

Thereza Maria Magalhães Moreira
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa
Paula Matias Soares
(Organizadoras)

PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmo Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Thereza Maria Magalhães Moreira
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa
Paula Matias Soares
(Organizadoras)

PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR

1ª Edição
Fortaleza - CE
2015



PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR

© 2015 *Copyright by* Thereza Maria Magalhães Moreira, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa e
Paula Matias Soares

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Autores e Editora da UECE

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

P 965 Promoção da saúde cardiovascular/ Thereza Maria Magalhães Moreira
(org.)... [et al.]. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

473 p.
ISBN: 978-85-7826-307-2

1. Hipertensão. 2. Transplante cardíaco. 3. Saúde cardiovascular na
atenção primária. I. Título.

CDD: 610

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aqueles que apoiaram de forma expressiva a elaboração deste livro, sobretudo para:

- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior-CAPES
- Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP
- Universidade Estadual do Ceara-UECE
- E às pessoas que, de forma peculiar, colaboraram com a realização dessa produção.

APRESENTAÇÃO

O livro condensa 26 capítulos sobre promoção da saúde cardiovascular nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Múltiplos são os cenários de execução das pesquisas em tela, assim como a temática, que circula por hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, transplante cardíaco, insuficiência cardíaca congestiva, excesso ponderal, risco cardiovascular, prática de atividade física, alimentação saudável, tecnologias promotoras de saúde, uso de substâncias nocivas à saúde e monitoramento e avaliação em saúde. O livro conta com pesquisas qualitativas e quantitativas e é uma tentativa de trazer um olhar polissêmico acerca da promoção da saúde cardiovascular. Espero que o leitor aprecie este esforço.

Thereza Maria Magalhães Moreira
tmmmoreira@gmail.com

PREFÁCIO

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no mundo. Dentre elas estão a doença cardíaca congestiva, doença coronariana, doença cardíaca reumática, trombose, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, bem como os tumores cardíacos. A maioria destas doenças podem ser evitadas pela promoção de um estilo de vida saudável e meio ambiente favorável à vida digna. Por meio do diagnóstico precoce podem ser tratadas e monitoradas adequadamente, prolongando a vida e o bem estar de indivíduos e populações.

Este livro apresenta uma diversidade de dados sobre a conformação dos fatores de riscos à saúde de jovens e adultos e sobre os modos de enfrentamento do adoecimento cardiovascular. Predominam cenários preocupantes, mas há realidades com resultados e indicadores satisfatórios de saúde, ressaltando os diferentes. No folhear das páginas encontramos a força da determinação dos fatores culturais, econômicos, sociais e educacionais sobre o processo saúde-doença cardiovascular, estando implícita a qualidade das ações e cuidado ministrados e/ou recomendados.

A obra retrata a produção de professores e alunos da Universidade Estadual do Ceará, tendo a pesquisa como sua base de sustentação. Ou seja, o pensar do livro é fruto da investigação científica e da reflexão sobre como está o cuidado e a saúde humana, em diferentes contextos, contemplando o âmbito individual, familiar e coletivo. Os autores descrevem, ilustram, analisam, questionam e apontam caminhos,

cumprindo o papel social de edificadores de conhecimento. Buscam somar evidências para avaliação e tomada de decisões em prol do bem estar social.

Ao longo dos capítulos há provocações sobre avanços, falhas e limitações da saúde pública brasileira. Falar de promoção da saúde sempre me remete à luta social, ao trabalho pela garantia dos direitos humanos, questão complexa, ainda em construção no Brasil. Sua plena efetivação requer a engrenagem de diversos dispositivos legais e constitucionais. Implica conjugar na assistência à saúde os princípios de intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade, igualdade, justiça, ética, empoderamento, autonomia, acolhimento, solidariedade, vínculo, proteção, cuidado, satisfação e participação.

Está também nas linhas e entrelinhas deste livro a qualidade da formação do profissional de saúde, pois este processo não é neutro, tem consequências sociais. Deve e pode direcionar as ações de promoção do bem-estar individual e coletivo. É por meio do saber, do fazer, da comunicação oral e escrita que o profissional irá expressar seu modo de perceber, analisar, propor e tratar o mundo, o mundo da saúde, da doença, da vida e da morte. O mesmo modo que deveria estar sendo estimulado a reelaborar e atualizar, para dar conta dos novos e velhos desafios da promoção da saúde no presente século.

Antes de viver o que vivi com meu marido, portador de um angiossarcoma cardíaco, falar de promoção da saúde cardiovascular teria certamente uma outra ênfase. O que eu vivi com ele nos corredores da vida, das clínicas e hospitais direciona nosso olhar para impotência dos recursos materiais e humanos do setor saúde, na medida em

que sua enfermidade ainda não é prevenível e desprovida de tratamento. Penso que este fato entra no debate do raro, desconhecido, imprevisível, paliativo, do humano, da morte, ciência e razão, adicionando forçosamente na discussão a questão espiritual, emocional e afetiva, elementos que questionam certas capacitações, protocolos e diretrizes pré-estabelecidos no campo da saúde. De fato, é preciso ir além do saber centrado no técnico e biológico, desenvolvendo a humildade e a sensibilidade como atributos essenciais para lidar com problemas insolúveis, que dependem fortemente da qualidade das relações sociais de saúde.

Ouvir que seu problema não tem tratamento e que a sua sobrevivência é de, no máximo, um ano, não é nada fácil. Como fica o paciente, a pessoa, a família, o ser humano? Como fica o profissional de saúde? Como lidar com isto? Se tratar de problemas já bem conhecidos (sobrepeso/obesidade, hipertensão, infarto, derrame, diabetes, hipertensão sedentarismo, dentre outros) é desafiante, como estar preparado para combater uma doença cardíaca rara, pouco conhecida e mortal? Como dar esperança a um paciente nesta situação? Como se promove bem-estar nestes casos? Que ferramenta pode dar conta de tamanha adversidade?

Na nossa experiência, a questão perpassou por conhecer o outro e se deixar conhecer por ele. Criar laços de confiança e acreditar que sempre estamos lidando com potenciais humanos, com suas forças, fraquezas, crenças e valores; e que pode haver uma troca de virtudes e que esta troca pode representar muito para ambos. Marcas positivas podem ser construídas e deixadas, ainda que a dor e a morte do paciente sejam inevitáveis.

A ilustração particular que estou utilizando para refletir a promoção em saúde cardiovascular ratifica que há situações específicas em que a disponibilidade e o acesso à alimentação saudável, à prática de atividade física, o não fumar, não beber, ter boa renda, moradia, educação, escolarização, acesso à medicina convencional e alternativa não resolvem todos os problemas. O que muito falta para tantos, pode muito pouco ou nada para alguns outros.

Há modernas e excelentes tecnologias sendo utilizadas na assistência à saúde humana, mas no nosso caso não havia nenhuma eficaz. Foi a nossa fé no Deus, que se autodenomina o grande Eu Sou, e na recepção das práticas de acolhimento, com respeito às nossas crenças e desejos, por parte de profissionais de saúde competentes, cientes de suas fragilidades, que nos foi possível enfrentar a fatalidade do câncer cardíaco. Portanto, na promoção da saúde cardiovascular, além do que já está bem consolidado, estou valorizando aqui o fortalecimento dos vínculos, avançando para a quebra da resistência à convivência positiva entre fé e ciência. Jamais esquecer que somos seres indivisíveis. Precisamos ser compreendidos em nossa totalidade. Contribuir para a realização destes preceitos, certamente, ofusca a impotência profissional, elevando com baixo custo o que há de melhor no ser humano. Estamos sendo confrontados a saber ou descobrir qual é o nosso melhor no pensar e fazer saúde.

Estes princípios, que enalteço como excelentes para guiar a promoção do bem estar social no campo da saúde, creio que estão presentes em autores e textos deste livro. Dentre os autores, destaco as professoras Thereza Maria Magalhães Moreira, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

e Paula Matias Soares. Parabenizo-as pelo esforço que empreenderam com sua equipe. Espero que os leitores não somente se apropriem das informações aqui contidas, mas reflitam nos incitamentos que estão postos.

Nadia Tavares Soares

Docente do Curso de Nutrição
da Universidade Estadual do Ceará-UECE

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 18

UNIDADE 1

**PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA 25**

**CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E ACESSO À SAÚDE: A
REALIDADE DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES EM UMA
CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO 26**

*Francisco Wagner Pereira Menezes, Raquel Sampaio Florêncio e Thereza Maria Magalhães
Moreira*

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CONSUMO DE ÁL-
COOL E CARACTERÍSTICAS DE ADULTOS JOVENS 36**

*Laryssa Veras Andrade, Thereza Maria Magalhães Moreira, Irialda Sabóia Carvalho,
Daniele Braz da Silva, Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho e Riksberg Leite Cabral*

FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL IDENTIFICADOS EM ADULTOS JOVENS DE UM CURSO DE ENFERMAGEM 50

Francisco Wagner de Sousa Paula, Amanda Pereira Ferreira, Thereza Maria Magalhães Moreira, Leandro Araújo Carvalho e Leidiane de Sousa Paula

EXCESSO DE PESO EM HIPERTENSOS E / OU DIABÉTICOS: ESPAÇO PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO 64

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, Thereza Maria Magalhães Moreira e Gizelton Pereira Alencar

DETERMINAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR PELO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA 81

Rosângela Gomes dos Santos, Dieicy Maria Silva Vieira, Joel de Almeida Siqueira Júnior, Marcos Augusto Araújo Silveira, Leandro Araújo Carvalho, Felipe Carmo de Moura e Paula Matias Soares

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO NORDESTE DO BRASIL..... 92

Ismênia de Carvalho Brasileiro, Aléia Náyade Ferreira Alves, Iaramina Marques Ramos, João Lucas Aguiar Lima e Oliviar Viana Soares Filho

FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS PARA HIPERTENSÃO EM ADULTOS JOVENS UNIVERSITÁRIOS 101

Ismênia de Carvalho Brasileiro, João Lucas Aguiar Lima, Aléia Náyade Ferreira Alves, Iaramina Marques Ramos, Oliviar Viana Soares Filho e Francisca Gomes Montesuma

ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE UM CURSO DE SAÚDE NO NORDESTE DO BRASIL: ESTADOS DE SAÚDE, HÁBITOS E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA 112

Ismênia de Carvalho Brasileiro, Iaramina Marques Ramos, Aléia Náyade Ferreira Alves, João Lucas Aguiar Lima, Oliviar Viana Soares Filho e Vagner Rodrigues Silva Junior

RISCO CARDIOVASCULAR EM INDIVÍDUOS ATIVOS E INATIVOS DE UM GRUPO COMUNITÁRIO DA CAPITAL CEARENSE: ANÁLISE A PARTIR DA RELAÇÃO CINTURA E QUADRIL-RCQ..... 125

Rosângela Gomes dos Santos, Dieicy Maria Silva Vieira, Samuel Miranda Mattos, Camila Brasileiro de Araújo Silva, Jair Gomes Linard, Larissa Alves Alexandre Moliterno, Felipe Carmo de Moura e Paula Matias Soares

A INFLUÊNCIA DO MICRONUTRIENTE SELÊNIO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR 137

Márgda Maria Martins Farias, Chriestille Félix Barroso e Rafaella Maria Monteiro Sampaio

HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS E O DESENVOLVIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADOLESCENTES 150

Cinthya Mendes Gomes, José Amilton Costa Silvestre e Rafaella Maria Monteiro Sampaio

FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR EM TRABALHADORES DE UMA EMPRESA DE TELECOMUNICAÇÃO 166

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges, José Iran das Chagas Oliveira Júnior, Paula Dayanna Sousa dos Santos, Sara Arcanjo Lino Karbage e Regina Cláudia Tabosa Ferreira Gomes

A FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL VIA WEB RÁDIO 187

Raimundo Augusto Martins Torres, Ana Célia Caetano de Souza, Thereza Maria Magalhães Moreira, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Ana Célia Tomaz Marques, Maria Betânia Nobre Peixoto, Italo Lennon Sales de Almeida e Fábio Gomes Madeira

A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS TECNOLOGIAS DIGITAIS COMO SUBSÍDIO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM DIABETES MELLITUS 200

Ana Célia Caetano de Souza, Raimundo Augusto Martins Torres, Thereza Maria Magalhães Moreira, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Vagner Rodrigues Silva Junior, Janaine Gomes de Holanda Oliveira e Raquel Rodrigues da Costa

UNIDADE 2
PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR NA
ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA221

AUTOCUIDADO DO USUÁRIO HIPERTENSO-DIABÉTICO
COM FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE 222

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Italo Rigoberto Cavalcante Andrade, Mirna Albuquerque Frota, Ana Paula Sousa da Silva, Leonarda Alves de Oliveira Alencar e Lillian de Fátima Sousa Lima

IDENTIFICAÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM PES-
SOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 244

Lívio Eduardo Pereira Alves, Roberto Wagner Junior Freire de Freitas, José Wicto Pereira Borges, Andréa Pereira da Silva e José Cláudio Garcia Lira Neto

RISCO CARDIOVASCULAR DE ADULTOS JOVENS EM UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO .. 262

Amanda Pereira Ferreira, Thereza Maria Magalhães Moreira, Francisco Wagner de Sousa Paula, Camila Brasileiro de Araújo Silva, Samuel Miranda Mattos, Janaína Gomes de Holanda Oliveira, Ítalo Lennon Sales de Almeida e Érica Leitão Oliveira

ANÁLISE DOS CASOS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁ-
LICO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE UMA ÁREA
DE VULNERABILIDADE SOCIAL DO NORDESTE BRASI-
LEIRO 275

Maria José Melo Ramos Lima, Thereza Maria Magalhães Moreira, Maria do Socorro Quintino Farias, Maria Iracema Capistrano Bezerra, Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago e Raquel Sampaio Florêncio

CONHECIMENTO SOBRE ACIDENTE VASCULAR CERE-
BRAL E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM HIPER-
TENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA 302

Maria Simone Rodrigues da Silva, Marla da Paschoa Costa, José Wicto Pereira Borges, Dalton Francisco de Andrade e Thereza Maria Magalhães Moreira

TRANSPLANTE CARDÍACO – UMA ALTERNATIVA DE QUALIDADE DE VIDA 323

Meysa Quezado Cavalcante Braga, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, José Iran Oliveira das Chagas Júnior, Ritbianne Frota Carneiro, Hélcio Fonteles Tavares da Silveira e Amábili Couto Teixeira de Aguiar

ENFERMEIRO E PACIENTE TRANSPLANTADO CARDÍACO: A CONSTRUÇÃO DO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO 347

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Jéssica Naiane Gama da Silva, Paulo Ricardo da Silva Justino, Teresa Cristina de Freitas, Fábio Gomes Madeira e Iasmin Belém Silva

CAUSAS DE ABANDONO DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA 364

Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Patrícia Giselle Freitas Marques, Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, Taiane Emyll Silva Sampaio e Jacqueline de Souza Pereira

SABERES E PRÁTICAS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR DAS PESSOAS EM RECUPERAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 385

Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, Mara Joyce de Queiroz, Mayara Lúvia Magalhães de Moraes, Silvânia Maria Mendes Vasconcelos, Gilson Holanda Almeida, Germana Silva Vasconcelos e Maria Albertina Rocha Diógenes

USO DE TECNOLOGIAS DO CUIDADO E INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CARDIOPATA CRÔNICO 406

Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Vera Mendes de Paula Pessoa, Thereza Maria Magalhães Moreira, Raquel Sampaio Florêncio, Jessica Naiane Gama da Silva e Islene Victor Barbosa

PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA RECEPTORA DE TRANSPLANTE CARDÍACO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 432

Aline Alves Braga, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Taiane Emyll Silva Sampaio, Jacqueline De Souza Pereira, Raquel Sampaio Florêncio e Roberta Peixoto Vieira

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 443

Selma Antunes Nunes Diniz, Juliana Alencar Moreira Borges, Adna de Araújo Silva, Francisca Gomes Montesuma e Francisco José Maia Pinto

SOBRE OS AUTORES..... 457

INTRODUÇÃO

Vera Mendes de Paula Pessoa

Em uma determinada semana me despedi de um paciente muito querido e de sua esposa. Nada mais havia a ser feito por ele no âmbito da assistência hospitalar e a tecnologia rendia-se ao inevitável apelo da morte. Ela, senhora do nosso destino, rondava silenciosa entre nós, provavelmente olhando com estranheza o longo abraço que trocamos ou mesmo tentando compreender minhas tímidas e pouco convincentes palavras de encorajamento.

Senti-me arrastada por uma profunda impotência, paralisante, humilhante. Meus tantos anos como enfermeira, meus títulos e saberes de pouco me valeram naquela circunstância; tanto prometi e tão pouco realmente proporcionei. Talvez, por sentir meu desconforto, meu paciente segurou minhas mãos e fez por mim o que eu deveria ter feito por ele: ajudou-me a compreender que uma relação terapêutica não é muitas vezes construída por sucessos, mas que o indesejável pode trazer consigo alguns outros pontos positivos, tal como uma amizade.

Reflieto sobre essa experiência enquanto revivo minha formação acadêmica. Fui desde sempre preparada e treinada para lutar pela vida; construí meu ser enfermeira com a determinação de sempre olhar o outro como uma extensão de mim mesmo. Trago forjado na minha alma as palavras de

Immanuel Kant (2007): “não faça ao outro aquilo que não deseje para você”.

Tempos difíceis para manter firme essa determinação. A banalização das relações, a perda da identidade, a impessoalidade e o hedonismo de muito afugentaram as pessoas do convívio e do reconhecimento de nossa condição humana. Estamos dispersos em nossas ocupações e pouco nos sobra de tempo para com os outros nos preocuparmos.

Desaprendemos, gradativamente, a ser pessoa. O interesse maior está em aprender aquilo que é útil, cuja rentabilidade e notoriedade sejam consistentes. Mas de quais saberes tratam essa aprendizagem? Certamente, são aqueles saberes alicerçados na técnica, sobre a qual o domínio assegura e valida a competência profissional.

Dominada a técnica, pensamos nós sermos sabedores e detentores do poder sobre a vida. Sob essa perspectiva Martin Heidegger (2002) discorre: O homem é, no entanto, visto como ente que pode pensar. [...]. Mas talvez ele queira pensar e não possa.

As coisas que o homem deseja pensar, os saberes que deseja aprender deixaram de ser uma escolha pessoal e passaram a ser mediados pelo senso comum; as escolhas não são as escolhas do indivíduo, mas sim o resultado daquilo que é definido como apropriado dentro de um recorte cultural.

Como professora, tenho o compromisso de conduzir o aluno em sua trajetória em busca do saber. Devo provocá-lo para que retire o véu de Maya e que aprenda a pensar, a partir de escolhas próprias; sua identidade profissional construída como elemento único e intransferível; um ser humano que entrelace não somente saberes, mas também sonhos.

Saberes que não sejam tão somente a expressão cumulativa de informações, sobre as quais o aluno assegure-se não mais prescindir de nada para se conduzir profissionalmente. Sonhos que estejam sempre renovados, alimentados pela inquietação de sentir que nunca estaremos prontos e que sempre poderemos ser melhores.

A preocupação com uma formação profissional que atenda aos apelos da realidade global levou a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura) a orientar que para educação no século XXI sejam valorizados quatro aspectos fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.

Aparentemente simples, tal proposta representa um verdadeiro desafio por sua complexidade e pelo representativo número de elementos envolvidos em sua concretização. Discorro brevemente sobre cada um deles:

Aprender a conhecer: ao definir tal aspecto fica bem caracterizado o propósito de alcançar a compreensão pelo conhecimento. Destaque-se que, no aprender a conhecer, a pessoa é convidada a um descobrimento, utilizando, para tanto, instrumental próprio que o habilite em sua busca. Não é de interesse exclusivo o volume de conteúdo apreendido; muito pelo contrário! A ênfase está nos recursos desenvolvidos pela pessoa para compreensão do conhecimento proposto, sempre contextualizado na realidade e cuja finalidade seja o bem comum.

Podemos já perceber as dificuldades inerentes a esta proposta. Em um momento onde as informações são tão efêmeras, com veículos de divulgação acessíveis em diferentes planos, como valorizar a compreensão? Como selecionar, filtrar, escolher aquilo que realmente merece nossa atenção?

Qual o papel do professor? Ou mesmo do enfermeiro em sua ação de educar para saúde? Bem sabemos que o doutor Google parece ser bem mais confiável para nossos pacientes do que nós mesmos...

Entretanto, se sem conhecimento nada somos, sem compreensão perdemos nossa identidade humana. Envolvidos pela exigência de um mercado de trabalho cada vez mais elitista optamos por conhecer – e quem sabe, tentar compreender – recortes de uma realidade bem delimitada. Tornamo-nos especialistas e, então, acomodados em uma pretensa segurança, esquecemos que o conhecimento é múltiplo e dinâmico; além do que, muitos dos problemas com os quais nos deparamos requerem soluções diversas e, por vezes, extraídas a partir de outras habilidades, tais como a criatividade. Por outro lado, apenas a compreensão pode nos conduzir até a criatividade.

Prosseguindo, temos *aprender a fazer*: em primeira leitura, a indissociabilidade entre aprender a conhecer e aprender a fazer é evidente: nós conhecemos algo para fazermos/realizarmos algo com esse conhecimento. A reflexão aqui proposta nos encaminha para um olhar atento sobre este fazer. No que se refere ao fazer do enfermeiro muitos dirão que ele, o fazer, se refere à técnica exigida nos inúmeros procedimentos, de diferentes complexidades, que fazem parte do nosso cotidiano.

Aprender a fazer não objetiva tão somente preparar alguém para execução de uma tarefa material, que se repete interminavelmente na rotina dos nossos afazeres. O fazer técnico necessita ser complementado com a relação interpessoal que se estabelece, obrigatoriamente, entre aquele que faz e aquele que recebe a ação.

Paciente e enfermeiro: dois aspectos de uma relação na qual ambos se influenciam, determinando que o fazer não é especificamente técnico, mas também comportamental/relacional. Por outro lado, como aprender a nos relacionar? Talvez a alternativa esteja em reconhecermo-nos como pessoas, sem distinções ou barreiras; seres humanos frágeis e que necessitam ser cuidados, que precisam se sentir amados. Assim colocado, passemos ao terceiro ponto enfatizado pela Unesco.

Aprender a viver juntos: no pensamento filosófico humanístico esta condição pode ser sintetizada pela expressão *ser-com*; o homem não constitui sua humanidade isoladamente. Ele necessita do outro e somente tendo-o como referência concretiza seu Ser. Esse é o desejo mais primário do homem e seu maior desafio: aprender a coexistir com o outro. Platão (1991) já delineava em seus escritos a incompletude do homem, que o faz buscar e perseguir o que lhe faz falta: o amor, esta busca da unidade perdida, que testemunha o vazio do ser no seio da realidade humana e se revela em insatisfação e angústia, errância e vacuidade.

Minha unidade está perdida no outro e será nele, com todas suas diferenças que irei encontrar a parte que me falta. O amor que busco, apenas estarei autorizado a senti-lo se me atrevo a aceitar que dependo do outro para permitir que ele nasça e floresça. Mas como educar sob tal perspectiva, em uma sociedade onde o diferente traz consigo a estranheza e o repúdio? Esse deve ser um esforço conjunto de todos nós, um esforço solidário e ininterrupto.

Por fim, discorro sobre *Aprender a ser*: a recomendação da UNESCO observa como princípio fundamental que

a educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa – espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade social e espiritualidade. Desse modo se faz possível olhar a pessoa no que ela tem de mais fundamental: a sua essência; elemento indissociável que demarca nossa humanidade. O Ser que habita em mim, que me faz criativo, intuitivo, afetuoso, engenhoso, atrevido e único, este Ser que tenho que aprender a ouvir quando me deparo com a frieza e a indiferença; este Ser que aprendi a Ser.

Nessa semana me despedi de um paciente muito querido e de sua esposa. Muito havia sido feito por eles; voltavam para casa após uma longa hospitalização. Viver era inevitável e meu paciente rendia-se à sua condição humana. Com um abraço afetuoso nos despedimos; ele não precisava do meu encorajamento para seguir caminhando; prosseguia firme e altivo em sua trajetória existencial. Ainda ouço sua voz afirmando como se sentia grato em relação a mim. Mas grato pelo que? E ele me responde: grato por você ter sido uma amiga, por ter ultrapassado os limites rígidos da sua profissão, por ter se preocupado comigo e respeitado minhas escolhas.

Não estou mais paralisada, não me sinto mais impotente. Reescrevi mais uma página da minha vida profissional; continuo aprendendo, comigo e com o outro. Conheço, faço, vivo junto, mas acima de tudo eu continuo sendo.

Esse é o convite que faço a cada um de vocês: não se deixem paralisar! Teçam seus saberes e a partir deles vivam novos sonhos.

Referências:

HEIDEGGER, M. **Que significa pensar?** Ijuí: Unijuí, 2002.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes.** Lisboa: Edições 70, 2007.

PLATÃO. **O Banquete.** In: Platão/Diálogos. Tradução e notas: José Cavalcante de Souza. 5ª Edição. São Paulo: Nova Cultural, 1991, p. 32-101 (Os pensadores).



UNIDADE 1

Promoção da saúde cardiovascular na
atenção primária

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E ACESSO À SAÚDE: A REALIDADE DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Francisco Wagner Pereira Menezes
Raquel Sampaio Florêncio
Thereza Maria Magalhães Moreira

A evolução do conceito de saúde para além da ausência de doença, caracterizado hodiernamente como bem-estar geral e inserido na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua fundação, traz à tona fatores socioeconômicos, entre outros, como importantes pontos no que concerne aos níveis de saúde de um grupo ou nação, constituindo o conceito de determinantes sociais da saúde.

O entendimento da concepção de saúde atrelada ao conceito de determinantes sociais, cotado como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), proporcionam as ferramentas para a reflexão sobre sua influência sobre a saúde de um grupo populacional.

Na sociedade capitalista atual, movida mais pelo interesse econômico que pelo bem estar social, tomam especial espaço e relevância os fatores econômicos, impactando sobre os níveis de acesso a bens e serviços, entre eles a saúde.

Válido salientar que o direito à saúde não se restringe a um sistema de atenção e cuidado à saúde e à doença, quando instalado o desequilíbrio. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista nacional por cumprir parte da responsabilidade do Estado com a saúde, no que tange à assistência médico-sanitária. Mas o SUS está longe de, por si só, prover a totalidade e complexidade das necessidades requeridas para acumular saúde (COSTA, 2009). Logo, os determinantes sociais podem dificultar o acesso aos serviços de saúde, compreendido como sistema curativista de cuidados.

Portanto, para alcançar um patamar de real determinação social da saúde e não da doença, exige-se outro redimensionamento, que envolve transformações na concepção de Estado e sociedade, e, conseqüentemente, no modelo de desenvolvimento (COSTA, 2009). Este produz desigualdades, atuando negativamente sobre os níveis de bem estar sociais.

No Brasil, apesar dos esforços do Estado e por conta da situação de desigualdade e estratificação social, tais impactos são sentidos relevantemente pelos menos favorecidos socioeconomicamente, gerando iniquidades em saúde. Conforme afirma Buss (2007), as iniquidades em saúde existem entre países e regiões do mundo e entre ricos e pobres no interior dos países e, ainda, tais desigualdades ocorrem tanto nos níveis de saúde e nutrição (morbidade, incapacidades e mortalidade), como também no acesso aos serviços sociais e de saúde.

Essa situação atinge variados grupos em diferentes faixas etárias, constituindo os adultos jovens uma população exposta a diversas iniquidades sociais. Mais especificamente no âmbito da saúde, figuram como preocupação: a

violência, a dificuldade de acesso aos serviços e a prática de comportamentos de risco cultuados culturalmente por nossa sociedade. De acordo com os estudos desenvolvidos por Barreto, Passos e Giatti (2009), que mostraram pouco comportamento saudável entre os adultos jovens, tal característica foi influenciada por questões sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil), pela disponibilidade de local para praticar esporte e pela autoavaliação de saúde, o que demonstra a influência de alguns determinantes sobre suas práticas.

Diante disso, foi objetivo do estudo identificar as características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde em adultos jovens escolares de uma capital do Nordeste brasileiro.

Trata-se de um estudo quantitativo, realizado em Fortaleza-Ceará-Brasil, nas escolas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação do Ceará (SEDUC), junto a 184 adultos jovens (20 a 24 anos) escolares de uma regional de saúde municipal. O estudo foi realizado em duas fases: 1) sensibilização e seleção dos escolares; 2) aplicação do instrumento de coleta de dados. Os dados foram digitados em um banco de dados de um *software*. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, no parecer de nº 263.271/2013.

Resultados e discussão

Os adultos jovens constituem parcela da população que merece especial atenção dos serviços e profissionais de saúde devido à presença de características peculiares nesta faixa etária. Em estudo desenvolvido por Souza e Souza

(2012) foi possível identificar que ainda existe dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos jovens e adolescentes, associada à ausência de atividades voltadas para esse grupo nos serviços.

Fator relevante e que aponta para a necessidade de repensar a oferta de serviços, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS), pois uma unidade realmente comprometida com a promoção da saúde trata de cuidar de seus cidadãos desde cedo, anteriormente à situação de desequilíbrio à saúde e sem prejuízo de outras ações e serviços, e não apenas dos indivíduos já atingidos, constituindo-se em estratégias as ações voltadas para o público jovem. Há necessidade de esforços dirigidos a lutas cotidianas por um novo modelo que priorize a promoção da saúde e que possa dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Dessa forma, transformaremos nossas práticas, saindo de um modelo de cuidados curativistas para um modelo de unidades irradiadoras de saúde. Nesse sentido, faz-se pertinente expor aqui a realidade dos adultos jovens escolares pesquisados.

A tabela 1 expõe as características socioeconômicas dos pesquisados.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=184).

Variáveis	f	%
Idade		
20	83	45,1
21	35	19,0
22	16	8,7
23	22	12,0
24	28	15,2
Sexo		
Masculino	79	42,9
Feminino	105	57,1
Raça/cor		
Branca	28	15,2
Parda	110	59,8
Negra	29	15,8
Indígena	06	3,3
Amarela	09	4,9
Religião		
Católica	82	44,6
Evangélica	85	46,2
Outra	16	8,7
Situação conjugal		
Solteiro	147	79,9
Casado	13	7,1
União estável	23	12,5
Separado	01	0,5
Filhos		
Sim	40	21,7
Não	144	78,3
Tipo de moradia		
Alvenaria	161	87,5
Madeira	12	6,5
Material reciclado	01	0,5
Taipa	02	1,1
Renda individual		
≤ 2 salários mínimos	131	71,2
> 2 salários mínimos	04	2,2
Renda familiar		
≤ 2 salários mínimos	80	43,5
> 2 salários mínimos	51	27,7
Recebe bolsa família		
Sim	52	28,3
Não	123	66,8
Ocupação no último ano		
Trabalho remunerado	93	50,5
Trabalho não remunerado	14	7,6
Estágio remunerado	13	7,1
Estágio não remunerado	01	0,5
Só estuda	62	33,7

Fonte: Dados da Pesquisa

Verificou-se que quase metade (45,1%) dos jovens tinham 20 anos. Em relação ao sexo, a maior parte era de mulheres (57,1%). A raça parda foi a mais referida (59,8%). Quanto à crença, houve uma divisão homogênea entre católicos (44,6%) e evangélicos (46,2%) nesta população. Ademais, observou-se que os adultos jovens em sua maioria eram solteiros (79,9%), não tinham filhos (78,3%), moravam em casa de alvenaria (87,5%), sendo que condições de moradia precárias também foram relatadas, como casas de madeira, material reciclável e taipa (6,5%, 0,5% e 1,1%). Sua renda individual e familiar correspondeu a dois salários mínimos ou menos. Alguns destes (28,3%) recebiam bolsa família e a maior parte (50,5%) trabalhava remuneradamente.

No que refere ao acesso aos bens e serviços de saúde, públicos e privados, a tabela 2 expõe as variáveis analisadas.

Tabela 2 - Características de acesso à saúde dos adultos jovens escolares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014 (n=184).

Variáveis	f	%
Plano de saúde		
Sim	31	16,8
Não	152	82,6
UBS próximo de casa		
Sim e utilizo seus serviços	108	58,7
Sim, mas não utilizo seus serviços	63	34,2
Não	11	6,0
Facilidade de acesso a consultas/exames		
Sim	60	32,6
Não	120	65,2
Horários das UAPS conforme sua disponibilidade		
Sim	84	46,7
Não	96	53,3

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação aos planos de saúde, apenas uma pequena parcela (16,8%) do público fazia uso desse tipo de serviço, enquanto a maior parte (82,6%) não o fazia. Conforme Travassos *et al.* (2000), o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento.

Fator relevante no acesso às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) foi a proximidade destas das residências dos usuários. Sobre as dificuldades quanto à acessibilidade, Silva Júnior (2010) constatou em estudo desenvolvido em Salvador, que a existência de ladeiras, escadarias, encostas e a distância percorrida foram relatadas pela maioria dos informantes como importantes barreiras ao acesso da população às UAPS. Esse fator está mais vinculado às situações econômica, social e de saúde, que não permitem a ida à unidade em transporte coletivo, seja pela não disponibilidade do serviço na região ou pela indisponibilidade financeira de utilizá-lo, ou ainda pela condição de saúde do usuário.

Apesar da proximidade dos serviços encontrada na maioria dos relatos (92,9%), ainda existe dificuldade no acesso aos exames e consultas, em especial às médicas. Aproximadamente dois terços (65,2%) referiu não ter facilidade no acesso a tais serviços, enquanto um terço (32,6%) referiu ter facilidade, fator que demonstra a ainda inexistente legitimação dos princípios constitucionais relacionados ao setor saúde, dificultando o acesso e impactando negativamente na situação de saúde da população brasileira.

Portanto, a limitação na prestação dos serviços de saúde, sobretudo para aqueles que não podem pagar e dependem exclusivamente da rede pública, atua negativamente na população de adultos jovens. Apesar dos esforços direcionados à legitimação dos princípios de universalidade e integralidade da assistência, tal fator constitui dificuldade ainda presente no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito à disponibilidade dos adultos jovens no horário de funcionamento das UAPS, pouco mais da metade (53,3%) referiu não estar disponível no horário de funcionamento da unidade, o que requer maior flexibilidade ou ampliação dos horários de funcionamento dos serviços de saúde em geral.

Os níveis de acesso aos serviços de saúde podem estar sendo influenciados negativamente pelas condições socioeconômicas dos usuários adultos jovens escolares na medida em que poucos podem pagar por serviços privados, além de enfrentarem dificuldades na busca por serviços públicos, como a não priorização de uma agenda que aproxime esse usuário, seja pela não disponibilidade de atividades voltadas para essa população ou pelo horário de funcionamento dos serviços que os excluem, sobretudo por conta do desempenho de atividades trabalhistas e/ou educacionais.

Conclusão

A população de adultos jovens é heterogênea em relação às características socioeconômicas e requer maior atenção por parte das políticas públicas, considerando seu difícil acesso aos serviços de saúde. Diversos são os problemas que

dificultam o acesso da população em geral, enfrentando os indivíduos dificuldades específicas a partir do grupo social que compõem, seja pela sua condição financeira, faixa etária ou outros fatores.

Há necessidade de ampliar a visão sobre os usuários adultos jovens no planejamento das atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde e a flexibilização dos aparelhos de produção de saúde, em especial de seu horário de funcionamento.

Portando, para superar as barreiras existentes no que tange ao acesso dos adultos jovens aos serviços de saúde são necessárias medidas específicas, que tragam esses indivíduos para próximo das unidades de saúde, bem como medidas gerais, de superação de dificuldades históricas, de modo a construir redes intersetoriais promotoras do acesso e qualidade de vida.

Referências

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 9-17, nov. 2009.

BUSS, P.M. Globalização, pobreza e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 1575-89, 2007.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

COSTA, A.C. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 443-6, Set./dez. 2009.

SILVA JÚNIOR, E.S. *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, supl. 1, p.49-60, Nov. 2010.

SOUZA, C.L.; SOUZAS, R. Juventude e saúde: análise do discurso sobre oferta e acesso aos equipamentos e serviços públicos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 6, p. 922-8, Dez. 2012.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-49, 2000.

ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CONSUMO DE ÁLCOOL E CARACTERÍSTICAS DE ADULTOS JOVENS

Laryssa Veras Andrade
Thereza Maria Magalhães Moreira
Irialda Sabóia Carvalho
Daniele Braz da Silva
Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho
Riksberg Leite Cabral

O álcool é a droga mais utilizada no mundo e seu consumo é um padrão recorrente e crescente, principalmente entre os adolescentes e adultos jovens. O uso abusivo por essa população se constitui sério problema de saúde pública, social e econômico, particularmente nos jovens (LARANJEIRA *et al.*, 2009; HEREDIA; MARZIALE, 2010; OMS, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas e o uso dessa substância tem iniciado cada vez mais cedo na população (PILLON *et al.*, 2011; OMS, 2005). Na sociedade contemporânea, os jovens vêm sendo estimulados a uma vida relacionada à curiosidade pelo prazer e riscos. Assim, são particularmente vulneráveis a danos em seu desenvolvimento, pois a dependência a esta substância é geralmente causada a partir do uso experimental e

recreativo em idades precoces (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010).

