 meses⁴. Por ser lenta e progressiva resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença⁵. Com o avanço da DRC, há perda gradual da filtração glomerular⁶.

A DRC está classificada em cinco estágios clínicos. Na fase mais avançada, o estágio 5, quando o ritmo de filtração glomerular atinge níveis inferiores a 15 ml/min, o rim não consegue realizar suas funções básicas e a partir deste estágio passa a ser insuficiente para a sobrevivência do paciente, sendo necessário iniciar uma terapia de substituição, como diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) ou transplante renal⁴.

O processo de hemodiálise se inicia com o acesso da circulação sanguínea como, por exemplo, através da punção da FAV com agulhas especiais, onde o sangue do paciente é impulsionado por uma delas através de um equipo para a outra agulha estabelecendo a circulação extra-corpórea contínua⁷.

Este procedimento é, normalmente, realizado três vezes por semana com duração de três a quatro horas por sessão, não havendo previsão de tempo em que o paciente permanecerá em programa dialítico⁷.

A terapêutica hemodialítica envolve uma complexa equação cujos principais termos são: um paciente sofrendo de uma doença grave e crônica, a insuficiência renal, os profissionais e a máquina⁸.

Machado e Car⁹ referem que a condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e representam desvantagens por ocasionar problemas, tais como: isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer.

Em consonância com Carneiro⁸, Machado e Car⁹ e Guimarães¹⁰ mencionam o desencadeamento de diferentes sentimentos devido à doença e todo o stress gerado pelo tratamento, como sentimentos de medo, insegurança, ansiedade, diminuição da auto-estima, sensação de inutilidade além de ficarem deprimidos, pois são afastados de sua vida de relações cotidianas, ficam ociosos, com toda atenção voltada para a doença. Todos estes fatores, isolados ou somados, podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes.

MÉTODOS

O presente estudo teve caráter exploratório do tipo descritivo e englobou indivíduos em tratamento hemodialítico regular por um período igual ou superior a 3 meses, sem déficit cognitivo e com idade igual ou acima de 60 anos. A idade em questão foi escolhida devido ao significativo aumento desta população em nível mundial e por constituir um fator de risco para a DRC.

Foi considerada a população total de 124 idosos (23 - HUUFMA e 101 - CENEFRON) em terapia hemodialítica em dois centros de tratamento da cidade de São Luís – MA, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e Centro de Nefrologia do Maranhão (CENEFROM). Optou-se por estes locais por se apresentarem como centros de referência para esta modalidade de tratamento no Maranhão. A amostra, por conveniência, correspondeu a 46% da população, totalizando 57 idosos.

Inicialmente, foram coletadas informações com o intuito de estabelecer o perfil sócio-demográfico dos pacientes sendo utilizado, em seguida o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36 para mensurar o nível de comprometimento da qualidade de vida destes. Trata-se de um instrumento multidimensional que possui oito domínios ou escalas: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e há de um ano atrás, totalizando 36 itens que avaliam tanto aspectos positivos como negativos da saúde¹¹.

O Questionário SF-36 apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e cem o melhor estado de saúde¹². Para tabulação e análise dos dados foi utilizado o software Epi Info, versão 3, de outubro de 2003.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme pode ser visto na Tabela I, 68,4% dos pacientes eram do sexo masculino com média de idade de 68,6 ± 6,6 anos, predominando a faixa etária de 60 a 79 anos. A maioria dos idosos era procedente do interior do Estado (56,1%) e 38,6% da cidade de São Luís.

Em relação ao grau de instrução, a grande maioria apresentou baixo nível de escolaridade,

sendo 64,9% enquadrados na categoria analfabeto ou primário incompleto. Vale destacar que nenhum dos entrevistados possuía o ensino superior completo. Esses achados estão de acordo com a realidade brasileira e coincide com os encontrados por Sesso e Yoshihiro¹³, que identificaram no Brasil, aproximadamente, metade dos pacientes com DRC no estágio V como analfabetos ou tendo cursado apenas

Tabela 1 – Características sócio-demográficas

Características	Média ± DP	n (%)
Sexo (M/F)		39(68,4) /18(31,6)
Idade (anos)	68,6 ± 6,6 (variando 60 a 89)	
60 a 70		40 (71,4)
70,1 a 80		11 (19,6)
>80,1		5 (8,9)
Origem		
São Luís		22 (38,6)
Interior		32 (56,1)
Outros Estados		3 (5,3)
Tempo de HD (meses)	39,5 ± 38,0 (variando 3 a 228)	
1 a 12		10 (17,5)
13 a 24		16 (28,1)
25 a 60		18 (31,6)
>60		13 (22,8)
Grau de instrução		
Analfabeto/Primário inc.		37 (64,9)
Primário completo/Ginásio inc.		4 (7,0)
Ginásio completo/Colegial inc.		7 (12,3)
Colegial completo/superior inc.		9 (15,8)
Superior completo		0

Tabela 2 – Escores das dimensões do Questionário SF-36

Dimensões	Média ± DP	Variação
Componente saúde física		
Capacidade funcional	45,8 ± 31,2	0-100
Aspectos físicos	30,3 ± 38,9	0-100
Dor	65,0 ± 33,1	0-100
Estado geral de saúde	50,4 ± 24,5	0-100
Componente saúde mental		
Vitalidade	55,1 ± 27,1	0-100
Aspectos sociais	56,4 ± 34,2	0-100
Aspectos emocionais	53,2 ± 47,9	0-100
Saúde mental	67,7 ± 22,1	0-100

o primário, o que corresponde, atualmente, ao quarto ano do ensino fundamental.

Trata-se de achados relevantes, uma vez que Sesso et al.¹⁴ destacam que a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico influenciam negativamente a QV dos pacientes em tratamento dialítico.

O tempo médio de HD foi de 39,5 ± 38,0 meses, com mediana de 25 meses. A duração do tratamento dialítico apresentou-se bastante heterogêneo variando de três a 228 meses, sendo 28,1% dos pacientes em tratamento entre 13 e 24 meses e 31,6% de 25 a 60 meses.

Os dados encontrados neste estudo são semelhantes aos de Souza¹⁵, sobre avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise em que verificou predominância do sexo masculino (51,0%), média de idade de 68,3 (± 6,4) anos; tempo médio de escolaridade de 3,2 ± 3,4 anos e de tratamento hemodialítico de 26,7 ± 21,7 meses, variando de seis a 117 meses.

Segundo Barros et. al¹⁶ o sexo masculino constitui um dos fatores de risco para o desenvolvimento da

DRC. Quanto ao tempo de tratamento, Machado et al.⁹, identificou que quanto mais tempo de HD, mais resignação à doença é percebida. Os escores médios das variáveis relacionadas ao questionário de Qualidade de Vida SF-36 estão apresentados na Tabela II.

O componente saúde física (CSF) apresentou as dimensões aspectos físicos e capacidade funcional com maior comprometimento, enquanto que o componente saúde mental (CSM) revelou a dimensão saúde mental com maior valor, demonstrando menor comprometimento da qualidade de vida (Tabela 2). Da mesma forma, o estudo de Souza¹⁵ demonstrou a capacidade funcional e o aspecto físico como as dimensões mais afetadas da qualidade de vida dos sujeitos entrevistados.

No estudo de Meyer et al.⁷, os menores escores foram evidenciados nas dimensões capacidade funcional e vitalidade, enquanto que Castro et al. (2003) os obtiveram em vitalidade e aspectos físicos. Nesta pesquisa o domínio vitalidade apresentou-se com valores médios intermediários (55,1 ± 27,1).

Castro et. al.¹⁷, destaca que essas dimensões avaliam principalmente o desempenho nas atividades diárias e de trabalho, e que sensação de desânimo e falta de energia são sintomas comuns em pacientes renais crônicos.

Kurtner et. al.¹⁸, avaliaram o comprometimento funcional, a depressão e a satisfação com a vida entre idosos portadores de DRC em tratamento hemodialítico e num grupo controle, durante três anos. Nesta pesquisa os autores observaram que o comprometimento funcional era mais significativo nos idosos em hemodiálise do que no grupo controle (idosos moradores da comunidade que não realizavam hemodiálise).

A incerteza sobre o curso da doença relaciona-se muito freqüentemente a dificuldades funcionais, afetivas, comportamentais e sociais; em consequente, a graus variados de dificuldades na execução das atividades de vida diária, trabalho e lazer¹⁹.

As dimensões saúde mental dor e aspectos sociais destacaram-se como as de maior pontuação (Tabela 2).

A Figura I, nos itens de A a H, ilustrada as distribuições dos pacientes em quartis para cada dimensão. De um modo geral, as percentagens apresentaram-se distribuídas em todos os quartis, revelando variados graus de comprometimento, nas diferentes dimensões analisadas pelo questionário SF -36. Esta situação demonstra a heterogeneidade da percepção quanto aos quesitos analisados através do SF-36. Várias condições podem interferir nesta percepção, tais como idade, tempo de tratamento e presença de co-morbidades¹⁷. No que se refere à capacidade funcional (item A) verificou-se distribuição dos valores ao longo dos quatro quartis, significando limitações em diferentes graus, com maior concentração nos dois primeiros quartis, 33,3% e 26,3%, respectivamente.

Quanto aos aspectos físicos a maior concentração permaneceu no 1º quartil (64,9%), demonstrando acentuado comprometimento. A importância do comprometimento do aspecto físico nos pacientes com DRC em hemodiálise sobre a qualidade de vida é reforçada por estudos que evidenciam melhora da QV desses sujeitos, quando são implementadas intervenções direcionadas para a melhora da capacidade funcional¹⁵.

Nos itens C, F, G e H (Figura I), as dimensões dor (45,3%), aspectos sociais (29,8%), aspectos emocionais (49,1%) e saúde mental (42,1%) apresentaram as maiores percentagens no quartil mais elevado (4º quartil). Por outro lado, nos itens D e E (Figura I), as dimensões estado geral de saúde e vitalidade, respectivamente, apresentaram maior concentração nos quartis 2 e 3.

Neste estudo, houve acentuada concentração dos pacientes no quartil 1 (40,4%), revelando grande comprometimento emocional. Do ponto de vista psicológico a hemodiálise é também um tratamento que causa muito sofrimento, tornando o paciente frágil e debilitado emocionalmente²⁰. Em contrapartida,

49,1% encontraram-se no quartil 4 que demonstra pequeno comprometimento, o que nos mostra um comportamento de extremos nesta dimensão, ou seja, os pacientes em hemodiálise deste estudo apresentaram grande ou baixo comprometimento emocional.

Estes dados apresentam uma contradição em relação a trabalhos realizados por outros autores, pois como refere Borges e Martins²⁰, todos os trabalhos pesquisados são unânimes em chamar atenção para a grande incidência do mal estar emocional no paciente, em decorrência do seu mal estar físico. Talvez esta contradição apresentada em nosso estudo se justifique pelo tamanho da amostra.

Quando perguntados acerca da percepção de sua saúde atual, comparada com a de um ano atrás, a grande maioria (60,0%) referiu pequena (26,3%) ou grande melhora (31,6%), refletindo a repercussão do tratamento hemodialítico na vida dos pacientes. Apenas 7,0% consideraram a saúde muito pior agora do que há um ano atrás. As dimensões referentes ao componente saúde mental apresentaram elevados escores, estando todos com maior concentração no quartil 4, refletindo melhor qualidade de vida.

Segundo Ciconelli²¹ a presença de uma doença crônica está associada à piora da qualidade de vida de uma população, contudo, neste estudo, somente as dimensões capacidade funcional e aspectos físicos podem ser apontadas pelas maiores concentrações no menor quartil, indicando pior qualidade de vida. Estes achados podem ser atribuídos ao fato da DRC impor diversas restrições de ordem física, como as decorrentes do cuidado com o acesso vascular e as complicações clínicas resultante do tratamento. As dimensões dor e estado geral de saúde revelaram melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A população deste estudo foi composta na maioria por idosos do sexo masculino, com baixo nível de escolaridade e oriundos do interior do Estado. Podemos observar que a vida do idoso renal crônico sofre influências negativas no que se refere à capacidade funcional e aspectos físicos. As demais dimensões revelaram qualidade de vida, relativamente positiva, podendo-se destacar, dor e estado geral de saúde. Verifica-se a importância de se conhecer a percepção que o idoso renal crônico possui acerca de sua qualidade de vida, e considerar o contexto sócio-cultural que está inserido a fim de elaborar estratégias que os auxiliem no enfrentamento dos processos de envelhecimento e adoecimento, concomitantes.

Auxiliar na melhora da qualidade de vida desta população significa, para o Terapeuta Ocupacional, o resgate das atividades desenvolvidas antes da doença, que deixaram de ser realizadas por considerar-se incapaz ao descobrir-se renal crônico. Nesta perspectiva, é válido que este paciente tenha oportunidade de vivenciar situações prazerosas e interessantes a fim de que seja estimulado ao comportamento ativo em detrimento da ociosidade.

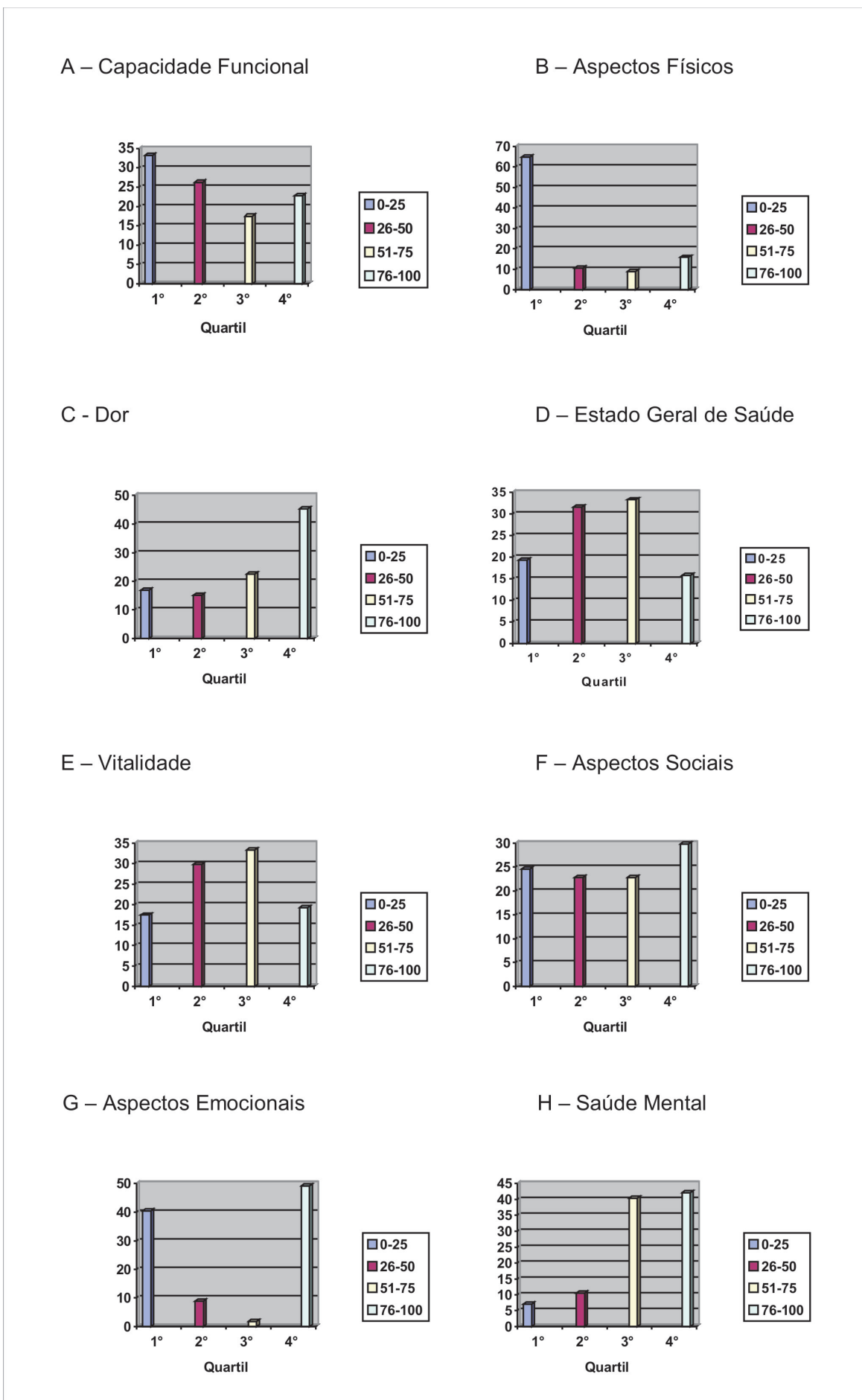


Figura 1 – Distribuição dos pacientes em quartis para cada dimensão

REFERÊNCIAS

1. Laurenti R. A mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Brás*, 2003; 49(4): 349-66.
2. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino Americano de Enfermagem*, 2005 jan/fev; 13(1): 38-45.
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN. *O rim e suas doenças*. 2002. [capturado 2007abr 8] Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publico/rim.htm>.
4. K/DOQI clinical practice guiderlines for chronic Kidney disease: evolution, classification and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 2002; 39 (suppl 1) p.S1-S246.
5. Romão Jùnior, JE. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol*, 2004 ago;26(3 suppl 1).
6. Draibe, SA. *Insuficiência Renal Crônica*. In: Schor, N. Guia de Nefrologia. São Paulo: Manole; 2002.
7. Lima AFC, Gualda, DMR. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing*, 2000 nov.
8. Carneiro, D. *Três textos sobre a prática em grupo operativo no serviço de hemodiálise do Hospital Geral de Fortaleza*. 2001. [capturado 2007 ago 27]. Disponível em: <http://www.caampogrupal.com/grupoperativo.html>.
9. Machado LRC, Car MR. A Dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Rev Esc Enferm USP*, 2003; 37(3): 27-35.
10. Guimarães W. A Terapia Ocupacional na Unidade de Internação do HC/UFMG–Hospital-Geral, Universitário. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte, 1998 GES. TO; 10:(1) out. 114p.
11. Ware, J E, Gandek B. And the Iqola Project Group: The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the Iqola Project. *Int. J. Ment Health*. 1994; 23: 49-73.
12. Ciconelli R M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. Medical Outcomes Study 36. *Item Short Form. Realth Survey (SF-36)*. [Tese.] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 1997.
13. Sesso R, Yoshihiro M M. Time of diagnostico f chronic renal failure and assessment of life in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 1997; 10:2111 – 16.
14. Sesso R, Rodrigues N J F, Ferrazz M B. Impacto f Socioeconomic Status on the Quality of Life of ESRD Patients. *American Journal Kidney Disease*, 2003; 4(1): 186-95.
15. Souza F F. *Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos*. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
16. Barros E, et al. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Brás*, 2003 jul/set.49(3).
18. Kurtner NG, Brogan D, Hall D, Haber M, Daniels D S. Funcional impairment, depression, end Life Satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: a prospective study. *Arch Phys Méd Rehabil*, 2000; 81:453-9.
19. Feirenberg J R Trombly CA. *Arthritis*. In: Trombly, CA. Occupational Therapy for physical dysfunction. 4. ed. Baltimore: Willians e Wilkins; 1995.
20. Borges LR, Martins DG. Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 2001; 2(1): 42-58.
21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil Sf-36). *Rev Bras Reumatol*, 1998; 39:143-50.

Hipertensão arterial: manual educativo

Arterial hypertension: educative manual

Jordâna Maria Freitas Alves¹, Joyce Santos Lages¹, Maria Lucia Holanda Lopes², Waldeney Costa Araújo Wadie², Maria de Fátima Lires Paiva², Rafael de Abreu Lima³.