Os gastos produzidos com o consumo excessivo de álcool são elevados, tornando-o preocupação nacional. Estimativas apontam gasto anual de 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro com problemas advindos do uso de álcool no país, chegando-se à quantia de 130 bilhões de reais por ano (GALLASSI *et al.*, 2008).

Além dos gastos excessivos, o abuso e dependência de álcool estão associados a múltiplas consequências para a saúde, como doenças cardíacas, eventos fatais, transtornos psiquiátricos, traumas, violência doméstica, quedas, neoplasias, doenças sexualmente transmissíveis, cirrose hepática, além dos danos ao patrimônio público (GUIMARÃES *et al.*, 2010; ZEIGLER *et al.*, 2005; WINDLE, 2003).

Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar a associação entre as características (sociodemográficas, comportamentais e clínicas) dos escolares adultos jovens e o consumo do álcool. Trata-se de um estudo analítico realizado com 501 adultos jovens escolares, faixa etária de 20 a 24 anos, conforme classificação da OMS e marco legal brasileiro (BRASIL, 2007; OMS-OPAS, 2005).

A coleta de dados foi realizada nas escolas da rede estadual e municipal de Maracanaú-Ceará-Brasil no período de 2011-2012, e ocorreu em duas fases: 1) sensibilização e cadastro (mostrando a temática e os objetivos do estudo aos participantes e funcionários da escola). Ainda nesta fase, foram determinados os estratos por turma de cada escola, a partir do sorteio aleatório, com base na lista de frequência disponibilizada pelas escolas para cada turma do ensino

médio e Educação de Jovens e Adultos-EJA. Com isso, os discentes foram convidados a participar da pesquisa com leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A não aceitação em participar e/ou desistência, seguiu com a substituição do estudante, em novo sorteio, utilizando-se os mesmos critérios. E 2) coleta de dados propriamente dita, com o preenchimento de um questionário com itens referentes ao consumo de álcool e às características sociodemográficas, comportamentais e clínicas.

Esta pesquisa integra o projeto guarda-chuva intitulado “Análise do risco cardiovascular em adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob parecer N°11044795-6.

Resultados e discussão

Os resultados mostraram que dos 501 adultos jovens estudados, mais da metade (54,9%) fazia uso de bebida alcoólica. Dentre eles, 51,6% eram do sexo masculino; 81,4% tinham idade que variava de 20 a 22 anos, com média de 21,05 anos; 69,1% eram não brancos; 82,7% solteiros; 77,2% não tinham filhos; 62,8% possuíam ocupação além dos estudos e 65,3% tinham renda mensal individual de até dois salários mínimos. Entre os adultos jovens com filhos, cerca de um quinto (19,2%) tinha apenas um filho e residiam com 4,4 pessoas no domicílio, em média.

A verificação da existência de associação estatística entre as características sociodemográficas dos adultos jovens e o uso de álcool está demonstrada na Tabela 1, na qual se pode observar que apenas o estado civil apresentou asso-

ciação significativa com o desfecho ($p < 0,001$, pelo qui-quadrado) e $OR = 2,368$ [$IC_{95\%} = 1,476-3,800$], ou seja, adultos jovens solteiros têm 2,368 mais chances de consumir bebida alcoólica do que os casados ou aqueles que vivem com companheiro em regime de união estável.

Tabela 1 – Associação entre as características sociodemográficas dos adultos jovens e o uso do álcool. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.

VARIÁVEIS	ÁLCOOL		p-valor	Odds ratio
	Sim f (%)	Não f (%)		
SEXO				
Masculino	142 (51,6)	63 (45,3)	0,225	1,288 [0,855- 1,939]
Feminino	133 (48,4)	76 (54,7)		
Total	275 (100,0)	139 (100,0)		
IDADE (anos)				
20 - 22	223 (81,4)	109 (78,4)	0,473	1,203 [0,726- 1,996]
23 - 24	51 (18,6)	30 (21,6)		
Total	274 (100,0)	139 (100,0)		
RAÇA				
Branços	84 (30,9)	47 (33,8)	0,546	0,875 [0,566- 1,352]
Não brancos	188 (69,1)	92 (66,2)		
Total	272 (100,0)	139 (100,0)		
ESTADO CIVIL				
Solteiro	225 (82,7)	93 (66,9)	<0,001	2,368 [1,476- 3,800]
Casado/União Estável	47 (17,3)	46 (33,1)		
Total	272 (100,0)	139 (100,0)		

FILHOS				
Sim	62 (22,8)	30 (21,7)		
Não	210 (77,2)	108 (78,3)		1,063
Total	272 (100,0)	138 (100,0)	0,809	[0,649- 1,742]
OCUPAÇÃO ALÉM DOS ESTUDOS				
Sim	167 (62,8)	83 (65,9)		
Não	99 (37,2)	43 (34,1)		0,874
Total	266 (100,0)	126 (100,0)	0,552	[0,560- 1,363]
RENDA MENSAL INDIVIDUAL				
Sem Renda	78 (28,5)	41 (29,7)		
< 2 Salários	179 (65,3)	87 (63,0)		
Mínimos				
≥ 2 Salários	17 (6,2)	10 (7,3)	0,871	
Mínimos				
Total	274 (100,0)	138 (100,0)		

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto às características comportamentais, investigou-se apenas o tabagismo e a frequência de bebida alcoólica (Tabela 2). Identificou-se que 9,5% dos adultos jovens estudados são fumantes e isto se associou estatisticamente ao uso do álcool ($p < 0,001$, pelo qui-quadrado) e $OR = 6,915$ [IC95% = 2,090-22,880], mostrando que os fumantes têm 6,915 mais chances de consumir bebida alcoólica do que aqueles que não fumam.

Em relação à idade que experimentaram álcool pela primeira vez, 22,6% foi com 15 anos, entretanto, apenas 8,7% fazem uso de álcool com frequência regular.

Tabela 2 – Associação entre as características comportamentais dos adultos jovens e álcool. Maracanaú-Ceará-Brasil, 2012.

VARIÁVEIS	ALCOOL		p-valor	Odds ratio
	Sim f (%)	Não f (%)		
FUMA				
Sim	36 (13,2)	03 (2,2)	<0,001	6,915 [2,090- 22,880]
Não	236 (86,8)	136 (97,8)		
Total	272 (100,0)	139 (100,0)		
FREQUÊNCIA DE BEBIDA ALCOÓLICA				
Regularmente	24 (8,7)	—		
De vez em quando	126 (45,8)	—		
Raramente	125 (45,5)	—		
Total	275 (100,0)	—		
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL				
Normal	162 (60,2)	83 (61,5)	0,807	0,949 [0,621-1,449]
Sobrepeso/ Obesidade	107 (39,8)	52 (38,5)		
Total	269 (100,0)	135 (100,0)		
PRESSÃO ARTERIAL				
Normal	210 (76,6)	112 (80,6)	0,362	0,791 [0,477-1,311]
Elevada	64 (23,4)	27 (19,4)		
Total	264 (100,0)	139 (100,0)		
GLICEMIA PÓS-PRANDIAL				
Normal	266 (97,1)	132 (97,0)	0,277	1,763 [0,626-4,967]
Elevada	08 (2,9)	07 (5,0)		
Total	274 (100,0)	139 (100,0)		
COLESTEROL TOTAL				
Normal	249 (92,9)	122 (89,1)	0,185	1,611 [0,792-3,280]
Elevado	19 (7,1)	15 (10,9)		
Total	268 (100,0)	137 (100,0)		

PA elevada $\geq 120 \times 80$ mmHg; Glicemia pós-prandial elevada ≥ 140 mg/dl e Colesterol total elevado ≥ 200 mg/dl

Fonte: Dados da Pesquisa

No tocante às características clínicas estudadas, não se verificou associação estatística com o uso do álcool. Observa-se que a maioria dos adultos jovens que consomem bebida alcoólica está com índice de massa corporal adequado (60,2%); pressão arterial normal (76,6%); níveis de glicemia pós prandial adequados (97,1%) e colesterol total dentro dos limites normais (92,9%). As médias de pressão arterial sistólica e diastólica, foram 113,2 mmHg e 70,4 mmHg, respectivamente.

A identificação do perfil de consumo de bebidas alcoólicas pode ser útil para o entendimento da distribuição de vários aspectos ligados a este hábito. Melhor compreensão acerca das características sociodemográficas, comportamentais e clínicas ligadas a grupos com maiores exposição a fatores e comportamentos de risco contribuem para a elaboração de políticas e programas de saúde mais eficazes e equânimes.

Nesta pesquisa, observou-se que mais da metade (54,9%) dos adultos jovens fazia uso de álcool, sendo a maioria homens (51,6%) na faixa etária de 20 a 22 anos (81,4%). Esses achados corroboram com estudo feito por Cavariani *et al.*, (2012), na região metropolitana de São Paulo que encontraram valores parecidos para homens (48,4%) com mesma faixa etária (41,7%). Já no estudo de Bortoluzzi *et al.*, (2010) realizado em Santa Catarina, os autores verificaram que o sexo masculino e a idade mais jovem são os que mais consomem álcool e encontraram percentual de 54,5% relacionado à abstinência do álcool.

Jomar (2011) aponta que o álcool faz parte da sociabilidade masculina, pois homens bebem em grupo para

ficarem mais divertidos e espertos. Em geral, homens buscam o prazer no consumo excessivo de álcool. Já as mulheres parecem fazer tal uso para medicarem seus problemas de humor ou na busca de soluções para problemas domiciliares/laborais ou para se sentirem mais otimistas frente à vida e conseguirem expressar seus sentimentos.

Quanto à raça, o presente estudo vai ao encontro do estudo de Jomar (2011), realizado no Rio de Janeiro, que identificou maior proporção de não brancos entre os que faziam uso de álcool. As desigualdades nos indicadores de saúde entre a variável raça/cor de pele remetem aos determinantes sociais de saúde como influente na pior condição de saúde para negros comparados aos brancos.

Em relação à situação conjugal, o estudo de Jomar (2011) obteve associação estatística de não casados com o uso de álcool. Resultado observado também no estudo atual, no qual foi verificado que os adultos jovens solteiros têm 2,368 mais chances de consumirem bebidas alcoólicas do que os casados ou aqueles que vivem em união estável. Nesse sentido, a união estável funciona como um fator de proteção para o consumo de álcool, especialmente entre os homens, já que as mulheres costumam contribuir para que eles tenham mais cuidados com a própria saúde, aconselhando-os, inclusive, a não consumir álcool excessivamente.

A maior parte dos adultos jovens que fazia uso de álcool (62,8%) tinha alguma ocupação além dos estudos. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Bortoluzzi *et al.*, (2010). Segundo Oliva (2007), indivíduos envolvidos com uso abusivo de álcool ficam mais vulneráveis à ocorrência de problemas no trabalho, apresentam baixa

produtividade e, quando desempregados, têm dificuldade de encontrar novo emprego.

Em relação à renda mensal individual viu-se ser mais frequente o uso de álcool em quem tem renda menor que dois salários mínimos. Esse achado não corrobora com o de Ferreira *et al.* (2011), no qual o grupo de menor renda apresentou prevalência de 58,7% de abstêmios. Segundo Jomar (2011), pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, estando mais expostas aos agravos de saúde, em que podem ser incluídos os padrões de consumo problemático de álcool.

Quando se trata da combinação do uso do álcool com outro hábito comportamental como o tabagismo, observou-se associação entre ambos, mostrando que os fumantes têm 6,915 vezes mais chances de consumirem álcool do que os que não fumam. No estudo feito por Vargas, Oliveira, Araújo (2009) também se encontrou associação estatística do tabagismo e a condição de ser solteiro com o uso de álcool.

Na pesquisa realizada por Jomar (2011), os participantes fumantes tinham cinco vezes mais chances de consumir bebida alcoólica do que aqueles que não fumam, concordando com os achados deste estudo. O uso combinado de álcool e tabaco aumenta o risco de câncer da cavidade bucal e de esôfago e também em outras localizações, como a faringe e a laringe supraglótica. Estima-se que das pessoas com câncer na cavidade bucal 76% delas fumem e consumam bebidas alcoólicas regularmente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2005).

Apenas 9,5 %, dos adultos jovens estudados, são fumantes. Em estudo feito em São Paulo com a mesma popu-

lação encontrou-se porcentagens maiores de 22% e o fumo esteve associado estatisticamente com o álcool, assim como no estudo atual (BERTO; CARVALHÃES; MOURA, 2010). Sabe-se que as doenças crônicas não transmissíveis compartilham vários fatores de risco, e como tais fatores não ocorrem isoladamente nos indivíduos, o enfoque da OMS (2003), que propõe uma abordagem integrada de prevenção e controle, em todas as idades, baseada na redução concomitante dos principais fatores comportamentais, deve ser adotado.

Em relação à frequência do uso de álcool, estudo feito por Laranjeira *et al.* (2010) encontraram que, entre os bebedores, 29% consumiam álcool regularmente. Ao passo que, no presente estudo, encontramos valores inferiores (8,7%). No estudo de Ferreira *et al.* (2011), observaram que 13,3% consumiam álcool de vez em quando, porém valores maiores foram achados nesse estudo (45,8%). É importante analisar o risco de exposição ao elevado consumo que os participantes do estudo estão sujeitos, o que deve servir de alerta para as diversas consequências sociais decorrentes do consumo elevado de álcool.

Estudo realizado por Martins *et al.* (2010) mostrou que fazer uso de álcool torna o indivíduo mais vulnerável ao surgimento de problemas sociais e clínicos. Vargas, Oliveira e Araújo (2009) ao estudarem os dependentes de uso de álcool encontraram associação dessa dependência com diabetes e hipertensão. No entanto, em nosso estudo isso não se fez presente, pois a grande maioria (76,4%) dos adultos jovens que consumiam álcool teve pressão arterial, níveis de glicemias pós-prandiais (97,1%), colesterol total (92,9%) e

índices de massa corporal normais (60,2%). Isso pode ser explicado pela faixa etária jovem ou até mesmo pelo consumo esporádico de álcool.

Considerando o exposto, torna-se necessário que os gestores das áreas de saúde e educação aproximem-se da realidade dos jovens, a fim de conhecer o problema e elaborar políticas públicas e programas de promoção, prevenção e tratamento para o uso/abuso de álcool, por tratar-se de um problema de saúde pública. Estas estratégias são necessárias, pois visam à manutenção de boa qualidade de vida desses indivíduos, levando-os o mais longe possível das drogas. No contexto da escola é importante, também que o professor reconheça ser ele a referência para a formação de hábitos saudáveis dos seus alunos. Entretanto, não se pode esperar que o educador assuma um papel que é também da família, considerada responsável no processo educativo desses indivíduos.

Conclusão

O uso do álcool por adultos jovens foi maior entre os homens com idade entre 20 e 22 anos, não brancos, solteiros e sem filhos. Apesar de quase um décimo dos pesquisados ser fumante, a associação com o tabagismo mostrou que ambos os comportamentos são praticados, na maioria das vezes, conjuntamente. O tabagismo e a condição de ser solteiro aumentam as chances desses adultos jovens consumirem álcool.

As boas condições clínicas encontradas em grande parte dos adultos jovens como pressão arterial, índice de massa corporal, glicemia pós-prandial e colesterol total nor-

mais pode ser explicada pela faixa etária jovem ou pelo consumo esporádico de álcool relatado pela maioria.

Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de políticas voltadas à prevenção do uso e abuso de álcool, nas quais a família, trabalho, comunidade, escola e os meios de comunicação possam ser envolvidos.

Referências

AGUIRRE, A. A.; CASTILLO, M.M.A; ZANETTI, A.C.G. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 18, p. 634-40, 2010.

BERTO, S.J.P.; CARVALHAES, M.A.B.L. and MOURA, E.C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol. 26, n. 8, pp. 1573-1582. ISSN 0102-311X.

BORTOLUZZI, M.C.; KEHRIG, R.T.; LOGUERCIO, A.D.; TRAEBERT, J.L. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol. 16, n. 3 [cited 2015-10-21], pp. 1953-1959 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Resolução n. 466/466**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CAVARIANI, M. B.; OLIVEIRA, J.B.; KERR-CORREA, F. L.; PEREIRA, M. C. Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto GENACIS. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, n.7, v.28, p. 1394-1404, 2012.

FERREIRA, L. N. *et al.* Perfil do Consumo de Bebidas alcoólicas e Fatores Associados em um município do Nordeste do Brasil . **Cad. Saúde Pública**, n. 8, v. 27, n. 8, p. 1473-1486, 2010.

GALASSI, A. D.; ALVARENGA, P. G.; ANDRADE, A. G.; COUTTOLLENC, B.F. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, p. 25-30, 2008.

GUIMARÃES, V. V. *et al.* Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 314-325, 2010.

HEREDIA, L.P.D; MARZIALE, M. H.P. El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 18, p. 573-81, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Inquérito Domíliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

JOMAR, R.T. **Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos de área adscrita à Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; SANCHES, M.; ZALESKI M, C. R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2010; 32:231-41

MARTINS, M. S. A. M. S.; FERREIRA, M. G.; GUIMARAES, L. V. V., CARNEIRO, L. A. Hipertensão arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal . **Arq. Bras. Cardiol.**, n. 5, v. 94, p. 639-644, 2010.

OLIVA, A.L. **Apoio Social para Dependentes do Álcool**. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

OPS. Organização PAN-AMERICANA da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas**: um investimento vital. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

PILLON, S.C.; SANTOS, M.A.; GONÇALVES, A.M.S; ARAÚJO, K.M. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n. 45, v. 1, p. 100-107, 2011.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A.F.; ARAUJO, E.C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, n. 8, v. 25, p. 1711-1720, 2009.

ZEIGLER, D.W., WANG, C.C.; YOAST, R.A. *et al.* The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. **Preventive medicine**, 40, p. 23-32, 2005.

FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL IDENTIFICADOS EM ADULTOS JOVENS DE UM CURSO DE ENFERMAGEM

Francisco Wagner de Sousa Paula
Amanda Pereira Ferreira
Thereza Maria Magalhães Moreira
Leandro Araújo Carvalho
Leidiane de Sousa Paula

O aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nas últimas décadas reflete alguns efeitos negativos da globalização, urbanização rápida, vida sedentária e alimentação hipercalórica, além do tabagismo e etilismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2001) dentre as DCNT mais frequentes, estão a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM), as quais configuram importantes problemas de saúde no Brasil devido suas altas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas associadas às doenças cardiovasculares, elevando as taxas de morbimortalidade e os custos decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o desempenho das suas atribuições.

Entretanto, os fatores de risco para desenvolver as DCNT têm relação intrínseca com o estilo de vida e causam impactos no excesso de peso/obesidade, aumento da pressão arterial, da glicose sanguínea, do colesterol, possíveis de resultar em diabetes, doenças cardiovasculares, aciden-

te vascular cerebral (AVC) e câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Atualmente, os maus hábitos alimentares e o sedentarismo, além da oferta exagerada de alimentos calóricos e rápidos que substituem a alimentação saudável. Estes fatores contribuem para o desenvolvimento das DCNT.

Lalonde (1974) define estilo de vida como um conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se podem exercer certo grau de controle. Nesse contexto, as atitudes pessoais interferem para a saúde. Quando estes riscos resultam em enfermidade ou morte se pode afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção.

Contudo, reconhecer que o hábito cotidiano não contribui para a promoção da saúde é necessário para que o estilo de vida seja mudado, em consequência, a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) em tempo hábil de minimizar os danos.

O conhecimento destes fatores permite detectar o nível de susceptibilidade a doenças crônicas para subsidiar a prática clínica dos profissionais de saúde em direção às reais necessidades dos adultos jovens, contribuindo na promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas. Circunscreve os adultos jovens, segundo a Organização Mundial da Saúde, da adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos).

Nesse aspecto, o conhecimento das prevalências e tendências relacionadas a comportamentos e indicadores de saúde em adultos jovens e suas variações segundo características sociodemográficas selecionadas é fundamental para orientar o desenvolvimento de políticas de promoção

da saúde e subsidiar o atendimento às demandas de saúde específicas dessa população. Com a possibilidade de conhecer, acompanhar e promover a saúde desse grupo etário será possível a prevenção desses problemas e transformação do futuro na direção de uma sociedade mais saudável e produtiva (BARRETO *et al.*, 2010).

Para isso, buscou-se identificar os fatores de risco para HA em adultos jovens universitários, fato que possibilitará a detecção precoce dos riscos e a possibilidade de adesão aos hábitos saudáveis, minimizando as cronicidades futuras.

Trata-se de um estudo analítico e quantitativo, realizado com 106 adultos jovens universitários do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), localizada na região Nordeste do Brasil, no período de março a abril de 2014.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram dois questionários estruturados: Sociodemográfico e o “Estilo de Vida Fantástico”. Para este estudo foram utilizados os seguintes domínios do questionário: atividade, nutrição, cigarro, drogas e álcool. Foram incluídos apenas os universitários que obedeceram os critérios de inclusão: preencher adequadamente os instrumentos de pesquisa e participar voluntariamente no processo, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, sendo informados sobre os procedimentos utilizados e possíveis benefícios e riscos do estudo. Posteriormente, os dados foram tabulados e analisados.

A associação de variáveis do questionário e sexo foi realizada pelo qui-quadrado de Pearson e odds ratio com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) no protocolo 397.822.

Resultados e discussão

Foram estudados 106 adultos jovens universitários, sendo que destes participantes foram predominantemente femininos (89; 84%). Os extremos das idades (20 e 24 anos) foram os que apresentaram maior frequência de participação (23; 21,7% e 26; 24,5%, respectivamente). Todos os participantes (106; 100%) eram solteiros e quase a totalidade (105; 99,1%) não tinha filho. Dos participantes, metade (53; 50%) era da raça branca. Acerca da renda familiar *per capita*, a grande maioria (88; 83%) recebia mais de dois salários mínimos, conforme detalhado na tabela 1.

TABELA 1 – Características sociodemográficas dos adultos jovens do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceara-Brasil, 2014.

Sexo	Variáveis	Estatística	
		f	%
Feminino		89	84,0
Masculino		17	16,0
Idade			
20		23	21,7
21		16	15,1
22		20	18,9
23		21	19,8
24		26	24,5
Estado Civil			
Casada/ União Estável		0	0
Solteira/ Separada/ Viúva		106	100
Renda Familiar			
Até 2 Salários		18	17,0
Acima de 2 Salários		88	83,0
Filhos			
Sim		1	0,9
Não		105	99,1
Raça			
Branca		53	50,0
Outras		53	50,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Na análise acerca dos fatores de risco para HA, considerou-se a prática da atividade física, nutrição, cigarro e drogas e álcool correlacionados com sexo.

Em relação à atividade física, a tabela 2 detalha os dados. Quando abordada a questão da rigorosidade dessa prática em pelo menos 30 minutos diários (corrida, bicicleta), resultou em pouco mais da metade (57; 53,8%) relatando-a “menos de 1 vez por semana”. Sobre atividades moderadas (jardinagem, trabalho de casa, caminhada) permaneceram com déficit nessa prática, sendo que a maior porcentagem dos jovens relatou ser moderados ativos “pelo menos de 1 vez por semana” com (36; 34,0%).

TABELA 2-Frequência do nível de atividade física moderado em adultos jovens universitários, Fortaleza-CE, 2014.

		f	%
Sou rigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc.)	Menos de 1 vez por semana	57	53,8
	1-2 vezes por semana	12	11,3
	3 vezes por semana	14	13,2
	4 vezes por semana	10	9,4
	5 ou mais vezes por semana	13	12,3
Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana	36	34,0
	1-2 vezes por semana	25	23,6
	3 vezes por semana	17	16,0
	4 vezes por semana	10	9,4
	5 ou mais vezes por semana	18	17,0

Fonte: Dados da Pesquisa

No domínio nutrição, foi possível verificar que (44; 41,5 %) fazia uma dieta balanceada “algumas vezes” e (33; 31,1%) comia frequentemente em excesso dois dos itens (açúcar, sal, gordura animal, bobagens ou salgadinhos) e pouco mais da metade (57; 53,8%) dos participantes acreditou estar 2 kg acima do seu peso ideal.

Sobre o consumo de álcool, quase a totalidade (103; 97,2%) afirmou fazer uso de zero a sete doses por semana e a maioria (75; 70,8%) disse nunca beber mais de quatro doses em uma ocasião. Os dados são expostos na tabela 3.

Tabela 3 -Frequência da nutrição em adultos jovens universitários, Fortaleza-CE, 2014.

		f	%
Como dieta balanceada	Quase nunca	9	8,5
	Raramente	14	13,2
	Algumas vezes	44	41,5
	Com relativa frequência	21	19,8
	Quase sempre	18	17,0
Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e Salgadinhos	Quatro itens	16	15,1
	Três itens	19	17,9
	Dois itens	33	31,1
	Um item	28	26,4
	Nenhum	10	9,4
Estou no intervalo de __ quilos do meu peso	Mais de 8 kg	22	20,8
	8 kg	4	3,8
	6 kg	11	10,4
	4 kg	12	11,3
	2 kg	57	53,8

Fonte: Dados da Pesquisa

Na abordagem sobre cigarro e drogas, quase a totalidade (101; 95,3% e 105; 99,1%) dos participantes disse não ter feito uso do cigarro nos últimos cinco anos e nunca usou drogas, como maconha e cocaína, respectivamente. Ainda, a grande maioria (89; 84,0%) respondeu nunca ter abusado de remédios ou exageros. Sobre ingerir bebidas que contêm cafeína, grande parte (70; 66,0%) respondeu que “ingere 1-2 vezes/dia”, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Frequência do uso de cigarros, drogas e álcool em adultos jovens universitários, Fortaleza-CE, 2014.

		f	%
Fumo cigarros	Mais de 10 por dia	0	0,0
	1 a 10 por dia	0	0,0
	Nenhum nos últimos seis meses	4	3,8
	Nenhum no ano passado	1	0,9
	Nenhum nos últimos cinco anos	101	95,3
Uso drogas como maconha e cocaína	Algumas	1	0,9
	Nunca	105	99,1
Abuso de remédio ou exagero	Quase diariamente	0	0,0
	Com relativa frequência	1	0,9
	Ocasionalmente	3	2,8
	Quase nunca	13	12,3
	Nunca	26	24,5
Ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou “colas”)	Mais de 10 vezes por dia	0	0,0
	7 a 10 vezes por dia	1	0,9
	3 a 6 vezes por dia	9	8,5
	1 a 2 vezes por dia	70	66,0
	Nunca	26	24,5
Minha ingestão média por semana de álcool é ___ doses	Mais de 20	0	0,0
	13 a 20	0	0,0
	11 a 12	0	0,0
	8 a 10	3	2,8
	0 a 7	103	97,2
Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	Quase diariamente	0	0,0
	Com relativa frequência	1	0,9
	Ocasionalmente	13	12,3
	Quase nunca	17	16,0
	Nunca	75	70,8

Fonte: Dados da Pesquisa

Após a análise dos dados, pode-se dizer que os adultos jovens universitários apresentam baixo risco para desenvolver HA, porém quando analisados cada domínio, individualmente e atentando para suas peculiaridades, percebe-se que os riscos aumentam quando considerada apenas a prática de atividade física e da nutrição.

Como se pode observar nos resultados, o sexo masculino teve menor frequência de participantes em relação ao sexo feminino, fato corriqueiro em pesquisas de base populacional (BARROS *et al.*, 2006). Ferreira *et al.* (2014) encontraram em estudo com mesmo objetivo, porém com amostras maiores, que 88,3% dos participantes femininos. Acredita-se que este fato esteja relacionado a questões demográficas e à crescente participação das mulheres no campo profissional e educacional (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

No que se refere à prática da atividade física, Negrão e Forjaz (2000) relatam em seu trabalho o aumento de estudos sobre o efeito hipotensor do exercício físico no período pós-exercício, o que significa que a pressão arterial pode reduzir para níveis significativos com uma única sessão, desde que essa atividade seja contínua. Mas essa queda de pressão depende da duração do exercício, mas independe de sua intensidade. Evidenciaram, também, que o tempo do exercício físico realizado tem influência, sendo que o tempo de 45 minutos provoca queda mais acentuada na pressão arterial que o exercício físico realizado durante 20 minutos.

Nos resultados, a prática da atividade física dos adultos jovens deixa a desejar na prática da atividade por completo ou no que se refere ao tempo de atividade. Quando associado ao sexo, Martins *et al.* (2010) corroboram com os resultados encontrados, pois, em uma população de 605 universitários com média de idade de 21,7 anos, o sexo feminino demonstrou maior proporção de sedentarismo (63,95%), havendo associação estatística entre sexo e nível de atividade física.

No que se refere ao hábito alimentar, foi preocupante, pois, quando se analisa apenas a nutrição, os pesquisados ficam em um padrão intermediário, não demonstrando preocupação com a dieta.

Em estudo de Lisboa *et al.* (2013), chamam atenção para uma contradição de informações, pois a literatura aborda os referenciais teóricos quanto à importância do estilo de vida saudável, com a presença de uma dieta nutritiva e prática da atividade física, mas em seu estudo com adolescentes não encontraram relação entre a doença [hipertensão], situação nutricional e a atividade física.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005) ressalta existir associação entre grau de obesidade e risco de hipertensão pela relação que ambos têm com o metabolismo da insulina, tônus simpático e vagal e sistema circulatório. Além do mais, a presença de hipertensão arterial em grupos cada vez mais jovens desperta preocupação para as complicações cardiovasculares (McARDLE; KATCH; KATCH, 2003).

No domínio do uso de cigarros, drogas e álcool, os resultados mostraram que os universitários pesquisados têm baixo risco para desenvolver a HA e o DM, quando relacionado ao uso, considerando que a adesão a estes itens é de pouca significância.

Faz-se necessário levar em conta que o meio acadêmico possibilita diversas mudanças na vida dos estudantes, como novas relações sociais e adoção de novos comportamentos, sendo que muitas vezes eles são levados à “aceitação” de certos costumes para serem incluídos em certos grupos e fazer parte deles.

No Brasil, o tabagismo está diretamente relacionado a 30% dos casos de infarto agudo do miocárdio, 25%

dos casos de acidente vascular cerebral, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e, pelo menos, 90% das mortes por câncer de pulmão (RAMIS,*et al.*, 2012).

Patkar *et al.* (2003) debateram a importância da diminuição das prevalências de tabagismo em estudantes de medicina e enfermagem, supondo que esta diminuição ocasionasse impacto na saúde pública, pois a adoção de hábitos saudáveis pelos estudantes e futuros profissionais pode auxiliar no manejo de seus clientes quando iniciarem sua carreira profissional. Assim, urge a implementação de políticas antitabagismo na universidade.

Quanto ao consumo de álcool, Stipp *et al.* (2007) em seu estudo sobre o consumo de álcool e as doenças cardiovasculares, na perspectiva do olhar da Enfermagem, encontraram baixa frequência do uso de álcool, considerando que a maior parte dos pesquisados foi do sexo feminino, mas atentam para incidência dos fatores de risco que outrora eram características masculinas, tais como tabagismo, etilismo e estresse, observadas no meio feminino.

Silva *et al.* (2011), no primeiro estudo no Brasil que utilizou o questionário “Estilo de Vida Fantástico” e aplicou em estudantes universitários, referiram que 5,1% dos calouros apresentaram estilo de vida inadequado. Alexandre (2010) afirma ser incontável o número de fatores modificáveis, conhecidos ou ainda por serem descobertos, que podem acentuar ou atenuar o risco de DCV. Ora, os adultos jovens universitários pesquisados têm rotina corrida com as aulas, os estágios, as atividades paralelas (grupos de pesquisa, monitorias, pesquisas) cursos de línguas, entre outros, o que favorece aumento do estresse, noites mal dormidas,

poucas horas de lazer, ansiedade, entre outras. Isto contribui para elevar a pressão arterial, aumentando os riscos de desenvolver HA, mas tais riscos devem ser minimizados com o controle dos fatores modificáveis.

Conclusão

Os fatores de risco para desenvolver a HA em adultos jovens universitários a partir da avaliação de pontos como: idade, gênero, atividade física, nutrição, cigarro, drogas e álcool e outros fatores, como os ambientais e os comportamentais apontaram, especialmente, para uma alimentação favorável ao desenvolvimento de HA, bem como a pouca prática da atividade física.

Os adultos jovens são sedentários e não apresentaram preocupação com a dieta, mas em contrapartida não fazem uso de cigarro, drogas e álcool. Os achados levantam algumas limitações do estudo, tais como: não realizam atividade física devido ao tempo ou à falta de vontade? A ingestão de dieta rica em açúcar, cafeína, gorduras e sal é motivada pela satisfação pessoal ou falta de lugares para se alimentar adequadamente?

Portanto, o estudo sugere que mais políticas internas da universidade trabalhem o comportamento dos alunos, incentivem a prática da atividade física, disponibilizem no restaurante universitário alimentação menos calórica e com mais vegetais e fibras, bem como ambulatórios com práticas educativas voltadas para os alunos, com orientações sobre nutrição, atividade física, postura corporal, acompanhamento da pressão, glicemia e IMC, dentre outros. Desta forma, não haveria desculpas para não aderir ao estilo de vida

saudável. Ressalta-se que os índices de pressão arterial aumentados nos adultos jovens podem ser reduzidos com estratégias simples, considerando que, por serem acadêmicos do curso da saúde, o ambiente universitário oferece amplo espectro de informações sobre os cuidados para o desenvolvimento da hipertensão.

Referências

ALEXANDRE, A. **Avaliação da capacidade de identificação do alto risco cardiovascular pelos algoritmos clínicos, marcadores da atividade inflamatória sistêmica, ultrassonografia de carótida e escore de cálcio estimado pela tomografia computadorizada em pacientes admitidos com infarto do miocárdio.** 2010. 53p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Brasília. 2010

BARRETO, S.M. *et al.* **A saúde dos escolares e dos adultos jovens no Brasil:** situação e tendências relacionadas aos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2010.

BARROS, M. B. A *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Cien Saude Colet**, v.11, n. 4, p. 911-26, 2006.

FERREIRA, A.P. ; MOREIRA, T.M.M.; MARQUES, A.C.T. ; PAULA, F.W.S. ; COSTA, E.S.; ANDRADE, LV. Estilo de vida de universitários de enfermagem adultos jovens residentes em uma capital do Nordeste brasileiro. Em: Ilvana Lima Verde Gomes; Francisco José Maia Pinto; Sarah Vieira Figueiredo. (Org.). **Temáticas de Dissertações no Âmbito da Saúde Pública:** concepção de orientadores e estudantes. 1ed.FORTALEZA-CE. : EdUECE. 2013. v. 1, p. 213-224.

FIGUEREDO, S.V. (Orgs) **Temáticas de dissertações no âmbito da saúde pública: concepções de orientadores e estudantes.** Fortaleza: EdUECE, 2014, p. 213-224.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians:** a working document. Ottawa, April 1974.

LISBOA, C.R.; *et al.* Hipertensão Arterial, Nutrição e Atividade Física em Adolescentes.

In: GOMES, I.L.V; PINTO, F.J.M; FIGUEREDO, S.V. (Orgs) **Temáticas de dissertações no âmbito da saúde pública:** concepções de orientadores e estudantes. Fortaleza: EdUECE, 2013, p. 153-173.

MARTINS, M.C.C. *et al.* Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n. 2, p. 192-199. Rio de Janeiro. 2010.

McARDLE, W. D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do Exercício.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acessado em 17 jun. 2012.] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf.

NEGRÃO, C.E.; FORJAZ, C.L.M. **Exercício Físico e Hipertensão Arterial**. CONGRESSO VIRTUAL DE CARDIOLOGIA, 1, 2000. São Paulo, Brasil.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PATKAR, A.A. *et al.* A Comparison of Smoking Habits Among Medical and Nursing Students. **CHEST** 2003; 124(4): 1415.

RAMIS, T.R. *et al.* Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**. 15(2): 376-85; 2012.

SILVA, D.A.S. *et al.* Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. **Ciências Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4476. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/ Sociedade Brasileira de Diabetes/ Associação Brasileira para Estudos de Obesidade. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, n. Suplemento I, 2005.

STIPP, M.D.C. *et al.* Álcool, doenças cardiovasculares e a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 581 – 5, dez., 2007.

TEIXEIRA, E.R *et al.* O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc. Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 3, p. 378 – 84, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION .**Global status report on non communicable diseases**. Geneva: World Health Organization; 2011.

EXCESSO DE PESO EM HIPERTENSOS E/ OU DIABÉTICOS: ESPAÇO PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago
Thereza Maria Magalhães Moreira
Gizelton Pereira Alencar

A atuação da Enfermagem no Brasil muitas vezes acontece sem que as pessoas percebam seu potencial para a implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde tanto em nível curativo quanto preventivo. Essa profissão tem se configurado como importante eixo para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo uma assistência de qualidade (BARBOSA *et al.*, 2004).

Dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem enfoque prioritário nas doenças e agravos não transmissíveis (DANT), a Enfermagem desenvolve importante papel, pois atua diretamente nas ações de prevenção e controle das principais doenças crônicas, bem como promoção da saúde, por meio de práticas educativas.