Resumo: Trata-se de um estudo exploratório descritivo tendo como objetivo: construir um manual educativo sobre o tratamento não-medicamentoso da hipertensão e identificar o perfil sócio-econômico e o conhecimento dos portadores de hipertensão arterial sobre o tratamento não-medicamentoso. A coleta de dados foi realizada no Centro de Saúde do Maracanã, utilizando-se um formulário com questões sobre identificação, condições sócio-econômicas, situação clínica e hábitos de vida. Como resultado traçou-se o perfil da amostra que consiste na maioria do sexo feminino (78%), faixa etária superior a 60 anos (40%), grau de escolaridade baixa (fundamental incompleto 48% e analfabeto 40%), renda familiar de um salário mínimo (58%). Quanto à situação clínica 92% fazem tratamento medicamentoso há mais de um ano, 2% realizam tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Referindo-se aos hábitos prejudiciais 20,4% utilizam fumo e/ou bebida alcoólica; 94% não praticam atividade física. Relacionando-se a orientação dos pacientes quanto à mudança nos hábitos de vida, 94% afirmam que foram orientados, sendo que destes 95,8% foi através de conversas com profissionais da saúde. Esses dados identificados serviram de base para a elaboração do manual educativo que visa promover nestes pacientes um conhecimento sobre os hábitos prejudiciais para sua saúde, estimulando-os a adotarem um estilo de vida mais saudável.

Descritores: Hipertensão arterial; Manual educativo; Enfermeiro.

Abstract: It is a descriptive exploratory study with the goal: drawing up a educative instruction about non-drug hypertension treatment and identify the social economic profile and the knowledge of arterial hypertensive carriers about the non – drug treatment. . Data collected was performed at the Maracanã Health Center with standardized about identification, socioeconomic conditions, the clinical situation and behavioral data. The result was the preparation of the sample profile consists in mostly female, (78%), age zone more than 60 years old (40%), low educational level (incomplete elementary school 48%, illiteracy 40%), family income of a minimum salary (58%). On the clinical situation, 92% of the patients perform medicamentous treatment for more than a year and 2% of them perform medicamentous and non medicamentous treatments. As damaging habits, 20,4% to smoke or to drink alcohol; 94% do not practice any physical activity. On the orientation of the patients as the necessity of changing their life habits, 94% say were guided, from those, 95,8% were guided by talking to health professionals. These data were used to develop an educative manual in order to give to provide patients with knowledge about the damaging habits, stimulate them in adopting a healthier lifestyle.

Keywords : Arterial hypertension; educative manual; nurse.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é descrita por vários autores como uma doença crônica não transmissível (DCNT), de detecção quase sempre tardia (devido ao curso assintomático e prolongado), que apresenta elevada prevalência mundial, considerada como principal fator de risco de morbimortalidade

cardiovascular¹. Sendo as doenças cardiovasculares responsáveis pelo maior índice de mortalidade no Brasil desde a década de 60².

“Fisiologicamente é definida como uma síndrome caracterizada por níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a

1. Especialista em Enfermagem Cardiovascular. HUUFMA.

2. Mestre em Enfermagem. Docente da UFMA.

2. Mestre em Pedagogia Profissional. Enfermeira. Docente da UFMA.

2. Mestre em Enfermagem. Docente UFMA

3. Enfermeiro.

fenômeno tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular)³, sua repercussão lenta e progressiva pode desencadear comprometimento dos chamados órgãos – alvos (cérebro, rins, retina e vasos periféricos), podendo desenvolver, quando o controle é inadequado, complicações como insuficiência coronariana, renal e cardíaca congestiva e acidentes vasculares cerebrais^{4, 5}.

O desenvolvimento da hipertensão arterial está relacionado a fatores de risco constitucionais (idade, sexo), genéticos (raça, história familiar e obesidade) e ambientais ou comportamentais (ingestão de sal, álcool, drogas, tabagismo, estresse e sedentarismo)⁶.

Constata-se que o risco de desencadear HA está relacionado não só a fatores intrínsecos do indivíduo, mas, sobretudo à presença dos fatores comportamentais relacionados à manutenção de um estilo de vida que propicia a exposição aos mesmos, que comprovadamente contribuem para a ocorrência de complicações. “A hipertensão arterial é decorrente de interações de vários fatores que foram surgindo com as modificações na maneira de viver do homem moderno, sendo uma ‘adaptação’ do organismo humano às condições desfavoráveis à vida^{2h}”.

A terapêutica direcionada ao portador de hipertensão arterial baseia-se em medidas medicamentosas e não-medicamentosas². O tratamento não-medicamentoso inclui medidas que implicam em mudanças no estilo de vida, com o objetivo de proporcionar uma melhora da qualidade de vida (QV) do portador de hipertensão, sendo de grande contribuição para o encorajamento do paciente a desenvolver ações de autocuidado, um processo dinâmico dependente da disponibilidade do mesmo para implementar em seu cotidiano, ações educativas que lhe proporcionem melhora da situação clínica e retarde o aparecimento de complicações (cerebrovascular)^{4, 6}.

Neste contexto a educação em saúde torna-se um instrumento primordial para esta ação, enfatizando a conscientização da população para a adoção de estilo de vida mais saudável.

Uma das principais finalidades da educação em saúde é promover a formação no indivíduo de uma consciência sanitária. Desta forma a promoção da saúde por meio de ações educativas pode gerar auto-responsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco e dos sintomas da doença crônica e melhora da qualidade de vida¹.

A educação em saúde focaliza seu trabalho para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e o ambiente com o qual interagem e, assim criarem condição para se apropriarem de sua própria existência^{7, 8}. Percebe-se que o processo educativo para a saúde visa, principalmente, a disseminação de informações que favoreçam ao indivíduo autonomia na realização de suas próprias medidas de cuidado.

Estes autores ressaltam ainda que a transmissão dessas informações deva ocorrer de maneira

adequada: ser claras, sem ambigüidade, precisas e fidedignas e com auxílio de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização. Na técnica de transmissão de informações devem ser utilizadas mensagens de caráter redundante, ou seja, é necessário dispô-la de tal modo que favoreça a maior coincidência possível entre o que ela ofereça e o nível de aspiração do público ao qual se dirige. É proposto que as orientações direcionadas aos pacientes devem ser conectadas ao desejo e situação destes, para haver uma reciprocidade e produção dos objetivos esperados, como a capacidade de crítica e de escolha do indivíduo.

Uma outra técnica utilizada na transmissão de informações baseia-se na epidemiologia, ou seja, a informação de saúde deve estar alicerçada em bases epidemiológicas sólidas sobre os riscos e as doenças prevalentes ou que seja objeto de ação sanitária dos indivíduos sobre as formas de evitar ou lidar com estas doenças; sobre as condições ambientais relacionadas ou não a esses agravos; sobre as atividades desenvolvidas pelos órgãos de saúde (públicos ou privados) e sobre a monitoração e avaliação continuadas das condições de saúde e das ações em curso.

As idéias norteadas da nova filosofia da educação em saúde no Brasil baseiam-se na melhoria qualitativa dos serviços ofertados, na democratização do conhecimento, na utilização de recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada e a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas.

A enfermagem no âmbito da educação em saúde assume o papel de agente de mudança, sendo esta atividade integrante do processo de cuidar da enfermagem, constituindo-se como uma área de estudo que busca identificar, criar e examinar estratégias de promoção de saúde e o resgate da qualidade de vida do homem contemporâneo⁹.

Desta forma, as ações direcionadas ao cuidado do paciente portador de hipertensão, no tratamento não-medicamentoso, exigem que o enfermeiro atue identificando os fatores de risco, fatores ambientais, proporcionando aprendizagem para evitá-los, fato que será alcançado a partir da conscientização e adoção de medidas de autocuidado para a melhoria da situação clínica e prevenção de complicações no paciente⁷.

A atuação do enfermeiro como educador para a saúde deve ser fundamentada primeiramente no conhecimento da população, sua cultura, condição sócio-econômica e nas condições de risco à saúde a qual está exposta. Diante dessas reflexões resolvemos construir um manual educativo sobre o tratamento não-medicamentoso da hipertensão após identificar o perfil sócio-econômico e o conhecimento dos portadores de hipertensão arterial sobre o tratamento não-medicamentoso.

MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo realizado no ambulatório de um Centro de Saúde, localizado na zona rural de São Luis-MA, onde funciona uma equipe do Programa Saúde da Família, no qual está inserido o Programa de Hipertensão. A população alvo foi constituída de portadores de hipertensão arterial inscritos no Programa de Hipertensão do Centro de Saúde do Maracanã, independente do sexo e com faixa etária superior a 18 anos. A amostra foi constituída de 50 pacientes selecionados aleatoriamente.

O instrumento de coleta de dados constitui-se de um formulário, contendo perguntas abertas e fechadas, onde foram abordados dados de identificação, situação sócio-econômica, conhecimento sobre a condição clínica (tempo de tratamento e uso de medicação),

hábitos saudáveis (dieta, exercício físico, lazer), e prejudiciais (etilismo, tabagismo) e comportamento do paciente frente à evolução da doença.

A coleta de dados realizou-se no mês de maio de 2003, onde os pacientes foram entrevistados de acordo com o comparecimento para a consulta de enfermagem, iniciando-se com o esclarecimento do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos pacientes ou acompanhantes. Após a análise dos dados sobre o perfil e o conhecimento dos portadores de hipertensão sobre o tratamento não-medicamentoso, construímos o manual educativo, utilizando uma linguagem clara e fácil de entendimento.

RESULTADOS

Na análise dos dados percebe-se que a amostra pesquisada é constituída, de indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 60 anos, nível de escolaridade baixo, e com principal fonte de renda a aposentadoria e renda familiar mensal de um salário mínimo.

Quanto ao tratamento à maior parte dos pacientes utiliza fármacos anti-hipertensivos há mais de um ano e a maioria realiza somente a terapêutica medicamentosa apresentando déficits relacionados à mudança nos hábitos de vida. Somente um pequeno percentual já faz tratamento não-medicamentoso.

A construção do manual educativo teve como base o conhecimento dos pacientes quanto à causa da doença (muitos não sabem relacioná-la); hábitos prejudiciais como a dieta inadequada, contendo massas, carne vermelha e café, alimentos que em excesso causam elevação nos níveis pressórico.

A dieta com pequena ingestão de verduras e frutas e o número de refeições diárias dos pacientes que realizam 3 refeições por dia, devendo ser estimulado o fracionamento da dieta para promover a diminuição na ingestão de alimentos.

Quanto ao exercício físico deve-se estimular a sua realização, já que muitos dos pacientes são sedentários, devendo também ser estimulada atividade de lazer.

O uso de fumo e bebida alcoólica apesar de muitos dos pacientes não ser tabagista ou estilista,

deve ser abordado, pois tais fatores participam na gênese de doenças e agravamento da hipertensão arterial.

A elaboração deste manual baseia-se também no fato de que os portadores de hipertensão obtiveram orientações quanto à importância da realização de hábitos saudáveis abandonando ou evitando os hábitos prejudiciais, e a maioria destes recebe tais informações através de conversa com profissionais. Contudo foi observado que os pacientes não conseguiram alcançar todas as modificações esperadas, fato que incentivou a realização da estratégia educativa proposta.

A educação em saúde, como instrumento de promoção, deve adequar-se a real situação do paciente percebendo-o holisticamente, ou seja, entendendo o indivíduo como pertencente a uma determinada condição social, econômica, cultural e clínica, para desta forma favorecer informações de saúde que contribuam e possam ser compreendidas e utilizadas pelos pacientes.

O enfermeiro como parte integrante da equipe multiprofissional de atenção ao portador de hipertensão arterial tem como uma das atribuições à promoção da educação visando à melhoria do paciente, sendo esta uma prática que favorece o despertar da autonomia para a realização de hábitos saudáveis, devendo organizar estratégias que minimize os problemas de saúde e melhore a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- 1 Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepções de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-Americana Enferm*, 2001 maio; 9 (3): 51-55.
- 2 Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. 4. São Paulo: SBC; 2002.
- 3 III Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Conselho Brasileiro de Hipertensão.
- 4 Porto CC et al. Hipertensão arterial sistêmica: hábitos de vida e fatores correlatos. *J Bras Med*, 1999 mar; 76(3): 35-46.
- 5 Lessa I et al. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. Rio de Janeiro: Hucitec; 1998. 284 p.

- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ação Básica. Caderno de Atenção Básica. *Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e diabetes mellitus*: protocolo. Brasília, DF: MS; 2001.
- 7 Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. *Rev Latino-American Enferm*, 2001 maio; 9(3): 41-51.
- 8 Levy SN et al. *Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*. [capturado 2003 jan 16] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/CNS>.
- 9 Gurgel AH et al. Educação em saúde: processo de trabalho de enfermagem na área de saúde da mulher. *Nursing*, 2001 jul São Paulo; 4(38): 14-19.

Diagnóstico de enfermagem identificado em pacientes atendidos na liga de hipertensão do hospital universitário

Diagnosis of nursing identified in patients taken care of in the league of hypertension of the university hospital

Leovegildo Branco Dominice Neto¹, Helone Eloísa Frazão Guimarães², Giselle Andrade dos Santos Silva³, Maria Lúcia Holanda Lopes⁴, Natalino Salgado Filho⁵, Sirliane de Sousa Paiva⁶.

Resumo: Estudo descritivo exploratório retrospectivo que tem por objetivos identificar o diagnóstico de Enfermagem mais presente nos pacientes hipertensos atendidos na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário Presidente Dutra – UFMA e elaborar uma proposta de intervenção de enfermagem frente ao diagnóstico identificado. Selecionados 36 prontuários de pacientes que foram atendidos no período de novembro e dezembro de 2003, todos de primeira vez. O diagnóstico controle ineficaz do regime terapêutico foi o mais observado, sendo o mesmo constituído por fatores relacionados (ingesta de café, sedentarismo, estresse, obesidade, aumento da ingesta de sal, dislipidemia, sono e repouso prejudicados, tabagismo e etilismo) e características definidoras (aumento da pressão arterial, cefaléia, diminuição da ingesta hídrica, diminuição da acuidade visual, e tontura).

Descritores: Hipertensão arterial; Diagnóstico de enfermagem.

Abstract: Descriptive, exploratory and retrospective study in order to identify the most present nursing diagnosis in hypertensive patients assisted in the League of Hypertension of University Hospital President Dutra – Federal University of Maranhão (UFMA) and draw up a nursing intervention proposal according to the diagnosis identified. The medical records of 36 patients who were assisted in november and december 2003 were selected, all of them from the first.. All patients were there for the first time. The inefficient control of the diagnosis in the therapeutic regimen was vastly observed, and it is formed by factors related (intake of coffee, sedentary lifestyle, stress, obesity, high salt intake , dyslipidemia, sleep and rest harmed, tobaccoconism and ethylism) and defining characteristics (high arterial pressure, cephal, low water intake, the visual acuity and dizziness).

Keywords: Arterial hypertension; nursing diagnosis.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de caráter multigêno e multifatorial que pode ser catalogada entre as doenças crônico-degenerativas, e quando não tratada adequadamente acarreta danos ao organismo, principalmente no coração, rins e sistema nervoso¹.

O hipertenso é definido como sendo todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior a 130 mmHg. São normotensos aqueles com pressão arterial sistólica inferior a 130 mmHg e pressão arterial diastólica inferior a 85mmHg. Os valores intermediários são considerados limítrofes².

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, afetando cerca de 20 milhões de pessoas acima de 20 anos correspondendo entre 15 a 20% da população adulta brasileira, estando diretamente relacionado com a idade, sexo e raça. A prevalência de HAS na população idosa é muito alta. No Brasil cerca de 70% dos idosos são Hipertensos e entre Mulheres maiores de 75 anos a prevalência pode chegar até 80%³.

A hipertensão arterial é classificada de acordo com sua etiologia, níveis pressóricos sistólicos e diastólicos e quanto à gravidade da lesão nos órgãos-alvo e a presença de fatores de risco. Segundo

1. Especialista em Saúde da Família. Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde.

2. Especialista. Enfermeira. Docente do CEST.

3. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira HUUFMA.

4. Mestre Enfermagem. Docente da UFMA

5. Doutor em Nefrologia. Docente da UFMA.

6. Doutora em Enfermagem. Docente da UFMA

a etiologia, a hipertensão pode ser primária que corresponde a cerca de 95% dos casos, sem causa desconhecida e secundária correspondendo ao restante dos casos, ou seja, 5%, tendo sempre causa conhecida, como as doenças renais ou endócrinas².

Após o diagnóstico da doença o tratamento para hipertensão arterial é instituído e possui como objetivo primordial à redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentados em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes, assim como melhorar a qualidade de vida do paciente e minimizar e controlar as conseqüências das lesões dos órgãos-alvo produzidos por esta doença. São utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas como associadas aos fármacos anti-hipertensivos⁴.

O tratamento não-medicamentoso constitui-se em mudanças no estilo de vida que compreende a redução da ingestão excessiva de sal, café, gorduras, e de bebidas, como o álcool, abandono do hábito de fumar, a redução do estresse, o não uso de anticoncepcionais e outras drogas, realização de atividades físicas regulares e controle de peso¹.

O tratamento é realizado em regime ambulatorial pela equipe multiprofissional. O trabalho dessa equipe poderá dar aos pacientes e a comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes. A equipe deve ser constituída pelos seguintes profissionais: enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde e professores de educação física².

O enfermeiro tem participação ativa, utilizando a consulta de enfermagem, sendo responsável por aferir a pressão arterial, investigar os fatores de risco e hábitos de vida, orientar sobre o uso dos medicamentos, conservação, regularidade na tomada, efeitos adversos, avaliar sintomas, orientar sobre práticas de vida pessoal e familiar, além de acompanhar o tratamento dos pacientes com a pressão arterial sobre controle².

A consulta de enfermagem é utilizada pelo enfermeiro no acompanhamento do paciente e, esta obedece aos passos do processo de enfermagem, sendo conceituada como uma atividade intelectual

deliberada, na qual a prática é abordada de maneira ordenada e sistemática, sendo constituída de cinco fases ou componente: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação^{5, 6}.

Na Enfermagem, o diagnóstico refere-se a um conjunto de sinais e sintomas que descrevem problemas de saúde nos quais a enfermeira é responsável pela tomada de decisões terapêuticas, exigindo para tal observação, reunião de dados, interpretação, conhecimentos e habilidades individuais, experiências anteriores e a utilização de um referencial teórico, dentre outros fatores a serem citados⁶. O diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que descreve um tipo específico de problema ou de resposta que o enfermeiro identifica.

Na elaboração dos diagnósticos de enfermagem obedece-se a uma estrutura e seus componentes e que depende do seu tipo: reais, de risco, possível, de bem-estar ou síndrome. Um diagnóstico real é composto por quatro componentes: título, definição, características definidoras e fatores relacionados⁷.

O título deve ser descrito da definição do diagnóstico e de suas características definidoras, referem-se aos sinais e sintomas que irão definir os diagnósticos e que os fatores relacionados influenciam na mudança no estado de saúde, sendo agrupados em quatro categorias: os fisiopatológicos (biológicos os psicológicos), os relacionados ao tratamento, os situacionais e os maturacionais⁷.

A utilização dos diagnósticos proporciona uma oportunidade para os enfermeiros computarem informações de saúde de forma planejada, buscando coletar analisar e sintetizar os dados de enfermagem para a prática e a pesquisa⁷

Nossa vivência no atendimento a pessoa com hipertensão utilizando a Consulta de Enfermagem nos fez despertar para a necessidade de experienciar a elaboração do diagnóstico mais presente nessa clientela. A pesquisa então tem como objetivos identificar o diagnóstico de enfermagem mais freqüente em pacientes portadores de hipertensão arterial, segundo a Taxonomia II da NANDA e elaborar uma proposta de intervenção de enfermagem frente ao diagnóstico identificado.

MÉTODOS

Pesquisa descritiva, de caráter exploratório, retrospectiva, realizada na Liga de Hipertensão Arterial, que é vinculada ao Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão UFMA. A Liga foi criada há cinco anos objetivando oferecer atendimento primário e multidisciplinar para a comunidade portadora de hipertensão arterial, e, possibilitar aos estudantes e profissionais desenvolverem pesquisas e habilidades clínicas. Em outubro de 2001 os alunos de enfermagem começaram a integrar-se a Liga como bolsistas assistindo os portadores de hipertensão arterial através da consulta de enfermagem. Para determinação do diagnóstico

pelos pesquisadores neste estudo foram analisados todos os prontuários dos pacientes atendidos pela primeira vez pelos bolsistas de enfermagem na liga de hipertensão, nos meses de novembro a dezembro de 2003. Os 36 prontuários selecionados para coleta de dados foram aqueles em que o instrumento utilizado na consulta de enfermagem estavam preenchidos.

Para a identificação do diagnóstico mais freqüente foram listados os problemas registrados nos prontuários selecionados dentre eles: presença de obesidade, tabagismo, sedentarismo, estresse, aumento da ingestão do sal, alcoolismo, dislipidemia, ingestão de café, sono e repouso prejudicado, cefaléia,

diminuição da acuidade, visual, tontura, diminuição da ingesta hídrica, pressão arterial elevada.

Utilizando a Taxonomia da NANDA os problemas listados compreendem as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de controle ineficaz do regime terapêutico individual. Que é definido como “padrão em que o indivíduo apresenta ou está em alto risco para apresentar dificuldades para integração à vida diária de um programa de tratamento de doença e das seqüelas para alcançar as metas de saúde específicas”⁷.

A validação deste diagnóstico ocorreu pela evidência dos problemas identificados decorrentes da não implementação do regime terapêutico não-medicamentoso na rotina diária dos portadores de

hipertensão arterial.

Depois de estabelecido o diagnóstico de controle ineficaz do regime terapêutico individual, o passo seguinte é a determinação das principais intervenções possíveis para que os portadores de hipertensão arterial alcance resultados positivos, superando, assim, esse diagnóstico.

Na proposta de intervenções neste estudo trabalharemos algumas características definidoras e alguns fatores relacionados desse diagnóstico, por entendermos que à medida que solucionarmos esses dois fatores o diagnóstico automaticamente desaparecerá. E neste momento ficará evidente a importância da assistência de enfermagem planejada.

DISCUSSÃO

Quadro 1 - Prescrições de enfermagem em relação à característica definidora tabagismo.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
TABAGISMO 08 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre os malefícios do hábito de fumar; - Identificar sintomas que podem estar associados ao tabagismo: Insônia, Irritabilidade, Ansiedade, Dificuldade para concentrar-se, Inquietação, aumento do apetite, ganho do peso; - Traçar estratégias que visem o abandono do ato de fumar; - O abandono do hábito de fumar deve ser realizado em conjunto com restrição calórica e aumento da atividade física, prevenindo o aumento do peso corporal.

Vários estudos têm demonstrado que a prevalência do tabagismo é alta entre as pessoas portadoras de hipertensão arterial em relação à população em geral⁸. Existem evidências de que o uso do tabaco diminui os benefícios da terapêutica anti-hipertensiva^{8, 9}. A recomendação da interrupção do tabagismo pelo portador de hipertensão está diretamente relacionada à prevenção de doenças coronarianas, cerebrovasculares e vasculares de extremidades e a redução da mortalidade por estas causas².

O alcoolismo é a principal causa secundária de hipertensão arterial, constituindo desse modo um fator de risco para o acidente vascular cerebral e pode causar resistência ao tratamento anti-hipertensivo pelos seguintes mecanismos: aumento da descarga simpática, aumento do conteúdo corporal de sódio, prolongamento dos efeitos dos glicocorticoides, aumento dos triglicerídeos e produção de VLDL pelo fígado, aumento do peso corporal e potencial hepatotóxico. A abstinência abrupta pode ocasionar crise hipertensiva, sendo regularizada após alguns dias¹⁰.

Quadro 2 - Prescrição de enfermagem em relação à característica definidora etilismo.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
ETILISMO 08 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o abandono do etilismo, quando não possível orientar quanto: Ingerir menos de 30 ml por dia de etanol, que corresponde a 720 ml de cerveja, 300 ml de vinho, 60 ml de uísque ou 50 ml de conhaque, no caso dos homens e que mulheres e pessoas de baixo peso devem ingerir metade das quantidades referidas anteriormente.

Considera-se que a prática regular de atividades físicas é um benefício independente nas várias co-morbidades da obesidade, notadamente na hipertensão arterial, hiperglicemia e resistência à insulina. Em se tratando da hipertensão, apesar dessa relação ainda não ser totalmente explicada, sabe-

se que o exercício físico regular reduz as pressões sistólicas e diastólicas, estando presente uma maior queda em indivíduos portadores de hipertensão do que naqueles com pressão em níveis normais e, ainda, é fator contribuinte para a redução da tensão emocional e controle do peso^{11, 12}.

Quadro 3 - Prescrições de enfermagem em relação à característica definidora sedentarismo.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
SEDENTARISMO 18 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a realização de atividade física regular; - Realizar caminhadas regularmente, 3 a 5 vezes por semana sempre em local plano e sem movimento, usando roupas e calçado confortável de preferência tênis e roupa de algodão. - Realizar caminhadas de preferência no início da manhã ou no fim da tarde, ingerindo algum tipo de alimento, evitando o jejum, dando passos rápidos sem correr, iniciando com 20 min/dia e aumentando semanalmente até 60 min/dia; - Realizar alongamentos no início e no fim de cada atividade física.

Quadro 4 - Prescrições de enfermagem em relação à característica definidora cafeína.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CAFEÍNA 22 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre os riscos da ingestão exagerada de café - Substituir o café pelo suco de frutas; - Diminuir aos poucos o café no desjejum; - Substituir pelo leite desnatado.

Quadro 5 - Prescrição de enfermagem em relação à característica definidora estresse.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
ESTRESSE 18 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Dar apoio Emocional; - Trabalhar a saúde familiar e mental; - Realizar atividades que dão prazer e impliquem certo grau de atividade física; - melhorar a auto – estima do cliente; - Evitar o quanto possível angústia, cólica, urgência, medo e pânico, assim como os exercícios isométricos ou estáticos.

Quadro 6 - prescrição de enfermagem em relação à característica definidora obesidade

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
OBESIDADE 18 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre a importância da redução do peso; - Orientar a não cometer o erro de “pular” as refeições; - Realizar no mínimo quatro refeições diárias: desjejum, almoço, lanche e jantar; - Orientar a não permanecer sem ingerir alimentos por mais de 6 horas; - Ingerir o mínimo de líquido durante as refeições; - Evitar leitura ou assistir a televisão durante as refeições; - Orientar a nunca deitar-se ou repousar logo após as refeições; - Evitar fazer as refeições com pressa, agitadas ou nervosas; - Dar preferência para grelhados, cozidos ou assados; - Evitar alimentos fritos; - Dar preferência a carnes brancas (peixe e frango); - Utilizar adoçantes, em substituição ao açúcar; - Evitar o pão branco; - Evitar as massas feitas com farinha branca; - Utilizar leite e os derivados sempre desnatados; - Evitar salgadinhos e doces em pacotes tipo cheetos, chocolate e sorvetes industrializados; - Temperar os alimentos com ervas, limão e especiarias ao óleo ou azeite; - Comer alimentos ricos em fibras: frutas, hortaliças, grãos e cereais.

A cafeína em excesso pode elevar a pressão arterial e aumentar o colesterol, fator importante de risco para hipertensão os grãos de café possuem lipídeos denominados Cafestol e Kahweol, que aumentam o colesterol sérico. Usando coador de pano as gorduras contidas nos grãos de café não são retidas, o mesmo não acontece com o filtro de papel. Cinco xícaras de café por dia contêm 10 mg de Cafestol, o que eleva o colesterol em 0,13 mmol/l. Sendo assim, no Brasil, os hipercolesterolêmicos devem filtrar o café com coador de papel, que retêm estes lipídios. Os cafés do tipo expresso e árabes, pela forma de preparo (misturam o pó com água fervendo, que remove as gorduras sem coar) podem aumentar o colesterol sérico¹⁰.

O estresse é definido como uma reação inespecífica do organismo a qualquer demanda exógena ou endógena imposta, atuando em três fases: alarma, resistência e esgotamento, que pode elevar agudamente a pressão arterial via liberação excessiva de catecolaminas pelo sistema nervoso autônomo e pela medula supra – renal, com taquicardia, aumento da pressão arterial por vasoconstricção, aumento da renina plasmática, glicemia e ácido graxos livres por lipólise periférica¹⁰.

A relação entre obesidade e hipertensão arterial se evidencia, especificamente quando se reduz o peso

e observa-se considerável diminuição da pressão arterial, e, mesmo da incidência dessa doença¹³. As contribuições do estudo, de framingham descreve que o individuo hipertenso não-obeso apresenta menor risco cardiovascular absoluto e, que, estimativas sugerem que 70% dos novos casos de hipertensão podem ser atribuídos à obesidade ou ao ganho de peso excessivo¹⁴. Esse fato é realidade tanto em adultos quanto em crianças. O ganho de peso parece estar vinculado a hábitos culturais e dietéticos aos quais estão expostas pessoas de uma mesma família, podendo dar-lhe um caráter de transmissão familiar caracterizando assim a influência ambiental em seu desenvolvimento^{11 12}.

A redução do peso é vista como um elemento importante para o controle da pressão arterial sendo considerado por muitos como um dos mais difíceis. O seu início deve ser gradual e acompanhado por orientação sobre a redução da ingestão de alimentos com alto teor calórico como os glicídios e lipídios, presentes nos alimentos com quantidade exagerada de açúcar, frituras, massas e refrigerantes. A ingestão de alimentos obedecerá a dois fatores principais: a quantidade e a qualidade. Em relação à quantidade a mesma não deve ultrapassar ao seu gasto metabólico habitual e quanto à qualidade, deve ser de baixo valor calórico, isso no caso da obesidade^{12, 13, 14}.

Quadro 7 - Prescrições de enfermagem em relação à característica definidora aumento da ingestão de sal

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
ALIMENTO DA INGESTA DE SAL 13 pacientes	Orientar quanto a: - Não levar o saleiro a mesa; - Preferir os alimentos naturais; - Evitar os alimentos industrializados, as conservas e os embutidos; - Procurar conhecer o conteúdo de sódio presente nos alimentos; - Lembrar que alguns adoçantes têm na sua composição a presença de sódio; - Dieta a base de vegetais, pois controla o peso corporal; - Diminuir ao máximo a adição de sal aos alimentos

Quadro 8 - Prescrições de enfermagem em relação ao fator relacionado aumento da pressão arterial.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
ALIMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL 30 pacientes	- Realizar atividades físicas - Evitar o tabagismo - Combater o alcoolismo - Diminuir a ingestão de sal - Aumentar a ingestão do potássio - Controlar o estresse emocional - Controlar o peso corporal - Ter um relacionamento familiar satisfatório - Evitar a cafeína.

O consumo abusivo de cloreto de sódio na alimentação é, provavelmente, um dos fatores desencadeantes ambientais mais importantes para a hipertensão arterial. Se os alimentos não fossem conservados em sais de sódio e se não adicionasse

cloreto de sódio no preparo dos alimentos, a pressão arterial não se elevaria durante a vida, como demonstrado em inúmeras populações não – aculturadas. Este autor reconhece a importância de dietas hipocalóricas e hipossódicas na eficácia anti

– hipertensiva da hipertensão arterial, mais adverte quanto à dificuldade de segmento da restrição do sal na dieta, já que a maior parte desse ingrediente contido nos alimentos é adicionado na fase industrial¹⁰.

O aumento da pressão arterial é um fator de risco importante na morbidade e mortalidade no mundo atual. Constitui-se um fator de risco para doença coronariana e é também um fator de risco

isolado para acidentes vasculares cerebrais. As doenças cardiovasculares, no seu conjunto, são responsáveis por aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo em países ricos e pobres. Entretanto ocorre uma diferença fundamental entre países pobres e ricos em relação à mortalidade por doença cardiovascular⁹.

CONCLUSÃO

Ao concluir este estudo, sobre o diagnóstico de enfermagem em clientes hipertensos atendidos na liga de hipertensão arterial do Hospital Universitário Presidente Dutra, foi possível observar que o controle ineficaz do regime terapêutico foi o diagnóstico mais encontrado, sendo o mesmo constituído de características definidoras e fatores relacionados. Entre as características definidoras temos o sedentarismo encontrado em 18 pacientes, em seguida temos tabagismo encontrado em 16 pacientes, aumento da ingestão de sal encontrado em 13 pacientes, obesidade sendo observado em 16 pacientes, estresse sendo observado em 18 pacientes, alcoolismo sendo referida por 8 pacientes, cafeína sendo referida por

22 pacientes, dislipidemia sendo observada em 10 clientes e sono e repouso prejudicados referidos por 10 pacientes.

Com relação aos fatores relacionados o aumento da pressão arterial foi o mais encontrado sendo observado em 30 pacientes, em seguida temos a cefaléia observada em 18 pacientes, tontura observada em 6 pacientes, diminuição da acuidade visual sendo referida por 9 pacientes e diminuição da ingestão hídrica observada em 10 pacientes.

Em virtude do que foi observado, podemos concluir que o diagnóstico controle ineficaz do regime terapêutico é insatisfatório para atingir os objetivos de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Santos, ZMS, Silva RM. *Hipertensão Arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza: UNIFOR, 2002. 96 p.
- 2 Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4 ed. *Rev Bras. Hipertensão*, 2002; 5.
- 3 Mano R. *Situações especiais na hipertensão arterial*. [Capturado 2004 maio 15]; Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologis.med.br/has/pag2b.htm>.
- 4 Cianciarullo TI, et al. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe, 2002, 398p.
- 5 George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4 ed. Porto Alegre: Art méd; 2000. 380 p.
- 6 Jesus CAC. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicação no planejamento da assistência. *R Saúde Distrito Federal*, 1995; 1(1): jan./jun.
- 7 Carpenito LH. *Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- 8 Beevers D, Macgregor G. *Hipertensão na prática*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 224p.
- 9 Pierin AMG. *Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2004. 372 p.
- 10 Riera ARP. *Conceitos práticos e terapêuticos*. São Paulo: Ateneu; 2000.
- 11 Zanella MT. Obesidade como fator de risco cardiovascular. *R Brás Hipertensão*, 2001 abr/jun Ribeirão Preto; 7(2): 27-35.
- 12 Negão CE, Rodan MVPB. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo de pressão arterial. *R. Bras. Hipertensão*, 2001 abr/jun Ribeirão Preto; 8(1): 89-95.
- 13 Ferreira, SRG, Zanella MT. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. *R. Bras. Hipertensão*, 2001 abr/jun Ribeirão Preto; 7(2): 128-132.
- 14 Dórea EL, Lotufo, PA. Framingham rearty study e a teoria do coninuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. *R. Bras. Hipertensão*, 2001 abr/jun Ribeirão Preto; 8(2): 195-200.

Hipertensão Arterial Sistêmica

Systemic arterial hypertension

Elba Gomid Mochel¹ Daniela Serra de Almeida², Alexandro Ferraz Tobias³,
Renata Fontenelle Cabral³, Rachel Jorge Dino Cossetti³

Resumo: Estudo descritivo exploratório retrospectivo que tem por objetivos identificar o Diagnóstico de Enfermagem mais presente nos pacientes hipertensos atendidos na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário Presidente Dutra – UFMA e elaborar uma proposta de intervenção de enfermagem frente ao diagnóstico identificado. Selecionados 36 prontuários de pacientes que foram atendidos no período de novembro a dezembro de 2003, todos de primeira vez. O diagnóstico controle ineficaz do regime terapêutico foi o mais observado, sendo o mesmo constituído por fatores relacionados (ingesta de café, sedentarismo, estresse, obesidade, aumento da ingesta de sal, dislipidemia, sono e repouso prejudicados, tabagismo e etilismo) e características definidoras (aumento da pressão arterial, cefaléia, diminuição da ingesta hídrica, diminuição da acuidade e tontura).

Descritores: Hipertensão arterial, Diagnóstico de Enfermagem.

Abstract: Descriptive, exploratory and retrospective study with the purpose of identifying the most present nursing diagnosis in hypertension patients assisted at the League of Hypertension of the University Hospital (Federal University of Maranhão) and elaborates a nursing intervention proposal according to the identified diagnosis. It was selected 36 medical records from patients that have been assisted between November and December of 2003 for the first time. The inefficient control of the diagnosis in the therapeutic routine was vastly observed and be formed by related factors (intake of coffee, sedentary lifestyle, stress, obesity, high salt intake, dyslipidemia, sleep and rest harmed, tobacco use and alcoholism) and defining characteristics (high arterial pressure, headache, low water intake, the visual acuity and dizziness).

Keywords: Arterial hypertension, nursing diagnosis.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que acarreta, como as doenças cérebro-vascular, arterial coronariana e vascular de extremidades, além da insuficiência cardíaca e da insuficiência renal crônica¹.

Dá-se reconhecimento à hipertensão como um importante problema de saúde pública^{2,3}. quando se sabe que as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar em causas de morte no Brasil há mais de 40 anos sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhões de internações por ano. Em 2000 as doenças cardiovasculares

corresponderam a mais de 27% do total de óbitos e foram responsáveis por 15,2% das internações realizadas no SUS entre indivíduos de 30 a 69 anos⁴.

A hipertensão arterial sistêmica pode ser definida como o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg ou mais e de pressão arterial diastólica (PAD) de 90mmHg ou mais em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido esses valores encontrados em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião ou em momentos próximos^{1,5}. É então considerada uma síndrome caracterizada por níveis pressóricos elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, podendo causar lesões em órgãos e tecidos⁶.

Inquéritos populacionais bem conduzidos

1. Doutora em Enfermagem Obstétrica. Docente da UFMA.

2. Mestre em Ciências da Saúde. Médica Cardiologista do Hospital Universitário (HU/UFMA).

3. Acadêmicos de Medicina da UFMA.

em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da HAS permanece em patamares preocupantes. Esta prevalência, na população urbana está entre 22,3% e 43,9%⁷, tal amplitude se deve, sobretudo às diferenças raciais, ao envelhecimento populacional, ao peso corpóreo, ao sexo, à ingestão de sal e álcool, e à posição socioeconômica. A maior ocorrência de HAS associada ao envelhecimento parece ser o principal determinante para o acréscimo na prevalência da doença. Entretanto, o aumento da obesidade neste mesmo período também tem contribuído para tal evolução^{6,8}. Estima-se que 30-40% da variação da PA em uma população se deve a fatores genéticos, entretanto, a causa do aumento de pressão arterial na maioria dos pacientes permanece desconhecida. Acredita-se que essa síndrome seja, na realidade, quantitativa, complexa e poligênica^{7,9}.

Ao se caracterizar prevalência de hipertensão em diferentes grupos populacionais, diferenciados pela condição socioeconômica, pode-se supor que existam diferenciais de prevalência decorrentes da diversidade do estilo de vida⁹.

Sabe-se que a hipertensão arterial tem maior frequência de diagnóstico quanto maior a idade do examinando, mas nos grupos etários mais avançados, a prevalência tende a decrescer ou se mantém estável^{5,10}. Isto pode indicar uma seleção da população mais idosa, já tendo morrido a maior parcela dos hipertensos com complicações mais frequentes como acidente vascular ou Infarto agudo do miocárdio.

Em relação à cor, sabe-se dos estudos de prevalência feitos nos Estados Unidos, que os negros têm maior prevalência de hipertensão arterial do que os brancos^{5,10,11, 12}.

A população deste estudo é constituída por pacientes cadastrados, há no mínimo seis meses, no Programa de Hipertensão, maiores de 18 anos e de ambos os sexos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica dado por um médico. Foram excluídos da pesquisa os pacientes com diagnóstico recente de hipertensão arterial e aqueles sem diagnóstico prévio dado por um médico.

O cálculo da amostra foi de acordo com a fórmula¹⁴ $= pq / (E / 1,96)^2$, onde: n é o tamanho mínimo da amostra; p é a taxa máxima de prevalência esperada; $q = 100 - p$; E é a margem de erro amostral tolerado.

Segundo estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial, a prevalência desta doença está entre 22% e 40%⁶. Considerando este valor de 40% como a taxa máxima para a prevalência da HAS, o valor de p é 40. Calculando-se, o valor de q é igual a 60. A margem de erro amostral tolerado foi de 5%. Então, por esta fórmula, o tamanho da amostra seria de 368,8 ou 369 pessoas. Sabendo-se que as cinco Unidades de Saúde com maior número de cadastrados perfaziam três mil pessoas, caso quinze por cento destes fossem estudados, seria alcançada a amostra desejada. Das quarenta e cinco

Quanto à ocupação, renda familiar e escolaridade, que podem ser considerados indicadores de classe social, a hipertensão tem se mostrado mais freqüente em trabalhadores situados nas classes menos favorecidas e com menor escolaridade^{2,11,13}.