Sabe-se que o panorama mundial de DANT tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. Em 2001, no Brasil, as DANT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (OMS, 2005). Este panorama decorre da transição demográfica, epidemiológica e

nutricional, tornando complexo o quadro de saúde-doença do país (BRASIL, 2006).

Em reunião realizada no Rio de Janeiro em novembro de 2003, com representantes do Ministério da Saúde (MS), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) para a Agricultura e Alimentação, afirmou-se que este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020 (OMS, 2005).

Concernente à transição nutricional, sabe-se que ela advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (MALTA *et al.*, 2006).

O estilo de vida da atualidade configura-se como somatório das atividades laborais com pouco esforço físico e que ocupam todo o dia, da oferta abundante de alimentos industrializados e de baixo custo que substituem a alimentação saudável, além de outras transformações socioeconômicas que juntos contribuem positivamente para o quadro de excesso de peso instaurado.

Conceitua-se obesidade como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido à sua relação com várias complicações metabólicas. O sobrepeso e a obesidade são classificados a partir do índice de Quetelet ou índice de massa corpórea (IMC). Tem-se como ponto de corte para o sobrepeso o IMC igual ou superior a 25 Kg/m² e para obesidade o IMC igual ou superior a 30 Kg/m², com suas subclassificações (WHO, 2000).

O sobrepeso por si não tem efeito imediato no desenvolvimento de doenças crônicas, porém a história de excesso de peso pode contribuir para variações nos riscos à saúde (DUARTE *et al.*, 2005).

É possível visualizar as consequências do aumento do sobrepeso e obesidade. O excesso de peso é um dos fatores de risco para hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer. Sabe-se que a obesidade e a hipertensão arterial são os dois principais responsáveis pela maioria das mortes e doenças em todo mundo. A obesidade, além de pertencer ao grupo das DANT, é considerada como fator de risco para outras DANT, tais como as doenças do aparelho cardiovascular e, além de estarem fortemente representadas nas causas de morte, tem elevada morbidade relacionada (BRASIL, 2006).

Nos adultos com 20 anos ou mais, entre o período de 1975 a 1999, a prevalência de obesidade passou de 4,4% para 9,7%, mais que o dobro (BRASIL, 2004). Com propósito de reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas, em especial Hipertensão e Diabetes, foi implantado em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus. Além disso, disponibilizou-se aos estados e municípios, um Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes, conhecido por HIPERDIA (BRASIL, 2001).

Um dos responsáveis pelo preenchimento das fichas de cadastro do Sistema HIPERDIA é o enfermeiro. No momento da consulta e preenchimento da ficha, o enfermeiro tem a possibilidade de identificar fatores de risco e

complicações já existentes. Além disso, ainda é possível caracterizar epidemiologicamente as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que são cadastradas. As informações contidas nas fichas podem ser uma ferramenta importante tanto a nível nacional, para os gestores e planejadores de saúde formularem e avaliarem políticas públicas, como a nível local, para enfermeiros e demais profissionais da saúde direcionarem o cuidado, elaborando estratégias de prevenção e promoção da saúde e bem-estar.

Considerando a magnitude das doenças crônicas e seus fatores de risco, em especial o sobrepeso/obesidade, este estudo objetivou analisar o grau de excesso de peso de pessoas cadastradas no Sistema HIPERDIA de Fortaleza-Ceará, tomando por base o diagnóstico de sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$).

Tratou-se de estudo documental, descritivo, retrospectivo, quantitativo, realizado entre dezembro de 2010 e maio de 2011 com todas as fichas de cadastro de 2007 a 2009 de hipertensos e/ou diabéticos de todas as unidades de saúde de Fortaleza-CE. O universo compôs-se de 14200 fichas de cadastro hipertensos e/ou diabéticos. A população compôs-se de todos aqueles cujo valor do IMC fosse igual ou superior a 25 Kg/m^2 . Assim, obtiveram-se 10.095 fichas. O cálculo da amostra foi feito utilizando-se fórmula para população finita, considerando erro de 3% e prevalência de 50%, resultando em uma amostra de 965 fichas, as quais foram selecionadas aleatoriamente.

Os dados foram tabulados em banco de dados. As variáveis coletadas incluíram características sociodemográficas, clínicas, fatores de risco e complicações. Com os

dados antropométricos, realizou-se diagnóstico do estado nutricional, ou seja, utilizou-se o IMC, que é obtido dividindo-se o peso (em kg) pela altura (em m) ao quadrado. Utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) para averiguação de significância estatística entre variáveis categóricas e utilizando critério de significância de $p < 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE, com parecer N°08622921-4.

Resultados e discussão

Com relação às características sociodemográficas observou-se que 683 (70,8%) eram mulheres, 446 (46,2%) estavam na faixa etária de 60-79 anos, seguido de 396 (41%) na faixa de 40-59 anos, idade média de 60,28 anos e desvio padrão $\pm 12,336$, 437 (45,3%) pessoas com ensino fundamental e 385 (39,9%) convivendo com companheiro(a) e filho(s), conforme é possível observar na tabela 1. Destaca-se que as fichas apresentaram incompletude no preenchimento de dos dados sociodemográficos, excetuando o sexo.

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica de pessoas com sobrepeso/obesidade cadastradas no Sistema HIPERDIA de Fortaleza-Ceará, de 2007-2009. Fortaleza-Ceará, 2011 (n=965).

Variável	f	%	Média	DP*
Sexo				
Masculino	282	29,2		
Feminino	683	70,8		
Faixa etária				
20-39 anos	51	5,3		
40-59 anos	396	41,0		
60-79 anos	446	46,2	60,28	±12,336
80 anos ou mais	61	6,3		
Não preenchidos	11	1,1		
Escolaridade				
Não sabe ler/escrever/alfabetizado	329	34,1		
Ensino fundamental	437	45,3		
Ensino médio	118	12,2		
Ensino superior	10	1,0		
Não preenchidos	71	7,4		
Raça				
Branca	259	26,8		
Parda	545	56,5		
Amarela	19	2,0		
Negra	74	7,7		
Não preenchidos	68	7,0		
Situação familiar/conjugal				
Com companheiro e filho	385	39,9		
Com companheiro e sem filhos	83	8,6		
Com companheiro, filhos e outros familiares	56	5,8		
Com familiares, sem companheiro	204	21,1		
Com outras pessoas	26	2,7		
Vive só	32	3,3		
Não preenchidos	179	18,5		

Fonte: Fichas do HIPERDIA, 2007-2009. *Desvio Padrão

Quanto à predominância de mulheres entre os que tinham sobrepeso, sabe-se que esta sofre mais influências potencializadoras do ganho de peso, tais como gestação e a falta de perda de peso após o parto. Além disso, o casamen-

to pode influenciar no ganho de peso, principalmente em mulheres (BRASIL, 2006). Este estudo corroborou com tal afirmação, ao detectar que metade daqueles que conviviam com companheiro(a) e filho(s) estavam com sobrepeso.

Concernente à raça, houve predominância de pardos. Não foram encontrados estudos que relacionassem raça à obesidade. Encontrou-se que a obesidade tem associação com fatores genéticos, hereditários e de estilo de vida (BRASIL, 2006).

Nesse estudo quase metade das pessoas tinham apenas ensino fundamental. Estudo realizado com pessoas cadastradas em um ambulatório de um hospital estadual de Salvador-Bahia encontrou mais da metade (52%) das pessoas com baixa escolaridade e renda (GAMA *et al.*, 2011). Esses dados confirmam descrições da literatura nacional (Kaiser, 2004). O estudo AFIRMAR, realizado no Brasil, identificou-se uma população com escolaridade até o 1º grau (PIEGAS *et al.* 2003).

Quanto aos fatores de risco e complicações listados na ficha do HIPERDIA, observou-se que 499 (51,7%) possuíam antecedente familiar cardiovascular, 141 (14,6%) eram tabagistas, e 512 (53,1%) autorreferiam sedentarismo; 56 (5,8%) afirmaram história de infarto agudo do miocárdio (IAM), 52 (5,4%) afirmaram ter coronariopatia, 65 (6,8%) relataram acidente vascular encefálico (AVC) e apenas 10 (1,1%) afirmaram amputação por diabetes, conforme explicitado na tabela 2. Nestas variáveis também se detectou incompletude de informações.

Mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares são de fundamental importância para evitar os fatores de risco determinantes da hipertensão e do diabetes. Por isso,

o diagnóstico precoce é de grande interesse para prevenir as suas complicações, tais como: doenças do tipo cerebrovascular, coronariana, arterial periférica, renal crônica e insuficiência cardíaca (ALMEIDA *et al.*, 2014).

TABELA 2: Fatores de risco e complicações em pessoas com sobrepeso/obesidade cadastradas no Sistema HIPERDIA de Fortaleza-Ceará, de 2007-2009. Fortaleza-Ceará, 2011 (n=965).

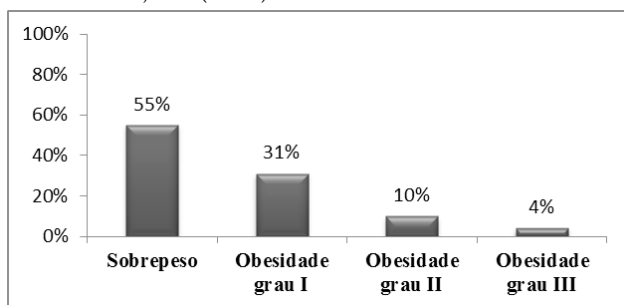
Variável	f	%
Fatores De Risco		
Antecedente familiar cardiovascular		
Sim	499	51,7
Não	428	44,4
Não preenchidos	38	3,9
Tabagismo		
Sim	141	14,6
Não	765	79,3
Não preenchidos	59	3,1
Sedentarismo		
Sim	512	53,1
Não	417	43,2
Não preenchidos	36	3,7
Complicações		
Infarto		
Sim	56	5,8
Não	850	88,1
Não preenchidos	59	6,1
Coronariopatias		
Sim	52	5,4
Não	845	87,6
Não preenchidos	68	7,0
AVC		
Sim	65	6,8
Não	839	86,9
Não preenchidos	61	6,3
Amputação por diabetes		
Sim	10	1,1
Não	895	92,7
Não preenchidos	60	6,2

Fonte: Fichas do HIPERDIA, 2007-2009.

Neste estudo, 874 (90,6%) fichas eram de hipertensos, 40 (4,1%) de diabéticos tipo 1 e 299 (31%) de diabéticos tipo 2. Ressalta-se que alguns usuários poderiam ser concomitantemente hipertensos e diabéticos.

Concernente à classificação do IMC, observou-se que mais da metade estava com sobrepeso, 531 (55%) usuários, 299 (31%) estavam com obesidade grau I, 96 (10%) com obesidade grau II e 39 (4%) com obesidade grau III, como mostra a figura 1.

FIGURA 1: Classificação do IMC de pessoas com sobrepeso/obesidade cadastradas no Sistema HIPERDIA de Fortaleza-Ceará, de 2007-2009. Fortaleza-Ceará, 2011 (n=965).



Fonte: Fichas do HIPERDIA, 2007-2009.

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com destaque para as cardiovasculares e diabetes. O diagnóstico da obesidade pode ser feito por diversos métodos, porém os antropométricos são os de mais fácil manuseio, inócuos, de baixo custo e os mais indicados para a prática diária. A forma mais recomendada pela OMS para o diagnóstico da obesidade é

a avaliação do peso corporal através do IMC (WHO, 2000). Foi utilizada neste estudo a classificação do IMC padrão (WHO, 2000; ABESO, 2009).

Assim, observou-se predominância de pessoas com sobrepeso, seguida daqueles com obesidade grau I. Sabe-se que 32% da população brasileira apresentam sobrepeso e 8% obesidade, com tendência ao crescimento destas prevalências, atingindo todos os extratos sociais, gêneros e grupos etários (ABESO, 2009; PITANGA; LESSA, 2007). Estudo realizado com homens e mulheres de alto risco cardiovascular com idade menor que 60 anos identificou 36% com sobrepeso e 26% com obesidade grau I (GAMA *et al.*, 2011).

Ao entrecruzar as variáveis sociodemográficas com a classificação do IMC, obteve-se que as maiores porcentagens de todas as variáveis se concentraram na classe de sobrepeso. Dos usuários homens, 179 (63,5%) estavam inseridos na classe de sobrepeso e das mulheres a quantidade foi 357 (52,3%). Quanto à faixa etária, 42 (68,9%) daqueles que tinham 80 anos ou mais e 274 (61,4%) dos que tinham de 60 a 79 anos foram classificados como com sobrepeso. Concernente à classificação da escolaridade e estar com sobrepeso, observou-se (60,2%) daqueles com ensino médio e (55,6%) com ensino fundamental. 299 (54,9%) da raça predominante neste estudo (pardos) e 152 (58,7%) dos brancos, bem como 23 (71,9%) daqueles que viviam sozinhos, 126 (61,8%) dos que conviviam com familiares e sem companheiro(a), e 49 (59%) dos que conviviam com companheiro (a) e sem filho também estavam com sobrepeso.

A segunda classe que apresentou maiores porcentagens foi a da obesidade grau I. 215 (31,5%) homens e 83 (29,4%) mulheres foram classificados como obesos de grau I, bem como 130 (32,8%) daqueles que tinham de 40 a 59 anos e 136 (30,5%) usuários que tinham de 60 a 70 anos. 107 (32,5%) usuários que não sabiam ler/escrever/alfabetizados também se adequavam a esta classe, como também 12 (46,2%) usuários que com outras pessoas, 19 (33,9%) que conviviam com companheiro(a) filhos e outros familiares e 126 (32,7%) que conviviam com companheiro(a) e filho. Destaca-se que 12 (23,5%) pessoas com idade entre 20 e 39 anos apresentaram obesidade grau II.

Foi realizado o teste de qui-quadrado (χ^2) para verificar as possíveis associações estatísticas. Observou-se associação estatística entre classificação do IMC e variáveis sexo e faixa etária. É importante destacar que cada variável entrecruzada com a classificação do IMC apresentou totalidade de respostas divergentes do número total da amostra, evidenciando incompletude de informações no preenchimento da ficha de acompanhamento do HIPERDIA, situação recorrente no Brasil (ARAÚJO; PAES, 2013). Todos os dados mencionados podem ser verificados na tabela 3.

TABELA 3: Relação entre classificação do IMC e características sociodemográficas de pessoas com sobrepeso/obesidade cadastrados no Sistema HIPERDIA de Fortaleza-Ceará, de 2007-2009. Fortaleza-Ceará, 2011.

Variável	Sobrepeso	Obesidade grau I	Obesidade grau II	Obesidade grau III	P valor ^(*)
Sexo (n=965)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	
Masculino	179 (63,5)	83 (29,4)	17 (6,0)	3 (1,1)	0,000
Feminino	357 (52,3)	215 (31,5)	78 (11,4)	33 (4,8)	
Faixa etária (n=954)					
20-39 anos	21 (41,2)	15 (29,4)	12 (23,5)	3 (5,9)	0,000
40-59 anos	192 (48,5)	130 (32,8)	51 (12,9)	23 (5,8)	
60-79 anos	274 (61,4)	136 (30,5)	27 (6,1)	9 (2,0)	
80 anos ou mais	42 (68,9)	15 (24,6)	3 (4,9)	1 (1,6)	
Escolaridade (n=894)					
Não sabe ler/escrever/alfabetizado	181 (55,0)	107 (32,5)	30 (9,1)	11 (3,3)	0,966
Ensino fundamental	243 (55,6)	134 (30,7)	44 (10,1)	16 (3,7)	
Ensino médio	71 (60,2)	32 (27,1)	10 (8,5)	5 (4,2)	
Ensino superior	5 (50,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	
Raça (n=897)					
Branca	152 (58,7)	73 (28,2)	25 (9,7)	9 (3,5)	0,927
Parda	299 (54,9)	170 (31,2)	55 (10,1)	21 (3,9)	
Amarela	10 (52,6)	7 (36,8)	1 (5,3)	1 (5,3)	
Negra	41 (55,4)	26 (35,1)	6 (8,1)	1 (1,4)	
Situação familiar/conjugal (n=786)					
Com companheiro e filho	199 (51,7)	126 (32,7)	41 (10,6)	19 (4,9)	0,158
Com companheiro e sem filhos	49 (59,0)	25 (30,1)	7 (8,4)	2 (2,4)	
Com companheiro, filhos e outros familiares	30 (53,6)	19 (33,9)	7 (12,5)	0 (0,0)	
Com familiares, sem companheiro	126 (61,8)	58 (28,4)	16 (7,8)	4 (2,0)	
Com outras pessoas	12 (46,2)	12 (46,2)	2 (7,7)	0 (0,0)	
Vive só	23 (71,9)	5 (15,6)	4 (12,5)	0 (0,0)	

Fonte: Fichas do HIPERDIA, 2007-2009.

* teste de qui-quadrado.

O IMC tem sido utilizado na estratificação de risco cardiovascular e nas decisões terapêuticas relacionadas às situações clínicas associadas. No entanto, tal índice isoladamente não reúne condições para avaliação da gordura corporal, além de nem sempre estimar de forma correta os padrões de obesidade sendo necessária a utilização de outros indicadores (BARBOSA *et al.*, 2006). Evidências recentes demonstraram uma associação maior entre os indicadores de obesidade central e o risco coronariano elevado, do que entre os indicadores de obesidade generalizada (BARBOSA *et al.*, 2006; GAMA *et al.*, 2011).

Quanto à hipertensão e o diabetes relacionados com a obesidade, esse estudo avaliou fichas de cadastro de pessoas com excesso de peso e predominantemente hipertensas com ou sem diabetes. O aumento da obesidade, se não controlado, ameaça os avanços recentes no controle das DANT (DUNCAN *et al.*, 2012), evidenciando que o sobrepeso e a obesidade estão positivamente associados à hipertensão e ao diabetes (CORRÊA-NETO *et al.*, 2014). A geração de conhecimento sobre essas doenças e seus fatores de risco é, portanto, de fundamental importância.

Sabe-se que a hipertensão, o diabetes e a obesidade são doenças também definidas como fatores de risco para outros eventos cardiovasculares, como a doença arterial coronariana. Tais fatores de risco, em conjunto com a dislipidemia, tabagismo, estresse, sedentarismo, alimentação inadequada e alcoolismo são responsáveis por mais de 90% do risco atribuível a doenças cardiovasculares (PIEGAS *et al.*, 2003; DUNCAN *et al.*, 2012).

Para superar esse quadro e melhorar a qualidade assistencial é necessário, como faz este estudo, caracterizar as

pessoas que são acompanhadas pelos serviços de saúde, a fim de que estratégias assistenciais adequadas, terapêuticas e preventivas, possam alcançar o seu objetivo, que é o de garantir a saúde a todos, assim como preconiza o SUS.

Devemos considerar também o processo de transição demográfica e pensar sobre o desenvolvimento de estratégias de intervenção a favor das populações que envelhecem, melhorando as medidas de controle da PA e de outros fatores de risco cardiovascular, como o peso corporal e o sedentarismo (MÁRTIRES *et al.*, 2013).

Conclusão

Conforme identificado no presente estudo, houve predominância do sexo feminino, idade entre 60-79 anos, com ensino fundamental, convivendo com companheiro(a) e filho(s), hipertensos e com sobrepeso. Detectou-se presença de alguns fatores de risco, tais como antecedente familiar cardiovascular e baixas porcentagens de complicações associadas à hipertensão e/ou diabetes.

Os dados oriundos do HIPERDIA não podem ser tomados como representativos de prevalência, pois são formulários que, muitas vezes, apresentam incompletude de dados, conforme foi detectado neste estudo, demonstrando a limitação do mesmo. Contudo, permitem pré-visualização do quadro de saúde dos usuários cadastrados para posterior desenvolvimento de políticas públicas e ações de melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida deles. Possibilita, ainda, que a enfermagem aprimore suas práticas de atenção e cuidado, a partir da identificação dos fatores desencadeadores da atual transição nutricional populacional, intervindo preventivamente e promovendo a saúde.

Referências

ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010/ABESO** - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3. ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

ALMEIDA, A.P.R. *et al.*, Caracterização sociodemográfica e hábitos de vida de acadêmicos: identificando fatores de risco para hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, p. 760-65, dez, 2013.

ARAÚJO, I.M.; PAES, N.A. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no Programa de Saúde da Família e sua associação com fatores de risco. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, p. 1030-40, dez, 2013.

BARBOSA, M.A. *et al.*, Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Rev. Eletrônica. Enferm.**, v. 06, p. 9-15, 2004.

BARBOSA, P.J. *et al.* Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, p. 407-414, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional** – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento e análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORRÊA-NETO, V.G. *et al.* Hipertensão arterial em adolescentes do Rio de Janeiro: prevalência e associação com atividade física e obesidade. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 19, p. 1699-1708, jun, 2014.

DUARTE, A.C. *et al.* **Síndrome metabólica**: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública.**, v. 46, supl 1, p. 126-134, dez, 2012.

GAMA, G.G.G. *et al.* (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. **Rev esc enferm USP.**, v. 45, p. 624-631, 2011.

KAISER, S.E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. **Rev SOCERJ.**, v. 17, p. 11-18, 2004.

MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 15, n. 47-65, 2006.

MÁRTIRES, M.A.R.; COSTA, M.A.M.; SANTOS, C.S.V. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Texto contexto - enferm.** v. 22, p. 797-803, set, 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Prevenção de Doenças Crônicas**: um investimento vital. Geneva: OMS, 2005.

PIEGAS, L.S. *et al.*, Risk factors for myocardial infarction in Brazil. **Am Heart J.**, v. 146, p. 331-338, 2003.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, p. 239-248, 2007.

SILVA, V.R.; CADE, N.V.; MOLINA, M.C.B. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev enferm UERJ**, v. 20, p. 439-444, out/dez, 2012.

WHO. World Health Organization. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: Who; 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

DETERMINAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR PELO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

Rosângela Gomes dos Santos
Dieicy Maria Silva Vieira
Joel de Almeida Siqueira Júnior
Marcos Augusto Araújo Silveira
Leandro Araújo Carvalho
Felipe Carmo de Moura
Paula Matias Soares

As doenças cardiovasculares são apontadas como a principal causa de morte em países de baixa e média renda. Têm-se estabelecido uma manifestação direta entre as complicações cardiovasculares, fatores ambientais e estilo de vida. Essas doenças se desenvolvem ao longo da vida de forma lenta e gradual, tendo a infância como ponto de partida (BERGMANN, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2004).

Segundo Fonseca *et al.* (2010), diversos estudos epidemiológicos têm verificado a relação direta entre os fatores de risco cardiovascular e o desenvolvimento de doenças arterial coronariana, sendo destacado como os principais fatores de risco: a obesidade, particularmente com maior distribuição central; a hipertensão arterial (HA); a dislipidemia; o tabagismo e o sedentarismo.

O sobrepeso e a obesidade, conforme Burgos *et al.* (2013), têm sido caracterizados como importantes fatores de

risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, destacando-os como importantes problemas para a saúde pública, devido ao crescimento acentuado nas suas prevalências e associações gerando efeitos adversos a saúde metabólica e cardiovascular em idades precoces (SILVA *et al.*, 2008).

O aumento da obesidade e do excesso de peso na população adulta vem sendo observado no Brasil, não havendo definição precisa das causas destes, porém verifica-se a forte relação entre o aumento da obesidade e o baixo gasto energético em indivíduos inativos (IBGE, 2010).

À medida que a idade aumenta, identificam-se alterações corporais na estatura e no peso de um indivíduo, além da queda no percentual de massa magra e modificação no acúmulo e distribuição da gordura corporal (BARBOSA *et al.*, 2005), sendo de grande valia o uso de indicadores que levem em consideração essas alterações.

O Índice de Massa Corporal (IMC) tornou-se ferramenta de análise importante para identificar o risco de comorbidades nas populações, sendo este índice utilizado no cálculo do volume corporal por meio da razão entre peso e altura ao quadrado (GELBER *et al.*, 2007). Santos e Sichiari (2005) afirmam que este índice é amplamente utilizado como indicador de estado nutricional, podendo aferir de forma indireta o nível de adiposidade (MANCINI, 2001) e, conseqüentemente, o risco cardiovascular, pelo fato de sua boa correlação com o peso corporal e baixa correlação com a estatura.

Com relação à prática de atividade física, Thomaz *et al.* (2010) afirmam que, para indivíduos que praticam exercício físico com regularidade, há a redução de 35% do

risco de morte por doenças cardiovasculares. Além disso, a prática constante e duradoura de qualquer tipo de atividade física pode induzir a redução de peso corpóreo e do IMC de seu praticante (ROMERO *et al.*, 2010).

Ou seja, a atividade física pode ser eficiente na redução da gordura corporal em indivíduos com sobrepeso e/ou obesos que utilizam, ou não, dieta específica. A utilização de programas de atividade física tem mostrado significativo desenvolvimento das capacidades físicas e concomitante melhoria no estilo de vida de seus praticantes (FERNANDES *et al.*, 2004).

O objetivo do estudo foi determinar o risco cardiovascular de praticantes de atividade física de uma comunidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, com ênfase no IMC.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, onde, segundo Volpato (2011, p. 78), “embora toda pesquisa empírica descreva, em certo nível, as variáveis de investigação, na pesquisa descritiva a essência do objetivo é a descrição, enquanto nas outras pesquisas a descrição é apenas um meio para testar hipóteses”.

A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2013, tendo seus dados coletados em dois locais comunitários de prática desportiva, escolhidos por conveniência. A amostra do estudo foi de 80 adultos de ambos os sexos com idade de 18 a 81 anos.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário com questões referentes a características sociodemográficas e clínicas-epidemiológicas dos participantes. As variáveis investigadas foram: Sexo, Idade, Estado Civil (Casado/ União Estável e Solteiros), IMC (Normal e Sobrepeso),

Atividade Física (Ativo e Inativo), Doenças Apresentadas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus).

O IMC foi equacionado através da razão entre o peso do indivíduo (em quilos – kg) e sua estatura ao quadrado (em metros ao quadrado – m²), ou seja, $IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$. Para sua categorização foi utilizada a classificação da WHO (1997), onde os indivíduos foram dicotomizados em normal ($< 25,0 \text{ kg/m}^2$) e Sobrepeso ($\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$).

A atividade física foi definida de acordo com o tempo em minutos por semana praticado pelo indivíduo, classificando-os em ativo os indivíduos que praticavam 150 min por semana ou mais de qualquer tipo de atividade física, e inativos aqueles que não atingissem esse tempo (OMS, 2010).

A análise foi descritiva e a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, no parecer n. 201.320.

Resultados e discussão

Na Tabela 1, tem-se a organização das características sociodemográficas e clínicas-epidemiológicas dos participantes da pesquisa. Observa-se que maioria feminina (n=75), de adultos maduros ($56,5 \pm 14,5$ anos), IMC indicativo de sobrepeso ($28,0 \pm 4,7 \text{ kg/m}^2$), ativos (87,5%) e com hipertensão (70%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica do grupo amostral selecionado (valor bruto, percentual e/ou média e desvio padrão)

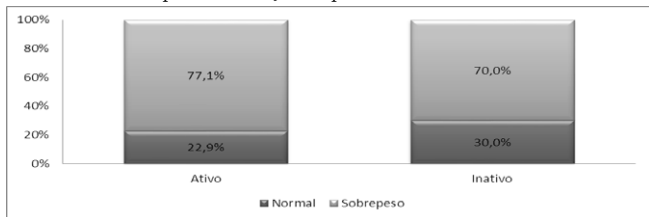
	Homem	Mulher	Geral
Sexo (n)	5	75	80
Idade (anos)	47,0 ± 18,7	57,1 ± 14,1	56,5 ± 14,5
Estado Civil (%)			
Casado/União Estável	20,0	49,3	47,5
Solteiros	80,0	50,7	52,5
*IMC (Kg/m²)	28,6 ± 5,3	27,9 ± 4,7	28,0 ± 4,7
Normal (%)	40	22,7	23,8
Sobrepeso (%)	60	77,3	76,3
Nível de Atividade Física (%)			
Ativo	80	88	87,5
Inativo	20	12	12,5
Doenças Apresentadas (%)			
*HAS	60	70,7	70,0
*DM	20	12	12,5

* IMC: Índice de Massa Corporal; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus.

Fonte: Dados da pesquisa

Outra forma de apresentação dos resultados foi realizada pelo fato de ter sido identificada a presença de indivíduos inativos, mesmo praticando atividade física. Assim, a figura 1 expõe a distribuição do grupo pela classificação do IMC e por classificação do nível de atividade física, obtendo-se frequência elevada em ambos os grupos de sobrepeso (77,1% para o grupo de indivíduos ativos e 70,0% para os indivíduos inativos), percebendo uma diferença de apenas 7,1% entre os grupos.

Figura 1. Distribuição percentual do grupo amostral pela classificação baseada no IMC por classificação de prática de atividade física.



Os resultados apresentados mostram indivíduos classificados com sobrepeso, independente de ter nível elevado ou não de atividade física, demonstrando que, para este grupo de praticantes, não houve diferença entre ser ou não ativo. Boscaini e Frizon (2013) afirmam que para se reduzir o peso corporal é necessária uma série de mudanças no estilo de vida que vai além da prática de atividade física. Eles informam que deve existir também a mudança nos hábitos alimentares focando na redução da gordura corporal. Assim não se pode atribuir exclusivamente a responsabilidade de se manter o peso dentro de uma faixa normal de massa corpórea à prática de atividade física.

Maranhão Neto, Polito e Lira (2005) postulam que a prática da atividade física é considerada um dos fatores para prevenir o aumento de peso, no entanto o próprio controle de peso é um excelente motivo que leva a população a se exercitar. Como o presente estudo foi de corte transversal, não se permite afirmar se a atividade física trouxe benefícios na redução da massa corpórea, induzindo a uma redução do IMC quando comparado antes e depois da intervenção física.

Uma observação importante e que merece destaque é que, apesar de ambos os grupos (ativo e inativo) terem sido classificados em sua maioria com sobrepeso, nenhum dos participantes recebeu a classificação de obesidade. Rezende *et al.* (2006) realizaram levantamento do IMC e circunferência abdominal de 231 servidores de uma universidade de Minas Gerais. Nenhum era praticante de qualquer tipo de atividade física e encontraram que a maior parte do grupo pesquisado foi classificada com sobrepeso. Porém, menos de 20% da amostra foi classificada com obesidade, diferenciando-se dos resultados do presente estudo.

Outra provável explicação para o fenômeno observado (alta prevalência de sobrepeso em ambos os grupos) é que alterações provenientes da prática de atividade física regular sobre o percentual de massa magra e massa gorda podem não ser verificadas por meio deste índice. Além disso, a medida que a idade aumenta, outros fatores tendem a interferir no peso corporal que não apenas a massa gorda, como a diminuição da quantidade de água no organismo, reduzindo o desempenho do IMC com o avançar da idade (WHO, 1997; SANTOS; SICHIERI, 2005; BEDOGNI *et al.*, 2001).

Baretta, Baretta e Peres (2007), em um estudo sobre o nível de atividade física e fatores associados em indivíduos entre 20 e 39 anos, identificaram que a maioria dos indivíduos dentro dos grupos ativos (88%) e inativos (78%) tinha seu IMC entre 18,5 e 29,9 kg/m², aproximando-se dos resultados de nosso estudo em que 100% dos participantes (independente de ser ativo ou não) ficaram dentro desta faixa.

Um dado que chama atenção é que tanto sobrepeso quanto a presença de hipertensão arterial no estudo foram elevados e de valor de prevalência próximos, corroborando com diversos trabalhos expostos pela literatura. Itallie (1985, apud CARNEIRO *et al.*, 2003) afirma que uma pessoa com sobrepeso possui três vezes mais chance de ser hipertensa do que o seu congênere com IMC normal.

Sarno e Monteiro (2007), utilizando o IMC como preditor de HA em um grupo de funcionários entre 18 e 64 anos, encontraram que este índice se associa positivamente com a ocorrência de hipertensão, principalmente para o sexo masculino.

Feijão *et al.* (2005) constataram que o aumento da prevalência de hipertensão arterial é diretamente proporcional ao aumento do IMC, de tal maneira que indivíduos com sobrepeso apresentam prevalência 59% maior do que indivíduos com IMC normal, semelhante ao identificado por nosso estudo, assim como Souza *et al.* (2007), que também verificaram estatisticamente que indivíduos que apresentam IMC elevado têm maior prevalência de HA, quando comparado com indivíduos com IMC normal.

Conclusão

A partir dos resultados apresentados, conclui-se que o risco cardiovascular do grupo abordado encontra-se aumentado, considerando sua classificação de sobrepeso pelo Índice de Massa Corpórea, independente do nível de atividade física realizado pelo grupo. Pôde-se também perceber que as prevalências de sobrepeso e hipertensão arterial mostraram-se próximas, sugerindo associação entre esses dois fatores.

Referências

BARBOSA, A. R. *et al.* Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 21, p. 1929-1938, 2005.

BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 23, n. 7, p. 1595-1602, 2007.

BEDOGNI, G. *et al.* Is body mass index a measure of adiposity in elderly women? **Obesity Research**, v. 9, n. 1, p. 17-20, 2001.

BERGMANN, G. G. Índice de massa corporal para triagem de fatores de risco para doenças cardiovasculares na infância. **Arq. Bras. Endocrinol. e Met.**, v. 55, n. 2, p. 114-120, 2011.

BOSCAINI, C.; FRIZON, V. Neck Circumference, Cardiovascular Disease Risk Factors and Food Consumption. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 6, p. 26-26, 2013.

BURGOS, M.S. *et al.* Associação entre Medidas Antropométricas e Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 101, n. 4, p. 288-296, 2013.

CARNEIRO, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

FEIJAO, A. M. M. *et al.* Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, n. 1, p. 29-33, 2005.

FERNANDEZ, A. C. *et al.* Influência do treinamento aeróbio e anaeróbio na massa de gordura corporal de adolescentes obesos. **Rev. Bras. Med. Esp.**, v. 10, n. 3, p. 152-158, 2004.

FONSECA, F. L. *et al.* Excesso de Peso e o Risco Cardiovascular em Jovens Seguidos por 17 anos. Estudo do Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, n. 2, p. 207-215, 2010.

GELBER, R. P. *et al.* A prospective study of body mass index and the risk of developing hypertension in men. **Am. J. Hypert.**, v. 20, p. 370-377, 2007.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares, 2008-2009 (POF):** antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

MANCINI, M. C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 45, n. 6, p. 584-608, 2001.

MARANHAO NETO, G.A.; POLITO, M.D.; LIRA, V.A. Fidedignidade entre peso e estatura reportados e medidos e a influência do histórico de atividade física em indivíduos que procuram a prática supervisionada de exercícios. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 11, n. 2, p. 141-145, 2005.

OLIVEIRA, C. L. *et al.* Obesidade e síndrome Metabólica na infância e adolescência. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 2, p. 237-245, 2004.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.

REZENDE, F. A. C. *et al.*, Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

ROMERO, A. *et al.*, Determinantes do índice de massa corporal em adolescentes de escolas públicas de Piracicaba, São Paulo. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 1, p. 141-149, 2010.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Públ.**, v. 39, n. 2, p. 163- 168, 2005.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Públ.**, v. 41, n. 5, p. 788-796, 2007.

SILVA, K. S. *et al.*, Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, n.1, p.159-168, 2008.

SOUZA, A. R. A. *et al.*, Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, n. 4, p. 388-392, 2007.

THOMAZ, P. M. D. *et al.*, Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. **Rev. Saúde Públ.**, v. 44, n. 5, p. 894-900, 2010.

VOLPATO, G. L. **Método lógico para redação científica**. Botucatu: Best Writing, 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 1997.

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO NORDESTE DO BRASIL

Ismênia de Carvalho Brasileiro
Aléia Náyade Ferreira Alves
Iaramina Marques Ramos
João Lucas Aguiar Lima
Olivar Viana Soares Filho

Atividade física é toda e qualquer atividade praticada regularmente com orientação e preferencialmente acompanhamento profissional. Exercícios regulares reduzem o risco de aparecimento de doenças crônicas (BENEDETTI, 2007).

Em uma fase da vida, como a que corresponde ao ingresso no ensino superior é observado suposta diminuição na participação em atividades físicas, dado ao crescente número de atribuições, características dessa fase da vida.

A inatividade física é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública do século XXI (BLAIR, 2009). Além de representar um componente importante para um estilo de vida saudável e promoção da saúde, a atividade física atua na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DAWSON, 2007).

Além dos benefícios à saúde, a prática regular pode ajudar na adoção de comportamentos saudáveis, como redução do tabagismo, adequação dos hábitos alimentares e diminuição do estresse (DE VITTA, 2006; ECONOMOS, 2008).

Pesquisas populacionais indicam que sujeitos com excesso de peso, sexo feminino, idade mais avançada, nível econômico baixo, solteiros, com elevada jornada de trabalho semanal apresentam baixo nível de participação em atividades físicas (GUEDES, 2005).