Como hipertensão arterial ainda é um dos maiores problemas de saúde pública enfrentados pelas nações tanto industrializadas, como em desenvolvimento, e continua a ser o principal fator para as taxas de mortalidade por cardiopatias¹⁴, um dos desafios ara profissionais de saúde e governos será o de modificar essa realidade². Como a hipertensão não complicada é um transtorno assintomático, muitas pessoas ignoram tê-la. As campanhas nacionais de prevenção e controle têm aumentado o conhecimento público, e a triagem em massa dos pacientes resultou num aumento do reconhecimento do problema, de modo que apenas 30% dos pacientes com hipertensão ignoram o seu diagnóstico¹². Essas campanhas contribuíram para um decréscimo das taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral. Todavia, apenas 50% dos hipertensos estão em programa de tratamento, e apenas 30% têm a pressão controlada em níveis ideais. Devido à natureza assintomática da doença (pelo menos até o desenvolvimento das complicações) e aos efeitos colaterais freqüentemente associados ao tratamento, a instituição da terapia medicamentosa e adesão contínua ao esquema do tratamento são desafios constantes¹¹.

Sabe-se que para direcionar intervenções eficazes para o controle da HA deve-se considerar o perfil sócio-econômico dos doentes e considerando-se a escassez de dados sobre HAS em São Luis – MA nos propusemos a realizar este estudo.

MÉTODOS

Unidades de Saúde que eram contempladas com o Programa de HAS, as que possuíam o maior número de pacientes cadastrados neste Programa eram: Cohatrac – com 1098 pacientes; São Cristóvão – com 488 pacientes; São Bernardo – com 450 pacientes; Bezerra de Meneses (São Francisco) – com 388 pacientes; Bequimão – com 263 pacientes. Assim, a amostra conseguida no período foi de 513 pessoas.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2005, após serem observados os preceitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O parecer substanciado foi concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, recebendo o número 33104-998-2005 (anexo A). A data deste parecer é posterior à data da coleta de dados pelo fato de o parecer ter sido refeito por alteração nos componentes da equipe técnica, quando a pesquisa já tinha sido aprovada pelo mesmo CEP em outro parecer (Processo N°33104-0501/2004).

A coleta foi feita por estudantes do Curso de Medicina, bolsistas de Iniciação Científica, que participaram do projeto desde a sua concepção. Após se apresentarem ao diretor da Unidade de Saúde e com a anuência deste, aguardavam a demanda

espontânea dos hipertensos, nos consultórios. Após assinatura do consentimento livre e esclarecido, respeitando aos princípios éticos legais, era feita a pesquisa que incluía entrevista e aferição de dados antropométricos e da pressão arterial. Houve cuidado para não se repetir a coleta com a mesma pessoa hipertensa caso esta comparecesse à Unidade de Saúde mais de uma vez dentro do período da coleta. Os entrevistadores foram orientados a ler sempre as questões, ao invés de formulá-las à sua própria maneira, para garantir a uniformidade das perguntas. Os dados foram anotados por escrito ou marcados com um "x" e, ao final, codificados pelo entrevistador.

O instrumento de pesquisa foi estruturado de acordo com a bibliografia pertinente e testado pelos pesquisadores em população com características semelhantes à deste estudo. Foi utilizado um questionário padronizado constando de cinquenta

questões: 17 perguntas abertas e 33 perguntas fechadas, além de medidas antropométricas a serem realizadas durante exame físico. A classificação da pressão arterial foi feita de acordo com o "The JNC Report"²; quanto ao índice de massa corporal foi feita a classificação segundo www.who.int.

Para verificação das medidas da cintura e do quadril, foi utilizada fita métrica. A medida da circunferência abdominal foi obtida na altura da cicatriz umbilical e, a do quadril, na altura dos trocânteres femorais, passando pela região mais proeminente das nádegas e respeitando o plano horizontal. Com base nesses dados, foi feito o cálculo do índice cintura-quadril, dividindo-se uma medida pela outra.

Para análise estatística dos dados, foi utilizado o programa Epilnfo 3.3.2. A significância estatística estabelecida foi de 5%.

RESULTADOS

Ao final de seis meses de coleta foram alcançados um total de 513 pacientes, em cinco das maiores Unidades de Saúde Municipais de São Luís. Não houve recusa por parte de nenhum indivíduo para

participar da pesquisa. A receptividade Os profissionais de saúde das unidades foram muito receptivos com os pesquisadores. Uma das dificuldades que os pesquisadores encontraram e que os levou a retornar

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes quanto as características Demográficas e Sociais relacionadas com o controle pressórico – São Luís, MA, 2005.

Variáveis	PAC ¹	%	PANC ²	%	Total	%
Sexo						
Masculino	47	30	106	70	153	29,8
Feminino	123	34	237	66	360	70,2
Faixa Etária						
Entre 18 e 34 anos	7	46	9	54	15	3
35 até 44	18	50	18	50	36	7
45 até 54	43	38	69	62	112	22
55 até 64	50	33	100	67	150	29
≥ 65 anos	52	26	147	74	199	39
Cor da pele						
Branca	44	37	74	63	118	23
Parda	37	33	63	67	110	21,4
Morena	60	30	134	70	194	37,8
Preta	16	19	67	81	83	16,2
Outra Cor	3	37	5	63	8	1,6
Grau de instrução						
Não alfabetizado- Ensino Fundamental incompleto	95	28	236	72	331	64,6
Ensino Fundamental completo – Médio incompleto	25	34	47	66	72	14
Ensino Médio completo – Superior incompleto	45	46	53	54	98	19,1
Ensino Superior completo	5	41	7	59	12	2,3

1: PAC: Pressão Arterial Controlada 2: PANC: Pressão Arterial Não Controlada

Valor de p nas variáveis:

Sexo: p: 0,81

Cor da pele: p: 0,0043

Idade: p: 0,024

Grau de Instrução: p: 0,01

a mesma unidade de saúde várias vezes é que em dia chuvoso não havia hipertensos para consultar e nem para apanhar a medicação prescrita na Unidade. O presente estudo apresenta limitações inerentes ao diagnóstico de pacientes diabéticos, pois não foi feito um diagnóstico pelo médico, nem verificado a glicemia.

A média de idade para o total da amostra foi de $60,3 \pm 12$ anos, com uma proporção de 39% para pacientes com idade maior ou igual a 65 anos, sendo que esta faixa etária também apresentou o maior número de pacientes, 147 (74%), com pressão arterial sem controle ($p < 0,05$). A média das pressões arteriais de todos os pacientes, incluindo mulheres e homens foi de 148/90 mmHg. Em relação ao sexo não foi observado diferença significativa ($P > 0,05$) no controle pressórico, com sexo masculino apresentando 47 (30%) pacientes controlados e sexo feminino 123

Tabela 2 - Características do tratamento realizado pelos hipertensos. São Luís, MA, 2005.

Variável	f	%
Tempo de diagnóstico		
6 a 11 meses	62	12,1
1 a 4 anos	207	40,3
5 a 9 anos	86	16,7
≥ 10 anos	158	31
Níveis pressóricos		
Controlado	170	33,1
Estágio 1	160	31,2
Estágio 2	183	35,7
Adesão ao tratamento		
Sim	385	75
Não	128	25

(34%) conforme Tabela 1. Seguindo-se os dados (tabela 1), observa-se que, dentre as características de cor da pele (referida pelo próprio paciente), 194 pacientes (37,8%) diziam ter a pele de cor morena; 118 (23%) da cor branca; 110 (21,4%) de cor parda, 83 (16,2%) afirmavam ter cor preta e 8 (1,6%) citavam uma outra cor diferente das existentes no questionário. A cor preta mostrou-se a mais relacionada com o descontrole pressórico ($p < 0,05$) apresentando 70 pacientes (81%), de um total de 83, sem controle pressórico. Em relação ao grau de instrução (Tabela 1), 331 (64,6%) eram não-alfabetizados ou pararam de ir à escola no Ensino Fundamental, destes 95 (28%) apresentavam controle da pressão arterial ($P < 0,05$); 72 (14%) pararam de estudar quando estavam no Ensino Médio, 98 (19,1%) pararam no Ensino Superior e 12 (2,3%) haviam concluído o Ensino Superior.

Tabela 3 – Categorização da renda familiar dos pacientes e sua relação com controle pressórico, São Luís, MA, 2005.

Renda familiar em salários mínimos	PAC	%	PANC	%	f	%
Até 1	17	35	31	64	48	9,4
1 a 3	100	30	227	69	327	63,7
4 a 6	36	40	53	60	89	17,3
> 6	9	33	18	66	27	5,3
Não sabe ou não quer informar	8	36	14	63	22	4,3

Valor de p: 0,0013

A tabela 2 mostra as características do tratamento realizado pelos hipertensos incluídos neste estudo. Constata-se que, na população estudada, 62 pacientes (12,1%) diziam ter hipertensão diagnosticada entre 6 meses e 11 meses; 207 (40,3%) tinham o seu diagnóstico entre 1 e 4 anos; 86 (16,7%) foram diagnosticados entre 5 e 9 anos e 158 (31%) já tinham o diagnóstico há mais de 10 anos.

Quanto ao estágio em que suas pressões se encontravam no momento da entrevista, de acordo com o *VII Joint National Committee*, 170 hipertensos (33,1%) estavam com pressão controlada, ou seja, $< 140/90$ mmHg, 160 (31,2%) estavam com a pressão arterial no estágio 1; e 183 pacientes (35,7%) estavam com a pressão no estágio 2.

Quanto à pergunta “Quanto ganham juntas todas as pessoas de sua casa?”, 48 pacientes (9,4%) afirmaram que ganhavam até 1 salário mínimo, 327 (63,7%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos, 89 pacientes (17,3%) disseram ganhar de 4 a 6 salários mínimos e 27 pacientes (5,3%) relataram ganhar mais de 6 salários mínimos. A renda de 1 a 3 salários mínimos foi a mais associada ao descontrole pressórico ($p < 0,05$) apresentando 227 pacientes (70%) com níveis pressóricos alterados (Tabela 3).

Quando a pergunta em questão era a quantidade de pessoas que residem na sua casa incluindo você mesmo, 25 pacientes (4,9%) afirmavam morar sozinho, 171 pacientes (33,3%) residiam com até 2 pessoas, 153 (29,8) com até mais 4 pessoas, 113 (22,1%) pacientes conviviam com mais até mais 6 pessoas e 51 pacientes (5,8%) moravam com até mais de 8 pessoas. A relação entre o número de pessoas residentes em uma mesma casa e o controle pressórico, não se mostrou significativa ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Quando indagados sobre qual a sua ocupação, atua, 162 pacientes (31,3%) responderam ser aposentados, 140 afirmaram (27,3%) ser donas de casa ou do lar, 68 (13,2%) disseram ser autônomos, 48 (9,3%) comerciantes. A relação entre ocupação atual e controle pressórico foi significativa ($P < 0,05$) com 122 (75%) dos pacientes aposentados apresentando pressão arterial sem controle Tabela 5.

Quando foram indagados em relação ao antecedente mórbido pessoal, Diabete Mellitus, foi referido por 105 pacientes (20,5), 402 pacientes (78,4%), negaram a existência da doença e 6 pacientes (1,2%) não tinham informação a respeito.

Tabela 4 – Categorização do número de pessoas residentes em uma mesma casa em relação ao controle pressórico, São Luís, MA, 2005.

Numero de pessoas	PAC	%	PANC	%	f	%
1 pessoa	9	36	16	64	25	4,9
2 – 3 pessoas	56	32	115	68	171	33,3
4 a 5 pessoas	55	36	98	64	153	29,8
6 a 7 pessoas	38	33	76	67	113	22,1
≥ 8 pessoas	17	33	34	67	51	9,9

Valor de p: 0,87

DISCUSSÃO

A análise dos 513 hipertensos revelou que a grande maioria dos pacientes neste estudo (70,2%) era composta por mulheres. Esse dado não parece ser explicado pelo fato de as mulheres terem mais disponibilidade de ir ao serviço médico, pois dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que as mulheres participam igualmente com os homens da força de trabalho¹⁴. Costa e cols, citado por Tavares em 2002, aventaram a possibilidade de que as mulheres seriam mais conscientes que os homens em relação à sua doença e teriam maior adesão ao tratamento, o que pode ser parcialmente corroborado com a presente análise, pois o maior percentual da população masculina situou-se na faixa etária de 60 anos, ao passo que as mulheres tiveram um maior percentual na faixa entre 58 anos, sugerindo que elas têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o auto-cuidado e buscam mais precocemente a assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter HAS diagnosticada e tratada^{10, 15,16}.

Kannel, em 1978, em um estudo mundialmente conhecido e referenciado (*Framingham Study*), concluiu que a pressão sistólica é o mais importante parâmetro para predizer o risco de eventos cardiovasculares dentre os pacientes hipertensos, particularmente após os 60 anos de idade. Isto é um dado valioso, visto que a média da pressão arterial dos indivíduos participantes do presente estudo foi de 148/90 mmHg e a faixa de

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes quanto à presença de diabetes, São Luís, MA, 2005.

Paciente Diabético	f	%
Sim	105	20,5
Não	402	78,3
Não Sabe	6	1,2

idade igual ou maior que 60 anos, demonstrando que a pressão sistólica está um pouco mais elevada do que a diastólica, em relação à linha de base preconizada (< 140/90mmHg), o que poderia “predizer” que os hipertensos avaliados têm chances de sofrer eventos cardiovasculares se não tratados adequadamente¹⁷. O controle da pressão arterial, abaixo de valores de 140/90mmHg, como recomenda o VII JNC e os principais consensos nacionais, mostrou-se abaixo das expectativas. Apenas 33,1% dos hipertensos analisados mostravam-se com níveis tensionais dentro

da normalidade apesar de estarem freqüentando o programa de hipertensão arterial e supostamente estarem tomando a medicação prescrita. Dados internacionais também mostram um pobre controle da hipertensão arterial, como, por exemplo, o estudo 3 C (*Three City Study*) realizado na França, em 2006, que demonstrou uma taxa de controle da pressão arterial de 38%, representando um número ainda baixo, porém mais elevado do que muitos estudos em outros países.

Tabela 5 – Distribuição do pacientes por ocupação atual, relacionados com controle pressórico, São Luís, MA, 2005.

Ocupação Atual	PAC	%	PANC	%	f	%
Aposentado	40	25	122	75	162	31,6
Autônomo	27	40	41	60	68	13,2
Comerciante	20	42	28	58	48	9,3
Desempregado	14	64	8	36	22	4,3
Do Lar	44	31	96	69	140	27,3
Empregada Doméstica	16	51	15	49	31	6,2
Funcionário Público	3	33	6	67	9	1,7
Garçom	4	44	5	56	9	1,7
Professor	7	47	8	53	15	2,9
Profissional de saúde	3	60	2	40	5	1
Trabalho Informal	3	75	1	25	4	0,8

Valor de p: 0,07

Esse pequeno incremento nas taxas de controle foi atribuído à forma de organização do sistema de saúde francês, onde todos os pacientes têm direito a ir ao especialista sem antes passar pelo generalista; além disso, parte do dinheiro gasto em medicamentos é reembolsado através da assistência pública de saúde¹⁷. Todavia, alguns dados brasileiros mostram índices de controle maior que o encontrado no presente estudo. Fuchs e cols¹⁸ encontraram 35,5%

dos hipertensos controlados num estudo realizado no Rio Grande do Sul¹⁸.

Pacientes de cor branca apresentam menor prevalência de hipertensão arterial, segundo Zaitune e cols¹⁹. No presente estudo a cor mais auto-referida foi a morena que, apesar, de não aparecer na classificação do IBGE foi incluído no questionário, pois foi a cor mais citada na fase de teste do instrumento deste estudo²⁰. A cor autoreferida, morena, foi encontrada em 37,8% dos entrevistados, corroborando com as pesquisas encontradas na literatura¹⁹. Kramer et al¹², no estudo Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) investigando a associação entre etnia e hipertensão baseado nas populações afroamericanas e brancas dos Estados Unidos, também encontraram alta prevalência de afro americanos com hipertensão quando comparados com brancos.

Ainda em relação a cor foi encontrado associação significante (81%) de pressão arterial descontrolada e a cor preta corroborando com os dados da literatura mundial como o estudo MESA¹². Segundo o V Consenso Brasileiro de Hipertensão o aumento pressórico é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas¹, Freitas e cols¹⁶ relata que a etnia negra é um forte fator predisponente à HAE (Hipertensão Arterial Essencial), deixando as pessoas afro-brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca.

Pessoas de etnia negra parecem apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento da HAE. Na década de 70, 35% dos homens brasileiros e igual proporção das mulheres não tinham nenhuma instrução ou tinham cursado menos de um ano escolar. Em 2002 cerca de 12% dos homens e das mulheres apresentavam nível de escolaridade elementar⁷. No presente estudo a maioria dos pacientes 64,6%, apresentavam-se sem nenhuma instrução e destes apenas 28%, apesar de receberem tratamento, tinham a pressão arterial controlada. Este achado é importante, pois as campanhas de tratamento de Hipertensos são aplicadas por meio de folhetos e cartilhas explicativas, e a falta de instrução dificulta e muitas vezes impossibilita a adesão ao tratamento.

Diferentes estudos com hipertensos divulgam situação de escolaridade parecida. Peres estudando atitudes e crenças de portadores de HAS observou que 84% dos sujeitos informavam não terem ultrapassado o ensino básico²⁰. Reis e Glashan²² na cidade de Campo Grande-MS entre 83 pacientes observaram o nível predominante de instrução entre os hipertensos foi o ensino fundamental.

Divulga-se que o grau de instrução é uma variável que está relacionada a compreensão do indivíduo acerca do que é uma doença crônica não-transmissível, os fatores de risco que contribuem para sua instalação e do significado atribuído as orientações sobre alimentação, hábitos de vida e seus efeitos sobre a saúde.²¹

Assim, alguns autores referem que quanto maior o grau de instrução do indivíduo, maior será o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Já Freitas e cols¹⁹, citam que os indivíduos com baixo grau de Instrução apresentam menos informação de como prevenir as doenças, e isso faz com que tenham o nível de adesão ao tratamento medicamentoso diminuído.

Diversos autores^{7, 21, 22} citam que a dificuldade financeira conduz os indivíduos a ter menores chances de aquisição de medicamentos essenciais ao tratamento, bem como menores chances de uma alimentação mais saudável, além da dificuldade de acesso às consultas periódicas. Lima, Bucher e Lima, citados por Garcia⁷, reforçam essa situação em que o fator econômico era uma situação que impedia a liberdade para escolher alimentos mais adequados entre hipertensos, conduzindo a hábitos não-saudáveis, interferindo indiretamente nos valores pressóricos.

Foi encontrado neste estudo uma maior incidência de pacientes com renda de até 3 salários mínimos (63,7%), com um número de residentes na mesma casa de 3 a 5 pessoas predominantemente, podendo essa renda estar relacionada com a classe social menor. Garcia⁷ enfatiza que pode existir relação entre classe social e hipertensão arterial, tendo

episódio maior entre os economicamente menos privilegiados cuja concentração de bens materiais é menor, havendo com isso uma repressão na vida social influenciando nos valores de pressão arterial, o que se confirma neste estudo, visto que 69% dos pacientes com até 3 salários mínimos apresentavam pressão arterial sem controle.

Em relação à atividade ocupacional, Castro²³, relata que o trabalho da vida contemporânea se transforma em uma rotina, quando o indivíduo necessita exercer horários, realizar tarefas com destreza e precisão, instituir vínculos de caráter prático entre os colegas para que a produção do grupo seja competente e com qualidade.

Independente do tipo de ocupação há relatos que certos tipos de ocupações podem proporcionar o surgimento de doenças psicossomáticas tais como HAS. Portanto, o trabalho, quando exercido sob pressão psicológica ou física e/ou com grandes cargas aumenta os riscos de incidência de doenças²³.

A casuística deste trabalho mostra que um terço dos pacientes, entre homens e mulheres, relatavam atualmente serem aposentados (31,6%), destes 88,9% apresentam renda de até 3 salários mínimos. A segunda ocupação atual mais referida foi ser dona de casa (27,3%) aqui denominada do lar, estas pacientes por sua vez não apresentam renda e sobrevivem com a renda do cônjuge ou demais moradores de sua casa.

Simonetti, Batista e Carvalho, citados por Garcia⁷, e Mac Fadden e Ribeiro²² estudando homens e mulheres hipertensos atendidos em diferentes serviços no interior de São Paulo observaram que a maioria das mulheres informavam ser donas de casa e a maioria dos homens ser aposentados, semelhante ao presente estudo. Provavelmente, em decorrência da maioria dos estudos terem sido realizados em serviços públicos que abrigam um grande contingente da população com baixo poder aquisitivo, cuja oportunidade de tratamento se dá nestes centros de saúde^{7, 23}, é importante ressaltar que os aposentados, entre homens e mulheres, apresentaram nesta amostra a ocupação com maior dificuldade de controle pressórico, apenas 25% dos pacientes controlados. Este achado pode estar associado ao trabalho anterior à aposentadoria, que teria deixado conseqüências devido ao estresse e fatores ambientais ou ainda a idade destes pacientes que normalmente encontram-se com idades acima de 55 anos^{15, 24}.

Apesar deste estudo não realizar inferências a respeito da relação entre diabetes e hipertensão, foi perguntado nos antecedentes mórbidos pessoais se o paciente sabia ter diabetes. Da amostra total do trabalho 20,5% dos pacientes disseram ser diabéticos. Estes resultados reafirmam a relação entre pacientes com Diabetes mellitus e o aumento da pressão arterial^{1, 2, 3, 5, 6, 9, 16}.

Na etiologia da hipertensão encontra-se a herança genética e outros fatores de natureza sócio-ambiental, resultantes do modo de viver, que envolvem hábitos culturais, tais como os alimentares, consumo

de bebidas alcoólicas e tabagismo, formas de trabalho e de desgaste físico, além do estresse da vida cotidiana. Assim, ao tentar caracterizar a prevalência da hipertensão em diferentes grupos populacionais,

diferenciados pela condição socioeconômica pode-se suor que exista diversidade de qualidade de vida, caracterizando dessa forma a dimensão social da morbidade ⁹.

CONCLUSÃO

Identificou-se em hipertensos que freqüentam programas de hipertensão arterial da rede básica de saúde em São Luis que um terço tinha a pressão arterial controlada. A idade, a cor da pele e a escolaridade se relacionaram com o descontrole da pressão arterial. A variável sexo não foi significativa para o descontrole da pressão.

A realidade dos pacientes deste estudo não difere da realidade de outros pacientes em estudos em outras regiões do país, apresentando dificuldades muito próximas como dificuldade financeira, acesso

restrito a educação, dificultando a realização das metas de tratamento, preconizadas atualmente.

Com a posse desses dados, as instituições que atendem essa clientela hipertensa poderiam alcançar alto nível de atendimento desses pacientes, com aprimoramento de suas atividades, maior rentabilidade dos serviços, redução das internações e atendimentos emergenciais, minimização dos custos sociais como absenteísmo, auxílio doença e aposentadorias precoces e, por fim, um aumento da oferta à demanda reprimida.

REFERÊNCIAS

- 1 5 Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*; 2006.
- 2 Duncan BB, Foppa M. Tópicos de epidemiologia clínica para o tratamento de hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*; 2002; 9 (1): 35-40.
- 3 Lotufo PA, Dórea EL. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens*; 2004; 7 (3): 86-89.
- 4 Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*; 2003;1: 7-19.
- 5 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA*; 2003; 289 (19): 2560-71.
- 6 Dias SR. Identificação e estratificação dos fatores de risco para doença cardiovascular. *Journal of Hypertensions* suplemento em português, 2003;3-7.
- 7 Garcia SM. *Hipertensão arterial, aspectos da sexualidade, socioepidemiológica e clínicos*. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004. 110p. Falta completar esta referência.
- 8 Miranda RD, Perrotti TC. Como reduzir a pressão arterial. *Rev Bras Hipertensão*, 2002; 9 (1): 75-80.
- 9 Martins IS, Marucci MFN, Velásquez-Meléndez G, Coelho LT, Cervato AM. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil. III – Hipertensão. *Rev Saúde Pública*, 1997; 31(5).
- 10 Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. *Arq Bras Cardiol*, 2006; 86 (3): 219-222.
- 11 Ruilope LM, Schiffrin EL. Blood pressure control and benefits of antihypertensive therapy. Does it make a difference which agents we use? *Hypertension*, 2001; 38 (2): 537-542.
- 12 Kramer H, Han C, Post W, Goff D, Diez-Roux A, Cooper R, et al. Racial/Ethnic Differences in Hypertension and Hypertension Treatment and control in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *American Journal of Hypertension*, 2004; 17: 963-970.
- 13 World Health Organization & International Society of Hypertension. Guidelines for management of hypertension. *J Hyperten*, 1999; 17: 151-183.
- 14 J.P Vaughan, R.H. Morrow. *Epidemiologia para os Municípios: manual para gerenciamento de distritos sanitários*. 3. ed. São Paulo: UCITEC; 2002 .
- 15 Freitas JB, Tavares A, Kohlmann JO, Zanella MA, Ribeiro AB. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. *Arq Bras Cardiol*, 2002; 79(2): 117-22.
- 16 Muxfeldt ES, Nogueira AR, Salles GF, Bloch KV. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine

- outpatient clinico of a university hospital in Rio de Janeiro. *São Paulo Medical Journal*, 2004;122 (3); 87-93.
- 17** Kannel WB, McGee DL. Systolic blood pressure, arterial rigidity, and risk of stroke. The Framingham Study. *JAMA*, 1981; 245 (12).
- 18** Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. *Arq Bras Cardiol*; 63:473-9, 1995.
- 19** Zaítune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22 (2): 285-294.
- 20** Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PNAD – 2005. [capturado 2006 out 30]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatística.htm>.
- 21** Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37 (5): 635-642.
- 22** Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos: percepção da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2001; 9(3): 51-57.
- 23** Castro VD. *Saúde mental: manifestações do estresse no cotidiano do hipertenso*. [Dissertação], Ribeirão Preto: Universidade São Paulo; 100p.
- 24** Mac FMAJ, Ribeiro AV. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. *Rev Ass Med Brasil*, 1998; 44 (1): 4-10.

Hábitos de vida de idosos hipertensos

Life habits of elderly with arterial hypertension

Edlayne Castro Amorim¹, Maria Lúcia Holanda Lopes²,
Sirliane Sousa Paiva³, Liberata Campos Coimbra⁴

Resumo: Trata-se de um estudo descritivo com os objetivos de delinear o perfil socioeconômico dos idosos hipertensos e conhecer seus hábitos de vida. Foram entrevistados 59 clientes idosos cadastrados na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital Universitário – UFMA. Notou-se que a maioria dos hipertensos da amostra tinha entre 60 e 69 anos, do sexo feminino, raça negra, de baixa escolaridade e de baixa renda. Foi observado um aumento de pacientes com pressão sob controle, comparando-se os níveis pressóricos da primeira e da última 45,8% dos idosos assumem sua condição de idoso, embora o envelhecimento esteja relacionado com muitas perdas. 71,2% referiram seguir o tratamento medicamentoso. Apenas 42,4% dos idosos praticam alguma atividade física e os principais motivos entre os sedentários são outros problemas de saúde, principalmente físicos. Todos os indivíduos da pesquisa referem seguir pelo menos uma orientação alimentar, a maior adesão se deu nas orientações sobre a alimentação hipossódica e hipolipídica. Percebe-se que esta população tem pouco conhecimento sobre sua patologia e tratamento, embora tenham se demonstrado determinados apesar de suas limitações..

Descritores: Hábitos de vida; Hipertensão Arterial; Idosos.

Abstract: It is a descriptive study in order to delineate socioeconomic profile of hypertensive elderly and know their life's habits. 59 elderly patients were registered in the League of Hypertension of the University Hospital President Dutra was interviewed. It was noticed the most of the hypertensive people were between 60 and 69 years, female, black, low educational and low income. When was compared the pressures level of the first and last consultation, it was noticed a increase of patients with a controlled arterial pressure. 45,8% of aged take their elderly condition, although the aging is related with losses. 71,2% of them said following the medicamentous treatment. Just 42,4% of aged practice some physical activity and the main reasons among the sedentary ones are other health problems, specially physical problems. All of them that participated of the research said following one nutritional guidance at least, the most of the aged shared because of the feeding hyponatrum and hypolipidic. It realize that the aged don't know about their pathology and treatment, although they have been determined in spite of their limitations.

Keywords: Life habits; High blood pressure; Aged.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma patologia de caráter multígeno e multifatorial que pode ser catalogada entre as doenças crônico-degenerativas e, quando não tratada adequadamente, acarreta danos ao organismo, principalmente ao coração, rins e sistema nervoso¹.

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares. Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana².

A prevalência de hipertensão arterial na população geral brasileira está em torno de 20% e, entre os idosos chega a 65%. Considerando que a população idosa > 60 anos, segundo a OMS, corresponde a 10% da população total brasileira, e em 2025, essa população chegará a 14%, teremos entre 20 e 21 milhões de idosos hipertensos^{3,4}.

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade e tem sido considerada uma das conseqüências do envelhecimento. Além do que, a idade avançada está associada a menores taxas de controle da

1. Enfermeira, Pós-graduanda em Saúde da Família-UFMA.

2. Mestre em Enfermagem-UFMA. Docente da UFMA.

3. Doutora em Enfermagem-UFMA. Docente da UFMA.

4. Doutora em Políticas Públicas-UFMA. Docente da UFMA.

hipertensão².

Diversos estudos têm demonstrado o benefício do tratamento anti-hipertensivo independentemente da idade, da raça, do sexo e dos medicamentos utilizados. Além da redução da Pressão Arterial (PA), o tratamento tem se demonstrado eficaz na redução do risco cardiovascular e na prevenção, à medida que os níveis pressóricos diminuam⁵.

O tratamento anti-hipertensivo inclui modificações no estilo de vida e uso de medicamentos. Estilo de vida seria a maneira de viver relacionada à adoção de hábitos, costumes, crenças e valores específicos, determinados principalmente pela consciência do indivíduo⁶.

Alguns autores consideram que modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário da UFMA, localizado na cidade de São Luís-MA, no mês de outubro de 2005.

A amostra do estudo foi constituída por todos os idosos atendidos e cadastrados no local de realização do estudo no período de realização deste, totalizando 59 pacientes.

Em sua fase inicial, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUUFMA. O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um

Assim, parece ser muito difícil mudar hábitos, sendo necessária, portanto, as orientações profissionais no sentido de tentar melhorar o estilo de vida dos pacientes^{7,8}.

Apesar das evidências sobre as vantagens do tratamento anti-hipertensivo, 75% a 92% dos hipertensos em tratamento não mantinham a pressão arterial controlada, o que foi explicado pelo não-cumprimento do tratamento à longo prazo, tanto em modificações do estilo de vida quanto ao seguimento da prescrição terapêutica^{9,10}.

Diante do exposto e da experiência vivida na Liga de hipertensão, percebemos que os idosos apresentam dificuldades em controlar a hipertensão arterial. Objetivamos com esse estudo: delinear o perfil sócio-econômico dos idosos hipertensos e conhecer seus hábitos de vida.

formulário contendo perguntas fechadas, agrupadas em perfil biológico, sócio-econômico, hábitos de vida e tratamento.

A coleta de dados foi realizada enquanto os pacientes aguardavam as consultas na sala de espera. Antes da realização da entrevista, foi apresentado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados obtidos foram catalogados em planilha do Excel e serão apresentados em frequências absoluta e relativa, na forma de tabelas.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 59 idosos, sendo 72,9% destes do sexo feminino e 27,1%, masculino. Quanto à raça, se distribuíram da seguinte forma: 39% de negros, 30,5% pardos e 30,5% brancos. A faixa etária predominante foi dos 60 aos 69 anos, com 57,6%.

Quanto à escolaridade, o grupo mostrou ter poucos anos de estudo, sendo que 54,2% dos idosos não concluíram o ensino fundamental e 15,3% eram analfabetos. Economicamente, 76,4% recebiam até 1 salário mínimo, este oriundo predominantemente de aposentadoria ou pensão.

Na ocasião da primeira consulta, apenas 10,2%

estavam com a pressão arterial em níveis aceitáveis. Já na última consulta, esse percentual aumentou para 37,3% (Tabela 1).

Em relação ao envelhecimento: 44,4% o consideram um processo natural da vida; 18,5% perda das forças; 7,4% o relacionam com doenças e 3,7% com a perda do respeito das pessoas (Tabela 2). Sendo que 72,9% dos idosos referem não necessitar de ajuda para se locomoverem ou executar tarefas leves.

A maioria (71,2%) dos idosos disse seguir a prescrição médica adequadamente, embora o esquecimento seja um problema citado por 76,5%

deles (Tabela 3). A medicação usada é distribuída gratuitamente para 62,7% dos participantes da pesquisa, os demais têm que comprar porque seus remédios não são distribuídos pela farmácia básica do SUS.

Tabela 1 – Distribuição das respostas referentes aos níveis pressóricos na primeira e última consulta. Liga de Hipertensão Arterial do HUUPD. São Luís, 2005.

Nível pressórico	Primeira consulta		Última consulta	
	n	%	n	%
Ótimo	05	8,5	14	23,7
Normal	05	8,5	06	10,2
Limítrofe	01	1,7	02	3,4
Estágio I	12	20,3	17	28,8
Estágio II	17	28,8	09	15,2
Estágio III	11	18,6	06	10,2
Sistólica isolada	08	13,6	05	8,5
Total	59	100,0	59	100,0

A principal mudança nos hábitos de vida ocorrida após o diagnóstico da hipertensão foi à modificação da alimentação que foi citada por 83% dos participantes (Tabela 4). A atividade física era praticada por 42,4%, sendo que 84% destes realizavam caminhada. E entre aqueles que não praticavam atividade física, o principal motivo para esse sedentarismo são outros problemas de saúde (41,2%) (Tabela 5).

O perfil alimentar destes idosos constitui-se a seguir: 89,8% seguem uma alimentação hipolipídica; 84,7% dieta hipossódica; 79,6% ingerem frutas e verduras; 39% preferem carnes brancas e magras; 33,9% não ingerem cafeína e 18,7% usam chás (gráfico 1).

Tabela 3 – Distribuição das respostas quanto ao uso da medicação. Liga de Hipertensão Arterial do HUUPD. São Luís, 2005.

Uso da medicação	n	%
Segue prescrição		
Não	17	28,8
Sim	42	71,2
Total	59	100,0
Freqüência de esquecimento		
Às vezes	13	76,5
Com freqüência	04	23,5
Total	17*	100,0

* O n da resposta relativa à freqüência de esquecimento é 17, em virtude de ser condicionado à resposta negativa na questão anterior.

Tabela 4 – Distribuição das respostas referentes às mudanças ocorridas após o diagnóstico de HA. Liga de Hipertensão Arterial do HUUPD. São Luís, 2005.

Mudanças após o diagnóstico de HA	n	%
Nenhuma	02	3,4
Modificações na alimentação	49	83,0
Uso de remédios	09	15,3
Parar de fumar e/ou beber	02	3,4
Outras	13	22,1
Total	75	127,2

* O n da resposta acima é 75, em virtude dos idosos hipertensos terem apresentado mais de uma resposta.

Tabela 2 – Distribuição das respostas quanto ao significado de envelhecer. Liga de Hipertensão Arterial do HUUPD. São Luís, 2005.

Significado de envelhecer	n	%
Perder as forças	05	18,5
Perder o respeito das pessoas	01	3,7
Ter várias doenças	07	26,0
Processo natural da vida	12	44,4
Outras	02	7,4
Total	27*	100,0

O N é 27, em virtude de ser condicionado à resposta positiva à pergunta sobre a sensação de ser idoso.

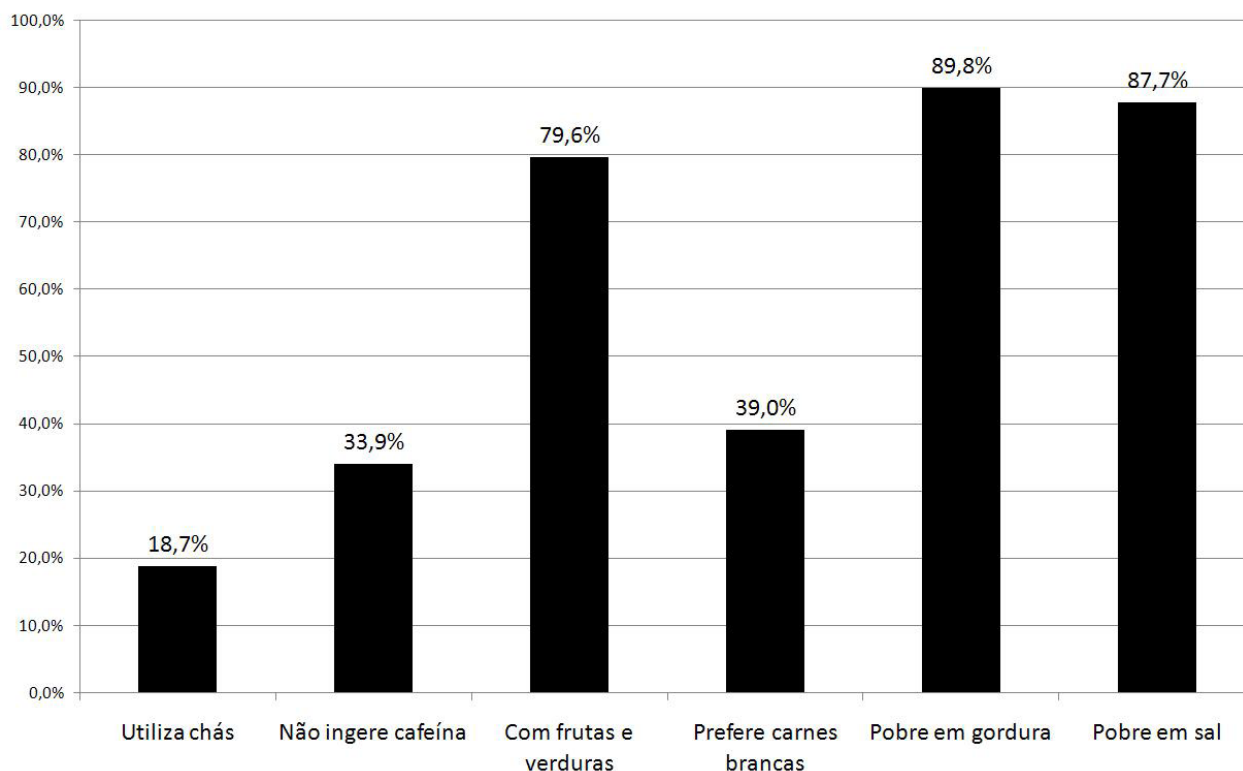
Tabela 5 – Distribuição das respostas quanto à prática de atividade física, o tipo e o motivo para não realizar. Liga de Hipertensão Arterial do HUUPD. São Luís, 2005.

Variáveis	n	%
Prática de atividade física		
Sim	25	42,4
Não	34	57,6
Total	59	100,0
Tipo de atividade		
Caminhada	21	84,0
Natação	02	8,0
Outras	02	8,0
Total	25*	100,0
Motivo para não praticar atividade física		
Não tem tempo	05	14,6
Não tem companhia	02	5,9
Problemas de saúde	14	41,2
Preguiça	04	11,8
Outros	09	26,5
Total	34	100,0

* O n da resposta relativa ao tipo de atividade é 25, em virtude de ser condicionado à resposta positiva na questão anterior.

** O n da resposta relativa ao motivo para não praticar atividade física é 34, em virtude de ser condicionado à resposta negativa na primeira questão.

Gráfico 1 – Distribuição das respostas referentes aos hábitos alimentares dos idosos hipertensos. Liga de Hipertensão Arterial do HUUPD. São Luís, 2005.



DISCUSSÃO

Neste estudo constatamos a predominância de mulheres, o que pode ser explicado pelos níveis pressóricos serem mais elevados nas mulheres após os 45 anos ou mesmo por estas serem mais conscientes que os homens em relação à doença e, por este motivo, procuram mais o serviço de saúde¹¹.

A prevalência de hipertensão na raça negra tem sido foco de vários estudos. Sendo que nesta raça, os níveis pressóricos são maiores quando comparados com outras raças¹¹.

Observou-se baixo nível escolar e econômico entre os idosos da pesquisa, configurando-os como uma população de baixo nível sócioeconômico. Alguns estudos afirmam que esta situação relaciona-se com um perfil cardiovascular desfavorável com: níveis de pressão mais elevados, maior incidência de lesões-alvo e maior ocorrência de eventos cardiovasculares¹¹.