Na população universitária, os resultados são controversos. Algumas pesquisas verificaram associação com o estado nutricional e aspectos sociodemográficos (IRWIN, 2007). Um estudo reportou que estudantes canadenses do sexo feminino são mais inativos fisicamente que os do masculino (JI; HEMMINKI, 2006) e que universitários tendem a aumentar a massa corporal em 1,7 kg por ano, em decorrência do elevado consumo de álcool e hábitos alimentares inadequados.

Recente estudo desenvolvido em uma universidade pública no Sul do Brasil revelou que a maior parte dos ingressantes apresenta nível muito bom de participação em atividades físicas, entretanto, aproximadamente, um em cada três encontra-se com nível de participação inadequado. Os grupos com maiores prevalências de inadequação foram universitários do sexo feminino e aqueles com excesso de peso (KASMEL, 2004).

Diante da importância em se detectar a prática de atividade entre universitários para que se possa auxiliar na implantação de programas de promoção da saúde nas universidades, o presente estudo teve o objetivo de analisar a prática de atividade física em universitários de uma instituição privada do Nordeste brasileiro.

Estudo descritivo realizado em uma Instituição de Ensino Superior, na cidade de Fortaleza, entre estudantes de um curso de saúde. A população de estudo foi composta por

1106 alunos regularmente matriculados no curso de fisioterapia no semestre 2013.1. Para estimativa da amostra, seguiram-se os procedimentos de cálculo de população finita, onde seria necessário avaliar 111,2 universitários. Utilizou-se o procedimento conglomerado de turmas, participando da coleta de dados todos os alunos presentes em sala de aula, nos dias da coleta. Foram considerados como recusas os acadêmicos que não quiseram participar da pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a caracterização social e demográfica da amostra empregou-se a estatística descritiva por meio de frequências absolutas e relativas. Foram avaliadas as médias de idade, sexo, raça, estado civil, outra profissão além de estudante, renda média mensal da família e do estudante (caso possuísse emprego), e a autopercepção de saúde.

Quanto à atividade física foi observado se o estudante praticava ou não atividade física e, caso praticasse, em quantos dias da semana. Além disso, foi analisado qual o tempo, no total, gasto na realização das atividades por dia e quantas horas eram dispendidas diariamente sentado. As variáveis analisadas correspondem ao Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta.

O IPAQ é um questionário relacionado ao nível de atividade física, que permite estimar quanto tempo se gasta por semana na realização de atividades físicas, com intensidade moderada e vigorosa, em diversos contextos do cotidiano, como trabalho, tarefas domésticas, lazer e ainda quanto tempo é gasto em atividades passivas, como as realizadas em posição sentada (KOTANI, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Estácio FIC, sob o protocolo de nº 074/2013.

Resultados e discussão

Estudaram-se 150 estudantes de uma instituição de ensino superior, particular, da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, cuja média de idade é de 21,92 anos (desvio padrão =5,54) e 18,7% (28) eram do sexo masculino e 81,3% (122) feminino.

Do total, 39,3% (59) era de brancos, 36,0% (54) de mestiços, 12,7% (19) mulatos e 12% (18) de negros. Quanto ao estado civil, pôde ser observado que 84,0% (126) dos estudantes eram solteiros, 13,3% (20) casados, 1,3% (2) viviam em união estável e 1,3% (2) eram separados.

Um percentual de 33,7% (49) exercia outra profissão além de estudante. Quando questionados sobre a renda familiar mensal da família pode ser observado que 44% recebiam de 2 a 4 salários mínimos por mês, 18,7% (28) de 1 a 2 salários, 15,3% (23) de 4 a 6 e 10% (15) acima de 10 salários mínimos. A renda mensal do estudante empregado era de 1 a 2 salários mínimos em 40,7% dos que trabalham.

Na atualidade, os estudantes universitários têm passado boa parte das horas do dia em atividades que requeiram presença (aulas presenciais) ou desenvolvendo atividades extras sala de aula (MARTINS, 2010), inclusive disciplinas *on-line*, de acordo com as novas diretrizes curriculares. Além disso, muitos dos que estudam em instituições particulares necessitam trabalhar para seu autossustento.

A autopercepção de saúde foi avaliada e pôde ser observado que 56% (84) consideram sua saúde em bom estado, 11,3% (17) em excelente estado, 32% (48) regular e 0,7% (1) em condição insatisfatória.

A percepção que o indivíduo apresenta de sua própria saúde está intimamente relacionada às informações e

conhecimento de saúde e aspectos socioculturais e tem sido utilizada em estudos de base populacional como uma ferramenta útil para avaliação do estado de saúde, pois é simples, curta e abrangente (MARTINS, 2010).

A mensuração da saúde percebida mostra que a avaliação feita pelas pessoas sobre suas condições de saúde pode refletir o autoconhecimento de problemas pré-clínicos, tornando o sujeito apto a comunicar ao profissional de saúde seus sintomas e doenças (MCCORMARCK *et al.*, 2004). Em estudo sobre a relação entre a saúde percebida e nível de atividade física, foi observado que indivíduos ativos apresentam associação positiva com a saúde percebida. Baixos níveis de saúde percebida estão associados ao gênero feminino, ao sedentarismo e idosos. Contudo, estudos devem ser realizados visando examinar quais fatores (sócio-culturais, ambientais e biológicos) interferem na saúde percebida (SILVA, PETROSKI, 2011).

Quanto à atividade física foi observado se o estudante a praticava ou não e, caso praticasse, em quantos dias da semana. Para referida análise utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta.

A análise identificou que 26,7% (40) não praticam atividade física. Dos 73,3% (110) que praticavam, o faziam numa frequência de 1 a 7 dias por semana. Do total, 16,7% (25) realizava tal prática todos os dias na semana, 7,3% (4) realizava durante quatro vezes por semana, 18% (27) durante três vezes; esse mesmo percentual realizava duas vezes por semana e 10,6% (10) praticava atividade também no final de semana. A média de horas dispendidas nas atividades foi de 1,74 (desvio padrão de 2,1).

Estudo que analisou o nível de atividade física dos estudantes universitários, segundo a classificação do IPAQ, revelou proporção de 28,4% de sedentários, 23,6% de insuficientemente ativos, 30,9% de ativos e 17,1% de muito ativos. Desse modo, quando se agruparam as categorias de nível de atividade física em sedentários e ativos, a prevalência geral de sedentários foi de 52% (THORSEN *et al.*, 2005).

De acordo com o observado no atual estudo, mais de um terço desenvolvia atividades extras além de serem estudantes. Embora, tenha um percentual de adultos jovens que trabalhavam, a maioria praticava atividade física regular por, pelos menos, duas vezes por semana e durante quase duas horas por dia. Dos que praticam, a grande maioria realizava atividade física mais do que três vezes por semana.

Além disso, foram analisadas quantas horas eram dispendidas pelos estudantes em atividades que exigiam sua permanência na postura sentada, por dia e durante o final de semana. As perguntas se direcionavam em relação ao tempo gasto sentado ao todo no trabalho, em casa, ou na faculdade e durante o tempo livre, que podia incluir o tempo gasto sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado, assistindo televisão.

Observou-se que os estudantes passavam em média 7,5 (desvio padrão =3,7) horas sentadas durante a semana e 6,5 (desvio padrão=4,08) durante os finais de semana. Guedes e colaboradores identificaram que moças e rapazes com idade igual ou inferior a 14 anos tendem a permanecer significativamente menos tempo sentados, em comparação aos seus pares com idade superior a 14 anos (USSHER *et al.*, 2008).

Diversos guias de recomendação de atividade física para adultos jovens sugerem que sejam praticados 60 minutos ou mais por dia de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, na maioria dos dias da semana, devendo incluir atividades de resistência muscular/força e alongamento, pelo menos três dias por semana (DAWSON *et al.*, 2007).

Conclusão

Adultos jovens do curso de saúde da instituição de ensino superior particular pesquisada praticavam atividade física regular, em dissonância com a literatura. Embora tenha sido estudada uma amostra pequena, o estudo demonstra que esses jovens têm levado um estilo de vida adequado.

Referências

BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11-16, jan/fev, 2007.

BLAIR, S. N. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. **Br J Sports Med**, v. 43, n. 1, p. 1-2, 2009.

DAWSON, K. A. *et al.* Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. **J R Soc Promot Health**, v. 127, n. 1, p. 38-44, 2007.

DE VITTA, A. *et al.* Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. **Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 23-34, 2006.

ECONOMOS, C. D. *et al.* College freshman stress and weight change: differences by gender. **Am J Health Behav**, v. 32, n. 1, p. 16-25, 2008.

GUEDES, D. P. *et al.*, Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 11, n. 2, p. 151-158, mar/abr, 2005.

IRWIN, J. D. The prevalence of physical activity maintenance in a sample of university students: a longitudinal study. **J Am Coll Health**, v. 56, n. 1, p. 37-41, ago, 2007.

JL, J. M. D.; HEMMINKI, K. M. D. Socioeconomic and occupational risk factors for pancreatic cancer: a cohort study in Sweden. **J Occup Environ Med**, v. 48, n. 3, p. 283-288, 2006.

KASMEL, A. *et al.*, Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. **Eur J Public Health**, v. 14, p. 32-36, 2004.

KOTANI, K. *et al.*, Association between reactive oxygen metabolites and paraoxonase 1 activity during a physical activity increase intervention with older people. **Australasian Journal on Ageing**, v. 1, p. 1-5, 2012.

MARTINS, M. C. C. *et al.* Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n. 2, p. 192-199, 2010.

MCCORMARCK, G. *et al.*, An update of recent evidence of the relationship between objective and self-report measures of the physical environment and physical activity behaviours. **J. Sci. Med. Sport**, v. 7, p. 81-92, 2004.

SILVA, D. A. S; PETROSKI, E. L. Fatores associados ao nível de participação em atividades físicas em estudantes de uma universidade pública no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n. 10, p. 4087-4094, 2011.

THORSEN L. *et al.* The association between self-reported physical activity and prevalence of depression and anxiety disorder in long-term survivors of testicular cancer and men in a general population sample. **Support Care Cancer**, v. 13, n. 8, p. 637-646, 2005.

USSHER, M. H. *et al.* Exercise interventions for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 8, n. 4, out, 2008.

FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS PARA HIPERTENSÃO EM ADULTOS JO- VENS UNIVERSITÁRIOS

Ismênia de Carvalho Brasileiro
João Lucas Aguiar Lima
Aléia Náyade Ferreira Alves
Iaramina Marques Ramos
Olivar Viana Soares Filho
Francisca Gomes Montesuma

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que contribui significativamente para elevada mortalidade cardiovascular no Brasil e no mundo, além de representar a terceira causa mais importante de anos de vida com incapacidade no mundo. Existem fatores de risco que, quando associados entre si e a outras condições, favorecem ao aparecimento da HAS, tais como fatores ambientais, comportamentais e genéticos, classificados em não modificáveis (sexo, idade, raça, história familiar) e modificáveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, ingestão elevada de sódio, estresse e diabetes) (COSTA *et al.*, 2009; WAEBER, BRUNNER, 2001).

Conhecer a distribuição dos fatores de risco para HAS em grupos populacionais é uma das estratégias para a redução desse importante problema de saúde pública. Além disso, mudanças no perfil de vida das pessoas, tais como prática de atividade física e melhoria dos hábitos alimentares,

em relação à quantidade e composição da dieta, contribuem na melhoria desse quadro.

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e adoecimento por HAS no país, bem como fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos fatores de risco e estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo de indivíduos de alto risco contribuem para queda substancial na morbimortalidade (PASSOS, ASSIS e BARRETO, 2006).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provoca alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Além disso, a baixa frequência à prática de atividade física, contribui no delineamento desse quadro (COSTA *et al.*, 2009; WAEBER, BRUNNER, 2001).

Mediante o exposto, este estudo tem como objetivo identificar fatores de risco comportamentais para hipertensão arterial em adultos jovens universitários.

Estudo descritivo realizado no Centro Universitário de Ensino Superior Estácio FIC, em Fortaleza-Ceará-Brasil, com 150 estudantes adultos jovens do Curso de Fisioterapia, cursando a partir do quinto semestre.

A fase da vida compreendeu o período entre 20 a 24 anos de idade, segundo a Organização Mundial da Saúde

(OMS) e o marco legal brasileiro (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005). Além disso, o período letivo eleito justifica-se por partir do princípio que nessa etapa do curso, os alunos já tenham conhecimento mais aprofundado sobre saúde, uma vez que cursaram disciplinas básicas (BRASIL, 2007; OMS, 2005).

Os dados foram coletados em duas fases: 1) sensibilização e seleção dos estudantes; 2) aplicação dos instrumentos de coleta de dados referentes às variáveis sociodemográficas, clínicas e fatores de risco comportamentais para hipertensão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Estácio FIC, no protocolo de nº 074/2013 (BRASIL, 2012).

Resultados e discussão

Em relação às características sociodemográficas, a maioria dos estudantes é do sexo feminino (81,3%), com média de idade de 21,92 anos (desvio padrão =5,54). Cerca de 54,4%(82) são brancos, 30,7(46) mestiços, 11,3% mulatos e 3,3% (5) negros. Quanto ao estado civil, pôde ser observado que 89,3% (134) dos estudantes são solteiros, 6,7% (10) são casados, 2,7% (4) vivem em uma união estável, e 1,3% (2) são separados.

Grande parte reside com os pais (60,0%), com média de 3,55 pessoas por domicílio. Um percentual de 33,7% (49) exerce outra profissão além de estudante. Quando questionados sobre a renda familiar mensal da família pode ser observado que cerca de 44% recebem de 2 a 4 salários mínimos por mês 18,7%(28) de 1 a 2 salários, 15,3% (23) e 4 a 6 e 10% (15), acima de 10 salários mínimos. A renda mensal do

estudante empregado é de 1 a 2 salários mínimos em cerca de 40,7% dos que trabalham.

A autopercepção de saúde foi avaliada e pôde ser observado que entre estudantes avaliados, 56%(84) consideram sua saúde em bom estado, 11,3% (17) em excelente estado, 32%(48) regular e 0,7%(1) em condição insatisfatória.

Quanto à presença de fatores de risco comportamentais pesquisada, identificou-se o sedentarismo como principal fator, presente em cerca de um quarto dos universitários, conforme observado na tabela 1.

TABELA 1 – Fatores de risco comportamentais para hipertensão em adultos jovens universitários. Fortaleza, Ceará, 2013.

Fatores de Risco	n	%
Sedentarismo	40	26,7
Sobrepeso/Obesidade	25	16,7
Etilismo	04	2,7

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda que com prática de atividade física exercida pela maioria (73,3%) dos estudantes, realizada, em média, durante 2,75 dias da semana, com dedicação de 2 horas diárias, encontrou-se o sedentarismo como fator de risco mais frequente, dentre os apontados.

Sobre o etilismo, apenas 2,7% afirmaram consumir regularmente, entretanto tem-se que 54,7% fazem uso de bebidas alcoólicas eventualmente, talvez por se tratar de uma população eminentemente feminina.

Um fator de risco importante para o surgimento da HAS é a história da doença na família, apontado por grande parte dos estudantes (74,7%). Apesar de não ter sido objetivo desse estudo, é um fator de risco a ser levado em con-

sideração, pois foi relatado por grande parte dos estudantes. Segundo Reuter *et al.* (2012), as doenças cardiovasculares possuem estreita relação com a genética e quando associado a fatores gerados por um estilo de vida inadequado logo na infância, resultam em enfermidades mais tarde manifestadas no adulto.

A família pode ser considerada como sistema de apoio para o indivíduo com hipertensão. Ela é um agente ativo no processo de cuidado, um sujeito do seu próprio viver e que pode interferir positivamente no controle dos níveis pressóricos do familiar com hipertensão. Por este motivo, não deve ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Esta assume a responsabilidade pela saúde de seus membros e, por isso, ela deve ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser relevada e sua participação incentivada em todo o processo profissional do cuidado (COSTA *et al.*, 2009; WAEBER, BRUNNER, 2001; PASSOS, ASSIS e BARRETO, 2006).

De entre os fatores de risco de contrair doenças cardiovasculares, o sedentarismo revela-se como o fator com maior prevalência, independentemente do sexo, e é evidente a importância de se adotar um estilo de vida ativa que, de alguma forma, também ajude a controlar e a diminuir outros fatores de risco como a obesidade, entre muitos (BRASIL, 2002).

São inúmeros os benefícios do exercício físico. Eles estão bem difundidos na literatura e se relacionam com a melhora do desempenho metabólico muscular, redução da disfunção endotelial, melhora das anormalidades neuro-hormonais e redução da resistência à insulina. Culminam na queda da resistência vascular sistêmica, promovendo

efeitos favoráveis concomitantes nos fatores de risco para hipertensão (CAVILL, 1998; PESCATELLO *et al.*, 2004).

O sobrepeso/obesidade merece atenção especial. O perfil nutricional da população tem se modificado nas últimas décadas, com aumento na prevalência de sobrepeso/obesidade e redução das taxas de desnutrição, evidenciados na vida adulta. Estudos apontam que o ganho de peso excessivo seja a causa mais comum de HAS, por isso enfatiza-se a manutenção do peso corporal adequado os estudantes que estão acima do peso (FAGARD, CORNELISSEN, 2007; BERTOTTO, 2012; YAGUI *et al.*, 2012).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica (DBHA, 2010), o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial, e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso e obesidade.

A criação de protocolos e condutas relacionadas à prevenção e controle da obesidade é um grande desafio aos profissionais e serviços de saúde no Brasil. A ênfase em práticas clínicas integradas ao processo de educação nutricional é prioritária para concretizar não só o acesso, mas principalmente a incorporação de hábitos saudáveis de vida e alimentação. Uma abordagem psicológica, que avalie e monitore o comportamento alimentar inserido no processo de perda-ganho de peso e sua manutenção, deve também ser considerada e incluída no tratamento da obesidade.

Há dificuldade em obter informações sobre hábitos alimentares em estudos epidemiológicos, pois os questionários têm-se limitado a levantar informações apenas sobre a frequência de consumo semanal de alguns alimentos, não

considerando a forma de preparação do alimento e quantidade consumida.

Os dados encontrados em nosso estudo sobre o álcool foram baixos. Porém o álcool é outro fator de risco, comentado na literatura, que contribui para o agravamento da patologia. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mm Hg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, as cifras reverterem (MAZARO *et al.*, 2011).

Estudos registraram associação causal de 10% a 30% entre o consumo de bebidas alcoólicas e hipertensão arterial sistêmica, como o trabalho realizado em 2005 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Além disso, os estudos epidemiológicos são consistentes quanto à elevação das pressões arteriais sistólica (PAS) e diastólica (PAD) quando os indivíduos ingerem três ou mais drinques (30 g de álcool) por dia, sendo a elevação maior para a pressão arterial sistólica (MONTEIRO e CONDE, 1999; SILVA e FARIA JÚNIOR, 2007).

As estimativas de dependência de álcool variam de 9% a 12% de toda a população adulta, sendo três a cinco vezes maiores em homens em comparação às mulheres. Embora 45% dos adultos brasileiros se abstenham do consumo de álcool, a proporção de consumo excessivo e dependência ainda são altas (MOREIRA, FUCHS, 2005).

Quanto ao tabagismo, têm-se seus malefícios bem difundidos, e acredita-se que este hábito seja praticado cada vez menos pelas gerações mais jovens. Por se tratar de estudo com uma população que se enquadra nesse perfil, não se encontrou fumantes.

Evidências epidemiológicas demonstram forte associação entre o consumo de álcool e a prevalência de HA, independentemente de sexo, idade, atividade física, IMC, tabagismo e ingesta de sódio, e dependente da quantidade de álcool ingerido e do tempo de exposição (MOREIRA, FUCHS, 2005).

Uma grande dificuldade no controle da doença, que muitos indivíduos com hipertensão arterial conhecem o processo de desenvolvimento da doença. Entretanto, não realizam as práticas de autocuidado, assim dificultando o controle da doença. Tendo que se deve levar em consideração que o hipertenso às vezes o indivíduo não aceita estar doente, e que precisa de cuidados, pois a hipertensão geralmente é uma doença que não mostra sintomas e sendo assim, não vão atrás de autocuidado.

Conclusão

Apesar de poucos estudantes apresentarem fatores de risco comportamentais, tem-se que os encontrados contribuem de forma positiva para o surgimento e/ou antecipação da hipertensão. Portanto, há necessidade de enfatizar a prática de hábitos saudáveis para a redução desse risco.

Nesse sentido, estratégias de intervenções para o controle da obesidade parecem ser uma das principais ações para prevenção da PA elevada. Essas estratégias devem conter a realidade social, cultural e econômica de cada indivíduo, aplicando um estilo de vida saudável e ativo com apoio da família.

Referências

BERTOTTO, M.L.; VALMÓRBIDA J; BROILO, M.C.; CAMPAGNOLO, P.D.B.; VITOLO, M.R. Associação entre ganho de peso no primeiro ano de vida com excesso de peso e adiposidade abdominal na idade pré-escolar. **Revista paulista de pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde (2002) Physical activity and life quality contribution in order to obtain a better healthy lifestyle. **Rev. Saúde Pública** 3 (4), 254-256).

CAVILL, N. (1998) National campaigns to promote physical activity: can them make a difference? **International Journal of Obesity**, 22(2): 48-51.

COSTA, M.F.F.L.; PEIXOTO, S.V.; CÉSAR, C.C.; MALTA, D.C.; MOURA, E.C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 18-26, 2009.

FAGARD, R. H.; CORNELISSEN, V. A. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil**, v. 14, n. 1, p. 12-17, 2007.

MAZARO, I.A.R.; ZANOLLI, M.L.; MORCILLO, A.M.; ZAMBON, M.P. Obesidade e fatores de risco cardiovascular em estudantes de Sorocaba, SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, 2011.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 1999; 43(3): 186-94.

MOREIRA, L.B; FUCHS, F.D. Álcool e hipertensão arterial: mecanismos fisiopatológicos. **Rev. Soc. Bras. Hipertens.** 2005; 12 (1): 52-4.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital.** Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. **Hipertensão arterial no Brasil:** estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PESCATELLO, L.S.; FRANKLIN, B.A.; FAGARD, R.H.; FARGUHAR, W.B.; KELLEY, G.A.; RAY, C.A. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 36, n. 3, p. 533-553, 2004.

REUTER, E.M.; REUTER, C.P.; BURGOS, T.; RECKZIEGEL, M.B.; NEDEL, F.B., ALBUQUERQUE. I.M., *et al.* Obesidade e hipertensão arterial em escolares de Santa Cruz do Sul – RS, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 6, 2012.

SILVA, K.S.; FARIAS JUNIOR, J.C. Fatores de risco associados à pressão arterial elevada em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte [online]**. 2007, vol. 13, n. 4, pp. 237-240. ISSN 1517-8692.

VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 2010.

WAEBER, B.; BRUNNER, H.R. The multifactorial nature of hypertension: the greatest challenge for its treatment? **J. Hypertens.**, v. 3, p. S9-S16, Supplent. 2001.

YAGUI, C.M.; RODRIGUES, C.S.; FREITAS, D.; GODOY, S.; MARCHI-ALVES, L.M. Criança obesa, adulto hipertenso? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 70-7, 2011.

ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE UM CURSO DE SAÚDE NO NORDESTE DO BRASIL: ESTADOS DE SAÚDE, HÁBITOS E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Ismênia de Carvalho Brasileiro
Iaramina Marques Ramos
Aléia Náyade Ferreira Alves
João Lucas Aguiar Lima
Olivar Viana Soares Filho
Vagner Rodrigues Silva Junior

O estilo de vida de jovens tem sido tema de muitos estudos na atualidade. O ritmo de vida da sociedade contemporânea, o consumismo, a mídia, convidam para uma omissa e curiosa relação de prazer e riscos entre os jovens. O uso de álcool, fumo, as refeições “práticas” dos *fastfoods*, dentre outras, tornam corriqueira sua vulnerabilidade a doenças (BRANDÃO *et al.*, 204; LIRA *et al.*, 2006). As condutas de saúde estabelecidas durante o período da adolescência e juventude podem ter impacto significativo na ocorrência de doenças futuras. Jovens tendem a adotar condutas de saúde pouco saudáveis (COLARES, FRANCA e GONZALEZ, 2006).

A prevalência mundial do consumo de substâncias psicoativas está em constante crescimento. O abuso e a dependência de drogas ameaçam os valores políticos, econômicos e sociais. Estudo mostra que o envolvimento com “drogas ilícitas” ocorre principalmente dentro da população de adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2007).

Apesar de todas as evidências de atitudes que promovem um estilo de vida saudável e os efeitos dele decorrentes, as pessoas possuem hábitos de vida diferentes do ideal. Assim, a prevalência de adultos jovens saudáveis (não fumantes, que praticam atividade física regularmente e apresentam consumo adequado de frutas e hortaliças), está em torno de 8,0% (NAHAS, FRANCALACCI, 2000).

Existem fatores do estilo de vida que podem afetar de forma negativa a saúde e sobre os quais se podem ter controle, chamados de fatores negativos modificáveis (fumo, álcool, drogas, estresse e sedentarismo). Há também os fatores que, se corretamente adotados, contribuem para um estilo de vida saudável, como alimentação, atividade física e comportamento preventivo (PITANGA, 2002).

Atualmente entende-se que atividade física é qualquer movimento corporal, desenvolvido pela musculatura esquelética, conseqüentemente havendo gasto energético. Possui componentes e determinantes de ordem biopsicosocial, cultural e comportamental, podendo ser exemplificada por lutas, jogos, danças, exercícios físicos, esportes e deslocamentos (SILVA *et al.*, 2007).

A atividade física é considerada, dentre outros fatores, um importante elemento na qualidade de vida e promoção da saúde da população. Vários estudos relatam que o sedentarismo ou a falta de atividade física, junto com o fumo e a dieta inadequada, são fatores de risco associados ao estilo de vida, o que pressupõe aumento no risco de desenvolver/agravar várias doenças, principalmente as de natureza crônico-degenerativa (SILVA *et al.*, 2007; BERTO, CARVALHAES, MOURA, 2010).

A prática regular da atividade física é concebida como um componente fundamental para o desenvolvimento de aspectos positivos relacionados à saúde. Em vista disto, pesquisadores de diversas partes do mundo têm demonstrado preocupação com o nível de atividade física das pessoas.

Ter baixo nível de atividade física é uma condição associada ao desenvolvimento de doenças - diabetes, infarto agudo do miocárdio, doença arterial coronariana, câncer e obesidade. É também um dos fatores que contribui para elevar as taxas de mortalidade, aumentar o risco de hospitalizações e de problemas psicossociais, resultando em custos elevados à saúde pública (FONTES, VIANNA, 2009).

Ante o exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil social e clínico de estudantes do curso de educação física de um centro universitário cearense. A compreensão do perfil desse estudante se faz necessária pela especificidade e complexidade da área e por propagar estilo de vida saudável à sociedade.

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido no Centro Universitário de Ensino Superior Estácio FIC, unidade VIA CORPVS, em Fortaleza-Ceará-Brasil com 150 estudantes do curso de Educação Física, que preencheram um questionário contendo características sociais e clínicas, além de sua prática de atividade física, durante os meses de agosto a outubro de 2013.

Os dados pessoais investigados foram sexo, idade, estado civil, se o aluno tem filhos, com quem mora e se realiza trabalho remunerado além da universidade. Sobre o estilo de vida foi investigado o consumo de bebida alcoólica, tabagismo e a autopercepção do estado de saúde, da qualidade do sono e se faz ou não dieta. A avaliação da atividade física foi realizada utilizando-se o Questionário Internacional de

Atividade Física-IPAQ (versão curta), validado no Brasil (MATSUDO *et al.*, 2001).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Estácio FIC no protocolo de nº 074/2013.

Resultados e discussão

Quanto às características sociodemográficas, observou-se que 68% (102) dos estudantes eram do sexo masculino, com média de idade de 21,93 anos, composta das seguintes faixas etárias: 37 tinham de 16 aos 19 anos (24,7%), 96 de 20 a 30 anos (64%), e 17 acima de 30 anos (11,4%). Do total, 39,3% (59) eram brancos, 36%(54) mestiços, 12,7% (19) mulatos e 12,0% (18) negros. Quanto ao estado civil, 84,0% (126) eram solteiros, 13,3% (20) casados, 1,3% (2) viviam em uma união estável e 1,3% (2) eram separados.

Tabela 1 - Participantes segundo variáveis sociodemográficas. Curso de Educação Física do Centro Universitário Estácio FIC do Ceará, 2013.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	48	32
Masculino	102	68
Idade (anos)		
<20	37	24,7
20 - 30	96	64
>30	17	11,4
Raça		
Branco	59	39,3
Mestiço	54	36
Mulato	19	12,7
Negro	18	12
Estado Civil		
Solteiro	126	84
Casado	20	13,3
União Estável	2	1,3
Separado	2	1,3
Total	100	150

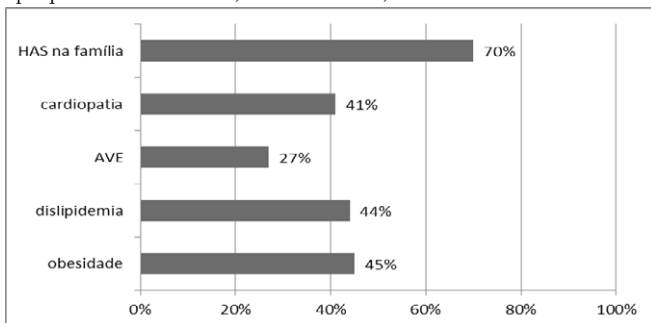
Fonte: Dados da pesquisa

A maioria residia com os pais 73,3% (110). Um percentual de 71,3% (107) exercia outra profissão além de estudante. Quando questionados sobre a renda familiar mensal, um terço dos participantes tinha renda familiar mensal de 2 a 4 salários mínimos.

Quanto aos estados de saúde, a grande maioria expressou não ter histórico pessoal de doenças crônicas. Entretanto, conforme apresentado na figura 1, cerca de 70% (104) tinham história familiar de hipertensão, sendo 21,3% (32) de predomínio materno. Cerca de 90% (135) dos estudantes afirmou não ter diabetes, 41,3% (62) tinham histórico familiar de cardiopatia, 27,3% (41) declararam histórico familiar de Acidente Vascular Encefálico (AVE), com maior predomínio nos avós.

No que diz respeito aos aspectos correlacionados ao colesterol, 44% (66) afirmou história familiar de dislipidemia, sendo 12,7% (19) de predomínio materno. Quanto à obesidade, 45,3% (82) afirmou ter problemas familiares, havendo predomínio de 8,7% (13) de tios e 8,7% (13) de primos. O grau de parentesco paterno teve menor porcentagem de obesidade na família, correspondendo a 2,7% (4). Um total de 58,7% (88) afirmou ter bom estado de saúde.

Figura 1 – Antecedentes familiares dos estudantes de educação física pesquisados. Estácio-FIC, Fortaleza-Ceará, 2013.



Quanto aos hábitos de fumar, observou-se que 98% (147) afirmaram não ser fumante, mas 74,2% (112) já ingeriu bebida alcoólica e o fez pela primeira vez antes de completar a maior idade. Quanto à frequência de consumo durante o período da coleta de dados, 18,7% (28) informaram não ingerir, 1,3% (2) o faziam regularmente e 20,7% (31) e 32% (40) ingeriam de vez em quando e de modo raro, respectivamente.

Quanto à prática de atividade física, 80% (120) o faziam regularmente e, desses, 48,7% (73) praticavam-na de 3 a 5 vezes por semana, em um intervalo de 1 a 3 horas por dia. Cerca de 40% (64) referiu passar de 5 a 6 horas sentados durante os dias da semana e de 2 a 5 horas nos finais de semana.

Ainda que jovens tendam a adotar hábitos de saúde pouco saudáveis (BRASIL, 2007), a maioria dos estudantes participantes desse estudo classificou sua saúde entre os estágios bom e excelente. No entanto, o que se verifica é que há significativa prevalência de histórico familiar de doenças

crônicas, com altos índices de histórico familiar de hipertensão, doenças cardíacas e dislipidemia.

Estudo mostra a importância do fator familiar na etiologia de doenças crônicas não transmissíveis, e revelam que ter história familiar determina maior risco (COSTA, 2007). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares (como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca) e tem sido indicada como o fator de risco de maior valor para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares (SIMÃO, 2008). Estudo de base populacional realizado no Brasil apontou que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença comum. As doenças cardiovasculares se destacam, atualmente, como principais causas de morte, atingindo cerca de um terço do total da mortalidade adulta brasileira (HALPERN *et al.*, 2002).

Outro fator preocupante é o elevado índice de obesidade entre os familiares dos avaliados. Considerada o fator de risco do novo milênio, apresenta-se atualmente como um grande problema de saúde pública e como fator de risco para várias doenças como diabetes tipo II, hipertensão e doenças cardiovasculares. De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano devido a doenças associadas ao excesso de peso (MATINEZ FILHO, 2002; PATTERSON *et al.*, 2004).

É conhecido que a obesidade contribui para o surgimento de doenças crônicas que vão desde condições que afetam a qualidade de vida, como problemas musculoesqueléticos. Estudo realizado entre estudantes de uma universidade pública do Piauí observou que a obesidade está direta-

mente associada à elevados níveis de pressão arterial e está fortemente associada à doenças cardiovasculares (MARTINS *et al.*, 2010).

Quanto aos hábitos de fumar, a menor prevalência de fumantes comparada a outros estudos semelhantes foi considerada satisfatória. O tabagismo tem seus malefícios bem difundidos e acredita-se que este hábito seja praticado cada vez menos pelas gerações mais jovens, pois há uma busca incessante pelo estilo de vida saudável e qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2008).

Já o álcool é a droga mais consumida entre os jovens, e importante fator de risco de outras condutas de risco para a saúde. O abuso do álcool tem alcançado grandes proporções e está associado com consequências adversas. Os desfechos negativos do uso abusivo de bebidas alcoólicas incluem desde alterações do humor até doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, gastrointestinais, hepáticas, mentais e acidentes no trânsito (PILLON, WEBSTER, 2006; FRANCA, COLARES, 2008).

Estudo semelhante a este entre jovens universitários de ciências biológicas em uma universidade pulista observou que o consumo de álcool entre os jovens é comum e que alunos com renda familiar alta podem ser considerados com maior risco de consumo de drogas (BRASIL, 2007).

Em contrapartida, nosso estudo revelou que, apesar de a maioria dos jovens já ter ingerido álcool e tê-lo feito antes de atingir a maior idade, afirmaram não fazer uso frequente e abusivo de bebidas alcoólicas. Provavelmente, isso se deve ao curso a que os estudantes pertencem, pois devem propagar hábitos saudáveis e a prática de atividade física. Além disso, o aumento das taxas de álcool no sangue con-

tribui para o surgimento ou agravamento de doenças, como a elevação da pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mm Hg para cada 30 ml de álcool etílico ingerido diariamente, passível de reversão com a cessação do hábito (NUNES *et al.*, 2012).

Conforme a atual pesquisa os estudantes têm um nível consideravelmente significativa de prática de atividade física, ao desempenhar atividades de maneira regular em seu cotidiano, sendo considerados ativos nesse quesito. Outros estudos (SILVA *et al.*, 2007), ao avaliarem o nível de atividade física entre acadêmicos de educação física, afirmaram que 92% foram considerados ativos ou muito ativos. Outro estudo, ao investigar o perfil socioeconômico e de saúde de estudantes, também comprovou que os acadêmicos do curso de educação física tendem a ser mais ativos e apresentarem um estilo de vida mais saudável, quando comparados a estudantes de outros cursos da área da saúde (PAIXÃO; DIAS; PRADO, 2010).

Os benefícios do exercício físico são inúmeros. Eles estão bem difundidos na literatura e se relacionam com a melhoria do desempenho metabólico muscular, redução da disfunção endotelial, melhoria das anormalidades neuro-hormonais e redução da resistência à insulina. Culminam na queda da resistência vascular sistêmica, promovendo efeitos favoráveis concomitantes nos fatores de risco para hipertensão e outras doenças (PESCATELLO *et al.*, 2004).

Conclusão

Os estudantes de educação física tinham, em sua maioria, hábitos e estilo de vida saudáveis, comportamento

esperado em um público que será disseminador de um estilo de vida saudável como profissionais. Apesar de terem uma rotina corrida com aulas, estágios, cursos e outras atividades paralelas, praticam regularmente atividade física e dividem suas horas diárias com estudo e trabalho. Embora com amostra pequena, foi possível inferir no estudo que o atual estilo de vida saudável poderá contribuir para prevenção de futuros agravos à saúde, que poderiam vir a se manifestar pela presença do histórico familiar.

Referências

BERTO, S.J.P.; CARVALHAES, M.A.B.L.; MOURA, E.C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(8):1573-1582, ago, 2010.

BRANDÃO, A.A. Prevenção de doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância. **Rev. SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 37-44, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3):521-528, mar, 2009.

COSTA, J.S.D.; BARCELLOS, F.C.; SCLOWLTZ, I.K.T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M.T.A.; MENEZES, A.M.B.; GIGANTE, D.P.; MACEDO, S.; FUCHS, S.C. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de

base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** v.88 n.1 São Paulo jan. 2007.

FILHO, R.D.S.; MATINEZ, T.L.R. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, vol 46, nº 3 Junho 2002.