Embora tenhamos observado um aumento no percentual de hipertensos com a pressão arterial sob controle em relação à primeira consulta, essa taxa ainda é insatisfatória. No entanto, outros estudos também têm observado menores taxas de controle entre os idosos^{12,13}. Quando questionados sobre a

sensação de ser idoso, a maioria dos participantes do estudo, não assumiu sua condição, e a caracterizaram como um processo natural da vida e de muitas perdas, relacionando-a com sentimentos de tristeza, solidão, limitações e dor¹⁴.

Embora tenhamos observado um alto percentual de idosos que seguem a prescrição médica, deve-se atentar também para a alta taxa de esquecimento. A cronicidade e a assintomatologia da hipertensão podem desmotivar os pacientes⁸.

A prática de atividade física constitui-se num desafio para os profissionais de saúde, principalmente quando os pacientes são idosos. Embora os benefícios da prática regular de exercícios físicos sejam conhecidos pelos pacientes, muitos são sedentários e dão como principal justificativa a “falta de vontade”. Neste estudo, o principal motivo foram outros problemas de saúde, o que constitui uma limitação^{15,16}.

Conforme o exposto, este grupo populacional, em virtude de suas limitações apresenta uma baixa adesão ao tratamento. Necessitam de atenção de uma equipe multidisciplinar e de ações especiais baseadas em suas dificuldades e sentimentos.

REFERÊNCIAS

1. Santos, LM.; SILVA, RM. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza: Unifor, 2002.
2. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, 5. 2006.
3. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, 4. 2002.
4. Soares, A. de M.; FILHO, WJ. Hipertensão arterial no idoso. In: PIERIN, AMG. *Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole, 2004: 221-244 p.

5. Pozzan, R et al. O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial. *Rev. Bras. Hipertensão*, out/dez 2003;10(4):253-259 p.
6. Oliveira, SC. Conceitos e generalizações sobre qualidade de vida. *Rev. do Centro de Ciências da Saúde*, Fortaleza, jan-mar/2002;15(1):1-7 p.
7. Lopes, HF. Barreto-Filho, JAS. Riccio, GMG. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, jan./ fev. 2003;13(1):148-152 p.
8. Péres, DS. Magna, JM. Viana, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública*, 2003; 37(5):635-642 p.
9. Pierin, AMG. Gusmão, JL. Carvalho, L.V.B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão. *Rev. Hipertensão*, 2004; 7(3):100-103 p.
10. Fuchs, SC. Castro, MS. Fuchs, FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev. Hipertensão*, 2004; 7(3): 90-93 p.
11. Brandão, AP. Brandão, AA. Magalhães, MEC. Pozzan, R. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, jan/ fev. 2003; 13(1): 7-16p.
12. Barreto, ACP. A associação medicamentosa no controle da hipertensão arterial. *Jornal da Hipertensão Arterial*, São Paulo, ago. 2002; 1(2):13-17 p.
13. Dórea, EL. Lotufo, PA. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Soc. Bras. Hipertensão*, 2004; 7(3): 86-89 p.
14. Cruz, FLC. da. *A percepção do idoso sobre o processo de envelhecimento e sua influência no contexto familiar*. Monografia de graduação em Enfermagem – UFMA, São Luís, 2003.
15. Amorim, AMM. *Dificuldades dos hipertensos em aderir ao tratamento*. Monografia de graduação em Enfermagem – UFMA, São Luís, 2004.
16. Simonetti, AMG. Batista, L. Carvalho,LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, mai./jun. 2002; 10(3):415-422p

Intervenção da terapia ocupacional junto a pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: uma revisão

Intervention of occupational therapy with patients of chronic kidney disease in hemodialytic treatment: one revision

Milady Cutrim Vieira¹, Ana Karina Teixeira Cunha França², Isabela Leal Calado³,
Joyce Santos Lages⁴, Natalino Salgado Filho⁵

Resumo: A doença renal crônica impõe rigoroso e prolongado tratamento gerando no paciente, diversos sentimentos e limitações. Este artigo tem por objetivo descrever a atuação do Terapeuta Ocupacional diante de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico e demonstrar seu papel frente à busca de melhorias da qualidade de vida destas pessoas. Para isso, serão relatadas atividades desenvolvidas, comumente, por um Terapeuta Ocupacional em Serviço de Hemodiálise. Este estudo abre espaço para discussões acerca deste novo campo da Terapia Ocupacional e fornece subsídios que permitem aperfeiçoar e ampliar tal atuação.

Descritores: Terapia ocupacional; Doença renal crônica; Hemodiálise; Intervenção.

Abstract: The chronic kidney disease imposes a severity and a long treatment, generating in the patient several feelings and limitations. This article was written in order to describe the occupational therapist performance when dealing with chronic kidney disease people in hemodialysis treatment, and demonstrate his importance to look for improvement quality life to these people. For this, will be described the activities developed by a occupational therapist in Hemodialysis Work. The study makes good opportunities to discuss about that new area of Occupational Therapy and gives subsidies that allows to improve and extend this performance.

Keywords: Occupational therapy; Chronic kidney disease; Hemodialysis; Intervention.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como presença de dano renal ou diminuição da função renal por três ou mais meses.¹ Está classificada em cinco estágios clínicos. Na fase mais avançada, o estágio 5, quando o ritmo de filtração glomerular atinge níveis inferiores a 15 ml /min, o rim não consegue realizar suas funções básicas e a partir deste estágio passa a ser insuficiente para a sobrevivência do paciente, sendo necessário iniciar uma terapia de substituição como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal.

O Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são as principais causas da Doença Renal Crônica em estágio avançado no Brasil e no mundo².

A DRC apresenta-se como um grande problema de saúde pública que vem assumindo importância global.³ No Brasil, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, ocorreu um incremento de 39,75% dos casos de pacientes em programas de diálise no período de 2000 a 2006. A prevalência de pacientes mantidos em programas de diálise

corresponde a 70.872 indivíduos, sendo 90,7% submetidos ao tratamento hemodialítico.³

O tratamento da DRC é oneroso. O gasto com o programa de diálise e transplante renal, no Brasil, situa-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano (Romão Júnior, 2004). Estima-se que 95% dos tratamentos dialíticos são financiados pelo Sistema Único de Saúde.⁴

Dentre as terapias substitutivas a hemodiálise constitui a modalidade mais utilizada. O processo de hemodiálise consiste na depuração do sangue através de um sistema sanguíneo extra-corpóreo intermediado pela membrana de um dialisador, que funciona como um rim artificial. É, normalmente, realizada em três sessões semanais com duração de quatro horas.⁵

No contexto do tratamento hospitalar os pacientes são submetidos aos mais variados procedimentos técnicos, exames invasivos, medicações intravenosas, curativos, cirurgias, imobilizações temporárias de pequena ou grande parte do corpo (imposto pela

1. Especialista em Fisiologia do Exercício e Atividade Física no Envelhecimento. Terapeuta Ocupacional do Serviço de Nefrologia do HUUFMA.

2. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da UFMA.

3. Mestre em Ciências da Saúde. Nutricionista do Serviço de Nefrologia do HUUFMA.

4. Especialista em Enfermagem Cardiovascular. Enfermeira Gerente do Serviço de Nefrologia e Cirurgia Cardíaca do HUUFMA.

5. Doutor em Nefrologia. Docente da UFMA.

própria doença ou tratamento), e outros, muitas vezes dolorosos e estressantes.⁶

Entretanto, é importante ressaltar que todos são tratamentos para aliviar os sintomas do paciente e preservar sua vida, mas nenhum deles possui caráter curativo.⁷ E todas as modalidades de TRS estão associadas a modificações psíquico-sociais consideráveis.

Impacto psicossocial da hemodiálise

A hospitalização, assim como a dependência de um tratamento, é uma experiência potencialmente traumática, que pode causar impacto considerável no cotidiano do indivíduo e de sua família. Promove confronto com situações de dor, apatia, inatividade, regressão nas aquisições do desenvolvimento infantil, desorganização na realização das atividades de vida diária, escolar e de lazer, além de limitações funcionais.⁸

Carneiro⁹ refere que a terapêutica hemodialítica envolve uma complexa equação cujos principais termos são: um paciente sofrendo de uma doença grave e crônica, a insuficiência renal, os profissionais e a máquina. A DRC impõe rigoroso e prolongado tratamento, muitas vezes representa a perda do corpo saudável e ativo, perda de autonomia, perdas sociais (emprego, estabilidade econômica, limitação de atividades), mudança de papéis familiares, alterações da vida afetiva, relação de dependência (profissionais de saúde, familiares, máquina de HD).

De acordo com Guimarães⁶, a doença e todo o stress gerado pelo tratamento podem levar os pacientes a desencadarem diferentes sentimentos (medo, insegurança, ansiedade), ficarem deprimidos, com auto-estima baixa e sensação de inutilidade, pois

são afastados de suas relações cotidianas, ficam ociosos, com toda atenção voltada para a doença. Todos estes fatores, isolados ou somados, podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes.

A incerteza sobre o curso da doença relaciona-se, muito frequentemente a dificuldades funcionais, afetivas, comportamentais e sociais; em consequente, a graus variados de dificuldades na execução das atividades de vida diária; trabalho e lazer.¹⁰

Desta forma, terapeutas ocupacionais assumem importante papel no processo de tratamento de pessoas com DRC em tratamento dialítico.

A terapia ocupacional na hemodiálise

Constituem objetivos da Terapia Ocupacional com pacientes em hemodiálise: promover a habilidade de desempenho em atividades diárias; incentivar funções práticas; resgatar atividades sociais, de modo que o indivíduo possa continuar com sua vida produtiva.¹⁰

Neistadt e Crepeau¹¹ descrevem as áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária (AVD's) correspondem à higiene oral e sanitária: tomar banho, se arrumar, alimentar-se, vestir-se, cuidado próprio, manutenção da saúde, socialização, mobilidade funcional e comunitária; atividades profissionais e produtivas que se refere à administração da casa, cuidado com roupa, limpeza, preparação da comida, fazer compras, manutenção do domicílio e cuidar dos outros; atividades educativas e vocacionais (exploração vocacional, aquisição de um trabalho, planejamento da aposentadoria, participação voluntária); atividades de diversão e lazer com exploração do lazer e diversão, além da execução de jogos.

MÉTODOS

É atribuição do Terapeuta Ocupacional, realizar avaliação e intervenção nos efeitos do processo de hospitalização, promovendo estratégias de superação dos problemas com conseqüente adaptação ao espaço hospitalar, através de atividades terapêuticas ocupacionais que favorecem situações prazerosas, criativas, inovadoras e mudanças comportamentais.⁸

Um das abordagens utilizadas é a educação do paciente por meio de um modelo grupal de intervenção. "O método de intervenção grupal é adequado para pacientes com doenças crônicas".¹² O conhecimento sobre a doença, a vivência de sentimentos e situações similares, além das limitações nas atividades cotidianas propiciam momentos ricos de troca de experiência com apoio mútuo entre os participantes. Com esta intervenção incentiva-se o paciente a adotar um comportamento ativo diante de seu tratamento e de seu cotidiano.

A reconstrução do cotidiano interrompido pela doença e suas repercussões implicam em criar e vivenciar espaços saudáveis no acontecer do dia-a-dia, permitindo que o indivíduo necessitado crie novamente uma relação individualizada com seu fazer e com aquilo que precisa ou quer realizar em

seu cotidiano.¹³

Podem ser realizadas ainda, oficinas terapêuticas, nas quais, o paciente tem a possibilidade de resgatar o seu desejo com o trabalho realizado dentro das mesmas através da produção e expressão livres. Quanto a esta produção, pode-se dizer que se trata de uma experiência específica, pois advém de um sujeito (portanto produtivo) e que, ao mesmo tempo, é estruturado por sua produção. A produção tem efeitos terapêuticos, na medida em que permite a este sujeito despersonalizado e sem autonomia, a possibilidade de escolha e expressão exercitada nesta atividade.¹⁴

Segundo Rauter¹⁴ a oficina terapêutica propõe agir, isto é, inserir socialmente indivíduos segregados e ociosos, e de recuperá-los enquanto cidadãos, através de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhes acesso aos meios de comunicação entre outros.

A preservação da vida é, comumente, exemplificada na ausência de doença, ou pela assistência a esta. Entretanto, o que está em cena, é a qualidade desta vida, em suas diversas características que vai desde o acesso a bens, à cultura, à educação,

ao trabalho, à convivência, até ao direito de cada indivíduo se exercitar sujeito de seu próprio destino.¹⁵ Tal afirmação nos remete à valorização do sujeito no seu meio social através das oficinas terapêuticas.

A Terapia Ocupacional considera as atividades humanas como o produto e o meio de construção do próprio homem, buscando entender as relações que

este homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde.¹⁶

Ferioti¹⁷ refere que esta profissão se propõe ao desafio de conquistar e descobrir novos caminhos, enfrentando limites e criando possibilidades, a cada dia, com cada homem, a partir da transformação dos materiais, das relações e da própria vida.

CONCLUSÃO

A intervenção da Terapia Ocupacional junto a pacientes em hemodiálise busca minimizar as interferências psicossociais decorrentes deste tratamento que impedem o pleno gozo de uma vida saudável pelo paciente renal crônico.

As atividades da Terapia Ocupacional

favorecem melhorias nas áreas de desempenho ocupacional e participação social, e integrados à equipe multiprofissional, contribui para uma melhor qualidade de vida destes, auxiliando-os em um momento frágil de sua existência, quando dependentes de um tratamento permanente.

REFERÊNCIAS

- 1 K/DOQI clinical practice guiderlines for chronic Kidney disease: evolution, classification and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 2002;39: 246p. Suplemento1.
- 2 Salgado FN, Brito DJA. Doença Renal Crônica: a grande epidemia deste milênio. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2006 set; VXXVIII (3). Suplemento 2.
- 3 Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) *Doença Renal Crônica* 2001. [capturado 2001 jan 27] Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publico/rim.htm>.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. *Doenças Renais*. 2002.[capturado 2007 jun 7] Disponível em: <http://www.portalweb05saude.gov.br/portal/saude>.
- 5 Santos CM et. al. In: *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1999.
- 6 Guimarães W A Terapia Ocupacional na Unidade de Internação do HC/UFMG - Hospital-Geral, Universitário. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional: Ges.To*, 1998 out Belo Horizonte; X (1) 114p.
- 7 Bezerra KV. *Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise*. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2006.
- 8 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução 324 de 25 de Abril de 2007. *Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brincar e dá outras providências*. [capturado mar 2007 5]. Disponível em: http://www.crefito8.org.br/legis/resolucao_coffito_324_07.htm.
- 9 Carneiro D. *Três textos sobre a prática em grupo operativo no serviço de hemodiálise do Hospital Geral de Fortaleza*. 2001. [capturado 2007 ago 27]. Disponível em:<http://www.campogrupal.com/grupoperativo.html>.
- 10 Feirenberg JR, Trombly CA. *Arthritis in: Trombly, CA. Occupational Therapy for physical dysfunction*. 4 th. Baltimore: Willians e Wilkins; 1995.
- 11 Neistadt ME, Crepeau EB. *Introdução a Terapia Ocupacional*. IN: Willard, Spackman. *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 12 Nordenskiold U, Althoff B, Hansen A. *Joint Protection: for Activering Guide*. Stockholm: The Swedish Rheumatism Association;1994.
- 13 Tedesco S, Ferrarl SM. Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. In: *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, 2000 set;5: 32-6.
- 14 Valladares ACA., Lappann-Botti NC, Mello R, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2003; 5: 1.
- 15 Lopes DA. Ética e Cidadania: reflexões metodológicas. *Humanitas*, 1999 Campinas; 2(1): 7-12.
- 16 Medeiros, MH. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 17 Ferioti ML. *Terapia Ocupacional: teoria e prática*. Campinas: Papirus; 2004.

Abordagem terapêutica ocupacional grupal: um estudo da percepção dos pacientes da hemodiálise

Occupational therapy group approach: a study of the perception of hemodialysis patients

Ariadne Lima Ramalho¹, Maria Luiza Aranha Lopes¹, Leidismar Fernandes Nalasco²

Resumo: A pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos pacientes da hemodiálise sobre a abordagem terapêutica ocupacional grupal. A amostragem analisada foi composta por 50 pacientes portadores de insuficiência renal crônica, submetidos ao processo de hemodiálise no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra - HUUPD. Vinte e oito pacientes eram do sexo feminino e vinte e dois do masculino, com idades variando entre 19 e 61 anos. Os dados foram coletados através da aplicação de dois instrumentos um questionário estruturado para a caracterização de dados sócio-demográficos e, uma entrevista semi-estruturada com dez perguntas sobre o atendimento de terapia ocupacional grupal, as respostas obtidas foram agrupadas de acordo com a semelhança de conteúdos em seis categorias: I) Mudança no humor e auto-estima; II) Alívio da dor de cabeça; III) Ativou a Memória e manteve-se ativo; IV) Melhorou as relações interpessoais; V) Relaxamento e bem-estar; VI) Mudança no ambiente. Os resultados revelaram que as atividades grupais realizadas influenciaram positivamente no cotidiano daqueles pacientes, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida durante a sessão de hemodiálise.

Descritores: Terapia ocupacional grupal; Hemodiálise.

Abstract: The research has as objective to know the perception of the patients of Hemodiálise on the group occupational therapeutical boarding. The analyzed sampling was composed for 50 carrying patients of chronic renal insufficiency, submitted to the process of hemodialise in the University Hospital Unit President Dutra - HUUPD. Twenty and eight patients were of feminine sex and twenty and two of the masculine, with ages varying between 19 and 61 years. The data had been collected through the application of two instruments a questionnaire structuralized for the characterization of partner-demographic data e, an interview half-structuralized with ten questions on the attendance of group occupational therapy, the gotten answers had been grouped in accordance with the similarity of contents in six categories: I) Change in the mood and auto-esteem; II) Relief of the migraine; III) It activated the Memory and it was remained active; IV) It improved the interpersonal relations; V) Relaxation and well-being; VI) Change in the environment. The results had better disclosed that the carried through group activities had influenced positively in the daily one of those patients, providing to them quality of life during the session of hemodiálise.

Keywords: Group occupational therapy; hemodialysis

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica é considerada um grande problema de saúde pública, devido às altas taxas de morbidade e mortalidade. Os insuficientes renais crônicos apresentam várias dificuldades em seu cotidiano, como: constantes visitas ao médico, sessões de hemodiálise e restrições alimentares, fatores que desestruturam seu cotidiano e comprometem sua qualidade de vida.

Segundo Martins e Cesarino¹ o tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano

monótono e restrito, e as atividades desses pacientes são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida.

Guimarães² ressalta que a Terapia Ocupacional pode auxiliar o paciente e a instituição, contribuindo para prevenção de síndrome de imobilidade, da exacerbação de estado de ansiedade e depressão, possibilitando melhora do humor, diminuição do estresse gerado pela doença/hospitalização,

1. Acadêmicas do Curso de Terapia Ocupacional - CEST

2. Mestre em Educação em Saúde. Terapeuta Ocupacional. Docente - CEST

participação mais ativa e crítica do paciente em seu processo de doença e tratamento, apressando a cura e a alta hospitalar.

Com base nesta fundamentação, iniciou-se uma experiência como acadêmicas do oitavo período do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade Santa Terezinha. A prática de estágio no Setor de Hemodiálise do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra - HUUPD ocorreu no período de 01 de agosto a 31 de outubro de 2006, com atendimento realizado as segundas, quartas e sextas-feiras, no horário de 13h30min às 17h30min, sob a orientação da supervisora de estágio.

Durante essa prática, em primeiro lugar, buscou-se identificar os problemas causados pela patologia, analisando e selecionando as atividades e os recursos que atendessem a cada objetivo do programa proposto. Em segundo lugar, diversificaram-se as atividades, melhorando, modificando e, muitas vezes, adaptando as condições e mudanças causadas

no ambiente, que em alguns momentos se encontrava de tal modo hostil, sendo possível a intervenção somente através da escuta terapêutica.