FONTES, A.C.D.; VIANNA, R.P.T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste – Brasil. **Rev. Bras Epidemiol**; 12(1): 20-9. 2009.

FRANCA, C.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. **Rev Saúde Pública**; 42(3):420-7. 2008.

HALPERN, A.; SEGAL, A.; GARRIDO, A.; FERNANDES, F.; ZANELA, M.T.; MADY, C. Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, volume 78, (suplemento I), 2002

LIRA, M.T. Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: um análisis crítico del estado actual. **Rev. Med.** Chile, Santiago, v. 134, n. 2, p. 223-230, 2006.

MARTINS, M.C.C.; RICARTE, I.F.; ROCHA, C.H.L.; MAIA, R.B.; SILVA, V.B.; VERAS, A.B.; FILHO, M.D.S. Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **Arq Bras Cardiol**; 95(2) : 192-19; 2010.

MATSUDO, S.M.; ARAÚJO, T.L.; MATSUDO, V.K.R.; ANDRADE, D.R.; ANDRADE, E.L.; OLIVEIRA, L.C. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Saude.**;10:5-18, 2001.

NAHAS, M.V.G.; FRANCALACCI, V.L. **O Pentáculo bem estar**: base conceitual para avaliação do estilo de vida da saúde. Pelotas, V. 5, N. 2, P. 48-59, 2000.

NUNES, J.M.; CAMPOLINA, L.R.; VIEIRA, M.A.; CALDEIRA, A.P.; NUNES, J.M. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área a saúde. **Rev. Psiq. Clín**; 39(3): 94-9. 2012.

PAIXÃO, L.A.; DIAS, R.M.R.; PRADO, W.L. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do recife/PE. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, vol. 15, n.3; 2010.

PATTERSON, F.; LERMAN, C.; KAUFMANN, V.G.; NEUNER, G.A.; AUDRAIN-MCGOVERN, J. Cigarette smoking practices among american college students: review and future directions. **J Am Coll Health**. 2004;52(5):203-10. doi:10.3200/JACH.52.5.203-212.

PESCATELLO L.S.; FRANKLIN, B.A.; FAGARD, R.H.; FARGUHAR, W.B.; KELLEY, G.A.; RAY, C.A. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 36, n. 3, p. 533-553, 2004.

PILLON, C.S.; WEBSTER, C.M.C. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 14(3):325-32. p. 325. 2006.

PITANGA, F.J.G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov**. Brasília v. 10 n. 3 p. julho 2002.

SILVA, A.O.; SOUSA, C.M.M.; GASPAR, M.F.M.; GASPAR, M.F.M.; PAREDES, M.A.S.; TURA, L.F.R.; JESUÍNO, J.C.

Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. **Rev. Bras Enferm.** Brasília; 61(; 61(4):): 423-7. 2008.

SILVA, G.S.F.; BERGAMASCHINE, R.; ROSA, M.; MELO, C.; MIRANDA, R.; FILHO, M.B. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação das áreas saúde/biológica. **Rev. Bras. Med. Esporte**; 13(1):39-4, 2007.

SILVA, L.V.E.R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V.A.; ANDRADE, A.G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**; 40(2):280-8, 2006.

SIMÃO, M.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C.B.; CESARINO E.J.; NOGUEIRA, M.S. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. Online **Rev. Latino-am Enfermagem**; 16(4), 2008.

RISCO CARDIOVASCULAR EM INDIVÍDUOS ATIVOS E INATIVOS DE UM GRUPO COMUNITÁRIO DA CAPITAL CEARENSE: ANÁLISE A PARTIR DA RELAÇÃO CINTURA E QUADRIL-RCQ

Rosângela Gomes dos Santos

Dieicy Maria Silva Vieira

Samuel Miranda Mattos

Camila Brasileiro de Araújo Silva

Jair Gomes Linard

Larissa Alves Alexandre Moliterno

Felipe Carmo de Moura

Paula Matias Soares

Estudos evidenciam que uma grande quantidade de gordura localizada na região central é fator preponderante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MACHADO; SICHIERI, 2002; RIBEIRO FILHO *et al.*, 2006).

Um dos métodos mais comuns e de fácil aplicação de prognosticar o risco cardiovascular é pela relação cintura e quadril (RCQ). Para Domingues Filho (2006), esta relação é calculada pelo quociente entre os perímetros da cintura e do quadril, em centímetros (cm), avaliando a distribuição da gordura corporal da região superior em relação a inferior, podendo oferecer uma estimativa para o surgimento de enfermidades, pois, como mencionado anterior-

mente, a concentração de gordura na região abdominal está associada com maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A atividade física praticada regularmente contribui para a alteração na composição corporal do indivíduo, reduzindo a gordura central e estimulando o ganho de massa muscular, combatendo, assim, a obesidade, problema que atinge grande parte da população mundial (PITANGA, 2004).

Um relatório estatístico da Organização Mundial da Saúde - OMS afirma que a obesidade é a causa de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano. Além disso, atualmente, 12% da população mundial já são consideradas obesas (ABESO, 2012).

Gonçalves *et al.* (2013) afirmam que o sedentarismo, a inatividade física e a alimentação não balanceada têm contribuído para o aumento nos casos de doenças cardiovasculares. Atualmente estas são as principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo que no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), cerca de 30% dos óbitos estão relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT (onde se incluem as doenças cardiovasculares). Ou seja, a mortalidade prematura em indivíduos adultos e os problemas de saúde que podem aparecer no decorrer da vida têm grande associação com o estilo de vida do indivíduo (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009).

Segundo a OMS (2010), o exercício físico regular, de intensidade leve ou moderada, proporciona vários benefícios à saúde e tem demonstrado uma excelente opção para a prevenção de DANT. Com relação à prescrição mínima

de prática de atividade física, essa mesma entidade afirma que adultos devem acumular pelo menos 150 minutos por semana de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa a cada semana, ou uma combinação equivalente dessas atividades.

Partindo das informações anteriores, definiu-se como objetivo do presente estudo a avaliação do risco cardiovascular de indivíduos ativos e inativos por meio da relação cintura e quadril (RCQ) em um grupo comunitário.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Fortaleza-Ceará, no período de maio a julho de 2013, em dois locais comunitários próximos entre si de prática desportiva, escolhidos por conveniência. A população do estudo foi composta por 80 adultos, de ambos os sexos, com idade variando entre 18 e 81 anos.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário com questões referentes a características sociodemográficas e clínicas dos participantes. As variáveis investigadas foram: sexo, idade, estado civil, altura, peso, tempo de prática de atividade física por semana, pressão arterial sistêmica e presença de patologias, além do próprio RCQ.

O RCQ foi calculado a partir da divisão entre a circunferência da cintura e a do quadril (ambos em cm), considerando-se como ponto de corte para presença de risco elevado de desenvolvimento de doenças cardiovasculares 85 cm para mulheres e 95 cm para os homens, segundo estudo de Lohman, Roche e Martorell (1998).

A atividade física foi definida de acordo com o tempo em minutos por semana, praticado pelo indivíduo, classificando em ativo os indivíduos que praticavam 150 min por semana ou mais de qualquer tipo de atividade física e ina-

tivos aqueles que não atingissem esse tempo, conforme o postulado pela OMS (2010).

Para o processamento dos dados foi utilizado um *software*, sendo realizada a análise descritiva. O estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, no parecer nº 201.320.

Resultados e discussão

A idade média encontrada no grupo pesquisado foi de $56,5 \pm 14,5$ anos, variando de 18 a 61 anos, podendo sugerir que os participantes eram indivíduos adultos maduros. No que diz respeito ao gênero, encontrou-se maior concentração de mulheres (93,8%) em relação aos homens (Tabela 1). Por se tratar de um estudo com praticantes de ginástica coletiva, foi perceptível maior busca do sexo feminino por esse tipo de atividade, corroborando com o estudo de Pereira e Okuma (2009), que também identificaram maior predileção do sexo masculino por atividades realizadas individualmente.

Salles-Costa *et al.* (2003), em seu estudo sobre a prática de atividade física de lazer e o gênero do indivíduo, identificaram tendência maior entre as mulheres mais velhas em praticar atividades físicas com fins de lazer e, quando verificado o tipo de atividade, as mulheres referiram a prática de ginástica e caminhada, enquanto os homens referiram caminhada e futebol. Esse comportamento foi semelhante ao resultado do presente estudo, pois a prática constante dos participantes foi ginástica aeróbica, havendo procura pela mesma pelos indivíduos do sexo feminino.

Em se tratando de características clínicas, identificou-se frequência alta (70 %) de indivíduos com hiperten-

são arterial (HA), tornando-se um dado preocupante, pois ela representa um fator de risco para doença cardiovascular. Além disso, quando este valor é comparado à prevalência de HA em diferentes cidades brasileiras, o quadro chama ainda mais atenção, pois diversos inquéritos de base populacional exibem prevalência de HA de 22,3% a 43,9%, sendo valores inferiores aos encontrados nesta pesquisa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Acredita-se que dados antropométricos também podem estar relacionados com aumento na prevalência HA. Nascente *et al.* (2009), em estudo realizado para estimar a prevalência de HA e sua correlação com alguns fatores de risco cardiovascular em uma população adulta de uma cidade de Goiás, observaram que a prevalência de hipertensos com sobrepeso foi de 36,5% e de hipertensos com obesidade foi de 54,5%. No presente trabalho, encontraram-se muitos indivíduos com sobrepeso (76,3%), podendo estar relacionado com a elevada frequência de HA (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica do grupo amostral selecionado.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	75	93,8
Masculino	5	6,3
Estado Civil		
Solteiro	42	52,5
Casado/União Estável	38	47,5
IMC		
Normal	19	23,8
Sobrepeso	61	76,3
Doenças apresentadas		
Hipertensão arterial	56	70,0
Diabetes	10	12,5

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao índice de RCQ e classificação do grupo pesquisado, observou-se que a maior parte (68%) apresenta-se classificado dentro de uma faixa elevada de risco cardiovascular. Giroto, Andrade e Cabrera (2009) afirmam que apresentar um índice de RCQ acima dos pontos de corte estipulados na literatura como normal ou sem/baixo risco pode indicar maior predisposição ao desenvolvimento de DANT. Além disso, Barbosa, Scala e Ferreira (2009) mencionam que diversas pesquisas têm demonstrado que o excesso de peso associado com o aumento do depósito de gordura, principalmente abdominal, está intimamente ligado ao aumento da morbimortalidade por DANT.

Índices antropométricos como a circunferência abdominal e RCQ são os indicadores mais utilizados na mensuração do tecido adiposo central em avaliações individuais e coletivas, entretanto, as diferenças corporais dos diversos grupos etários e raciais dificultam o desenvolvimento de pontos de corte universais. O conhecimento desses pontos de corte é utilizado na detecção do risco de desenvolvimento de doenças (HAUN; PITANGA; LESSA, 2009).

Outro parâmetro considerado pela presente pesquisa foi a classificação dos indivíduos em ativos e inativos. Segundo a descrição da OMS (2010), no intuito de verificar se a população, mesmo praticando atividade física, consegue atingir o mínimo considerado ideal para aquisição de adaptações benéficas à saúde. Observou-se que a maioria do grupo (87,5%) foi considerada ativa, enquanto que 12,5%, mesmo praticando atividade física foi classificada como inativa.

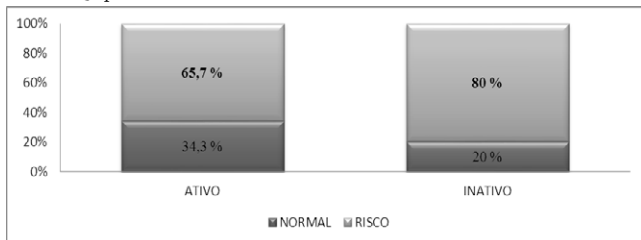
Baretta, Baretta e Peres (2007), ao verificarem o nível de atividade física e fatores associados em adultos de 20 a 59 anos em um município em Santa Catarina, identificaram

que mais de 50% dos participantes (57,4%) foram classificados em inativos fisicamente, diferenciando-se do presente estudo, o que pode, entretanto, ser justificado pelo fato de um dos critérios de seleção amostral foi ser praticante de atividade física regular, mesmo não atingindo o mínimo preconizado por semana.

Coelho e Burini (2009) afirmam que a prática de atividade física apresenta grande função preventiva e terapêutica, pois o baixo gasto energético está intimamente associado a fatores de risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como: obesidade, dislipidemia, hipertensão e diabetes.

Com o intuito de avaliar melhor a relação entre a classificação do indivíduo segundo a prática desportiva (ativo ou inativo) e sua classificação no RCQ (normal ou risco elevado), encontraram-se dados interessantes. O número de indivíduos sob a classificação de risco normal pelo RCQ dentro do grupo ativo (34,3%) não se distanciou demasiadamente da quantidade de indivíduos sob essa mesma classificação de RCQ no grupo inativo (20%), apesar de exibir valor percentual maior (Figura 1).

Figura 1. Distribuição percentual dos participantes, segundo classificação de RCQ e prática de atividade física.



Almeida, Almeida e Araújo (2009) afirmam que a deposição de gordura na região central é um marcador importante para desencadeamento de DANT, relacionado a diversas disfunções metabólicas, aumentando, assim, a morbimortalidade do indivíduo. Esses mesmos autores também afirmam que maus hábitos alimentares e sedentarismo favorecem o acúmulo de gordura nessa região. Giroto, Andrade e Cabrera (2010) afirmam que a baixa frequência de atividade física regular, juntamente com obesidade e hipertensão, além do aumento da medida da circunferência abdominal e da relação cintura-quadril, são fatores de riscos modificáveis de doenças cardiovasculares, sendo a atividade física um meio para alcançar essa modificação.

Provavelmente, a pouca diferença que se deu entre o grupo ativo e inativo na presente pesquisa quanto ao risco cardiovascular esteja apoiada no fato de programas comunitários de prática de atividade física não mantêm bom controle das atividades realizadas pelos praticantes. Hallal *et al.*, (2009), a partir de levantamento junto a indivíduos adultos praticantes de programas de atividade física comunitários, encontraram resultados variados quanto a sua frequência semanal, sendo que a maior parte enquadrou-se em frequência semanal de 1 a 3 vezes por semana, o que poderia indicar uma frequência baixa de prática de atividade física.

Em contrapartida, trabalho de Guedes e Guedes (2001), que verificou a prática de atividade física, aptidão cardiorrespiratória, composição da dieta e fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares em praticantes de um projeto oferecido por uma universidade aos seus funcionários (de caráter não comunitário), percebeu que todos

os indivíduos apresentaram resultados de RCQ dentro da normalidade, destacando uma resposta positiva da aplicação do programa de atividade física a estes indivíduos.

Entretanto, no presente trabalho, quando se considera a classificação dos indivíduos pelo índice obtido pelo RCQ, percebeu-se que os participantes apresentaram risco elevado para doenças cardiovasculares, independente de ser considerado ativo ou não, indo de encontro com o esperado, uma vez que diversos trabalhos na literatura apontam a prática física como meio eficaz de controlar o depósito de gordura central.

Poder-se-ia supor que a diferença entre os dois grupos pesquisados (ativos e inativos) seria maior se o controle das variáveis relacionadas à prática de atividade física fosse melhor realizado, garantindo que o indivíduo realmente cumprisse o mínimo necessário em minutos semanais para se obter resultados benéficos da prática física.

Conclusão

Conclui-se que o risco cardiovascular foi elevado, considerando o índice resultante da razão cintura e quadril, independente do nível de atividade física aferido. Entretanto, quando comparado os grupos ativo e inativo, o primeiro grupo demonstrou maior percentual de indivíduos com risco cardiovascular normal.

Referências

ABESO. OMS: Obesidade mata 2,8 milhões por ano. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Notícia: 16/05/2012. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/876/oms:+obesidade+mata+28+milhoes+por+ano.shtml>>. Acesso em: 29/06/2014.

ALMEIDA, R. T. de; ALMEIDA, M. M. G. de; ARAUJO, T. M. Obesidade abdominal e risco cardiovascular: desempenho de indicadores antropométricos em mulheres. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 92, n. 5, 2009.

BARBOSA, L. S.; SCALA, L. C. N.; FERREIRA, M. G. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 12, n. 2, p. 237-247, 2009.

BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 23, n. 7, p. 1595-1602, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Indicadores de mortalidade**. Brasil: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?i-db2006/c04.def>>. Acessado em: 23/06/2014.

COELHO, C. de F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009.

DOMINGUES FILHO, L. A. **Manual do personal trainer brasileiro**. São Paulo: Ícone Editora, 2006.

GUEDES, D. P.; GUEDES, E. R. P. Atividade física, aptidão cardiorrespiratória, composição da dieta e fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, n. 3, p. 243-250, 2001.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M. de; CABRERA, M. A. S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 6, p. 1-9, 2010.

GONÇALVES, A. F. L. *et al.*, Nível de atividade física e prevalência de fatores de risco cardiovasculares de participantes de projeto de extensão interdisciplinar. **Colloquium Vitae**, São Paulo, v. 2, p. 1-8, 2013. Disponível em: <revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/966/1026>. Acesso em: 29/06/2014.

HALLAL, P. C. *et al.*, Avaliação de Programas Comunitários de Promoção da Atividade Física: o caso de Curitiba, Paraná. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104-114, 2009.

HAUN, D. R.; PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 705-711, 2009.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. 3 ed. Champaign: Human Kinetics Publishers, 1998.

MACHADO, P. A. N.; SICHIERI, R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 198-204, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>.

php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000200012&lng=p-t&nrm=iso>. Acesso em: 29/06/2014.

NASCENTE, F. M. N. *et al.* Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 4, p. 502-509, 2010.

OMS. **Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. de A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Panam. Salud Publ.**, Washington, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.

PEREIRA, J. R. P.; OKUMA, S. S. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos para adesão inicial. **Rev. Bras. Ed. Fis. Esp.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 319-334, 2009.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da Atividade Física, Exercício Físico e Saúde.** 2 ed., São Paulo: Phorte, 2004.

RIBEIRO FILHO, F. F. *et al.*, Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arq. Bras. Endocr. Met.**, v. 50, n. 2, p. 230-238, 2006.

SALLES-COSTA, R. *et al.*, Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad. Saúde Públ.**, v. 19, sup. 2, p. S325-S333, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** São Paulo: SBC, 2007.

A INFLUÊNCIA DO MICRONUTRIENTE SELÊNIO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE CAR- DIOVASCULAR

Mágda Maria Martins Farias
Christielle Félix Barroso
Rafaella Maria Monteiro Sampaio

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde o seu crescimento é significativo (LAURENTI *et al.*, 2004). Constituiu a maior de todas as causas de óbitos do século XX nos países ocidentais e nas últimas décadas, os países emergentes apontaram as doenças cardiovasculares como: infarto agudo do miocárdio, anginas, insuficiência cardíaca congestiva, incluindo as cerebrovasculares e aterosclerose, liderando o primeiro lugar como causa de morte (CUPPARI, 2005).

Estudos apresentados pela OMS revelaram que 17,3 milhões de pessoas faleceram no ano de 2008 por doenças cardiovasculares e 80% das mortes ocorreram em países de média e baixa renda (OMS, 2011).

No Brasil, vem ocorrendo modificações notáveis no perfil de morbidade e de mortalidade da população (CASTRO *et al.*, 2004), dentre essas modificações destaca-se a representativa taxa de mortalidade por DVC com uma média de 168 mortes por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013).

Assim como em toda região Nordeste, no estado do Ceará houve uma tendência de aumento nos índices de mortalidade ocasionados por doenças cardiovasculares (SCHMIDT *et al.*, 2010), outros estudos realizados sobre as taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares, doenças hipertensivas e doenças isquêmicas do coração apresentam dados que demonstram a taxa de mortalidade das mulheres (54,5%) superando a dos homens (45,5%), sendo as doenças cerebrovasculares as que mais afetaram essas pessoas (84,3% das mortes), seguido de doenças isquêmicas do coração (12,3%) e doenças hipertensivas (3,4%) (FERNANDES *et al.*, 2007).

Sabe-se que a alimentação contribui de várias formas para a determinação do risco cardiovascular. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCV são reduzidas em 30% através de modificações nos hábitos alimentares, assegurando a importância da dieta como um fator protetor ou de risco. Assim, uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas influenciam na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, através da ação de alguns nutrientes que podem provocar efeitos benéficos ou adversos ao organismo (SCHMID, 2007).

Ao analisar a relação existente entre os hábitos alimentares e a ocorrência de enfermidades crônicas, dentre elas as cardiovasculares, estudos destacam os minerais como detentores de efeito protetor e antioxidante, influenciando, assim na prevenção de tais doenças (CASTRO *et al.*, 2004).

Neste sentido, o mineral Selênio apresenta funções primordiais no organismo dos seres humanos, tais como: função antioxidante, participação na conversão de T4 em

T3, proteção contra ação nociva de metais pesados e xenobióticos, redução do risco de doenças crônicas não transmissíveis, aumento da resistência do sistema imunológico e fertilidade masculina. Além disso, apresenta o efeito protetor quando esta relacionado às doenças cardiovasculares, devido a atuação de uma enzima antioxidante, a glutatio-na peroxidase (GPx), que tem a capacidade de combater as modificações oxidativas dos lipídios e reduzir a agregação plaquetária (COZZOLINO, 2009).

A literatura científica tem revelado que várias categorias de antioxidantes na dieta, dentre eles o mineral selênio, têm efeitos em suprimir a ativação de vias pró inflamatórias, por meio da quebração das moléculas de radicais livres. Devido está relacionado com a proteção, ocasionada pelo estresse oxidativo, por isso sua ingestão pode influenciar na redução do risco de doenças crônicas resultantes da presença do estado oxidativo e inflamatório. No entanto, esse nutriente essencial bloqueia a ativação do fator de transcrição nuclear kappa-beta (NF- κ B), um regulador sensível a oxidantes que modula a produção de mediadores inflamatórios e de moléculas de adesão (CAM) (VOLP, 2010).

Assim, dentre as diversas doenças crônicas que apresentam dados preocupantes no país, as doenças cardiovasculares têm obtido índices elevados de mortalidade na população mundial, o que ocasiona uma preocupação do sistema de saúde com a população brasileira.

Nesta perspectiva, o presente estudo teve como proposta analisar a influência do micronutriente selênio na promoção da saúde cardiovascular, possibilitando a partir dos dados encontrados, uma melhor avaliação do seu efeito antioxidante e protetor em relação às doenças cardiovascu-

lares. Com isto, será de grande utilidade esses achados, para um melhor aconselhamento nutricional para a prevenção e/ou tratamento das doenças cardiovasculares.

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura mais recente, de natureza descritiva em que realiza uma reflexão sobre a influência do micronutriente selênio na promoção da saúde cardiovascular devido o seu efeito antioxidante.

A revisão sistemática é um tipo de pesquisa que possibilita a síntese relacionada ao tema e aos tipos de abordagem já publicados por outros autores, permitindo a formação de novos conhecimentos resultantes de pesquisas anteriores (MENDES *et al.*, 2008).

A origem do termo decorre da intenção em integrar opiniões, conceitos ou idéias oriundas de outras pesquisas. Além disso, para Whittemore e Knafl (2005) este tipo de revisão permite a inclusão de estudos que adotam metodologias diversas.

A busca por referências sobre a temática ocorreu nas bases de dados LILACS e SciELO, utilizando-se os seguintes descritores, devidamente cadastrados na terminologia DeCs, e suas combinações: cardiovascular diseases (doenças cardiovasculares), micronutrients (micronutriente), antioxidant (antioxidante), minerals (minerais) e selenium (selênio).

Para análise dos artigos levou-se em consideração os seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra em open acess, publicações no período de 2004 a 2014, publicações originais, em língua portuguesa e inglesa, de abordagem exploratória.

Foram excluídas teses, dissertações, monografias e artigos não acessíveis em texto completo e os trabalhos que não abordaram a temática da relação do micronutriente selênio com as doenças cardiovasculares.

Diante dos critérios estabelecidos, foram encontrados 2.467 estudos. Destes estudos apenas nove contemplaram os critérios de inclusão e foram selecionados para maior aprofundamento e elaboração da presente revisão.

Para organizar e compreender os artigos analisados foram elaborados dois quadros. O quadro 01 contendo os seguintes itens: total de estudos encontrados, excluídos e selecionados de acordo com a combinação de descritores utilizados na busca. Para viabilizar a análise detalhada dos resultados encontrados em cada estudo selecionado foi elaborado o quadro 02 contendo os seguintes itens: autor/ano da publicação, resultados encontrados na pesquisa e periódico da publicação.

Logo após foram realizadas análises qualitativas de cada artigo, sendo os resultados encontrados descritos e relacionados com a literatura pertinente.

Resultados e discussão

Nesse estudo a amostra avaliada foi constituída por 09 artigos o qual foram organizados em dois quadros (Quadro 01 e Quadro 02). De acordo com o ano de publicação, um artigo foi publicado em 2006, dois artigos em 2007, um em 2009, três em 2012 e dois em 2013. Todos os estudos selecionados tinham abordagens exploratórias como dizia nos critérios de inclusão.

QUADRO 1: Artigos selecionados segundo o número total de estudos encontrados, excluídos e selecionados de acordo com as combinações de descritores utilizadas.

Descritores	Total encontrado	Total excluído	Total selecionado
Cardiovascular diseases and selenium	14	12	02
Cardiovascular diseases and antioxidant	101	98	03
Cardiovascular diseases and micronutrients	02	02	00
Cardiovascular diseases and minerals	2350	2346	04

Fonte: Dados da pesquisa

Avaliando os estudos selecionados, observou-se que o selênio possui diversos efeitos benéficos á saúde, com ação antixiodante, melhora do estado emocional, otimização na insuficiência cardíaca e prevenção de doenças cardiovasculares, obtendo uma melhora em um curto período de semanas e meses.

Dos nove estudos selecionados, 56% (5) apontam a importância do selênio na prevenção das doenças cardiovasculares, contribuindo para menores taxas de morbidade e mortalidade. Porém, 44% (4) dos estudos concluíram que o micronutriente não atua como fator protetor na prevenção das doenças cardiovasculares.

QUADRO 2: Artigos selecionados segundo autor/ano da publicação, resultados encontrados na pesquisa e periódico da publicação.

AUTOR/ ANO	RESULTADOS ENCONTRADOS	PERIÓDICO
MADARIC <i>et al.</i> , 2013.	Consumo de biscoitos de cereais enriquecidos com selênio promove a prevenção das doenças cardiovasculares.	Bratislava medical journal.
JOHANSSON <i>et al.</i> , 2013.	Idosos suecos obtiveram suplementação de coenzima Q10 e selênio por um período de 48 meses, houve a redução a progressão da tensão da parede cardíaca e mortalidade cardiovascular que foi medida por biomarcadores.	Scandinavian cardiovascular journal.
DERBENEVA <i>et al.</i> , 2012.	Pacientes que apresentam doenças do sistema cardiovascular e obesidade foram suplementados com selênio e apresentaram melhora em sua saúde e estado emocional.	Voprosy pitaniia.
METES <i>et al.</i> , 2012.	Um grupo de camundongos adultos foi alimentado com selênio e como resultado houve uma prevenção nas doenças cardiovasculares e uma otimização na insuficiência cardíaca.	Molecular nutrition & food research.
COMINETTI <i>et al.</i> , 2012.	Mulheres que apresentavam risco aterogênico e obesidade grave consumiram nozes por um período de três semanas e apresentaram uma diminuição a riscos de doenças cardiovasculares.	Nutrition research.
ALISSA <i>et al.</i> , 2009.	Um estudo com homens saudáveis, sem diagnóstico de DCV, mas com alterações na tireoide e fatores de riscos coronarianos foram suplementados com selênio, houve uma relação significativa com selênio e tireoide, porém não teve valor significativo na DCV.	Molecules open access journals.
HEYLAND, 2007.	Pacientes com choque séptico ou cardiogênico suplementados com dosagem elevada de selênio não apresentaram melhoras e nem houve efeito positivo sobre mortalidade.	<i>Critical care.</i>
HEYLAND <i>et al.</i> , 2007.	Pacientes enfermos que se encontram em terapia nutricional foram suplementados antioxidantes em dosagens elevadas e não houve significância nos resultados de pacientes enfermos.	Journal of parenteral and enteral nutrition.
STRANGES <i>et al.</i> , 2006.	Indivíduos sem história de doença cardiovascular foram suplementados com selênio, não houve papel na prevenção da doença cardiovascular.	<i>American Journal of Epidemiology.</i>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se haver maior quantidade de estudos que apresentaram efeitos benéficos diante a influência do selênio nas doenças cardiovasculares. Em destaque, Madaric *et al.* (2013) realizou a suplementação de selênio em biscoitos de cereais e avaliou o seu consumo com a ocorrência da doença cardiovascular em adultos do sexo masculino, com faixa etária entre 30-50 anos. Neste estudo, os biscoitos foram enriquecidos com selênio e oferecidos para o grupo populacional, por um período de dois meses, no qual foi possível observar uma melhora significativa no perfil lipídico ocasionando um efeito benéfico na prevenção das doenças cardiovasculares.

Conforme Derbeneva *et al.*, (2012), em sua pesquisa com pacientes diagnosticados com doenças cardiovasculares e obesidade, verificou-se que uma dieta enriquecida com selênio promoveu uma melhora na funções gerais de saúde. Nesta pesquisa, foi constatado que além de adultos, os idosos, que é o principal grupo de risco para doenças cardiovasculares, obtiveram bons resultados com a suplementação de selênio.

De acordo com Metes-Kosik *et al.*, (2012) em estudo com animais, reduziu significativamente o potencial de metilação, atividade methyltransferase DNA e metilação do DNA. Os ratos que foram suplementados demonstraram uma redução na disfunção miocárdia, ocasionando uma prevenção das doenças cardiovasculares.

No estudo de Cominetti *et al.*, (2012) também foi verificado resultados satisfatórios ao avaliar o consumo diário de nozes com 37 mulheres que apresentavam risco aterogênico e obesidade grave, pois o consumo de nozes teria um efeito positivo sobre o selênio. A ingestão ocorreu em um

período de 3 semanas e o estudo mostrou que as pessoas obesas que programam o consumo diário de nozes brasileiras pode melhorar o perfil lipídico e colesterol.

Segundo o estudo de Johansson *et al.*, (2013) com 211 participantes com idade entre 67-87 anos, houve a suplementação da enzima Q10 com 200 ug/dia e o micronutriente selênio orgânico com uma dose de 200 ug/dia no período de 48 meses, sendo os participantes reexaminados a cada 6 meses. Como conclusão os autores constataram que a suplementação de coenzima Q10 e selênio em uma população de idosos reduziu a progressão da tensão da parede cardíaca e mortalidade cardiovascular.

Por outro lado, no estudo de Heyland (2007), pacientes com choque séptico ou cardiogênico suplementados com dosagem elevadas de selênio não apresentaram melhoras e nem efeito positivo sobre a mortalidade.

No estudo de Heyland *et al.*, (2007), foram divididos 58 pacientes criticamente enfermos em 5 grupos e alguns grupos foram suplementados com antioxidantes e glutamina. Os resultados demonstraram que uma dose de 500mg de selênio não houve uma grande significância, no entanto seria necessária uma dosagem maior.

Outro estudo sem efeito positivo para a suplementação do selênio foi o estudo de Strages *et al.*, (2006) que ao conduzir um estudo clínico com 1004 indivíduos sem história prévia de doença cardiovascular, não foi observada diferença significativa entre o grupo suplementado com selênio (200 ug de selênio/dia) e o grupo placebo (sem suplementação), sobre a incidência e a mortalidade por doença cardiovascular, demonstrando que o selênio não teria papel na prevenção da doença cardiovascular.

Por fim, na análise de Alissa *et al.*, (2009) que realizaram um estudo com 140 homens saudáveis, sem diagnóstico de DCV, mas com alterações na tireoide e fatores de riscos coronarianos foram suplementados com selênio, houve uma relação significativa com selênio e tireoide. O soro e eritrócitos GPx permaneceram com determinantes significativos dos níveis séricos de TSH, porém não houveram valores significativos na DCV.

Conclusão

De acordo com os resultados de investigações sobre a relação entre selênio e doenças cardiovasculares, o presente estudo aborda seus efeitos positivos, pela sua capacidade de defesa contra o estresse oxidativo e promovendo sua ação antioxidante.

A suplementação do selênio tem sido recomendada por diminuir a incidência de doença cardiovascular na população, tendo como referência uma melhora no estado nutricional relacionado a uma quantidade de ingestão adequada de selênio.

Devido às controvérsias existentes nas pesquisas, essa temática necessita de mais estudos. Entretanto, devido à alta potencialidade e funcionalidade desse micronutriente, o selênio tem sido bastante indicado em planejamentos de dietas saudáveis para a promoção da saúde cardiovascular na população.

Referências

ALISSA, E.M.; AHMED, W.H.; AL-AMA, N.G.A.; FERNS, A. Selenium Status and Cardiovascular Risk Profile in Healthy Adult Saudi Males. **Molecules**, v. 14, n. 1, p. 141-159, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M2.pdf.

CASTRO, L.C.V.; FRANCESCHIN, S.C.C.; PRIORE, S.E.; PELÚZIO, M.C.G. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 369-377, 2004.

COMINETTI, C.; DE BORTOLI, M.C.; GARRIDO, A.B.; COZZOLINO, S.M. Brazilian nut consumption improves selenium status and glutathione peroxidase activity and reduces atherogenic risk in obese women. **Nutrition Research**, v. 32, n. 6, p. 403-7, 2012.

COZZOLINO, S.M.F. Biodisponibilidade de Micronutrientes. São Paulo: Manole, 2009.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

DERBENEVA, S.A.; BOGDANOV, A.R.; POGOZHEVA, A.V.; GLADYSHEV, O.A.; VASILEVSKAIA, L.S.; ZORIN, S.N.; MAZO, V.K. Effect of diet enriched with selenium on the psycho-emotional and adaptive capacity of patients with cardiovascular diseases and obesity. **Vopr Pitán**, v. 81, n. 4, p. 35-41, 2012.

FERNANDES, T.A.; CARNEIRO, J.G.; CORREIA, L.L. Morbidade precoce por Doenças Cardiovasculares no Ceará: avaliação epidemiológica da demanda por internamentos no sistema público

de saúde em 2005. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, v. 1, n. 4, 2007.

HEYLAND, D.K. Selenium supplementation in critically ill patients: can too much of a good thing be a bad thing? **Critical Care**, v. 11, n. 1, p. 153, 2007.

HEYLAND, D.K.; DHALIWALM, R.; DAY, A.; DROVER, J.; COTE, H.; WISCHMEYER, P. Optimizing the Dose of Glutamine Dipeptides and Antioxidants in Critically Ill Patients: A Phase I Dose-Finding Study. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 31, n. 2, p. 109-118, 2007.

JOHANSSON, P.; DAHLSTR, O.Ö.M.; DAHLSTR, U.Ö.M.; ALEHAGEN, U. Effect of selenium and Q10 on the cardiac biomarker NT-proBNP. **Scandinavian Cardiovascular Journal**, v. 47, n. 1, p. 281-288, 2013.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M.; CARATIN, C.V.S. Doença isquêmica do coração: internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 74, n. 6, p. 483-7, 2004.

MADARIC, A.; KADRABOVA, J.; KRAJCOVICOVA-KU-DLACKOVA, M.; VALACHOVICOVA, M.; SPUSTOVA, V.; MISLANOVA, C.; BLAZICEK, P. The effect of bioactive complex of quercetin, selenium, catechins and curcumin on cardiovascular risk markers in healthy population after a two month consumption. **Bratisl Lek Listy**, v. 114, n. 1, 2013.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

METES-KOSIK, N.; LUPTAK, I.; DIBELLO, P.M.; HANDY, D.E.; TANG, S.S.; ZHI, H.; QIN, F.; JACOBSEN, D.W.; LOS-CALZO, J.; JOSEPH, J. Both selenium deficiency and modest selenium supplementation lead to myocardial fibrosis in mice via effects on redox-methylation balance. **Molecular Nutrition & Food Research**, v. 56, n. 12, p. 1812-24, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cardiovascular**. In: Organização Mundial da Saúde (OMS). Doenças Cardiovasculares. São Paulo: IBFAN BRASIL e INSTITUTO DE SAÚDE, OMS, OPAS, UNICEF, Brasil, 2011.

SCHMID, H. Impacto cardiovascular da neuropatia autonômica do diabetes mellitus. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 51, n. 2, 2007.

SCHMIDT, M.I.N.; DUNCAN, B.B.; STEVENS, A. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil**: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ed. Saúde Brasil, 2010.

STRANGES, S.; MARSHALL, J.R.; TREVISAN, M.; NATARAJAN, R.; DONAHUE, R.P.; COMBS, G.F.; FARINARO, E.; CLARK, L.C.; REID, M.E. Effects of selenium supplementation on cardiovascular disease incidence and mortality: secondary analyses in a randomized clinical trial. **American Journal of Epidemiology**, v. 15, n. 8, p. 694-9, 2006.

VOLP A, C.P.; BRESSAN, J.; HERMSDORFF, H.H.M.; ZULET, M.Á.; MARTÍNEZ, J.A. Efeitos antioxidantes do selênio e seu elo com a inflamação e síndrome metabólica. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 4, p. 581-90, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Strength and Conditioning Research**, v. 19, n. 3, p. 467-51, 2005.

HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS E O DESENVOLVIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADOLESCENTES

Cinthya Mendes Gomes
José Amilton Costa Silvestre
Rafaella Maria Monteiro Sampaio

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença clínica com etiologia multifatorial, resultante de diferentes mecanismos, sendo considerada um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (FONSECA e KIRSTEN, 2010). Por ser considerada uma das doenças que apresenta grande repercussão por causa de sua elevada prevalência, afetando milhões de pessoas em todos os ciclos da vida humana, tem se tornado um fator preocupante dentro da saúde pública (ZANOTI; PINA; MANETTI, 2009). No Brasil, os estudos nacionais epidemiológicos mostram que a HAS afeta de 22% a 44% da população adulta e de 2% a 13% da população de crianças e adolescentes (BARRETO NETO *et al.*, 2010).

Dentre as diversas doenças crônicas que apresentam dados preocupantes no país, as doenças cardiovasculares têm obtido índices elevados de mortalidade na população mundial, o que ocasiona uma preocupação do sistema de saúde com a população brasileira. De acordo com a literatu-

ra, existe uma potente relação da pressão arterial (PA) com o risco cardiovascular, e esse conceito não é diferente em indivíduos jovens (CASONATTO *et al.*, 2011).

Sua elevada prevalência vem sendo acarretada principalmente devido às modificações no estilo de vida da população como: adoção de hábitos alimentares inadequados, principalmente do aumento no consumo de alimentos com elevado teor de sódio; inatividade física; tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Isso tem sido um reflexo do processo de urbanização e industrialização e do desenvolvimento tecnológico presentes na sociedade atual (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Na população adolescente, a HAS também pode estar associada às características das mudanças físicas e psicossociais comumente ocorridas nesta faixa etária. Outros fatores de risco comumente relatados pela literatura tem sido a hereditariedade com o histórico familiar da doença, sobrepeso, obesidade, sedentarismo (PINTO *et al.*, 2011).

Ao analisar a relação existente entre o sobrepeso e a obesidade de adolescentes com a ocorrência de hipertensão, estudos destacam os hábitos alimentares inadequados como estando diretamente relacionados. Considerando os hábitos alimentares inadequados na adolescência, podemos citar: a omissão de refeições, principalmente o café da manhã; substituição das principais refeições por lanches; elevado consumo de refrigerantes; elevado consumo diário de alimentos com alta densidade calórica, ricos em ácidos graxos, açúcares e sódio e a baixa ingestão de frutas e hortaliças (GOMES e ALVES, 2009; PAIXÃO e FERNANDES, 2009).

Essas evidências têm sido atribuídas ao processo de transição nutricional que é caracterizado como alterações

nos padrões dietéticos, nutricionais e na composição corporal dos indivíduos. Este processo vem ocorrendo no Brasil de forma assustadora, uma vez que a desnutrição em crianças e adultos reduziu nas últimas três décadas e a incidência de sobrepeso e obesidade aumentou consideravelmente (MENDES e ZAMBERLAN, 2013).

Assim, ações de promoção da saúde associadas a mudanças de estilo de vida correspondem à possibilidade de prevenção mais efetiva da ocorrência de hipertensão arterial. Estudos relativos à detecção dos indicadores de risco em populações jovens são necessários para o acompanhamento dos indivíduos que apresentam maior risco de alterações na idade adulta (ROMANZINI *et al.*, 2008).

Levando em consideração a PA elevada como um problema multifatorial que atinge diversos grupos populacionais, torna-se imprescindível identificar os fatores de risco associados a níveis pressóricos elevados nos jovens, com o objetivo de intervir precocemente sobre os mesmos, a fim de reduzir os problemas cardiovasculares na adolescência e, por conseguinte, na idade adulta (FERREIRA e AYDOS, 2010).

Tendo em vista que as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são consideradas o principal problema de saúde na atualidade, se faz necessário à realização de estudos que aumentem ainda mais o conhecimento nesta área, dando ênfase, principalmente as doenças cardiovasculares, inclusive HAS. Nesta perspectiva, o presente estudo teve como proposta analisar a influência dos hábitos alimentares inadequados com o desenvolvimento da hipertensão arterial em adolescentes. Com isto, será de grande utilidade esses achados, para um melhor aconselhamento nutricional para a prevenção e/ou tratamento das doenças cardiovasculares.

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica da literatura mais recente, de natureza descritiva em que realiza uma reflexão sobre a influência dos hábitos alimentares inadequados e o desenvolvimento da HAS em adolescentes.

A pesquisa bibliográfica visa obter informações a partir de fontes secundárias, que abrange bibliografias já tornadas públicas em relação a um determinado tema, tendo como finalidade colocar o pesquisador frente a tudo que já foi escrito sobre um determinado assunto (LAKATOS e MORCONI, 2007). Já a pesquisa descritiva procura descobrir e observar fenômenos, tentando descrevê-los, classifica-los e interpretá-los, sendo que não há interferência do pesquisador. Ela permite uma análise mais aprofundada de um determinado problema (GIL, 2010).

A busca por referências sobre a temática foi realizada a partir de publicações científicas indexadas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores, devidamente cadastrados na terminologia DeCs, e suas combinações: hipertensão, hábitos alimentares, transição nutricional e pressão arterial.

Para análise dos artigos levou-se em consideração os seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra em *open access*, publicações no período de 2005 a 2014, publicações originais e em língua portuguesa. Foram excluídas teses, dissertações, monografias e artigos não acessíveis em texto completo e os trabalhos que não abordaram a temática.

Os dados foram analisados por meio do método da análise temática proposta por Minayo (2010) que é formada por 3 etapas. Na primeira, acontece a pré-análise, onde são selecionados os documentos para serem analisados com intuito de levantar as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa.

Na segunda, chamada de exploração do material, consiste em uma operação classificatória, onde o investigador busca palavras, categorias ou expressões para redução do texto visando alcançar a compreensão do mesmo. É por fim, a terceira parte que é a etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde o analista sugere inferências e realiza interpretações para inter-relacioná-las com o quadro teórico descrito inicialmente.

O traçado metodológico para obtenção dos textos nas bases de dados da BVS foi feito por etapas para identificar estudos de maior relevância do assunto para posteriormente analisá-los e discuti-los. Por tanto, foram selecionados artigos que mais se aproximaram do objetivo proposto, publicados em idioma português. Os textos foram agrupados por temática de maneira a contribuir para uma melhor compreensão e clareza de como os hábitos alimentares podem levar à maior predisposição à HAS em adolescentes. Logo após foram realizadas análises qualitativas de cada artigo, sendo os resultados encontrados descritos e relacionados com a literatura pertinente.

Resultados e discussão

Diante dos critérios estabelecidos, foram encontrados 86 estudos. Destes estudos apenas 13 contemplaram os critérios de inclusão e foram selecionados para maior aprofundamento e elaboração da presente revisão.

Para organizar e compreender os artigos analisados foi elaborada uma tabela em ordem cronológica da publicação do artigo, contendo os seguintes itens: título do estudo, autores, ano da publicação, local e tipo de estudo (Tabela

1). De acordo com o ano de publicação, três artigos foram publicados em 2006, um em 2007, um em 2008, dois em 2009, quatro em 2010 e dois em 2011.

Dos estudos analisados 11 foram de delineamento transversal, em que avaliaram um ou mais fatores de risco simultaneamente para a elevação dos níveis pressóricos na população estudada, sendo que as variáveis mais investigadas foram: o excesso de peso corporal, nível de atividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e consumo alimentar.

Ao analisar os resultados encontrados nos 13 estudos, apenas 4 (30,8%) demonstrou uma associação dos hábitos alimentares inadequados e o desenvolvimento da HAS em adolescentes. Quanto aos 9 (69,2%) demais trabalhos, os autores destacaram a importância de mais estudos desta natureza, de maneira que ocorra a difusão de conhecimentos e novas propostas para redução de comportamentos de risco que desenvolvam agravos à saúde durante o curso da vida destes indivíduos.

Tabela 1: Artigos selecionados segundo a ordem cronológica de publicação, título, autores, ano da publicação, local e tipo de estudo.

Título	Autores	Ano	Local	Tipo de estudo
Fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais.	Guedes <i>et al.</i> ,	2006	Londrina (PR)	Analítico
Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares.	Monego e Jardim	2006	Goiânia	Transversal
Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes: o estudo do coração de Belo Horizonte.	Ribeiro <i>et al.</i> ,	2006	Belo Horizonte (MG)	Transversal

Título	Autores	Ano	Local	Tipo de estudo
Fatores de risco associados à pressão arterial elevada em adolescentes.	Silva e Farias Júnior	2007	João Pessoa (PB)	Transversal
Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes.	Romanzini <i>et al.</i> ,	2008	Londrina	Transversal
Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006.	Gomes e Alves <i>et al.</i> ,	2009	Recife (PE)	Transversal
Hábitos Alimentares e Níveis Pressóricos de Adolescentes de Escola Pública em Itabira (MG).	Paixão e Fernandes	2009	Itabira (MG)	Transversal e observacional
Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e interrelações com sobrepeso, obesidade, consumo alimentar e atividade física, em estudantes de escolas municipais de Caxias do Sul.	Hoffmann, Silva e Siviero	2010	Caxias do Sul (RS)	Descritivo e transversal
Pressão arterial elevada em adolescentes de alto nível econômico.	Christofaro	2010	Londrina (PR)	Descritivo, analítico e transversal
Prevalência de hipertensão e fatores associados em adolescentes escolares no sertão de Pernambuco.	Barreto Neto <i>et al.</i> ,	2010	Arcoverde (PE)	Epidemiológico Cross sectional
Fatores de risco para elevação da pressão arterial em adolescentes.	Fonseca e Kirsten	2010	Santa Maria (RS)	Transversal
Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil.	Pinto <i>et al.</i> ,	2011	Salvador (BA)	Transversal
Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: Prevalência e associação com fatores sociodemográficos	Farias Júnior <i>et al.</i> ,	2011	João Pessoa (PB)	Transversal

Fonte: Dados da pesquisa

No estudo realizado por Guedes *et al.*, (2006), que consistiu em uma análise dos fatores de riscos cardiovasculares de natureza comportamental e biológica em adolescentes em uma escola de ensino médio, foi constatado menores associações do consumo excessivo de alimentos ricos em gorduras com o eventual aumento de níveis da pressão arterial.

Nesta mesma perspectiva, em pesquisa realizada por Ribeiro *et al.*, (2006), no qual foi feita uma análise dos fatores adicionais de risco cardiovascular e sua relação com excesso de peso em crianças e adolescentes. Depois de demonstrarem o nível de padrão alimentar da população estudada por meio de um questionário de avaliação quantitativa da frequência de consumo alimentar, observaram uma maior prevalência no nível “consumo muito inadequado” com 64% e 35% de “consumo inadequado”, no entanto não obtiveram dados precisos relativos aos hábitos alimentares e sua associação com outras variáveis, incluindo a elevação da pressão arterial sistólica ou diastólica.

Em trabalho realizado por Silva e Farias Júnior (2007), as variáveis incluindo hábitos alimentares inadequados não conseguiram mostrar a associação com níveis pressóricos elevados, entretanto os autores ressaltam a importância de mais estudos desta categoria que investiguem fatores de riscos como alimentação inadequada e sua relação com elevação pressórica nesta população, pois a exposição a estes fatores de risco podem contribuir para a PA elevada.

Em pesquisa realizada por Gomes e Alves *et al.*, (2009), com o objetivo de investigar a prevalência de HAS e os fatores associados em escolares da rede pública estadual

do ensino médio, não foi encontrado associação significativa da hipertensão arterial com as variáveis de baixo consumo de frutas e verduras nos indivíduos estudados, entretanto os autores salientam que o conhecimento dos fatores de risco que levam à hipertensão arterial em adolescentes podem favorecer ao estímulo para campanhas de educação em saúde.

Os autores Paixão e Fernandes (2009) analisaram estudantes adolescentes de ambos os sexos matriculados em escola pública quanto aos hábitos alimentares e níveis pressóricos e investigaram o consumo de alimentos que desfavorecem o controle da PA. A pesquisa constatou que 44,7% das meninas consomem em maior quantidade temperos, condimentos e sal a mais do que os meninos (15,5%), sendo que anteriormente detectaram maiores níveis pressóricos nos meninos, já o elevado consumo de doces e bebidas carboidratadas se assemelham em ambos os sexos. Considerando que 7,1% dos alunos apresentaram níveis limítrofes de pressão arterial e 4,2% se classificaram como hipertensos, esta prevalência pode não estar influenciada por hábitos alimentares isoladamente, mas por diversos fatores de riscos associados.

Conforme dois estudos publicados, sendo um dos autores Hoffmann, Silva e Siviero (2010) onde avaliaram a prevalência da hipertensão arterial associada com fatores de riscos em adolescentes de escolas urbanas municipais em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. E outro estudo realizado por Christofaro (2010) em que avaliaram alunos matriculados no ensino fundamental de escolas privadas de Londrina, Paraná, foi demonstrado na apresentação dos resultados de ambos os artigos uma baixa associação do consumo ali-

mentar com valores elevados da pressão arterial, porém uma significativa prevalência de pressão arterial elevada com o estado nutricional.

Resultados semelhantes foram encontrados em trabalho realizado por Barreto Neto *et al.* (2010) no município de Arcoverde (PE), onde analisaram a prevalência de hipertensão arterial e os fatores de riscos associados em adolescentes matriculados nas séries do ensino fundamental ou médio nas escolas públicas e privadas da área urbana e rural, e foi mostrado que a maioria dos alunos acometidos por obesidade e excesso de peso estavam mais exposto a hipertensão, porém os demais fatores como hábitos alimentares não estavam associados à elevação da PA.

Em uma pesquisa realizada por Fonseca e Kirsten (2010) em uma escola estadual de ensino fundamental e médio em Santa Maria (RS), com 120 adolescentes de ambos os sexos e de idades entre 14 e 18 anos, mostraram uma forte associação estatisticamente positiva entre valores acima do normal de circunferência da cintura com elevados níveis pressóricos. No entanto, ao avaliar o hábito alimentar verificou-se que apesar da maior frequência no consumo de refrigerante, cachorro-quente e hambúrguer, bolachas e guloseimas, os resultados destacaram que apenas a maior ingestão de café preto apresentou grande relação com a elevada pressão arterial entre os adolescentes.

Dos estudos analisados, apenas as pesquisas realizadas por Monego e Jardim (2006), Romanzini *et al.*, (2008), Pinto *et al.*, (2011) e Farias Júnior *et al.*, (2011) evidenciaram associação positiva entre hábitos alimentares inadequados e o desenvolvimento de hipertensão em adolescentes.

Nos estudos realizados por Pinto *et al.* (2011), Farias Júnior *et al.*, (2011) e Monego e Jardim (2006), pode-se encontrar resultados relevantes condizentes com o objetivo do estudo, onde demonstraram uma forte prevalência de hábitos alimentares inadequados entre os escolares envolvidos e isto pode estar associado ao desenvolvimento de problemas cardiovasculares e aumentos dos níveis pressóricos nesta população.

Em 2006, os autores Monego e Jardim realizaram um estudo que consistiu em pesquisar sobre a pressão arterial e os fatores de risco cardiovascular nas crianças e jovens. Determinaram por meio de uma amostra aleatória que crianças e adolescentes em escolas de rede pública e particular apresentavam um valor significativo entre a associação da HAS e excesso de peso, podendo estar fortemente relacionado com o estilo de vida incluindo hábitos alimentares desta população.

Quanto ao estudo de Romanzini *et al.*, (2008) que investigaram um grupo de escolares do ensino médio diurno da rede pública, pode-se identificar que além da inatividade física, ocorreu uma maior prevalência do consumo inadequado de frutas (56,7%) e verduras (43,9%) pelos jovens estudados, sendo assim a predominância destes fatores riscos que podem levar ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares contribuindo especificamente para o aumento da morbimortalidade na vida adulta.

Por fim, nos estudos de Pinto *et al.*, (2011) e Farias Júnior *et al.* (2011) foram encontrados resultados satisfatórios quanto à associação de hábitos alimentares inadequados e níveis pressóricos elevados. No trabalho de Pinto *et*

al., (2011) através de um estudo que envolveu crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos de idade de ambos os sexos, foi encontrado uma maior prevalência de hipertensão e pré-hipertensão na população do sexo feminino caracterizada com excesso de peso e consumo alimentar inadequado. E no estudo de Farias Júnior *et al.*, (2011) foi encontrado resultados semelhantes quando avaliaram a prevalência de fatores de risco cardiovascular e sua relação com indicadores sociodemográficos em adolescentes matriculados no ensino médio do município de João Pessoa (PB). Demonstraram uma alta prevalência dos fatores de riscos que ocorriam quase que simultaneamente, como a inatividade física (59,5%) e hábitos alimentares inadequados (49,5%), e isto pode estar fortemente ligado à alta prevalência de pressão arterial elevada nos adolescentes.

Conclusão

No presente trabalho, observou-se que os estudos nacionais que abordavam esta temática eram recentes. No entanto, apesar da maioria dos artigos não encontrarem diferenças estatisticamente significantes quanto à associação de hipertensão arterial e a variável hábito alimentar, houve uma maior prevalência desta associação com excesso de peso corporal que de alguma forma é consequência do padrão alimentar desta população e que influencia na elevação da PA.

É notória que a mudança nos hábitos alimentares é considerada como o principal fator desencadeante para a ocorrência de patologias e agravos a saúde. O consumo de refeições ditas tradicionais vem sendo substituído por refeições que proporcionam maior praticidade e rapidez como os

alimentos ricos em sódio, com excesso de calorias e gorduras saturadas, contribuindo assim para o acúmulo de gordura abdominal e, conseqüentemente, o aparecimento de obesidade e risco cardiovascular.

Este aspecto pode ser demonstrado no presente estudo, onde ao analisar diversas publicações científicas em que associavam fatores de riscos incluindo o consumo alimentar com o desenvolvimento de hipertensão arterial em adolescentes, em sua maioria, descreveram uma maior prevalência do excesso de peso corporal no grupo estudado e isto pode estar associado com modificações do padrão alimentar que também tem seu papel como colaborador na elevação da PA.

Os artigos encontrados em sua maioria se referiram aos fatores de risco para aumento pressórico em jovens estudados no ambiente escolar, sendo estes: estado nutricional definido a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e frequência alimentar de frutas, legumes e verduras.

Dessa forma, reforça-se o estímulo de mais pesquisas científicas que transmitam informações sobre os principais fatores de risco cardiovasculares, como modificações nos hábitos alimentares em adolescentes. Pois, a detecção precoce de comportamentos de risco aumenta as chances de prevenção a partir da implementação e planejamento de ações direcionadas à redução de eventuais manifestações das DCV como a hipertensão arterial.

Com tudo isso, nota-se então, a necessidade de investigações específicas dos fatores que contribuam positivamente para mudança no estilo de vida dos adolescentes com

vistas nas particularidades de cada indivíduo, dentre estes fatores podemos destacar as intervenções dietéticas que se mostram eficazes para alcançar a perda de peso quando está associada a outras estratégias, que incluem o aumento nos níveis de atividade física, ou intervenções psicológicas, a fim de promover alterações comportamentais. Faz-se necessário a participação de toda uma equipe multidisciplinar e dos pais. Sendo que os pais devem ter a responsabilidade em fornecer refeições e lanches saudáveis e equilibrados nutricionalmente aos seus filhos.

Desta forma será possível alcançar resultados satisfatórios assegurando o crescimento e o desenvolvimento dos adolescentes, com vistas ao hábito de vida saudável contribuindo também na redução de fatores de risco modificáveis como: sedentarismo, fumo, alcoolismo e maus hábitos alimentares que estão envolvidos no aumento de níveis da PA, prevenindo assim, eventuais manifestações da HAS no futuro.

Referências

ALMEIDA, F.A.; *et al.*, Avaliação de influências sociais e econômicas sobre a pressão arterial de adolescentes de escolas públicas e privadas: Um estudo epidemiológico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 2, p. 142-149, 2011.

BARRETO NETO, A.C.; *et al.*, Prevalência de hipertensão e fatores associados em adolescentes escolares no sertão de Pernambuco. **Adolescência & Saúde**, v.7, n.4, p.21-29, 2010.

CASONATTO, J.; *et al.*, Pressão arterial elevada e obesidade abdominal em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p.567-571, 2011.

CHRISTOFARO, D.G.D. Pressão arterial elevada em adolescentes de alto nível econômico. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 1, p. 8-23, 2010.

FARIAS JÚNIOR, J.C.; *et al.*, Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: Prevalência e associação com fatores sociodemográficos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 50-62, 2011.

FERREIRA, J.S.; AYDOS, R.D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010.

FONSECA, L.S.; KIRSTEN, V.R. Fatores de risco para elevação da pressão arterial em adolescentes. **Medicina de Ribeirão Preto**, v. 43, n. 4, p. 400-7, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, B.M.R.; ALVES, J.G.B. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 375-381, 2009.

GUEDES, D.P.; *et al.* Fatores de Risco Cardiovasculares em Adolescentes: Indicadores Biológicos e Comportamentais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 6, 2006.

HOFFMANN, M.; SILVA, A.C.P.; SIVIERO, J. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e interrelações com sobrepeso, obesidade, consumo alimentar e atividade física, em estudantes de escolas municipais de Caxias do Sul. **Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 163-72, 2010.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, P.M.; ZAMBERLAN, E.C. Análise do consumo alimentar determinado pela aquisição domiciliar no Brasil. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 1, p. 336-345, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONEGO, E.T.; JARDIM, P.C.B.V. Determinantes de Risco para Doenças Cardiovasculares em Escolares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 1, 2006.

PAIXÃO, M.P.C.P.; FERNANDES, K.G. Hábitos Alimentares e Níveis Pressóricos de Adolescentes de Escola Pública em Itabira (MG). **Revista SOCERJ**, v. 22, n. 6, p. 347-355, 2009.

PINTO, S.L.; *et al.*, Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1065-1076, 2011.

RIBEIRO, R.Q.C.; *et al.*, Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes: o estudo do coração de Belo Horizonte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 6, 2006.

ROMANZINI, M.; *et al.*, Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2573-581, 2008.

SILVA, K.S.; FARIAS JÚNIOR, J.C. Fatores de risco associados à pressão arterial elevada em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 4, 2007.

ZANOTI, M.D.U.; PINA, J.C.; MANETTI, M.L. Correlação entre pressão arterial e peso em crianças. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 879-85, 2009.

FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR EM TRABALHADORES DE UMA EMPRESA DE TELECOMUNICAÇÃO

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges
José Iran das Chagas Oliveira Júnior
Paula Dayanna Sousa dos Santos
Sara Arcanjo Lino Karbage
Regina Cláudia Tabosa Ferreira Gomes

As doenças cardiovasculares (DCV) são agravos que acometem o sistema circulatório, os vasos sanguíneos e o coração. Entre as mais graves podemos citar a doença arterial coronariana e o acidente vascular encefálico (AVE). Sua principal característica é a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias ao longo dos anos que impede a passagem do sangue. Para funcionar, o corpo humano precisa de oxigênio. O sangue sai do coração oxigenado e atinge todos os órgãos por meio das artérias. Quando as artérias fecham, ocorre um infarto na região que não recebeu o oxigênio (SANTOS, 2013).

Possuem expressiva prevalência na população e trazem limitações para a qualidade de vida. A *World Health Organization* (WHO, 2013) estima que as DCV causem cerca de 17 milhões de mortes por ano, configurando a causa mais frequente. A hipertensão arterial sistêmica (HAS), que se constitui o principal fator de risco, contribui com cerca de 9,4 milhões de mortes a cada ano, sendo responsável por 45%

das causas cardíaca, e 51% por AVE (WHO, 2013). Estima-se que até 2030, cerca de 23,3 milhões de pessoas morrerão anualmente por DCV (MANSUR e FAVARATO, 2012).

No Brasil, as DCV são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto agudo do miocárdio (IAM) e AVE, a maioria homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os dez países com maior índice de mortes por DCV (BRASIL, 2009).

No Brasil, o diagnóstico médio de HAS, em 27 capitais brasileiras estudadas, alcançou a percentagem de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência do diagnóstico aumenta com a idade, para ambos os sexos, mais marcadamente para as mulheres, alcançando a faixa de 5,9 % entre os 18 e 24 anos de idade, e mais de 50,0% na faixa etária maior ou igual a 50 anos. Em Fortaleza-CE, o percentual de diagnóstico foi de 17,3%, sendo 11,2% no sexo masculino, e 19,8% no feminino. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 72,0% das causas de morte no Brasil (BRASIL, 2012a). Um em cada 3 adultos com idade maior ou igual a 25 anos, sofre de HAS (WHO, 2012).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (MS), em uma pesquisa realizada em 54 mil brasileiros em 2011 revelou que a HAS atinge 22,7% da população adulta (BRASIL, 2012a).

A prevalência de HAS tem se elevado nestes últimos anos, em decorrência do aumento da expectativa de vida, obesidade, diabetes mellitus. Por outro lado, o tempo de surgimento deste agravo tem declinado devido aos esforços

preventivos e promotores da saúde dirigidos aos indivíduos portadores de PA normal alta (LOTUFO, 2013).

Os principais fatores de risco envolvidos na gênese das DCV são: HAS, tabagismo, obesidade/sobrepeso, dislipidemia, idade, história familiar de HAS, consumo excessivo de álcool, ingestão excessiva de sal, sedentarismo, raça negra, fatores socioeconômicos, fatores genéticos e ambientais, e estresse. Sobre as variáveis psicossociais como depressão ansiedade, raiva, estresse, ocorre hiperreatividade do sistema nervoso simpático conduzindo à indução de isquemia aos órgãos-alvo e ao desenvolvimento destas patologias (BAREL, 2010).

Para Nascimento (2012), os fatores de risco da doença cardiovascular (FRDCV) classificam-se em não-modificáveis (idade, sexo e história familiar); e modificáveis (dislipidemia, diabetes, HAS, tabagismo, obesidade, sedentarismo e estresse). Considera fator de risco a idade de 45 a 50 anos ou mais nos homens, e de 55 ou mais nas mulheres. Inúmeros estudos prospectivos demonstram que os antecedentes familiares positivos são fatores de risco independente para a DCV, e que sua magnitude de risco pode ser avaliada pela frequência dos antecedentes familiares positivos.

A HAS é o principal FRDCV, com sua prevalência crescente no mundo. Há uma relação independente e contínua entre a incidência de vários eventos cardiovasculares (AVE, IAM, Morte Súbita, Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial periférica e Doença Renal Crônica) (SB-C, SBH, SBN, 2010).

A identificação precoce da aterosclerose e o maior conhecimento dos FRDCV presentes, comprova a necessidade de execução de programas com o objetivo de intervenção

precoce nestes fatores de riscos (SBC,SBH, SBN , 2010).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Atinge grande parte da população mundial, e quando não tratada adequadamente, traz grandes e graves complicações aos seus portadores. Partes destas alterações são decorrentes da não adesão ao tratamento, ou realizado de forma inadequada. Leva ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares como IC, doença arterial coronariana, AVE, insuficiência renal e doenças oclusivas periféricas. As complicações ocorrem por comprometimento de órgãos-alvo (rins, coração, encéfalo e vasos sanguíneos). Associa-se frequentemente também a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC,SBH, SBN, 2010).

Estima-se que até 2030, cerca de 23,3 milhões de pessoas morrerão anualmente por DCVs. (MANSUR e FAVARATO, 2012). Nos últimos anos, devido à industrialização e ao sedentarismo, os FRDCV vêm aumentando. Dentre eles podemos citar obesidade, HAS, *diabetes mellitus* (DM) e dislipidemia. A HAS é uma doença multifatorial e assintomática, sendo caracterizada pela manutenção de níveis elevados de PA, o que contribui para aumentar a morbidade e mortalidade cardiovascular. Trabalhadores submetidos a ritmos intensos de trabalho, geralmente apresentam altas taxas de FRDCV (WILLIAMS, 2009; ANDRADE, 2007).

Mediante a problemática da DCV para a saúde pública, e em especial para a saúde do trabalhador, optou-se por este estudo com o objetivo de descrever os fatores de risco da doença cardiovascular entre os trabalhadores de uma empresa de telecomunicação.

Trabalho e Doença Cardiovascular

Alguns trabalhadores trabalham em sistema de turno alternante e apresentam prevalência elevada de FRDCV em relação às medidas antropométricas e de composição corporal, PA, glicose sanguínea, além de possuírem o hábito de tabagismo e de ingestão de bebidas alcoólicas. Além disso, o tempo de trabalho em sistema de turno esteve associado positivamente com a relação cintura/quadril, glicose sanguínea e tabagismo. Desta forma, é importante uma rotina de atendimento preventivo à saúde desses trabalhadores, visando minimizar os prejuízos provocados pelo trabalho em sistema de turno. Este tipo de trabalho provoca uma desregulação do ritmo circadiano, devido às alterações metabólicas e psicológicas, nos hábitos alimentares, na prática de atividade física, no sono; expondo o trabalhador ao maior risco de desenvolver distúrbios nutricionais e DCV (GEMELLI, 2008).

Faz-se necessário expandir as ações que fortaleçam os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade e integralidade, promovendo a saúde da população e, conseqüentemente, minimizando a problemática das DCV para a Saúde Pública, que expandir-se-á com o predomínio de idosos na população brasileira, previsto para 2020. Isto provavelmente acarretará aumento da prevalência desse agravo, uma vez que ascende com a idade, caso não sejam implementados todos os esforços possíveis para a sua detecção precoce e controle (LOPES *et al.*, 2012).

São necessários o planejamento e implementação de estratégias que previnam e/ou controlem os FRDCV. Sobretudo, envolvam medidas de promoção da saúde, como

campanhas educacionais, recomendações, intervenções e medidas voltadas para aqueles de maior risco de desenvolverem DCV (FUCHS, 2007).

As estratégias podem ser executadas por meio de campanhas educativas em mídias impressa e eletrônica, com informações claras e acessíveis que ajudem os indivíduos na mudança de estilo de vida, formulando estratégias de adesão ao tratamento, enfocando FRDCV, palestras sobre noções básicas de saúde, a implementação de ações educativas como o Dia Nacional de Prevenção e Combate à HAS, O Dia Mundial Sem Tabaco nas indústrias, etc. Atividades estas, que tem por objetivo conscientizar os trabalhadores a adotar hábitos saudáveis, com a finalidade de reduzir, retardar, e até mesmo impedir o surgimento dos DCV, resultando em melhor qualidade de vida e saúde (FUCHS, 2007).

Construir o empoderamento do indivíduo para o autogerenciamento de suas patologias e dos seus fatores de risco são estratégias relevantes por contribuírem para a redução do impacto das DCV (AZEVEDO, 2013).

A identificação precoce da aterosclerose e o maior conhecimento dos fatores de risco presentes nos revela a necessidade de execução de programas com o objetivo de intervenção precoce nos FRDCV (SBC, SBH, SBN, 2010).

Devem-se estabelecer medidas educacionais para a redução de sal nos alimentos - evitar alimentos enlatados e conservas (ervilha, milho, palmito, azeitonas, picles aspargos), alimentos ricos em sódio (extrato de tomate, maionese, atum, sardinha, embutidos, frios, queijos salgados, salgadinhos, temperos, molhos e caldos prontos), carnes salgadas e processadas industrialmente e sopas industrializadas (BRANDÃO, 2012).

Uma meta-análise que avaliou adesão ao tratamento em DCV incluiu intervenções educacionais, comportamentais e estratégias combinadas. As estratégias comportamentais mostraram maior sucesso em relação às estratégias educativas. Um componente importante é o comprometimento do indivíduo nos cuidados da própria saúde (AZEVEDO, 2013).

Avanços no conhecimento e a evolução obtida na terapêutica tem aumentado a expectativa de vida da população. Com a longevidade, é importante que os indivíduos mantenham a autonomia e a saúde, pois o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo as DCV. Além disso, com o aumento da sobrevida das pessoas com doenças crônicas e/ou graves, a Qualidade de Vida (QV) passou a ser mais valorizada (CARVALHO, 2012).

Saúde do trabalhador

A atenção à Saúde do trabalhador (ST) contempla três níveis de atuação: a) a vigilância, que incluem as ações destinadas à definição dos perigos e dos riscos inerentes ao processo de trabalho, e à consequente promoção de medidas que visam ao adequado controle dos perigos e riscos, assim como um programa que permita desenvolvimento de ações abrangentes e integrais de saúde do trabalhador, coleta e a análise dos dados gerados; a assistência à saúde, incluindo serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios justo; e a abordagem, conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores (BORGES, 2013).

A Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST) foi publicada em 2011, em que as ações de vigilância e intervenção devem partir da rede primária de atenção à saúde que ampliam sua atenção sobre o trabalho e para o reconhecimento dos seus reflexos sobre o viver e adoecer dos trabalhadores, de sua família e da comunidade, demonstrado por estudos que apontam o reconhecimento destes profissionais quanto ao seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador (CHIAVENATTO, 2013; SILVA, 2009).

Desde os anos 1990, o serviço público vem sofrendo profundas alterações. Privilegiam-se as áreas arrecadatórias em detrimento das áreas de normatizações, regulamentação e controle. A área do trabalho tem privilegiado a questão da formalização do vínculo trabalhista em detrimento à inspeção de locais de trabalho por trazer visibilidade ao governo na forma de “novos postos de trabalho” e por aumentar a arrecadação. O setor Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) com sua rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de distintos níveis e, mais recentemente, editou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) (BRASIL, 2012b).

As ações de prevenção se valem de abordagens distintas do ponto de vista teórico e metodológico, com impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da ST constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Por ser complexo, o campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o tra-

balhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 2013).

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma empresa de telecomunicação em Fortaleza-CE. Participaram 250 trabalhadores, dentre os 302 lotados na referida empresa, independentemente da idade, cor, escolaridade, estado civil, que aceitaram participar da pesquisa e apresentaram condições físicas para responder o instrumento de coleta de dados.

Coletou-se os dados durante dois meses por meio de um formulário, cujo roteiro conteve os dados de identificação e dos FRDCV. Organizou-se os dados no programa *Statistic Package for Social Sciense* (SPSS, versão 19), os representou em quadros e tabelas, e a análise foi fundamentada na literatura selecionada.

O estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 1996), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram orientados sobre o anonimato, o registro de anuência na participação na pesquisa, e que poderiam retirar o seu consentimento no momento em que desejassem. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da emissão do parecer favorável do Comitê de Ética (COÉTICA) da UNIFOR.

Resultados e discussão

A fim de possibilitar o processo de análise, organizaram-se os resultados em caracterização sociodemográficas dos trabalhadores e descrição dos fatores de risco da doença cardiovascular.

Caracterização sociodemográficas dos trabalhadores

De acordo com a Tabela 1, destacaram-se os trabalhadores na faixa etária entre 40 e 49 anos (37,2%), sexo masculino (69,2%), cor branca (79,2%), operador de equipamentos (42,8%), procedentes de Fortaleza-CE (64,4%), naturais de outros municípios do Estado do Ceará (35,6%), casados (52,8%), ensino médio completo (44,4%), e imóvel próprio (72,0%).

TABELA 1 – Distribuição dos trabalhadores, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2013 (n = 250).

		Características sociodemográficas					
		f	%		f	%	
Idade (anos)	abaixo de 20	02	0,8	Procedência	Fortaleza-CE	161	64,4
	20 - 29	21	8,4		OM ²	89	35,6
	30 - 39	44	17,6	Naturalidade	Fortaleza-CE	86	34,4
	40 - 49	93	37,2		OM ²	164	65,6
	50 - 59	90	36,0	Estado Civil	Casado	132	52,8
Sexo	Masculino	173	69,2		Solteiro	52	20,8
	Feminino	77	30,8		Viúvo	28	11,2
Cor	Branca	198	79,2		Outros ³	33	13,2
					Não branca (Parda e negra)	52	20,8
Profissão	Telefonista	37	14,8	Ensino médio	111	44,4	
Operador de equipamentos		107	42,8	Ensino superior	71	28,4	
Téc. Sist Telecomunicação		49	19,6	Condições de moradia	Imóvel próprio	180	72,0
Gerente		13	5,2		Imóvel alugado	70	28,0
Diretor		25	10,0				
Outros ¹		19	7,6				

¹Industrial, Comprador, Supervisor, Advogado, Analista de Sistema, Técnico de Operação de Rede.

²Outros municípios do Estado do Ceará.

³Separado, Divorciado e União estável.

Fonte: Dados da pesquisa

Os indivíduos casados e/ou em união estável aderem mais às ações de promoção e prevenção da saúde, como mudança de estilo de vida e tratamento medicamentoso, por possuírem o apoio familiar (DEMONER, 2012).

Ensino fundamental e ensino médio predominaram entre estes trabalhadores o que vem corroborar o que é visto na literatura, de que menor conhecimento é fator de não adesão às medidas de promoção e prevenção da saúde, assim como ao tratamento farmacológico e não farmacológico de condições crônicas que favorecem o desencadeamento de doenças cardiovasculares como HAS e Diabetes Mellitus (DBPCV, 2013).