Em terceiro lugar, elaborou-se um cronograma das atividades propostas necessárias para a organização das ações. Segue modelo abaixo com tipos de atividades, nomes e os recursos que foram utilizados, valendo ressaltar que, “os recursos utilizados na Terapia Ocupacional são em sua maioria bastantes simples como: brinquedos, jogos, colagens, papéis, tintas, pincéis entre outros. No entanto, a simplicidade desses recursos é o que torna a Terapia Ocupacional grande e não é necessário excesso de tecnologia para apresentá-la científica”³.

Durante esse período de intervenção, surgiu a idéia de realizar uma pesquisa para conhecer a percepção dos pacientes sobre o uso das atividades grupais de Terapia Ocupacional no setor de hemodiálise do HUUPD.

Atividades	Atividades	Recursos
Expressivas	Desenho da imagem corporal, alma gêmea, show de talentos.	Cartolinas e pinceis, microfone e caixa de som, microsistem e CDs
Lúdicas	Restam um, dados, pescaria, perfil, adivinhações, bingos, gincanas.	Diversos tipos de jogos, E.V.A., colas, tesouras, fios.
Sociais	Aniversariantes do mês, happy awals, coral, amigo secreto.	Caixa de som, microfone, violão, cartões de natal, lanche.
Culturais e Religiosas	Mímicas, coreografia encontro com Deus, caixa de atividades.	Convidados, revistas, jornais e livros

Quadro 1 - Cronograma de atividades

MÉTODOS

Para atender a este objetivo, foi desenvolvida uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva, no Setor de Hemodiálise - HUUPD, localizado na Rua Barão de Itapary nº 227. Instituição pública, fundada em 1991, integrante do Ministério da Educação, vinculada à Universidade Federal do Maranhão (UFMA). A referida instituição é considerada local de referência dentro do Sistema Único de Saúde - SUS no tratamento das doenças renais. Presta assistência e atendimento diário de diálise, de segunda á sábado nos turnos matutino, vespertino e noturno.

O universo da pesquisa foi composto por oitenta e quatro (84) sujeitos, tendo como critério de inclusão: pacientes conscientes, de ambos os sexos, idades e que aceitassem participar do estudo. E de exclusão: pacientes inconscientes, que evoluíssem á óbito e os que não aceitassem participar da pesquisa. Desta forma a amostra foi composta por cinqüenta sujeitos no período de 11 de março a 05 de abril de 2007.

Acoleta e a organização dos dados foram obtidas através de um questionário com dez itens identificando os aspectos sócio-demográficos organizados através

de tabelas pelo sistema microsolft Excel e uma entrevista semi-estruturada com dez perguntas sobre o atendimento de terapia ocupacional grupal, as respostas foram categorizadas e os temas agrupados de acordo com a semelhança de conteúdos. (Estas foram agrupadas em seis categorias: I) Mudança no humor e auto-estima; II) Alívio da dor de cabeça; III) Ativou a Memória e manteve-se ativo; IV) Melhorou as relações interpessoais; V) Relaxamento e bem-estar; VI) Mudança no ambiente.

Todo o estudo foi desenvolvido respeitando aos aspectos éticos legais, utilizando-se de um “Termo de consentimento” com base legal na resolução 196/1996 do conselho Nacional de Saúde - CNS, fundamentada no código de Nuremberg, Declaração dos Direitos do Homem e Declaração de Helsinque e os principais documentos internacionais sobre pesquisas que envolvam seres humanos. E, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), através do parecer 48/07.

RESULTADOS

Dos cinqüenta (50) clientes entrevistados, os aspectos sócio-demográficos foram assim consolidados: 28 eram do sexo feminino e 22 do sexo masculino. Identificou-se que 22 destes estão na faixa etária entre 19 a 40 anos; 30 declararam-se pertencentes à religião católica, enquanto 30 relataram estarem casados ou moram com companheiros; 38 possuem o ensino fundamental. Ao serem entrevistados sobre a profissão, foram constatadas atuações muito variadas no mercado de trabalho; Na análise sobre o tempo de diálise, 30 dos entrevistados estão entre 01 a 48 meses e 40 dos apresentam sintomas de doenças associadas, como diabetes e hipertensão. Destes dados podemos caracterizar que o perfil destes pacientes se enquadra no adulto jovem, com variadas atuações profissionais autônomas e grau de escolaridade básica, onde os mesmos sabem ler e escrever.

De acordo com Pereira¹ “existe relação do grau de instrução com a saúde”. Outro fator importante é a própria condição do trabalho que compromete a qualidade de vida, que pode levar ao agravamento das funções renais. Rouquayrol² considera que a ocupação é um determinante que, associado a outros fatores como o social e o econômico podem modificar os padrões de vida. Em relação à opção religiosa, Vlahou³ afirma que desde a antiguidade há um domínio mundial da religião católica no País. Entre os casos pesquisados, a mesma é predominante em relação às outras religiões.

Considerando-se o tempo de diálise, percebe-se que muitos foram diagnosticados tardiamente e que existem dificuldades em relação aos transplantes. Pode-se relacionar este último dado às afirmações dos autores Araújo e Andrade⁴ quando ressaltam que as possibilidades de transplantes são limitadas, e o principal obstáculo é a falta de doadores com boa compatibilidade tecidual à disposição de cada paciente hemodialítico. Já com referência às doenças associadas, Pacheco, Santos e Bregman⁵ afirmam que: [...] “no Brasil, entre 2.467.812 clientes com hipertensão e ou diabetes, cadastrados no programa Hiperdia do Ministério da Saúde, em 2004, constatou-se 175.227 casos com doença renal.”

Discutiremos os dados obtidos através do agrupamento de respostas dos entrevistados por categorias: I) Mudanças de humor e Auto-estima - perguntados sobre o uso as atividades grupais no setor de hemodiálise os mesmos evocaram as seguintes falas “*o mau humor melhora*” e “*ocupa mente da gente*”. Estas respostas nos transportam para as afirmações de De Carlo e Bartalotti⁶ onde afirmam que o “ato de realizar atividades promove mudanças de atitude, pensamentos e sentimentos; restabelece, de maneira sutil, o equilíbrio emocional e atua na estruturação da relação tempo-espço”.

Segundo modelo ocupacional funcional, uma das premissas é que a atividade proporciona maior satisfação dos indivíduos com a vida, favorecendo,

assim, maior independência no meio social. Trombly⁷ confirma que a eficiência pessoal e auto-estima derivam de se estar responsável pela própria vida, sendo competente no desempenho dos papéis vitais, e que um dos objetivos da Terapia Ocupacional é o desenvolvimento da competência, a qual promove o sentimento de auto-eficiência e auto-estima. II) Alívio da dor de cabeça: falaram que “*não*”, outros disseram que “*melhorou*”.

Fisiologicamente, no que se refere a IRC, a maioria dos pacientes apresentam perda progressiva das funções renais provocando hipertensão arterial e alterações neurológicas que levam ao agravamento do quadro clínico e que geralmente é percebido com dor de cabeça, fazendo necessário o uso regular de anti-hipertensivos recomendados, bem como o das medicações para combater as manifestações orgânicas que o paciente venha a apresentar.

Para De Carlo apud Carvalho⁸ “a dor é uma experiência sensório-emocional desagradável, decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo”. Trata-se de uma manifestação basicamente subjetiva, variando sua apreciação de indivíduo para indivíduo. III) Ativou a memória e manteve-se ativo: alguns comentaram que: “*faz a gente se lembrar de muitas coisas*”, “*A gente fica mais alerta, curioso, acordado*”.

Brandão⁹ ressalta “que os mecanismos cerebrais da memória e aprendizagem estão associados aos processos neurais responsáveis pela atenção, percepção, motivação, pensamentos e outros processos neuropsicológicos.”

A memória do indivíduo está intimamente ligada aos fatores básicos de sua adaptação ao meio e através disto o leva a estabelecer a aprendizagem favorecendo o comportamento social. Afirma ainda que a “atenção é o nome dado ao caráter direcional e a seletividade dos processos mentais organizados como alerta, concentração, seleção e exploração, processos esses que envolvem atividades cooperativas na formação reticular, sistema límbico e estruturas corticais e sub-corticais associadas a funções sensorial e motora”. IV) Melhorou as relações interpessoais. Durante esta pergunta todos sem exceção relataram “*sim*”.

Em um ambiente hospitalar, as relações humanas são imprescindíveis. Faz-se então necessário investir na aproximação desses próprios pacientes que inegavelmente já fazem parte um da vida do outro, considerando-se o tempo semanal de convivência obrigatória. Como já foi citada anteriormente nesse estudo, à aplicação das atividades terapêuticas ocupacionais grupais promove melhoria não somente das capacidades cognitivas, mas amplia efetivamente as relações interpessoais, auxiliando na aceitação da doença, na adesão ao tratamento e, principalmente, na melhoria do ambiente ao qual todos estão expostos.

Silveira Brasil, et al. apud Erdmann¹⁰. O lúdico como elemento estruturador da vida, mostra-se como forma de organização em modulações diversas que

permitem um movimento das trocas, o dinamismo das relações nos encontros, nas presenças compartilhadas, nas superações das rotinas, transcendendo o determinismo para estar sempre retomando o jogo da vida, da fantasia, que alimenta o viver, o ser / estar no universo das relações e no tempo. V) Relaxamento e bem-estar: as respostas foram *“fico mais relaxado”*; *“A gente fica pra cima”*.

O ser humano em suas relações tende a buscar soluções para novas situações na vida que promovam seu bem-estar, e a busca por esta satisfação é que vai favorecer mudanças no meio social em que está inserido.

Considerando as afirmações de Hagedorn¹¹ sobre a abordagem centrada no cliente ou rogeriana, em que se vê o próprio terapeuta como recurso, quando age como conselheiro ou facilitador, promovendo recursos que capacitam as pessoas a aprenderem a adaptar-se mais rápido as situações positivas e de bem-estar. VI) Mudança no ambiente - relataram *“é tão bom, que se eu pudesse, vocês ficariam até terminar a diálise”*; *“depois de trinta minutos dessa agulhada, agente fica todo mole, mas quando a Terapia Ocupacional chega, fica todo mundo alegre”*.

CONCLUSÃO

O presente trabalho abordou a temática da percepção que os pacientes do setor de hemodiálise têm da intervenção Terapêutica Ocupacional Grupal. Os hospitais, em sua grande maioria, marcam a luta pela saúde no período de vida em que o indivíduo necessita de hospitalização, que é caso de pacientes crônicos que precisam estar mais tempo sob os cuidados da equipe de saúde.

Tendo em vista essa afirmativa, várias são as preocupações a respeito da humanização dos ambientes hospitalares e suas repercussões no processo de tratamento de doentes e de equipe de saúde, pois o fator tempo é determinante para melhora na qualidade de vida e a aceitação diante da doença. É preciso um olhar mais atento às necessidades humanas que estão afetadas, buscando abrir horizontes ante as expectativas do paciente, favorecendo a adaptação ao tratamento e novas perspectivas de vida.

Esta pesquisa oportunizou observar as possibilidades de utilizar a atividade grupal como recursos terapêuticos para auxiliar na intervenção hospitalar de pacientes crônicos. Ao refletir sobre o cuidado com o paciente, não se deve limitar somente às intervenções medicamentosas e sim considerar todas as alterações biopsicossociais sofridas por este e dispor de recursos e ações, atividades que possam estimular e desenvolver as funções adormecidas pela doença e prolongamento dos procedimentos como a hemodiálise.

Torna-se fundamental o desenvolvimento de programas de intervenção que possam abranger

Quando se considera o setor de hemodiálise, faz-se referência ao ambiente frio, inóspito que ele apresenta; percebe-se que as pessoas, mesmo convivendo em grupo, não exercitam muita interação. A equipe médica tem sua rotina específica. Ou seja, todo o tempo é preenchido com atividades próprias do setor, como aferição de pressão, manutenção das máquinas e aplicação de medicamentos.

A partir dessa visão a Terapia Ocupacional tem como função primordial dinamizar o ambiente através dos programas de intervenção. Alguns autores como De Carlo; Luzo⁹ explica que o Terapeuta Ocupacional *“tem como objetivo primordial a qualidade de vida do indivíduo hospitalizado, em torno do dimensionamento das condições e necessidades com o ambiente e da relação com a família e equipe, considerando sua globalidade e integridade.”*

Mesmo os pacientes que mostraram resistência às atividades, ainda sim, relataram haver curiosidades e expectativas a cada encontro da intervenção. Diante das respostas positivas da maioria, percebeu-se a satisfação em relação a cada dia de atividade realizada no setor.

a complexidade dos aspectos referidos, buscando investir na ambientação, na humanização e no cotidiano da clientela internada no hospital, e de suas interfaces com a equipe. A intervenção terapêutica ocupacional através das atividades grupais de acordo com os depoimentos significou uma mudança na rotina pré-estabelecida e retrataram o bem-estar proporcionado.

Uma constatação que particularmente se considera relevante foi à receptividade dos pacientes às atividades e que incentivou e reforçou o uso das atividades grupais, produzindo um impacto real no ambiente. *“Isso tudo pode ser confirmado quando se transporta algumas das falas dos pacientes que ao serem entrevistados fizeram uma ressalva em suas respostas como: “a gente fica pra cima”, “fico mais relaxado”, faz a gente se lembrar de muitas coisas”, “o mau humor melhora” “quando chego em casa brinco com meu filho”, “é tão bom, que se eu pudesse, vocês ficariam até terminar a diálise”*

E pra finalizar, um depoimento que muito engrandeceu nesse estudo, quando aleatoriamente um paciente comentou: *“Depois de trinta minutos dessa agulhada, a gente fica todo mole, mas quando a Terapia Ocupacional chega, fica todo mundo alegre”*

Leonardo Boff¹ em *“Saber cuidar”*, vem de forma grandiosa acrescentar nesse trabalho, quando ressalta que nos seres humanos, há algo que não se encontra nas máquinas que é o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado.

REFERÊNCIAS

1. Martins MRI, Cesariano CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2005 set; 13(5): 670-676.
2. Guimarães W. Terapia ocupacional em unidade de internação do HC/UFMG – Hospital Geral, Universitário. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 1998 out Belo Horizonte; 10(1): 36-73, out. 1998.
3. Caniglia M. *Um enfoque disciplinar*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa; 2005.
4. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
5. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. Fortaleza: UNIFOR; 1983.
6. Vlahou A. *Brasil tem mais de 155 milhões de católicos*. 2000 [capturado 2006 abr 22] Disponível em: <http://www.fundacaonazare.com.br>.
7. Araújo JCO, Andrade D. *Diálise artificial*. In: Paolucci AA. *Nefrologia*. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1982.
8. Pacheco GS, Santos I, Bregman R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. *Rev. Enferm UERJ*, 2006 jul/set Rio de Janeiro; 14(3): 434-439.
9. De Carlo, Luzo MCM. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contexto hospitalares*. São Paulo: Roca; 2004.
10. Trombly, Vining M. *Terapia ocupacional para disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Santos; 2005.
11. De Carlo, Bartalotti CC. (Orgs.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus Editorial; 2001.
12. Brandão ML. *Psicofisiologia*. São Paulo: Atheneu; 2000.
13. Silveira Brasil ML, Schwartz, E. As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise. 2005 [capturado 2006 mar 30] Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/doc/df/saude/2005>.
14. Hagedorn R. *Fundamentos da prática em terapia ocupacional*. 3. ed. São Paulo: Roca; 2003.
15. Boff L. *Saber cuidar*. 10. ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

Fígado gorduroso não alcoólico

Non-alcoholic fatty liver

Arnaldo de Jesus Dominici¹

Resumo: O Fígado Gorduroso não Alcoólico é uma doença emergente, considerada, talvez a mais prevalente das hepatopatias crônicas do mundo, multifatorial, ainda pouco conhecida, preferindo pacientes com sobrepeso ou obesos, tendo nestes casos a resistência insulínica periférica sua causa maior, o que a inclui como pertencente à síndrome metabólica. Não há um estudo bem desenhado sobre sua prevalência na população geral, entretanto, estima-se que 10-24% de certas populações são acometidas. Não sabemos por que muitos pacientes permanecem ao longo da vida com esteatose simples, enquanto outros evoluem para esteatohepatite, cirrose e até hepatocarcinoma. Sabemos, todavia, que o fígado gorduroso não alcoólico é fator preditivo negativo de resposta ao tratamento da hepatite crônica pelo vírus C. Até o momento não existe tratamento medicamentoso definido, sendo utilizadas drogas insulino-sensitivas como metformina e glitazonas, carecendo ainda de maiores estudos. O que definitivamente apresentam bons resultados é a perda de peso e atividade física permanente, demonstrados por vários estudos.

Descritores: Fígado Gorduroso não Alcoólico; Esteatose; Esteato; Hepatite não Alcoólica.

Abstract: Non-alcoholic fatty liver disease is an emergent disease considered maybe one of the most prevalent of the chronic hepatopathy in the world. It's multifactorial still not well known and prefer overweight or obese patients. In these cases, the insulin resistance can be the main cause of that disease, including it as a part of metabolic syndrome. There are no good studies about its prevalence in the general population, however, it is estimated that 10-24% of some population groups are affected. We don't know why many patients live for a long time with simple steatosis, while the others cases evolve to steatohepatitis, cirrhosis and even hepatocarcinoma. We know that non-alcoholic fatty liver is a negative predictive factor for response to treatment for chronic C hepatitis. Until now, there is no defined medicamentous treatments and although insulin sensitive drugs such as metformin, glitazone are used. The weight loss and long term physical activity definitely showed good results, demonstrated by several studies.

Keywords: Non-alcoholic fatty liver disease; Steatosis; Non-alcoholic steatohepatitis

INTRODUÇÃO

Em 1980 Ludwig e colaboradores¹ após revisão de lâminas, na Clínica de Mayo nos Estados Unidos (EEUU), descreveram uma entidade clinico-patológica caracterizada por alterações histopatológicas semelhantes às encontradas nas hepatites alcoólicas, cujos pacientes, porém, não faziam uso significativo de álcool, drogas lícitas ou ilícitas, sendo denominadas pelos autores como Non Alcoholic Steato Hepatites (NASH) ou, na língua portuguesa, Esteato-Hepatite Não Alcoólica (EHNA). Posteriormente Matteone e colaboradores², em um estudo mais detalhado, descreveram a entidade com uma abrangência maior e a chamaram de Non Alcoholic Fatty Liver Disease

(NAFLD) ou Fígado Gorduroso Não Alcoólico (FGNA), devido às diferenças histológicas encontradas em cada paciente e a classificaram em quatro estágios: Estágio 1-esteatose simples, sem componente necroinflamatório ou fibrótico. Estágio 2-esteatose acrescida de inflamação lobular. Estágio 3-esteatohepatite ou seja esteatose associada a inflamação lobular com predomínio das zonas 2 e 3 de Rappaport e balonização hepatocitaria.

Estágio 4 - apresentando o quadro histológico anterior mais corpusculos de Mallory e fibrose. Portanto, os estágios 3 e 4 caracterizam a esteatohepatite não alcoólica com potencial de evolução para

1. Médico. Chefe do Serviço de Gastroenterologia e do Núcleo do Fígado do HUUFMA. Docente da UFMA.

cirrose e até hepatocarcinoma.

NAFLD é uma doença emergente, considerada, talvez, a mais prevalente das hepatopatias crônicas do mundo, multifatorial, ainda pouco conhecida, preferindo pacientes com sobrepeso ou obesos, tendo nestes casos a resistência insulínica periférica sua causa maior, o que a inclui como componente da síndrome metabólica. Não há um estudo bem desenhado sobre a prevalência do fígado gorduroso não alcoólico na população geral, mas estima-se que 10-24% de certas populações são acometidas³.

À luz dos nossos conhecimentos somos ainda incapazes de saber por que muitos pacientes permanecem com esteatose simples e outros evoluem para esteato-hepatite, cirrose e até hepatocarcinoma⁴. Sabemos, entretanto, que NASH é um fator preditivo negativo de resposta ao tratamento da hepatite crônica C, ^{5, 6}, como também um cofator agravante para os indivíduos que se tornam etilistas moderados ou crônicos.

Descrição

NAFLD é dividida em primária, cujos fatores de riscos mais importantes são a obesidade, diabetes melitus tipo 2, dislipidemia, sobretudo, hipertrigliceridemia, o tema desta publicação. Os fatores de riscos da secundária são variados e devem ser bastante estudados e analisados na história epidemiológica para o diagnóstico diferencial. Varias drogas como amiodarona, corticóides, methotrexate, certos chás e até exposição ambiental a substâncias petroquímicas,^{7, 8} são causas de NAFLD.