Descrição dos fatores de risco para doença cardiovascular

Segundo a Tabela 2, os FRDCV estavam presentes entre os trabalhadores, sendo que entre os não modificáveis predominaram a idade (73,2%) seguida da história familiar de risco cardiovascular e/ou DCV (40,4%); e dentre os modificáveis destacaram-se estresse (88,0%), sedentarismo (80,8%), uso de bebidas alcoólicas (69,2%), tabagismo (57,6%), sobrepeso (56,0%), HAS (42,8%).

TABELA 2 – Distribuição dos trabalhadores, segundo a identificação dos fatores de risco para doença cardiovascular. Fortaleza-CE, 2013 (n = 250).

Fatores de risco para doença cardiovascular	f	%
<i>Não-modificáveis</i>		
Idade (anos) 40 - 59	183	73,2
História familiar de FRDCV e/ou DCV	101	40,4
Cor (parda e negra)	56	22,4
<i>Modificáveis</i>		
Estresse	226	88,0
Sedentarismo	202	80,8
Uso de bebidas alcoólicas	173	69,2
Tabagismo	144	57,6
Sobrepeso	140	56,0
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	107	42,8
Consumo excessivo de café (acima de 100ml/dia)	94	37,6
Consumo de gordura animal	92	36,8
Dislipidemia	80	32,0
Consumo excessivo de sal	76	30,4
Consumo exclusivo de carne vermelha	74	29,6
Obesidade	29	11,6
<i>Diabetes mellitus</i> (DM)	21	8,4
Hipertireoidismo	08	3,2
Hipotireoidismo	04	1,6

Fonte: Dados da pesquisa

Os fatores predominantes foram os modificáveis, o que comprova o papel crucial da mudança de estilo de vida, como um dos aspectos de grande relevância na promoção da saúde e prevenção ao desencadeamento de DCV. Ressalta-se com o avançar da idade, ocorre o aumento do FRDCV. O desenvolvimento dessas doenças acomete pessoas com menor frequência destes fatores e gravidade e aqueles com trajetória e cotidiano mais saudáveis. A incidência de DCV em adultos dobra aproximadamente a cada decênio de vida (ESH/ECC, 2013).

A história familiar de doença arterial coronariana prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos

ou feminino < 65 anos) é um fator agravante de risco (DBP-CV, 2013). Fato que corrobora com achados deste estudo, ou seja, a faixa etária dos 40 aos 59 anos, predominando o sexo masculino.

O estresse encontrado em 88,0% dos trabalhadores, como vários fatores psicossociais, abrange depressão, ansiedade, hostilidade e raiva, angústia, fobia, síndrome do pânico, afetividade negativa e inibição social, estão associados a níveis elevados de eventos cardiovasculares tanto em pessoas saudáveis, como em já portadores de DCV. Aumenta a vulnerabilidade às doenças, e sua avaliação é fundamental para planejar a prevenção de acordo com o perfil de cada um, pela avaliação psicológica, apoio social, intervenções comportamentais, gerando motivação e compromisso no local de trabalho (DBPCV, 2013).

O exercício físico conduz à maior qualidade e expectativa de vida. Reduz os níveis pressóricos, melhora o perfil lipídico, libera endorfinas que leva à sensação de relaxamento e bem estar. Devem predominar os exercícios físicos aeróbicos, realizados no mínimo 5 (cinco) vezes por semana, com duração de pelo menos 30 (trinta) minutos. Objetivam reduzir eventos cardiovasculares de forma significativa e controlar os FRDCV (SBC, SBH, SBN, 2010).

Há uma relação entre a ingestão de álcool (encontrada em 69,2%) e o nível de PA dependendo da quantidade ingerida. Há controvérsias quanto ao benefício cardiovascular em uso de baixas doses. Aceitável - 30g de etanol para homens e 15g para mulheres - Cerveja (6g/100ml), vinho (12g/100ml), destilados (40g/100ml) (SBC, SBH, SBN, 2010).

Em relação ao tabagismo (57,6% dos trabalhadores), cerca de 50% das mortes por DCV poderiam ser evitáveis entre fumantes, se o vício fosse abolido. O risco relativo de IAM encontra-se duas vezes aumentado entre fumantes com idade superior a 60 anos e cinco vezes entre os com idade inferior a 50 anos. Seu consumo vem reduzindo na população em geral, mas se elevando nos de baixo nível socioeconômico e entre as mulheres, que possuem efeitos deletérios maiores relacionado ao metabolismo acelerado da nicotina (DBPCV, 2013).

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou uma transição nutricional, com modificações importantes da ingestão alimentar, principalmente a partir de 2002-2003. Nos últimos 34 anos aumentou em mais de quatro vezes para os homens, e em mais de duas vezes para as mulheres. O Brasil ocupa o quarto lugar nos países com maior prevalência de obesidade. De natureza multifatorial, a obesidade contribui para o aumento de DCNT, como HAS, dislipidemia, DM tipo 2 (DBPCV, 2013).

A HAS é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de DCV (doença arterial coronariana, IC, doença renal crônica, doença arterial periférica). A mortalidade por DCV aumenta com a elevação da PA, a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Pode ser prevenida ou postergada. Na sua prevenção primária, as mudanças de estilo de vida são recomendadas com redução da PA e mortalidade cardiovascular (ESH/ECC, 2013). A prevalência observada foi maior que a da população mundial, que é em torno de 30% (SBC, SBH, SBN, 2010).

Este achado de HAS observado neste estudo curiosamente contrastou em alguns aspectos com os demais estudos de prevalência para fatores de risco de DCNT na população com menor prevalência de sobrepeso/obesidade, estresse, sedentarismo e maiores prevalências de HAS e tabagismo (DBPCV, 2013).

TABELA 3 - Distribuição dos trabalhadores segundo a idade e FRDCV não modificáveis. Fortaleza – CE, 2013 (n = 250).

História familiar Cor Idade (anos)	Sim				Não				Total	
	Branca		Não Branca		Branca		Não Branca		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Abaixo de 20	02	0,8	--	--	--	--	--	--	02	0,8
20 – 29	06	2,4	01	0,4	13	5,2	01	0,4	21	8,4
30 – 39	20	8,0	06	2,4	16	6,4	02	0,8	44	17,6
40 – 49	19	7,6	11	4,4	53	21,2	10	4,0	93	37,2
50 – 59	54	21,6	14	5,6	15	6,0	07	2,8	90	36,0
Total	101	40,4	32	12,8	97	38,8	20	8,0	250	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 3, os FRDCV se destacaram entre os trabalhadores com idade entre 40 e 59 anos (73,2%). Cerca de 133 (53,25%) entrevistados informaram história familiar de DCV, com predomínio entre os 50 e 59 anos (21,6%).

Os FRDCV apresentam-se de forma agregada, observando-se famílias que possuem um estilo de vida pouco saudável e englobam também fatores genéticos e ambientais, contribuindo em conjunto para o surgimento da doença (SBC, SBH, SBN, 2010).

É necessário nas empresas, a implementação de programas de promoção da saúde que visem estimular os trabalhadores a fazerem escolhas mais saudáveis. São vários os benefícios dessas iniciativas, tanto para os empregados, quanto para os empregadores. São inúmeras as possibilidades de ações para promoção da saúde no ambiente corporativo.

A escolha de qual programa desenvolver depende, dentre outros fatores, das características e necessidades do público-alvo e dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos).

Intervenções não medicamentosas que sejam positivas para a mudança de estilo de vida e redução de eventos cardiovascular. Isto engloba o desenvolvimento de hábitos saudáveis, o controle das emoções, que possam estar interferindo na adesão ao tratamento e manutenção da(s) doença(s). Seriam programas que incluíssem a alimentação saudável, incentivo à prática de exercício físico, cessação do tabagismo, promoção da saúde da mulher e de gerenciamento do cuidado no controle de doenças crônicas.

Observa-se na Tabela 4, a identificação dos FRD-CV entre os trabalhadores, independentemente da idade, a saber: estresse (90,4%), sedentarismo (80,8%), ingestão de gordura animal (36,8%), ingestão excessivo de sal (30,4%), e consumo exclusivo de carne vermelha (29,6%). Todavia, houve destaque de acordo com a faixa etária: estresse – abaixo de 20 anos (100,0%) 40 a 49 anos (70,9%) e 50 a 59 anos (97,7%); ingestão de gordura animal, ingestão excessivo de sal, e consumo exclusivo de carne vermelha – abaixo de 20 anos (100,0%). Vale ressaltar que a partir dos 30 anos os trabalhadores informaram os FRCV, exceto *Diabetes mellitus* (DM), hipertireoidismo e hipotireoidismo.

Os jovens se movimentam mais que os idosos, os níveis de atividade física variam de pessoa para pessoa, aumentando com o avançar da idade (IBBPCV, 2013). Estes fatores de risco supracitados modificáveis estão diretamente relacionados ao estilo de vida e ao nível sociocultural e econômico de cada pessoa.

Palestras no ambiente de trabalho sobre orientação nutricional, como consumo adequado de sal, predomínio de carnes brancas e vegetais, manutenção do peso adequado, controle da glicemia e dos lipídios, abolição do tabagismo, abolição ou redução do uso de bebidas alcoólicas, gerenciamento do estresse, poderão contribuir para a prevenção e/ou controle dos FRDCV.

TABELA 4 - Distribuição dos trabalhadores segundo os FRDCV modificáveis. Fortaleza-CE, 2013 (n = 250).

Idade (anos) Fator de risco CV	< 20		20 – 29		30 – 39		40 – 49		50 – 59		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estresse	02	100,0	18	15,7	33	75,0	86	12,4	90	100,0	226	90,4
Sedentarismo	01	50,0	19	10,4	31	10,4	79	14,9	90	100,0	202	80,8
Uso de bebidas alcoólicas	-	-	21	100,0	22	50,0	69	74,1	79	87,7	173	69,2
Tabagismo	01	50,0	08	18,0	14	26,6	66	70,9	88	97,7	144	57,6
Sobrepeso	-	-	04	19,0	17	18,6	61	65,5	88	97,7	140	56,0
HAS	--	--	05	23,8	10	22,7	34	36,5	58	64,4	107	42,8
Ingestão excessiva de café	--	--	14	26,6	09	20,4	19	20,4	62	68,8	104	41,6
Ingestão de gordura animal	02	100,0	09	12,8	16	16,3	35	14,0	31	34,4	92	36,8
Dislipidemia	-	-	10	47,6	15	14,0	30	37,6	25	27,7	80	32,0
Ingestão excessiva de sal	02	100,0	11	22,3	16	16,3	33	35,4	14	15,5	76	30,4
Consumo exclusivo de carne Vermelha	02	100,0	08	18,0	12	27,2	29	11,6	23	25,5	74	29,6
Obesidade	-	-	01	4,7	03	1,8	15	31,1	10	11,1	29	11,6
DM	-	-	-	-	05	11,3	07	7,5	09	10,0	21	8,4
Hipertireoidismo	-	-	-	-	03	1,8	-	-	05	5,5	08	3,2
Hipotireoidismo	--	--	02	9,5	-	-	02	2,1	-	-	04	1,6

Fonte: Dados da pesquisa

Conclusão

Após a análise dos achados, constata-se que os FRCV foram identificados entre os trabalhadores independentemente da idade, e relacionavam basicamente com o estilo de

vida, ou seja, eram passíveis de prevenção através da adoção de hábitos salubres, que é de grande relevância para a promoção da saúde e prevenção da DCV.

Existem diversas possíveis ações para a promoção da saúde nas empresas, a depender das características demográficas, socioeconômicas e de estado de saúde dos trabalhadores e de seus desejos e expectativas. Deve-se considerar também, para a definição da intervenção a ser implementada, os interesses da empresa, os resultados esperados e seus recursos disponíveis. Esperamos que esse trabalho estimule profissionais da área de recursos humanos a investir na saúde de seus colaboradores, construindo um ambiente de trabalho mais saudável e, conseqüentemente, mais produtivo.

O reconhecimento do perfil dos trabalhadores em relação aos FRDCV torna-se importante, para que sejam traçadas medidas promotoras de saúde, a fim de reduzir a de morbimortalidade cardiovascular, que se encontra elevada nos países em desenvolvimento.

Estes achados justificam a necessidade de maior comprometimento da Equipe de Saúde Ocupacional do SESMT da instituição quanto ao planejamento de ações promotoras de saúde norteadas pela PNST com vista à prevenção e/ou controle do FRDCV entre os trabalhadores.

Referências

ANDRADE, R.M. *et al.*, A saúde do trabalhador no projeto qualidade de vida: dois anos aprendendo com a intervenção. **Rev. Ciênc. Ext.** v. 3, Suplemento – 4º Congresso de Extensão Universitária, p.19, 2007.

AZEVEDO, A.L.S *et al.*, Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde Chronic diseases and quality of life in primary health care Enfermedades crónicas y calidad de vida en la. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013.

BAREL, M. *et al.*, Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 24, n. 2, p. 293-303, 2010.

BORGES, D.G.S. *et al.* . Copa do mundo de futebol como desencadeador de eventos cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 6, June, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS 2009. Disponível em: www.datasus.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. (<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares>) Acesso em: 20 mar. 2014. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL**, Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2012.

CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa hiperdia no município de Teresina (PI). **Cienc. Saúde. Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CHIAVENATTO, C.V; ALGRANTI, E.; Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

DEMONER, M.S.; DE PAULA RAMOS, E.R.; PEREIRA, E.R.; Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta. Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.

Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular; **Arq. Bras Cardiol.** 2013; 101(6Supl.2): 1-63.

ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 31, n. 7, p. 1281-1357, jul. 2013.

Fuchs SC. Fatores de risco para hipertensão arterial. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 27-34.

GEMELLI, K.K; HILLESHEIN, E,F; LAUTERT, L.; Efeitos do trabalho em turnos na saúde do trabalhador: revisão sistemática. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 29, n. (dez. 2008), p. 639-646, 2008.

LACAZ, F.A. C; FILHO, J.M.J; VILELA, R.A.G.; Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **RBSO**, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

LOPES, G.F *et al.* Fatores de Risco Associados à Morte por Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital do Sul de Minas Gerais/Risk Factors Associated With Death due to Acute Myocardial Infarction in the Intensive Care Unit of a Hospital in Sout. **Revista Ciência em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 35-47, 2012.

LOTUFO, P.A.; O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Revista de Medicina**, v. 87, n. 4, p. 232-237, 2013.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D.; Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011; Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

NASCIMENTO, J.S.; GOMES, B.; SARDINHA, A.H.L.; Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 12, n. 4, 2012.

SANTOS, H.C.M. *et al.*, Síndrome Metabólica e outros fatores de risco para doença cardiovasculares em população de obesos. **Rev. Bras. Cardiol.(Impr.)**, v. 26, n. 6, p. 442-449, 2013.

SILVA, T.L **Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador.** / Thais Lacerda e Silva. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro: s.n., 2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens** 2010; v. 17, n, 1, p. 1-64.

WILLIAMS, B.; The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 65-73, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013). A global brief on hypertension: Silent Killer, global public health crisis. Recuperad, 19 de abril, 2013, de http://www.who.int/cardiocascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva (Switzerland); 2003WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics , 2012. Geneva, Switzerland.

A FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL VIA WEB RÁDIO

Raimundo Augusto Martins Torres
Ana Célia Caetano de Souza
Thereza Maria Magalhães Moreira
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Ana Célia Tomaz Marques
Maria Betânia Nobre Peixoto,
Italo Lennon Sales de Almeida
Fábio Gomes Madeira

A formação de enfermagem no Brasil tem passado por várias etapas de desenvolvimento ao longo dos anos. Desde a sua implantação no país no ano de 1923 com a criação da escola de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, passando pela uniformização do ensino de enfermagem com a criação da Lei nº 775/49 e com a reforma universitária em 1970, culminando com a promulgação da nova constituição brasileira em 1988, e das leis orgânicas de 1990 têm ocorrido mudanças significativas na formação do enfermeiro (SOUZA *et al.*, 2006).

Os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) da enfermagem baseado nas novas diretrizes curriculares em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) tem implicado mudanças no processo de formação com o intuito de estabelecer um novo paradigma de cuidado centrado no modelo holístico e humanizado, em

contraposição ao modelo biomédico caracterizado pelo estudo da doença, priorizando dessa forma as relações entre os sujeitos (enfermeiro-paciente), a fim de proporcionar um cuidado integral ao ser humano (SOUZA *et al.*, 2006).

Nesse contexto, há necessidade de mudanças no processo ensino-aprendizagem por meio da incorporação de estratégias pedagógicas inovadoras, vislumbrando novos paradigmas não somente nas formas de cuidar, mas de propiciar reflexões importantes na população para viabilizar seu autocuidado. Maneiras diferentes de cuidar requerem compreensões diferenciadas do sujeito do cuidado que entende o processo saúde-doença dentro do próprio contexto de vida, utilizando de formas de cuidado e autocuidado específicas e que necessitam ser compartilhadas pela comunidade e os profissionais de saúde com o objetivo de possibilitar um consenso na prevenção e controle dos agravos, em especial dos agravos crônicos.

Dessa maneira, ressalta-se o uso de tecnologias como estratégia pedagógica no ensino de enfermagem, a fim de melhor preparar o enfermeiro para tomada de decisão e organização do processo de trabalho por meio do desenvolvimento da criatividade e da capacidade de articular teoria e prática no cotidiano profissional.

As Novas Tecnologias da Informação e Comunicação (NTICs) oferecem mudanças significativas no ambiente educativo, promovendo assim, recursos para iniciativas inovadoras de desenvolvimento e investigação, buscando superar modelos tradicionais por meio da mudança do foco do processo de instrução para o processo de aprendizagem, colocando o sujeito da aprendizagem no centro do processo educativo (STRUCHINER; GIANELLA, 2006).

Assim, a utilização da tecnologia no formato digital na área da educação em saúde é relevante, pois proporciona práticas pedagógicas inovadoras capazes de propiciar maior participação e envolvimento dos sujeitos (alunos, professores e comunidade) no processo educativo, permitindo participação dinâmica e interativa dos alunos no processo ensino-aprendizagem, possibilitando maior atração entre estes, pois o recurso da internet facilita e torna mais agradável os trabalhos acadêmicos, sua aquisição de conhecimento e seus momentos de lazer (TORRES *et al.*, 2012).

Portanto, a utilização desses meios digitais proporciona maior capacidade para intervir em questões de saúde e divulgar informações sobre doenças que têm elevada prevalência na população.

Conforme o exposto, demonstrou-se como os estudantes de graduação em enfermagem se apropriam de uma tecnologia digital na internet (a web rádio) como ambiente virtual de promoção de práticas de cuidado de enfermagem com foco na hipertensão arterial.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa utilizando a pesquisa-intervenção. Essa pesquisa é um tipo de investigação-ação que busca por meio de ações aprimorar a prática enquanto se estuda/analisa a pesquisa partindo de uma intenção de mudança ou inovação (TRIPP, 2005).

Segundo Moreira (2008) a pesquisa-intervenção é norteada por dois princípios fundamentais - considerar as realidades sociais e cotidianas, e possuir compromisso ético e político da produção de práticas inovadoras. A autora enfatiza ainda algumas características a serem consideradas

na pesquisa-intervenção: 1^a) Deve acontecer dentro do contexto pesquisado; 2^a) É desencadeada pela demanda, contribuindo na solução de problemas; 3^a) O pesquisador atua como mediador que articula, organiza encontros, sistematiza as vozes e os saberes produzidos pelos sujeitos envolvidos na pesquisa, agindo num processo de escuta ativa; 4^a) Há interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa e 5^a) As experiências cotidianas e práticas do coletivo, sistematizadas, permitem descobertas e elaborações teórico-metodológicas.

A web-rádio encaixa-se nessa categoria de pesquisa, pois é considerada uma tecnologia da informação e comunicação (TIC) que vem desenvolvendo atividades de ensino para a saúde na grande área da saúde coletiva, contribuindo para o avanço dos métodos de promoção da saúde e complementado a formação em enfermagem no sentido da educação em saúde.

A pesquisa foi realizada a partir das entrevistas desenvolvidas no Programa em Sintonia com a Saúde veiculado através da Web rádio AJIR, emissora on-line da Associação de Jovens de Irajá, vinculada ao laboratório de Práticas Coletivas em Saúde-LAPRACS da Universidade Estadual do Ceará (UECE). As entrevistas foram produzidas no estúdio da web rádio na universidade e acompanhadas em tempo real por estudantes das escolas públicas de vários municípios do Ceará.

O processo de planejamento, seleção e transmissão do conteúdo instrucional, bem como as tecnologias utilizadas, são planejados e operados pelos alunos do curso de graduação em enfermagem e pelo professor da disciplina de Saúde Cole-

tiva. Esta experiência formativa é relevante na medida em que possibilita um diálogo entre os alunos de enfermagem na universidade com os alunos do ensino fundamental e médio do Estado, tendo como instrumento de mediação um ambiente virtual de aprendizagem na internet, ou seja, a web rádio.

A coleta de dados foi realizada a partir dos conteúdos das entrevistas das séries de programas sobre Hipertensão Arterial realizadas nos anos de 2010, 2011 e 2012, respectivamente. Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, em seguida foi realizada o refinamento das mesmas e depois construídas as categorias temáticas. Estas representam uma síntese dos diálogos problematizados nos programas realizados pelos estudantes de enfermagem com os estudantes das escolas públicas.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética da UECE, com o número FR: 424380.

Resultados e discussão

Os resultados referem-se às demandas e questionamentos dos Jovens sobre hipertensão arterial e as respostas fornecidas pelos especialistas sobre a temática.

As demandas extraídas do material empírico resultaram na criação de três categorias. As categorias foram: 1) Conceitos sobre hipertensão arterial, 2) Riscos e vulnerabilidades e 3) Ações de prevenção.

Na categoria 1 enfocaram-se os conceitos básicos sobre o adoecimento, sua etiologia e os possíveis sinais e sintomas da manifestação da HAS. As principais demandas foram: O que é hipertensão arterial e qual é o tratamento?

Há cura para a “pressão alta”? Como a gente pode ficar com hipertensão arterial? Como é a vida de uma pessoa com hipertensão? A morte é uma consequência para quem tem hipertensão? Quais os sinais e sintomas da hipertensão arterial? Quais as causas dessa doença?

Com relação às respostas, os especialistas enfatizaram os dois tipos de tratamento da hipertensão: o medicamentoso e o não medicamentoso. O medicamentoso é realizado com alguns fármacos e depende do estágio da hipertensão, estágio 1, 2 e 3. Enfatizam o tratamento não medicamentoso que consideram o mais importante, como por exemplo, mudanças no estilo de vida que deve ser incorporado no dia a dia por meio de ações como atividade física e controle da alimentação. Os especialistas reforçaram que a hipertensão é uma doença hereditária e que a possibilidade de desenvolver o agravo é maior naqueles que tem parentes com hipertensão. Lembram que a hipertensão deve ser tratada, a fim de evitar outras doenças que poderão levar a morte. Enfocaram ainda que a hipertensão é multifatorial e falaram sobre o papel da genética e da etnia no seu desenvolvimento. As entrevistadas ressaltaram que a hipertensão é uma doença assintomática, onde apenas 1% das pessoas que tem o agravo desenvolvem sintomatologia, sendo os principais sintomas a dor cervical, cefaléia, náuseas e vômitos, precordialgia e dispnéia e que estes sinais e sintomas estão associados a sua principal complicação que é a crise hipertensiva.

A categoria 2 apontou para os riscos e vulnerabilidades que estão relacionados a HAS, desta surgiram as seguintes demandas: O que pode acontecer com o paciente que não trata a pressão alta, a hipertensão? A atividade física exagerada pode aumentar a pressão?

Nessa categoria, os especialistas mencionaram sobre os principais fatores de risco e a falta de tratamento que levam ao maior adoecimento e piora da doença. Dentre as enfermidades relacionadas à hipertensão destacaram o AVC, o infarto e os problemas cardíacos que podem levar a invalidez. Com relação às atividades físicas, foi enfatizado que pode ser realizada, porém nas atividades de alto impacto e que exigem maior esforço físico podem acarretar aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial.

Na categoria 3, as ações de prevenção foram destacadas, alcançando o objetivo final da discussão da temática e reforçando ações e mudanças que podem ser realizadas pelo próprio indivíduo. As perguntas demandadas pelos alunos foram: Como se prevenir? Como podemos melhorar nossa pressão? Que alimentos auxiliam no controle da pressão arterial? O que você diria mais assim em termos de educação dentro da família?

Dentre as respostas dos especialistas, destacam-se a prevenção da hipertensão por meio de atividades físicas por 30 minutos diários. Enfatizam a prática de esportes como vôlei, futebol e outras modalidades como caminhada e corrida. Os entrevistados relataram sobre o papel da atividade física no controle do estresse. A ioga e outras atividades que promovem o relaxamento ajudam a diminuir a pressão arterial, porém devem ser associadas com outras atividades que podem contribuir na diminuição do peso corporal. Sobre os alimentos que auxiliam no controle da hipertensão, afirmam ser necessário o controle do uso do sal de cozinha e mudança radical na maneira de alimentar-se e a ingestão de alimentos mais saudáveis.

A prevalência da HAS na população e o aumento das internações por complicações da HAS vêm destacando a importância da discussão da temática em territórios diversos e com diferentes sujeitos que devem ser orientados para pensar, repensar e refletir suas crenças, valores, saberes e hábitos na dimensão que envolve sua saúde. No Brasil, pelo inquérito telefônico, o Ministério da Saúde identificou 24,3% da população com hipertensão em 2012, apresentando aumento em relação a 2006, quando o percentual era de 22,5% da população (BRASIL, 2013a).

É importante destacar que mesmo diante de alta prevalência, a hipertensão arterial ainda é desconhecida por parte da população e gera dúvidas quanto aos aspectos mais elementares. O estudo de Machado, Pires e Lobão (2012) realizado com hipertensos encontrou na população dúvidas quanto ao que são os fatores de riscos e as co-morbidades da doença, mesmo sendo os entrevistados hipertensos. Quando discutimos o conhecimento no ambiente escolar o conceito de HAS e outros conceitos associados para o entendimento da doença podem gerar dúvidas ou ser completamente desconhecidos pelos escolares.

Foi questionado pelos alunos se há cura para a HAS, tal questionamento evidencia a importância de esclarecer sobre o que são adoecimentos crônicos e a sua possibilidade de tratamento mesmo que não leve a cura total, mas garantindo a continuidade da vida. A morte foi questionada como sendo um possível desfecho da HAS, deve haver discussão sobre os maus prognósticos que a doença pode ter quando não tratada ou não seguindo corretamente a terapêutica, sendo a morte o resultado das possíveis complica-

ções que são Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013).

A falta de conhecimento e a assintomaticidade da doença são fatores que dificultam o diagnóstico precoce, não favorecendo o combate aos fatores de risco e o acompanhamento pressórico que podem ser usados como forma de prevenção (SBC, 2010).

Dessa forma, percebe-se a necessidade de troca de conhecimentos entre os estudantes das escolas, estudantes de enfermagem e especialistas que facilitam a discussão das diversas temáticas trabalhadas no espaço virtual da web rádio, no caso específico das doenças crônicas como a hipertensão, sendo essencial utilizar de linguagem acessível e simples.

Os riscos e vulnerabilidades também surgiram em meio às demandas de conhecimento. Questionou-se sobre o caráter hereditário da doença, sendo uma realidade que a HAS tem vários fatores genéticos para a sua gênese (SBC, 2010), portanto deve-se orientar quanto aos cuidados que as pessoas com pais e avôs hipertensos devem tomar, sendo importante deixar claro que este não é fator determinante e que o estilo de vida adotado pelas pessoas influencia no surgimento da doença.

A realização de atividade física (AF) em excesso foi questionada quanto ao seu efeito sob a pressão arterial. Com grau de recomendação I e nível de evidência A para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a prática de AF deve ser recomendada, deve-se indicar a procura de profissional de educação física e realizar consulta médica para avaliar as condições de saúde antes do início da prática de AF.

Estudos realizados por meio de ensaio clínico controlado estão relacionados a redução tanto da pressão arterial sistólica (PAS) quanto da pressão arterial diastólica (PAD), há ao final destes estudos recomendação da prática de AF para a prevenção e tratamento da HAS (FAGARD; CORNELISSEN, 2007; FLETCHER *et al.*, 2001).

Na última categoria o diálogo sobre a prevenção foi o mote, questões sobre as formas de evitar o aumento da PA, alimentos que reduzem a PA e como podemos realizar as orientações sobre HAS na família surgiram, tais questionamentos inserem assuntos importantes como o encorajamento do consumo de frutas e verduras, o desencorajamento do consumo excessivo do sal de cozinha e outros alimentos ricos em sódio, evitar o consumo de bebidas alcóolicas, não fumar e praticar AF.

Outro aspecto imprescindível é o de que cada um pode e deve ser um multiplicador de conhecimentos, ao receber informações sobre saúde e ter a oportunidade de discutir, debater e refletir sobre a HAS por meio da Web rádio. Portanto, o jovem deve se tornar um disseminador de saberes para a comunidade em que vive e mais intimamente para o contexto familiar.

A Web rádio como NTICs vem demonstrando grande potencial como veículo para a propagação das informações de saúde que são importantes para a efetividade da promoção da saúde no contexto da saúde pública (ou coletiva). O processo de orientação torna-se mais atrativa aos escolares, pois ocorre em ambiente virtual, sendo esta geração familiarizada e tendo forte intimidade com a operacionalização dos equipamentos.

Conclusão

A educação em saúde como prática do cuidado deve ser discutida e debatida nos cursos de graduação em enfermagem e fazer parte do cotidiano do aluno, a fim de que possa refletir e elaborar práticas de cuidados a partir da troca de conhecimento com a comunidade, respeitando o saber popular na construção de práticas de saúde com o intuito de promover à atenção integral à saúde.

A discussão da temática hipertensão arterial, principais dúvidas e questionamentos dos alunos das escolas públicas despertou o interesse dos discentes do curso de graduação em enfermagem sobre como a população entende o processo saúde-adoecimento, como constrói as práticas de saúde a partir da realidade e revela ainda as principais facilidades e dificuldades enfrentadas na resolução dos problemas de saúde.

A formulação de perguntas pelos estudantes e de respostas fornecidas pelos especialistas sobre a hipertensão por meio do canal virtual da web rádio propiciou a aquisição de informações e a troca de conhecimentos entre os sujeitos envolvidos no processo educativo.

Nesse contexto, a Web rádio é uma ferramenta tecnológica que tem proporcionado ambiente virtual de aprendizagem, possibilitando a troca de conhecimentos e aquisição de informações sobre diversas temáticas da saúde e áreas afins em espaços utilizados pelos jovens.

Portanto, a educação em saúde como prática do cuidado deve ser discutida e debatida nos cursos de graduação em enfermagem e deve fazer parte do cotidiano do discente, a fim de que possa refletir e elaborar práticas de cuidado a

partir da troca de conhecimento com a comunidade, respeitando o saber popular na construção de práticas de saúde com o intuito de promover maior qualidade de vida para a população.

Conclui-se que é fundamental para o discente o encontro verdadeiro com a comunidade, sendo a educação em saúde e o uso da tecnologia digital, em particular a Web rádio, estratégias eficientes para promover reflexões importantes na prevenção de agravos crônicos, em especial a hipertensão, de forma que construam práticas de saúde efetivas na prevenção e controle desse agravo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, **VIGITEL 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. Rio de Janeiro. v. 95, n. 1. supl. 1, pag.1-51. 2010.

FAGARD, R. H.; CORNELISSEN, V. A. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil**. v. 14, n. 1, p. 12–17. 2007.

FLETCHER, G. F. *et al.*, Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. **Circulation**. v. 104, n. 14, p. 1694–1740. 2001.

MACHADO, M. C; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, Maio. 2012.

SOUZA, A. C. C. *et al.*, Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev Bras Enferm**. nov./dez; v. 59, n. 6, p. 805-807. 2006.

STRUCHINER, M.; GIANELLA, T. R. Novas tecnologias de informação e comunicação na formação de recursos humanos. **Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

TORRES, R. A. M. *et al.*, Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a utilização de uma webrádio como estratégia pedagógica. **J. Health Inform**. (Número especial SIIENF 2012), v. 4, p. 152-156, dez. 2012.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS TECNOLOGIAS DIGITAIS COMO SUBSÍDIO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM DIABETES MELLITUS

Ana Célia Caetano de Souza
Raimundo Augusto Martins Torres
Thereza Maria Magalhães Moreira
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Vagner Rodrigues Silva Junior
Janaine Gomes de Holanda Oliveira
Raquel Rodrigues da Costa

Nos últimos anos, a formação do enfermeiro é um tema bastante discutido nas escolas de enfermagem, pois apesar das concepções trazidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem não houve mudanças significativas que possibilitem a formação de um sujeito crítico, reflexivo e humanista.

Isto é necessário para se pensar em um processo formativo que as práticas de cuidado estejam galgadas nos reais problemas da população, respeitando o saber popular na resolução destes problemas (VIEIRA *et al.*, 2011).

Ao longo dos anos o currículo do curso de Graduação em Enfermagem, passou por diversas mudanças, a fim de incorporar disciplinas que possibilitassem a formação de enfermeiros críticos e reflexivos, preparados para atuar em diferentes situações, usando alguns recursos que facilitem a interação entre o ser que cuida e o ser cuidado.

Ito et. al (2006) afirmam em seus estudos sobre questões do ensino de enfermagem no país que várias fases de desenvolvimento veem sendo construídas ao longo dos anos para engrandecimento da profissão, tendo como reflexo a mudança do contexto histórico da enfermagem dentro da sociedade brasileira, pois o perfil destes apresenta significativas mudanças em decorrência das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil e no mundo.

Fuszard (1989) reforça que as mudanças em nossa sociedade e nas políticas de saúde são fatores determinantes para a construção do ensino de enfermagem e formação de profissionais engajados com na realidade. “O novo currículo prevê a formação do enfermeiro em quatro áreas: assistência, gerência, ensino e pesquisa” (ITO et. al, 2006, p.571).

Lima (1994) acrescenta ainda que o novo currículo tem como pressuposto a educação como possibilidade de transformação, centrada no desenvolvimento da consciência crítica, levando o enfermeiro à reflexão sobre a prática profissional e ao compromisso com a sociedade.

A relevância da promoção de reflexões importantes sobre a formação e os rumos da enfermagem brasileira, principalmente no que tange a inserção de inovação no processo de ensino-aprendizagem, como a utilização das novas tecnologias da informação e da comunicação (NITCS).

Entre as NITCS, destacam-se as tecnologias digitais como a Web rádio, que tem se configurado como ferramenta pedagógica para produção e disseminação do conhecimento científico bem como divulgação das práticas de enfermagem (TORRES, 2012).

A atenção em saúde deve ser totalizadora, humanizada e integral com práticas voltadas para o coletivo e a individualidade de cada pessoa, além de ações pautadas em princípios éticos e humanitários fundamentadas em implicações científicas e auxiliadas por recursos tecnológicos.

Daí vê-se a importância de uma formação voltada principalmente para a educação em saúde, pois Fernandes (2004) explica que no contexto da enfermagem, praticar educação em saúde é proporcionar ao indivíduo condições para que ele próprio busque, exponha, questione, viva, experimente, crie, contribua, resgate, conquiste seu lugar na sociedade, alcance seus objetivos e ideais e transforme seus sonhos em realidade; é reconhecer o homem como sujeito responsável por sua realidade.

Esta possibilita o desenvolvimento de ações transformadoras para mudança de pensamentos e atitudes frente às doenças crônicas, com destaque para o diabetes mellitus, pois esse agravo tem elevada prevalência na população brasileira, sendo necessário que os profissionais da área da saúde estejam preparados para trabalhar com esse tipo de enfermidade por meio de práticas educativas (SILVA et. al, 2009).

Segundo Dias e Campos (2012), estima-se para o Brasil que a prevalência da doença esteja em torno de 8% na população de 30 a 69 anos, sendo que metade dos acometidos desconhece tal condição.

A troca de informações e saberes entre o profissional e a comunidade favorece o entendimento sobre a promoção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida de muitos pacientes. Essa comunicação pode ser facilitada por meio das tecnologias digitais: rádio, web rádio, blogs, programas de televisão, redes sociais, dentre outros (TORRES, 2012).

Portanto, o uso das tecnologias para a formação do enfermeiro pode garantir maior envolvimento dos alunos na aquisição de novos conhecimentos e troca de saberes com a comunidade para promover maior nível de saúde populacional.

Foi objetivo do estudo identificar como a tecnologia digital da Web rádio influencia na formação do enfermeiro para educação em saúde, analisando as demandas de conhecimento dos alunos das escolas pública sobre diabetes mellitus.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Utilizou-se a pesquisa intervenção realizada a partir das entrevistas realizadas no Programa em Sintonia com a Saúde veiculado através da Web rádio AJIR, emissora *on-line* da Associação de Jovens de Irajá, vinculada ao laboratório de Práticas Coletivas em Saúde-LAPRACS da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

A pesquisa intervenção, segundo Ulbrich et al., (2012), propõe interferência na realidade estudada a fim de modificá-la, ou seja, não se restringe a explicações e propostas de resolução dos problemas, mas de resolvê-los de modo participativo.