Como foi dito anteriormente, sua etiopatogenia ainda é pouco conhecida, entretanto, as evidências nos conduzem para uma entidade multifatorial, na imensa maioria componente da síndrome metabólica, onde a resistência insulínica periférica é a alavanca central da seqüência dos eventos ^{8,9} culminando com o depósito exagerado de lipídios, sobretudo, triglicerídios, nos citoplasmas hepatocitários.

Atualmente admite-se a teoria das duas agressões ou "two hits" dos autores de língua inglesa, para justificar a esteatose e os subseqüentes eventos ^{10, 11}. Então a resistência insulínica estimula o pâncreas a produzir insulina compensatória, determinando em consequência hiperinsulinismo, proporcionando maior liberação de ácidos graxos livres do tecido adiposo, aumento da oferta destes para o fígado e diminuição da exportação sob a forma de lipoproteínas, ocasionando acúmulo lipídico hepatocitário, representando a primeira agressão da teoria supracitada.

Alguns pacientes, por mecanismos não esclarecidos permanecem neste estágio de esteatose simples sem evoluir para esteato-hepatite ou fibrose. A segunda agressão é representada pelo stress oxidativo, constituído pelo acúmulo de radicais livres, determinando peroxidação lipídica das membranas hepatocitárias causando alterações degenerativas e apoptose. Esta lipoperoxidação resulta na formação

dos compostos 4-hidroxinoneal e molondialdeído, os quais estimulam a liberação de citocinas levando a necro-inflamação e posteriormente a formação de fibrose pela ativação das células estelares.

O fígado gorduroso não alcoólico, na maioria das vezes é assintomático, sendo detectado incidentalmente em exames de imagem ou por encontro de elevações de aminotransferases e ou gamaglutamiltransferases. Cabe ao médico, nestes casos, investigar a presença de possíveis fatores de riscos secundários, como uso abusivo de álcool de drogas lícitas e ilícitas, como canabis, uso de certos chás, exposição de substâncias de potencial hepatotóxico, vírus das hepatites B e C e doenças genéticas.

Apos a exclusão destes fatores, é de regra tentar identificar elementos que compõem a síndrome metabólica como diabetes melitus tipo 2, sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial, aumento da circunferência abdominal. Nesta síndrome costuma-se encontrar dislipidemia, hiperuricemia e elevação da ferritina sérica. Porém, a normalidade destes exames não exclui o diagnóstico, caracterizando a complexidade do NAFLD. As provas de atividades inflamatórias do fígado alanina transferase{alt} e aspartato transferases{ast} e as de colestases fosfatase alcalina (fa) e gamaglutamiltransferase (ggT) podem estar completamente normais, principalmente na esteatose simples¹².

Sabe-se, porém, que estas enzimas não são mais marcadores tão confiáveis, pois em estudo histopatológico recente, obtidas de biopsias hepáticas realizadas em obesos mórbidos submetidos à cirurgia para redução de peso, os quais apresentavam tais enzimas persistentemente normais, demonstrou em alguns casos, alterações necroinflamatórias e de fibrose importante¹³. O perfil enzimático alterado do NASH é caracterizado por elevação, quase constante de GGT 2 a 3 vezes, raramente a FA em nosso meio se eleva, e a razão AST/ALT<1, diferente da doença alcoólica onde esta razão é AST/ALT>1, com GGT bastante elevada e às vezes, acrescido de um volume corpuscular médio superior a 100.

Na NASH os níveis de bilirrubinas e INR estão normais, exceto em casos de cirrose estabelecida. Em mais de 60% dos casos de esteatohepatite. não alcoólica os níveis séricos de ferritina estão elevados, nestes casos deve-se proceder a determinação da saturação de transferrina, se muito elevada, realizar teste de mutação do HFE, para afastar hemocromatose genética.

O estudo imagenológico é bastante sensível para o diagnóstico da esteatose, porém, não detecta inflamação. Sendo então, a avaliação histopatológica o padrão ouro para diagnóstico e estadiamento. Identifica a esteatose macrovesicular, às vezes mista, sobretudo, nas zonas 2 e 3 de Rappaport, a presença ou não de corpúsculos de Mallory e possibilita a graduação da inflamação e estadiamento da fibrose ^{12,13}.

CONCLUSÃO

Com relação ao tratamento medicamentoso, não há até o momento nenhuma droga, comprovadamente eficaz. O ácido ursodesoxicólico, por ter efeito imunomodulador e citoprotetor, foi usado sem eficácia comprovada. Os antioxidantes (vitamina E, lecitina, betaina) igualmente não demonstraram eficácia. As drogas insulinosensitivas, como as glitazonas, teoricamente seriam eficazes, pois não só melhoram a resistência insulínica como têm ação antiinflamatória hepatocitária, reduzindo a ação do fator de necrose tumoral e interleucina-8 e elevando o nível de adiponectina, conseqüentemente, evitando a inflação, morte celular e formação de fibrose^{14,15,16}. Entretanto, recentemente, surgiram publicações demonstrando

efeitos colaterais relacionado ao cardiovascular¹⁷, com as referidas drogas. Obviamente, que necessitamos de mais estudos para comprovação.

A metformina por ser droga bastante conhecida, barata e sem efeitos colaterais importantes é a droga mais usada. Os bloqueadores dos receptores canabíoides estão ainda necessitando de maiores observações¹⁸, assim como as incretinas¹⁹. Para concluir, a única conduta que, realmente melhora o perfil enzimático e a progressão necroinflamatória, conseqüentemente inibe a fibrose, é a mudança de hábitos de vida, com dieta, atividade física permanente e perda de peso^{20,21}.

REFERÊNCIAS

- 1 L wdug, J, Virgino, TR, McGill, DB Ort, et al. Nonalcoholic Steatohepatitis. *Mayo Clinic Proc*, 1980; 55:434-438.
- 2 Matteoni C A, Younossi Z M, Gramlich T, et al. Nonalcoholic fatty liver disease: a spectrum of clinical and pathological severity. *Gastroenterol*, 1999; 116:1413-1419.
- 3 Angulo P, Lindor KD. Nonalcoholic fatty liver disease. *J Gastroenterol Hepatol*, 2002; 186-190.
- 4 Kumar D, Farrel G C, Krench J, George J. *J Gastroenterol Hepatol*, 2005; 118:170-179.
- 5 Hui JM, Sud A, Farrel GC, et al. Insulin resistance is associated with chronic hepatitis C and virus infection fibrosis progression. *Gastroenterology*, 2003; 125:1695-707.
- 6 Teli MR, James OF, Burt AD, Benet MK, Day CP. The natural history of nonalcoholic fatty liver disease: a follow-up study. *Hepatology*, 1995; 22(6): 283-298.
- 7 Cotrim HP, Andrade Z, Paraná R, Lyra L, Freitas LAR. Importância da esteato-hepatite não alcoólica em trabalhadores da indústria petroquímica. *GED*, 2001; 20:157-162.
- 8 Sass D A, Chang P, Chopra K. Nonalcoholic fatty liver disease: a clinical review. *Digestiv Disease and Sciences*, 2005; 50:171-180.
- 9 Brent A, Caldwell S H. Nonalcoholic steatohepatitis: summary of the AASLD topic conference. *Hepatol*, 2003; 17:1202-1219.
- 10 Day CP, James OF. Steatohepatitis: a tale of two hits? *Gastroenterology*, 1998; 114; 4842-845.
- 11 Reid A E. Nonalcoholic steatohepatitis. *Gastroenterology*, 2001; 121 (3): 710-725.
- 12 Suzuki A, Limp J, S T, Sawyer A P, Lindor K. Values and limitations of serum aminotransferases in clinical trials of nonalcoholic steatohepatitis. *Liver International*, 2006; 26: 1209-1216.
- 13 Brunt EM et al. Nonalcoholic steatohepatitis: histologic features and clinical correlations with 30 blinded biopsy specimens. *J Hepatol*, 2004; 2:165-173.
- 14 Brunt EM. Nonalcoholic steatohepatitis. *Semin Liver Dis*, 2004; 24; 1: 3-20.
- 15 Belfort et al. A placebo: controlled trial of pioglitazone in subjects with nonalcoholic steatohepatitis. *NEJM*, 2006; 335: 2297-2307.
- 16 Neuschwander-Tetri BA. Improved nonalcoholic steatohepatitis after 48 weeks of treatment with the PPAR-gamma ligand rosiglitazone. *Hepatology*, 2003; 38:1008-1017.
- 17 Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N England J Med*, 2007; 356:2457-2471.
- 18 Gelfand EV et al. A selective blocker of Cannabinoid CB1 receptors for the management of obesity, smoking cessation and cardiometabolic risk factors. *Expert Opin Investing Drugs*, 2006; 15: 307-315.
- 19 Tuzhuizen ME et al. Incretin mimetics as a novel therapeutic option for hepatic steatosis. *Liver International*, 2006; 26:1015-1017.
- 20 Anderson T et al. Hepatic effects of dietary weight loss in morbidly obese subjects. *J Hepatol*, 2000; 12:224-229.
- 21 Ueno T et al. Therapeutic effects of restricted diet and exercise in obese patients with fatty liver. *J Hepatol*, 1997; 27:103-107.

As atividades terapêuticas ocupacionais fortalecendo o vínculo afetivo em pacientes hospitalizados

Activities of occupational therapy to strengthen the affective links in hospitalized patients

Leidismar Fernandes Nalasco¹

As atividades terapêuticas ocupacionais proporcionam no ambiente hospitalar uma modificação na rotina das enfermarias. Os recursos utilizados para estimular o fazer, proporcionam nos pacientes e ou acompanhantes experiências que fogem da sintomatologia, queixas físicas ou mentais propriamente dita. Durante a realização das atividades as vivências são ampliadas por experiências positivas de bem-estar, alegria e prazer.

Para De Carlo¹ “as atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidades e estabelecem mecanismos internos para sua realização”. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito.

A linguagem da ação é um dos modos de conhecer a si mesmo, de conhecer o outro, o mundo, o espaço e o tempo em que vivemos, e a nossa cultura. São elas que darão forma e estrutura ao fazer dos sujeitos, “estabelecendo um sistema de relações que envolve a construção da qualidade de vida cotidiana”¹.

Essa qualidade nas sensações e percepções de bem-estar está na forma como o terapeuta estabelece o vínculo afetivo com seus pacientes. De acordo com Scarpato² “o vínculo propicia um ambiente favorável para enfrentar as muitas adversidades, para suportar níveis altos de angústia e falta de sentido. O vínculo é um dos elementos básicos do processo terapêutico”.

O vínculo afetivo se estabelece à medida que ocorre a permissão da expressão de sentimentos. Os desejos, medos, angústias e esperanças, vontades são estimuladas pela relação com o terapeuta ocupacional ou utilizando as atividades como recurso para facilitar estas expressões. Este campo da relação terapêutica é extremamente rico de sentidos, afetos e de elementos visíveis e invisíveis.

Segundo Keleman³ a relação terapêutica é atravessada por afetos de diversas ordens, o que

faz do espaço terapêutico, o espaço do sentir por natureza. Nas diversas etapas de execução das atividades os pacientes experienciam a relação sentir, pensar e agir reconstruindo e construindo suas próprias possibilidades tornando-os mais autônomos. O exercício da autonomia nestes ocorre durante as etapas de realização das atividades terapêuticas (lúdicas, laborativas, expressivas, físicas e sociais).

Neste fazer afloram-se os sentimentos e as opções de forma criativa e prazerosa devido as dinâmicas, relaxação, exercícios funcionais e as atividades de desenho, pintura, colagem, poesia, leitura e confecções de peças artesanais. Parece, ser mais fácil falar sobre a doença, sintomas e o sofrimento vivido das atividades. Waldow⁴ afirma que o cuidado implica: “numa relação interpessoal irrepitível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo.

Quando estamos realizando atividades com os pacientes o que mais se efetua é o diálogo. Nestes momentos os mesmos opinam, criticam, criam, solicitam, escolhem, são escutados e escutam. Nossa fala se direciona para as atividades em relação aos seus significados, lembranças e experiências. São marcadas pela função educativa de ensinar e aprender a fazer coisas novas, diferentes, extremamente relaxantes e prazerosas⁴. Assim temos:

1. Uma disponibilidade interna de estar cuidando e nos relacionando com cada paciente e entendendo o seu momento de partilhar, fazer parte e colaborar. Estar com aquela disposição de querer construir, fazer coisas, fazer atividades;
2. Uma compreensão das diferenças individuais e do jeito de ser de cada um. Permitindo e valorizando os conhecimentos, experiências e limitações quer físicas ou mentais impostas ou não pelo adoecimento ampliando assim, suas oportunidades

1. Mestre em Educação em Saúde. Terapeuta Ocupacional. Docente do curso de Terapia ocupacional - CEST

de realizar cada etapa das atividades terapêuticas ocupacionais;

3. Uma disposição técnica e humana para tratar com delicadeza criando um clima de confiança, acolhimento e afeto porém, sem deixar de ser responsável, firme e decidido na tomada de decisões para o bem-estar dos mesmos.

Por atendermos com eficiência e provocarmos situações de conforto e melhoria na condição clínica dos pacientes⁴ realizamos um planejamento com cinco etapas:

1. O diagnóstico situacional observando o quadro clínico e suas interferências na funcionalidade, os cuidados médicos e de enfermagem, o uso de medicações, aparelhos e sondas e por fim o ambiente das enfermarias;
2. Definimos os objetivos terapêuticos a serem atingidos;
3. Estabelecemos os métodos e técnicas que serão aplicados;
4. Escolhemos os recursos a serem utilizados para atingirmos os nossos objetivos;
5. Através do conhecimento do diagnóstico funcional e situacional, propomos as atividades (Lúdicas, Laborativas, Físicas, Sociais e de Expressão) estimulando a participação do paciente na elaboração das etapas, nas maneiras e formas mais adequadas para realizá-las.

Para alguns autores como De Carlo e Bartalotti¹ há diversos aspectos importantes que o terapeuta ocupacional deve considerar no planejamento de programas terapêutico-ocupacionais nos contextos hospitalares.

Devido a essa especificidade o paciente sai da condição de passivo para ativo na relação terapêutica. Benetton⁶ afirma que a " Terapia Ocupacional é o processo de comunicação que opera através da tríade terapeuta-paciente-atividade". E, é essa tríade que facilita a relação de vínculo, além de nos permitir um cuidado voltado para o *ser doente*.

Em suma, a Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que utiliza as atividades do cotidiano para tratar, manter e promover à saúde. As atividades em si, proporcionam a integração dos diversos sistemas (músculos-esqueléticos, circulatório, sensoriais, etc) além de auxiliar na socialização e adaptabilidade as novas condições físicas (quando acometidos por disfunções neurológicas) na realização das atividades do cotidiano.

Como bem define Luzo⁷ a Terapia ocupacional desenvolve programa de tratamento que estimula a melhoria do estado de saúde e de qualidade de vida, capacitando o paciente para adquirir sua autonomia e independência necessárias para manutenção de sua vida ativa.

REFERÊNCIAS

1. De Carlo MMRP, Bartalotti CC. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus; 2001.
2. Scarpato AT. Transferência Somática: A dinâmica formativa do vínculo terapêutico. *Revista Hermes do Instituto Sedes Sapientiae*, 2001 São Paulo; 6:107-123
3. Keleman S. *Mito e Corpo*. São Paulo: Summus; 2001.
4. Waldow VR. *Cuidado Humano: o resgate Necessário*. 2. Ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.
5. Benetton MJ. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*. [Tese],Campinas(SP); Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas;1994.
6. Luzo MCM, De Carlo MMRP(Orgs). *Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares*. São Paulo: Roca; 2004. 308p

Instruções aos colaboradores

A Revista do Hospital Universitário - UFMA, órgão oficial do Hospital Universitário é publicada semestralmente, e se propõe à divulgação de artigos concernentes à área da saúde que contribuam para o seu ensino e desenvolvimento.

A Revista do Hospital Universitário - UFMA passa a seguir o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio Medical Periodical Journals" elaborado pelo "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), conhecido como "Convenção de Vancouver". É utilizada a 5ª Edição de 1997 publicada no New Engl J Med, 1997, 336(4): 309-315.

Os originais dos artigos deverão ser entregues 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, e-mail: revista@huufma.br

Informações gerais

Os artigos apresentados para publicação devem ser inéditos, impressos em computador, espaço duplo, papel branco nos formatos de 210 mm x 297 mm ou A4, em páginas separadas, devidamente numeradas e com margens de 2,5 cm acompanhadas de disquete contendo o respectivo material, digitados no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, letra arial, tamanho 12. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao editor chefe da revista acompanhadas de carta assinada pelo autor e todos os co-autores autorizando a publicação. Se houver dúvida, o autor deverá consultar diretamente o editor chefe.

Forma e estilo

Os artigos devem ser concisos e redigidos em português no máximo em 15 páginas. 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 Descritores; 3) Texto; 4) Abstract e Key words; 5) Referências; 6) Endereço completo do autor e e-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.**

Categoria dos artigos

Artigo Original: Deve ser constituído de **Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Método**, **Resultados**, **Discussão** e **Referências**. Recomenda-se cuidadosa seleção das referências, limitando-se em cerca de vinte permitindo-se um máximo de seis autores.

Artigo de Atualização e Revisão: Deve ser publicação de matéria de grande interesse da comunidade científica. O formato é semelhante ao artigo original (**Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Conclusão**). Número de autor: dois.

Relato de Caso: Deve ser restrito a casos relevantes que necessitem de divulgação científica.

Nota Prévia: Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira

breve, não excedendo a quinhentas palavras, cinco referências e duas ilustrações.

Organização dos artigos

A) Página de Título: O título deve ser redigido em português e em inglês. Deve conter o máximo de informação e o mínimo de palavras. Não deve conter fórmulas, abreviações e interrogações. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do autor(es) seguido de seus títulos profissionais e do nome da Instituição onde o trabalho foi realizado. Para Artigos Originais admite-se até seis autores e, nos Relatos de Casos e Notas Prévias, apenas três.

B) Resumo: Deve conter no máximo duzentos e cinquenta palavras, em caso de Artigo Original e de Atualização e, cem para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve ser informativo, contendo o objetivo, os procedimentos, os resultados com sua significância estatística e as conclusões.

Deve ser compreensível, evitando-se informações vagas e que não estejam no texto, para poderem ser utilizadas amplamente deve conter:

1. Objetivo: com o propósito do trabalho
2. Método: descrição do material dos pacientes e do método.
3. Resultados: descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível com significado.
4. Conclusões.

C) Descritores: De acordo com a lista do Index Medicus. Podendo ser citados até 3 (Três).

D) Abstract: Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

1. Background: O propósito do trabalho ou investigação.
2. Methods: Descrição do material e método.
3. Results: Descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível seu significado.
4. Conclusions:
5. Keywords: De acordo com o Index Medicus.

E) 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.

F) 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).

G) Métodos: (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método). 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.

H) **Resultados:** Devem ser apresentados em seqüência 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. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

I) **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 incluídas as conclusões do trabalho.

J) **Referências:** Devem ser no máximo de 20 e predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, restringindo-se aos trabalhos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as Normas do Index Medicus. As citações devem ser referidas no texto pelos respectivos números, acima da palavra correspondente sem vírgula e sem parêntese. Observações não publicadas ou referências a "Summaries" de Congressos e comunicações pessoais devem ser citadas no texto, entre parênteses. Ex.: (Attie AD, et al: Hepatology, 1981, 1:492, Summary). Mencionar todos os autores, quando até três, citando apenas os três primeiros, seguidas de et al., quando existirem mais de três autores. **Exemplos de formas de referências:**

1. **em Revista:** Autor. Título do artigo. Título da Revista. Ano mês dia; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.
2. **em Livro:** Autor. Título. Edição. Local de Publicação: Editora; data da publicação. Bogossian L. *Choque séptico*: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.
3. **em Capítulo de Livro:** Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; data 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.
4. **em Monografia, Dissertação e Tese:** Autor. Título [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano. páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica*: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói(RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.
5. **em Material eletrônico:**

A) 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 diseases* [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

B) Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo].

Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição física. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

C) 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.

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.

Ilustrações

São fotografias, 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 seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. 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.