Nesse contexto, a webrádio integra esse tipo de pesquisa como uma tecnologia da informação e comunicação (TIC), colaborando para diversificar as metodologias de promoção da saúde e, ao mesmo tempo, incrementando a formação em enfermagem no campo da educação em saúde, na medida em que produz e dissemina o conhecimento científico por meio da divulgação de informações de saúde na área da saúde coletiva.

As TIC, de acordo com Almeida (2003), permitem integrar múltiplas mídias, linguagens e recursos, apresentar informações de maneira organizada, desenvolver interações entre pessoas e objetos de conhecimento e elaborar e socializar produções, tendo em vista atingir determinados objetivos.

Torres (2012) afirma que o uso das TIC, como proposta educativa, é uma possibilidade a mais para gerar atração, sobretudo para os jovens que utilizam, com grande frequência, a Internet com o intuito de facilitar e tornar mais agradáveis seus trabalhos acadêmicos, sua aquisição de conhecimento e seus momentos de lazer além de poder reproduzi-los.

As entrevistas foram produzidas no estúdio da web rádio na universidade e acompanhadas em tempo real por estudantes das escolas públicas de vários municípios do Ceará.

O processo de planejamento, seleção e transmissão do conteúdo instrucional, bem como as tecnologias utilizadas, são planejados e operados pelos alunos do curso de graduação em enfermagem e pelo professor da disciplina de Saúde Coletiva da referida universidade.

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2013 a partir dos conteúdos das entrevistas de uma série de programas cujo tema era o diabetes mellitus.

A interação ocorreu entre os especialistas que se encontravam na sala estúdio da web rádio na universidade com os jovens que se encontravam nos laboratórios de informática das suas escolas, promovendo a captação das demandas dos jovens relacionadas ao diabetes.

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, em seguida foi realizada o refinamento das mesmas e depois construídas as categorias temáticas.

Os dados foram organizados em um quadro contendo as demandas dos jovens em relação à temática e as categorias extraídas do conteúdo empírico.

Estas representam uma síntese dos diálogos problematizados nos programas realizados pelos estudantes de enfermagem com os estudantes das escolas e as entrevistadas, a partir do uso de ferramentas interativas no site da web rádio para promover o debate, quais sejam MSN (Messenger), Skype, Twitter, mural de recados do site, entre outras.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética da UECE, com o número FR: 424380.

Resultados e discussão

Após transcrição e refinamento das entrevistas, os resultados mostram quatro categorias temáticas, a saber: 1) Conceitos sobre o Diabetes, 2) Diabetes e Fatores de Risco, 3) Sintomas do Diabetes e Redes de Assistência à Saúde e 4) Tratamento do Diabetes e Ações Educativas.

A categoria 1 enfoca que o diabetes é uma alteração no organismo provocada pela fabricação em excesso de glicose ou a má absorção da insulina pelas células, sendo o tipo 2 o mais comum, e o tipo 1, o diabetes que aparece na criança e no adolescente.

As perguntas demandadas pelos alunos foram: o que é hipoglicemia? O que é diabetes? O que é insulina? Quais

os sintomas dessa doença e porque são considerados graves? Quais são os tipos de Diabetes? O que é diabetes tipo 1? Qual é exame para se descobrir se tem Diabetes? O que é essa glicemia que tanto se fala quando se debate o tema Diabetes? A doença pode ser hereditária?

A categoria 2 aborda o diabetes e os fatores de risco onde as entrevistadas relatam que alimentação inadequada durante um longo tempo pode causar doenças, porém enfocam que nas crianças o diabetes acontece mais por destruição das células.

As especialistas na temática abordam ainda que o maior risco para enfermidade é o aumento do peso, ou seja, que pessoas acima do peso ou que já são consideradas obesas, são mais vulneráveis para o desenvolvimento do diabetes tipo 2.

Para as entrevistadas, essa vulnerabilidade aumenta também com a idade e o sedentarismo, sendo também a história familiar da doença, fator de risco importante para o seu desenvolvimento.

Na segunda categoria, aparecem as seguintes perguntas: Quais são as pessoas que apresentam maior risco de terem diabetes? Quais as complicações possíveis dessa doença? Quais os fatores de risco? O uso constante de bebida alcoólica é um fator de risco?

A categoria 3 enfoca os principais sintomas do diabetes, relatados pelas especialistas como poliúria, polidipsia, perda de peso, fadiga, dentre outros. Abordam ainda que nas crianças por serem mais sensíveis e não relatar os sintomas, a doença geralmente é mais grave, resultando em cetoacidose ou coma.

Nesta categoria a rede de assistência em saúde para as pessoas com a doença, para aquelas que possuem maior risco de desenvolvê-la e para seus familiares tiveram como principais demandas de conhecimento sobre o diabetes: Quem é que eu posso procurar quando eu tenho suspeita de diabetes ou na família ou em mim mesmo? e Quais os tratamentos disponíveis na rede pública para o diabetes?

Na última categoria, as entrevistadas falam sobre o tratamento da doença, mencionando que esse deve ser feito de acordo com o tipo de diabetes, sendo nas crianças e adolescentes o tratamento realizado com a insulina.

Para elas, nos adultos, o tratamento é feito com medicamentos e dependendo da escassez da insulina e da falta de resposta com o uso da medicação é feita a associação com insulina exógena.

Uma ação importante é a restrição de alimentos, principalmente alimentos que contenham açúcar como: refrigerantes, sorvetes, docinhos, bolos, embora reforcem que a dieta do diabético é similar à dieta que qualquer indivíduo deva comer, portanto devendo ser rica em fibras, grãos, frutas e legumes.

As demandas dos alunos estiveram relacionadas às ações educativas realizadas para o público em geral, principalmente para os jovens, destacando-se entre outras perguntas: Qual a importância desse tema na formação dos jovens e onde eles podem conseguir mais informações? Qual é o papel das escolas e como ela pode contribuir para prevenção? Qual o papel do enfermeiro, como ele se engaja nesse trabalho de prevenção não só do diabetes, mas de todas essas patologias que trazem os agravos à saúde

Podemos perceber que hoje a população se preocupa com o diabetes, mas existem muitos questionamentos com relação à doença que podem ser visualizados nas categorias dos discursos analisados.

Embora seja o Diabetes Mellitus de diagnóstico fácil e relativamente barato ainda encontram-se na população brasileira milhares de indivíduos que desconhecem sua condição como portador de diabetes. Isso explica o fato de que nas entrevistas uma das dúvidas frequentes foram em relação ao conceito de diabetes, sua classificação e seu diagnóstico (COSENTINO *et al*, 2010).

Conceitos básicos sobre o que é o diabetes, quais diferenças entre os tipos 1 e 2, sinais e sintomas da doença, são questionados pelos estudantes e mostram que há ainda desconhecimento da doença entre os jovens.

Questionamentos sobre os tipos de diabetes foram bastante evidenciados nos discursos dos estudantes, pois diferenciar os tipos 1 e 2 foram alvos de dúvidas entre os participantes.

Outro questionamento que ganhou destaque foi em relação aos sinais e sintomas do diabetes. Por ser uma doença muitas vezes de início silenciosa as pessoas não se preocupam com os sinais leves da doença e quando procuram o serviço de saúde, já estão em grau avançado do diabetes.

O desconhecimento das características do diabetes é evidente nas perguntas dos jovens e mostra a importância da educação em saúde nas escolas, no tocante à questão da prevenção de agravos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de

diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga.

No DM tipo 2, o início é insidioso e muitas vezes a pessoa não apresenta sintomas. Não infreqüentemente, a suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Na segunda categoria, torna-se clara a preocupação dos jovens em evitar a doença ao questionar sobre os riscos que levam a desenvolvê-la. A probabilidade de apresentar diabetes depende da presença de excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco: História de pai ou mãe com diabetes; Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); Obesidade severa, *acanthosis nigricans*; Síndrome de ovários policísticos; História de doença cardiovascular; Inatividade física ou Idade ≥ 45 anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Como o diabetes tipo 2 está bastante relacionado com o estilo de vida do indivíduo é importante que os jovens desde a escola sejam orientados quanto à adoção de hábitos saudáveis reduzindo assim os riscos para o diabetes.

Segundo Sartorelli *et al.*, (2006), os resultados de ensaios clínicos aleatorizados conduzidos em indivíduos portadores de fatores de risco fornecem evidências sobre a eficácia da intervenção no estilo de vida – com ênfase na alimentação saudável e prática de atividades físicas – na redução do risco para o diabetes mellitus tipo 2, sendo tais medidas significativamente mais eficazes que a intervenção medicamentosa.

A influência da carga genética no desenvolvimento da doença é indiscutível. Todavia, a prevenção ou retardo do desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 entre indivíduos portadores de fatores de risco possui um impacto relevante na qualidade de vida da população, com redução de custos em saúde pública com complicações decorrentes da evolução da doença (SARTORELLI *et al.*, 2006).

Embora algumas perguntas dos estudantes reflitam desconhecimento do diabetes, outras mostram que eles conhecem o grau de complexidade da doença, através de questionamentos sobre quais as possíveis complicações.

As complicações crônicas/doenças intercorrentes do diabetes são: Proteinúria; Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano); Retinopatia diabética; Catarata; Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica) e Infecções de repetição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Portanto é importante que haja espaços de compartilhamento de saberes para que os jovens saibam identificar os fatores de risco da doença, para prevenir o desenvolvimento da mesma, e se houver risco posteriormente procurem os

serviços de saúde para realizar acompanhamento, prevenindo agravos da doença.

É de competência do enfermeiro, realizar consulta de enfermagem para pessoas com maior risco para desenvolver DM tipo 2, abordando fatores de risco, estratificação do risco cardiovascular e orientação sobre Mudanças no Estilo de Vida (MEV).

A consulta de enfermagem tem o objetivo de conhecer a história pregressa do paciente, seu contexto social e econômico, grau de escolaridade, avaliar o potencial para o autocuidado e avaliar as condições de saúde.

É importante que o enfermeiro estimule e auxilie a pessoa a desenvolver seu plano de autocuidado em relação aos fatores de risco identificados durante o acompanhamento.

Nas consultas de enfermagem o processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Na terceira categoria, observa-se o interesse dos jovens em saber quem procurar quando se tem suspeita de diabetes ou na família ou nele mesmo e quais os tratamentos disponíveis na rede pública para o diabetes.

Sabe-se que a Atenção Básica, ao ser configurada como a porta de entrada para o sistema de saúde, desempenha papel fundamental na prevenção do Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações (MEIRELLES E GOMES, 2011).

Assim, os jovens ouvintes têm como amparo os diversos profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família (ESF), já que segundo Meirelles e Gomes (2011), o Programa de Saúde da Família (PSF), reconhecido tempos depois como ESF, é estruturado por Unidades de Saúde da Família (USF) que dispõem de equipes multiprofissionais.

Lourenção e Soler (2004), além de Costa e col. (2009), acrescentam que a ESF, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), insere a comunidade no contexto do programa, colocando os profissionais em contato direto com os domicílios, famílias e comunidade, possibilitando o vínculo de compromisso e de corresponsabilização entre os profissionais de saúde e a população no processo de produção de saúde, fazendo com esta última adquira o autocuidado.

Desta forma, além de ser possível ir até a Unidade Básica de Saúde para procurar assistência em caso de suspeita de diabetes, os estudantes contam também com a visita dos ACS os quais já podem orientá-los inicialmente como proceder diante da doença.

Na gestão da Atenção Básica, são preconizadas ações dirigidas a grupos específicos da população, dentre eles, a população diabética, a qual tem a responsabilidade de prevenção, diagnóstico precoce, monitoramento da adesão, disponibilização de medicamentos, educação para redução dos riscos de lesões e para promoção da saúde (BRASIL, 1999; ATHANIEL e SAITO, 2008).

Para o controle da glicemia contamos com diversas formas terapêuticas, que incluem atividades físicas regulares, alimentação balanceada e acompanhamento com equipe interdisciplinar de saúde. Quando necessário, essas ações são

associadas à terapêutica medicamentosa, dentre elas o uso regular de insulina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Porém somente essas ações não são suficientes para ajudar as pessoas com diabetes, pois de acordo com Matsuoto *et al.*, (2012), para proporcionar um cuidado integral às pessoas que vivem com diabetes mellitus é preciso atentar para os diversos aspectos do cuidado, incluindo a educação em saúde às pessoas e suas famílias.

A Organização Mundial da Saúde (2003) também reforça que a atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento pode melhorar a adesão aos tratamentos, reduzindo o ônus das condições crônicas e proporcionando melhor qualidade de vida às pessoas com DM.

As atividades de educação em saúde direcionada aos portadores de doenças crônicas, como o diabetes, precisam ser capazes de motivar as pessoas a compreender a doença e a assumir, de forma ativa, seu papel no tratamento, desde os aspectos mais pessoais de crenças e estado psicossocial até as implicações sociais do processo saúde-doença (PACE *et al.*, 2006).

Neste contexto, nota-se a importância da função da educação em saúde por meio da web rádio com o intuito de disseminar múltiplas informações sobre os sintomas, assistência à saúde e tratamentos para que os estudantes possam identificar os sintomas do diabetes, saber como agir diante da suspeita da doença e procurar a rede pública de saúde para se tratarem ajudando não só a eles mesmos como também as suas famílias e demais pessoas da sua convivência.

Assim, a web rádio pode ser vista como uma importante ferramenta de empoderamento dos jovens estudantes

que estimula a busca por informações, pois ao mesmo tempo que divulga conhecimentos acerca do diabetes, também permite a participação ativa desses ouvintes por meio de perguntas que requerem respostas cada vez mais específicas.

Na última categoria, os jovens estudantes questionam sobre a importância do tema diabetes na formação deles e onde eles podem conseguir mais informações. Tal inquietação demonstra o desejo dos alunos em buscar informações mais detalhadas sobre o diabetes e de saber como esse assunto pode ser significativo para suas vidas.

A relevância disso é que jovens informados podem tanto transformar seu estilo de vida para evitar o diabetes e, assim, outras doenças crônicas como adotando hábitos de vida saudáveis, podendo exercer seu papel social dentro da família e da comunidade, levando os conhecimentos adquiridos sobre o diabetes por meio das atividades de educação em saúde promovidas pela web rádio.

Dessa maneira, a web rádio consegue influenciar direta e indiretamente a vida e a saúde de mais pessoas por meio dos jovens informados sobre o assunto e propagadores do mesmo.

Outros questionamentos foram quanto ao papel das escolas e como ela pode contribuir para prevenção da enfermidade. É de senso comum que a escola tem um papel fundamental quando se trata de educação em saúde, pois se trata de um local que está diretamente ligado a formação do aluno e, assim, tem o poder de impactar a vida desses jovens desde cedo, estimulando o afastamento de hábitos de vida prejudiciais a saúde, a fim de que não desenvolvam o diabetes e demais doenças crônicas.

Com isso, a escola, através do Programa Saúde na Escola (PSE) e a Unidade de Saúde de sua região, pode motivar os alunos a acompanharem a programação da web rádio, visto que a escola se torna um espaço fértil para a promoção da saúde, pois Pelicioni e Pelicioni (2007) explicam que a Promoção da Saúde é viabilizada pela educação em saúde, processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social, e, principalmente, na busca da melhoria na qualidade de vida.

Nesta perspectiva, Freire (2011) ainda acrescenta que a prática educativa pautada no diálogo e na troca de saberes valoriza o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde, e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir na melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Após esta discussão, o interesse dos alunos foi despertado para o papel do enfermeiro. Como ele se engaja nesse trabalho de prevenção não só do diabetes, mas de todas essas patologias que trazem agravos à saúde.

Estas perguntas indicaram que os jovens estudantes sabem que existem outros tipos de doenças tão preocupantes quanto o diabetes que podem também trazer complicações para a saúde e, por isso, desejam ampliar seus conhecimentos para além do diabetes, surgindo, assim, a necessidade de conhecerem o papel do enfermeiro na prevenção do diabetes e das outras doenças crônicas.

Segundo Borba *et al.*, (2012), a educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas no âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças

crônicas e, nesse sentido, a prática educativa, como parte integrante do cuidado de enfermagem, objetiva à construção de um saber compartilhado sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Sousa *et al.*, (2010) corroboram com as informações anteriores ao reforçar que a educação em saúde está inserida no contexto da atuação da enfermagem, como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, devendo este, conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença, e perceber-se como sujeito de transformação de sua própria vida.

Dentro deste contexto, Budó *et al.*, (2009) afirmam que através da elaboração e do fortalecimento da cumplicidade, a educação assegura aos indivíduos, o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

Conclusão

A discussão da temática da educação em saúde com foco no diabetes mellitus com o uso da tecnologia digital permitiu ao estudante de enfermagem maior aproximação com a comunidade pelo conhecimento das necessidades, principais questionamentos e pelo entendimento do processo saúde-doença dentro do contexto dos usuários.

Portanto, a troca de conhecimentos entre os estudantes de enfermagem e os estudantes das escolas públicas através da tecnologia da web rádio promove essa aproximação e permite a formação de sujeitos mais críticos e reflexivos sobre o seu papel como cidadão e profissional nos diversos cenários da prática profissional.

As novas tecnologias da informação e da comunicação tem revolucionado o processo de ensino-aprendizagem, pois tem permitido ao discente o desenvolvimento de habilidades necessárias frente ao avanço tecnológico e científico.

A experiência formativa com o uso dessas novas tecnologias é relevante na medida em que possibilita um diálogo entre os alunos do curso de enfermagem na universidade e os alunos do ensino fundamental e médio do Estado, tendo como instrumento de mediação um ambiente virtual de aprendizagem na internet, ou seja, a web rádio.

Referências

ALMEIDA, M.E.B. Educação à distância na Internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. **Rev. Educ. Pesq.**, v. 29, n. 2, p. 327-340, 2003.

ATHANIEL, M. A. S.; SAITO, R. X. de S. Saúde do Adulto Doenças e Agravos não Transmissíveis: hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. de S. (orgs.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, p. 279-321, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Caderno de Atenção Básica, Brasília, n. 16, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 40p, 1999.

BUDÓ, M.L. *et al.*, Health education towards the chronic disease bearer: implications with the social network. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 8(Supl), p. 142-147, 2009.

COSENTINO, S.F. *et al.*, O grupo de educação em saúde como estratégia para a melhoria de qualidade de vida de diabéticos. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 4, n. 3, p. 1426-1431, jul.-set., 2010.

COSTA, G. D. e col. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan.-fev., 2009.

DIAS, J.C.R.; CAMPOS, J. A. D. B. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan., 2012.

GROSS, J.L. *et al.*, Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol. 46, nº 1, Fevereiro, 2002.

FERNANDES, C.N.S. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 691-693, jul.-ago., 2004.

LIMA, M.A.D.S. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 47, n. 3, p. 270-277, 1994.

LOURENÇÃO, L. G.; SOLER, Z. A. S. G. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 11, n. 3, p. 158-162, jul.-set., 2004.

MATSUMOTO, M.P. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 761-765, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Diabetes mellitus. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília; 2003.

PACE, A.M. et. al. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Rev. Latino Am. Enferm.** [Internet]. 2006 [citado 2010 out. 15];14(5):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo Saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

SARTORELLI, D.S. *et al.*, Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):7-18, jan, 2006.

SILVA, A.R.V. *et al.*, A educação em saúde a portadores de diabetes *mellitus* tipo 2: Revisão bibliográfica. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 146-151, jul.-set., 2009.

TORRES, R.A.M. Tecnologias digitais e educação de enfermagem: a utilização de um Web Rádio como estratégia pedagógica. **J.Health Inform**, dez 4(número especial) - SIIENF 2012 dez, p.152-156.

SOUSA, L. B. *et al.*, Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p.55-60, 2010.

ULBRICH, E.M. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, jun., 2012.

VIEIRA, A.N. A formação em enfermagem enquanto dispositivo indutor de mudanças na produção do cuidado em saúde. **Rev. Electr. Enf**, v. 13, n. 4, p. 758-763, out.-dez., 2011.

MEIRELLES, E.C.D.; GOMES, P.C. **Compreendendo, sob a ótica do portador de diabetes, usuário do SUS o significado da alimentação no controle de sua doença**. São Paulo, 201.



UNIDADE 2

Promoção da saúde cardiovascular na
atenção secundária e terciária

AUTOCAUIDADO DO USUÁRIO HIPERTENSO-DIABÉTICO COM FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Italo Rigoberto Cavalcante Andrade
Mirna Albuquerque Frota
Ana Paula Sousa da Silva
Leonarda Alves de Oliveira Alencar
Lílian de Fátima Sousa Lima

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *diabetes mellitus* (DM) são doenças crônico-degenerativas, e constituem um problema de saúde pública em decorrência da alta prevalência e por constituírem um fator de risco importante para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Estes eventos multiplicam-se com a sua coexistência dos dois agravos, aumentando o risco de morte.

A HAS é direta ou indiretamente, responsável pela maioria das complicações cardiovasculares, acarretando grande ônus à sociedade, seja por hospitalizações, invalidez ou mortes precoces. No Brasil, em 2005, ocorreram mais de um bilhão de internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,283 e, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares atingindo 37%, quando excluídos óbitos por causas mal definidas e por violência (DUARTE *et al*, 2010).

No Brasil, há cerca de cinco milhões de pessoas diagnosticadas com DM, e previsão de aumento dessa população para 11,3 milhões em 2030 (BEAGLEHOLE, 2004; MIYAR-OTERO, 2010). A DM vem crescendo mundialmente, sendo considerada como uma epidemia em grande parte, devido ao crescente envelhecimento da população mundial. Entretanto, o sedentarismo, a falta de uma alimentação equilibrada e o sobrepeso, também é considerado fatores importantes para a sua expansão no mundo. A alta morbimortalidade associada ao DM e à HAS demanda estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas (SCHMIDT, 2009).

A problemática da HAS e do DM se torna mais complexas mediante a falta de controle em virtude da não adesão ao tratamento. Fato que tem sido um grande desafio para a equipe de saúde. A adesão ao tratamento por meio da prática efetiva das atividades de autocuidado envolve, sobretudo, o engajamento da pessoa hipertensa e a participação da família, sem desconsiderar a coadjuvância de outros fatores - relação equipe de saúde-usuário, acesso ao sistema de saúde, experiência com estes agravos e com o tratamento, e características biológicas e sócio-culturais dos usuários.

Dentre as causas do abandono ao tratamento, observadas no acompanhamento às pessoas hipertensas, destacam-se: relacionamento inadequado entre equipe de saúde e usuário, busca de atendimento em outros serviços de saúde, assintomatologia da HAS, intervalo longo entre as consultas, dificuldade no agendamento de consultas, demora demasiada no atendimento, e rodízio na equipe de saúde. Em relação ao usuário, detectou-se a baixa escolaridade, e déficit de conhecimento inerente à HAS e ao DM, e ao tratamento. Possivelmente, estes fatores estejam contribuindo para o

déficit de autocuidado dos usuários hipertensos, repercutindo na falta de controle destes agravos, conseqüentemente na promoção da saúde desta clientela. Mediante estes fatos, optou-se pela análise da prática do autocuidado de usuários hipertensos e diabéticos com foco na promoção da saúde.

Para Orem (1995), autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano. Conseqüentemente o engajamento da pessoa no autocuidado possibilita a promoção da saúde e do bem-estar.

A promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002).

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva da Regional VI (SER VI), em Fortaleza – CE, com 50 (cinquenta) usuários diabéticos e hipertensos em

acompanhamento no CSF citado, maiores de 20 anos, independentemente de raça, sexo, condições sócioeconômicas e escolaridade, e que aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de janeiro a fevereiro de 2011, por meio da entrevista estruturada, cujo roteiro conteve os dados sociodemográficos, conhecimento sobre HAS e DM, e prática das atividades de autocuidado. Os dados foram organizados em quadros, e a análise fundamentou-se no referencial teórico de Orem (1995) e na literatura selecionada. Os dados qualitativos ilustraram a análise quantitativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o número 307/10. A participação voluntária dos usuários foi documentada pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-lhes o sigilo e o direito de desistir da pesquisa.

Resultados e discussão

Caracterização sócio-demográfica dos usuários

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos entrevistados constituiu-se de mulheres (86%), da faixa etária de 40 a 59 anos, de casado (76,0%), da cor parda (54,0%), da renda mensal de um a dois salários mínimos (46,0%), de nascidos em outros município do Estado do Ceará (58,0%), de procedentes de Fortaleza-CE (88,0%), de ocupantes de prendas do lar (58,0%), daqueles com ensino fundamental incompleto (54,0%) e coabitantes com cônjuge e filhos (30,0%). Estes achados demonstram a prevalência da DM e da HAS inerentes à faixa etária, e que as mulheres procuravam com mais frequência os serviços de saúde que os homens.

As mulheres são a maioria da população brasileira, 50,77%, e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde

(SUS). Elas frequentam os serviços de saúde como usuárias, mas também como acompanhantes de crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (ASSIS *et al.*, 2009, p. 266).

No estudo de Ferreira (2009), a prevalência da HAS foi maior entre mulheres, provavelmente por se tratar de frequência autorreferida, o que é compatível com a maior procura por parte das mulheres pelos serviços de saúde, resultando em maior proporção de diagnósticos neste sexo.

TABELA 1 - Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos segundo as características sóciodemográficas. Fortaleza-CE, 2011 (n = 50).

		Características sóciodemográficas					
		f	%		f	%	
Idade (anos)	Até 39	02	4,0	Naturalidade	Fortaleza-CE	21	42,0
	40-59	26	52,0		OM ³	29	48,0
	60 ou mais	22	44,0		Procedência	Fortaleza-CE	44
Sexo	Masculino	07	14,0	OM ³		06	12,0
	Feminino	43	86,0	Religião	Católica	35	70,0
Cor	Parida	27	54,0		Protestante	12	24,0
	Branca	14	28,0		Outras	03	6,0
	Negra	09	18,0	CM ⁴	Alugada	05	10,0
Renda mensal ¹	Inferior 1	14	28,0		Própria	41	82,0
	1 - 2	23	46,0		Outras	04	8,0
	3 ou mais	13	26,0	Estado civil	Casado	38	76,0
Escolaridade	Analfabetismo	05	10,0		Solteiro	03	6,0
	Alfabetismo	08	16,0		Viúvo	06	12,0
	Ensino fundamental	27	54,0	Outros	03	6,0	
	Ensino médio	10	20,0	Com quem mora	Filho	10	20,0
Ocupação	Ensino superior	12	3,0		Cônjuge	12	24,0
	Prendas do lar	29	38,0		Cônjuge e filho	15	30,0
	Outras ²	21	42,0	Outros ⁵	13	26,0	

¹Em salários mínimos vigentes (R\$ 545,00).

²Comerciário, Motorista, Doméstica, Costureira, Pedreiro, Agricultor, ³Outros municípios do Estado do Ceará. Estudante

³Condições de moradia-Instituição asilar, local de trabalho doméstico. ⁴Pais, Noras, Tios, Avós e Sobrinhos.

Fonte: Dados da pesquisa

A prevalência da HAS por regiões brasileiras varia de 17,4% (Região Norte) a 27,0% (Região Sul). Em Fortaleza-CE, esta prevalência é de 18,0% para homens e 21,7% para mulheres; na faixa etária de 45 a 54 anos e escolaridade de 0 a 8 anos, é de 40,3%; nesta mesma escolaridade e na idade de 55 a 64 anos (BRASIL, 2010).

As variáveis relacionadas à pessoa hipertensa, como idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde, são fatores que interferem na adesão ao tratamento (ASSIS *et al.*, 2009; NOBRE, PIERIN, MION, 2010).

Descrição do autocuidado com foco na promoção da saúde *Autocuidado universal (AU)*

O AU é comum a todos os seres humanos, durante as fases do ciclo vital e deve ser visto como fator interligado. Está associado aos processos de vida e à manutenção da estrutura e funcionamento humanos que são: manutenção de ingestão suficiente de ar, água, alimento, de um equilíbrio entre atividade e descanso, de um equilíbrio entre solidão e interação social; provisão de cuidados, associada a processos de eliminação e excreção; à prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento e bem-estar humanos; e promoção do funcionamento e desenvolvimentos humanos, em grupos sociais, de acordo com o potencial humano, limitações humanas e o desejo humano de ser normal (OREM, 1995).

Conforme a Tabela 2, trinta e sete (37; 74,0%) usuários informaram oxigenação adequada (Tabela 2), contudo os demais referiram alterações no padrão respiratório relacionadas às pneumopatias e à presença de poluentes (fungos, fumaças e odores forte) na área peridomiciliar.

Em relação às eliminações, 35 (70,0%) afirmaram evacuações diárias com quantidade e qualidade adequadas. Contudo, 12 (24,0%) queixaram-se de constipação crônica, e 03 (6,0%) referiram episódios diarreicos com a intolerância a lactose.

As condutas a serem tomadas devem incorporar medidas que salientem a educação em saúde para evitar a constipação intestinal: orientar que a dieta rica em fibras é essencial para o bom funcionamento do intestino e previne contra doenças, como o câncer de cólon; recomendar o consumo diário de fibras de 20 a 30 g/dia; informar de maneira clara e eficiente o consumo diário de frutas que deve ser de duas a quatro porções, sendo pelo menos uma rica em vitamina C (frutas cítricas); ingerir de três a cinco porções de hortaliças cruas e cozidas; orientar sobre a preferência aos alimentos integrais como arroz integral, aveia, sementes de linhaça, farelo de aveia e trigo dentre outros, porque são ótimas opções de alimentos ricos em fibras; aconselhar a ingerir no mínimo dois litros de água diários; e informar a importância do exercício físico de três a cinco vezes por semana com duração de 30 a 60 minutos, porém deve-se ter especial cuidado com os usuários com DM1 (infanto-juvenil ou insulino dependente), pois a prática de exercício físico pode levar a hipoglicemia (BRASIL, 2008).

Em 43 (64,0%) entrevistados, a diurese estava dentro dos padrões de normalidade. No entanto, referiram como desconforto, à necessidade frequente de micção, devido uso de diuréticos. Dentre os demais, 04 (8,0%) apresentavam disúria, e 03 (6,0%) incontinência urinária.

A meta do tratamento da HAS consiste em evitar a morte e as complicações, além de manter a PA controla-

da (SMELTZER e BARE, 2008). É importante perceber a importância de orientar quanto aos efeitos da medicação utilizada por estes usuários, a fim de evitar abandono ou irregularidade no uso do medicamento.

Cerca de 43 (86,0%) entrevistados ingeriam acima de dois litros de líquidos ao dia, incluindo água e sucos. A equipe de saúde deve incentivar e orientar quanto ao consumo adequado de líquidos entre os usuários hipertensos e diabéticos: se deve incentivar o consumo de água independentemente de outros líquidos; explicar que deve consumir no mínimo dois litros de água por dia (seis a oito copos diários), preferencialmente entre as refeições. Essa quantidade de água pode variar de acordo com a necessidade de cada pessoa como, por exemplo, que o mesmo pratica exercício físico ou dependendo da temperatura ambiente. Também, se deve orientar quanto à importância dos cuidados domésticos que se deve ter com a água que vai ser ingerida.

Quanto à alimentação, a maioria consumia a quantidade adequada de sal (72,0%), preferia carnes brancas (60,0%), usava adoçantes dietéticos (74,0%), ingeria gordura vegetal (92,0%), e fazia de 05 a 06 refeições diárias (52,0%).

O consumo da quantidade de sal não deve exceder a 6g/dia. Evitando alimentos processados ou industrializados, como temperos prontos, sopas, linguiça, mortadela, salgados de pacote, *fast food*. Deve ser incentivado o uso de temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha (VI DBHA, 2010).

As gorduras são distintas em suas propriedades físicas e químicas. São essas características que podem ser ou não benéficas à saúde humana. Com base nelas é que se clas-

sificam as gorduras em saturadas e insaturadas; portanto, embora as gorduras componham uma alimentação saudável, a quantidade e o tipo de gordura devem ser observados. As gorduras saturadas aumentam o risco de dislipidemias e de doenças cardíacas, os principais alimentos ricos em gorduras saturadas são de origem animal, portanto se deve orientar aos hipertensos a evitar o consumo de manteiga, banha, toucinho e carnes com gordura e de leite e derivados integrais (BRASIL, 2008).

Entre os usuários, 33 (66,0%) relataram sono satisfatório, de sete a nove horas por dia. Entretanto, os demais referiram insônia frequente, e sono interrompido pela micção noturna, mediada por diuréticos e por episódios de hiperglicemia. Cerca de 28 (56,0%) repousavam de 40 a 60 minutos após o almoço.

Além de promover o bem-estar emocional, o sono intensifica vários processos fisiológicos. O sono pode trazer alguns benefícios para a pessoa, como: redução da fadiga, estabilização dos humores, melhora do fluxo sanguíneo cerebral, aumento da síntese de proteínas, fortalecimento do sistema imunológico, promoção do crescimento e reparo das células, e ajuda na aprendizagem e no armazenamento da memória. A necessidade de horas de sono varia de pessoa para pessoa, geralmente com o avançar da idade as horas de sono diminuem, sendo que os idosos dormem mais a noite e tiram mais cochilo durante o dia. O ideal de horas de sono são sete a nove horas por noite, tanto para o adulto como para o idoso (TIMBY, 2007).

A solidão foi referida por 08 (16,0%) entrevistados idosos. Cerca de 16 (32,0%) participavam de atividades sociais e de lazer, e 38 (76,0%) admitiam relacionamento

familiar satisfatório. Nenhum entrevistado informou ter recebido orientação psicossocial a fim de superar o problema da solidão e atenuar conflitos de relacionamento familiar.

O profissional deve dar ênfase tanto a saúde emocional como a saúde fisiológica, sabendo reconhecer como os problemas biológicos, emocionais e sociais afetam a saúde do indivíduo, da família e da comunidade. O enfermeiro deve estar atento a essa solidão e ao isolamento do indivíduo, observando durante a entrevista de enfermagem possíveis problemas que possam afetar a saúde mental, como abusos de substâncias, falta de moradia, violência familiar, traumas vividos e doenças psicológicas, como ansiedade e depressão (SMELTZER e BARE, 2008).

Em relação à prevenção de riscos à vida e ao bem-estar, 36 (72,0%) abstinham do tabagismo e 48 (96,0%) do alcoolismo, 30 (60,0%) praticavam regular o exercício físico no mínimo três vezes por semana, 17 (34,0%) apresentavam peso corporal saudável, 12 (24,0%) estavam com a PA controlada, e 06 (12,0%) com glicemia dentro dos parâmetros aceitáveis.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros e à profundidade inalação. A PA sistólica em indivíduos hipertensos fumantes pode ter o seu valor aumentado consideravelmente. A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, sendo particularmente útil na prevenção de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal (BRASIL, 2006a).

O exercício físico regular além de diminuir a PA, também reduz consideravelmente, os riscos de doença arterial coronária, acidente vascular encefálico (AVE) e a mortalidade em geral, facilitando ainda o controle do peso. No hipertenso, o exercício físico deve ser realizado por pelo me-

nos 30 minutos, de intensidade moderada, pelo menos cinco vezes na semana (BRASIL, 2006b).

Quanto às medidas de promoção da saúde, 37 (74,0%) realizavam anualmente consulta oftalmológica, 20 (40,0%) visitavam o dentista semestralmente, 29 (58,0%) mulheres submetiam-se a exames de prevenção do câncer (CA) de mama e colo de útero anualmente, um (2,0%) homem realizava avaliação urológica anualmente para prevenção do CA prostático e 12 (24,0%) usuários informaram vacinas atualizadas.

A retinopatia diabética é a principal causa de cegueira em pessoas em idade produtiva (16 a 64 anos). Os riscos para desenvolver a retinopatia diabética inclui mal controle glicêmico, duração da DM e pessoas com DM1. Quanto mais cedo for detectada a doença, menores são as complicações. Uma possível associação entre o DM e doenças periodontais tem sido considerada em todo o mundo. Na boca, o sinal clínico do DM não diagnosticado ou mal controlado, pode incluir queilose, fissuras, ressecamento de mucosas, diminuição do fluxo salivar, dificuldades de cicatrização e alterações na microbiota (DSBD, 2007).

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) no ano de 2010 foram identificados 1.160 casos de neoplasia de mama e 860 casos de câncer de colo de útero no estado do Ceará. Com relação a Fortaleza foram relatados 690 casos de câncer de mama e 260 de câncer de colo de útero (BRASIL, 2010).

O câncer de próstata tem uma alta incidência atingindo uma grande parcela do sexo masculino na faixa etária acima de 50 anos. Deve-se dar ênfase a consulta anual com o urologista a partir dos 40 anos. Hábitos de vida saudáveis são fundamentais para prevenção do câncer de próstata, como não fumar, uma dieta equilibrada com ingestão

Autocuidado desenvolvimental (AD)

O AD está relacionado a processos de desenvolvimento humano com as condições e eventos ocorridos durante as fases do ciclo vital, e eventos que podem influenciar no desenvolvimento, tais como: nascimento, prematuridade, infância, adolescência, gravidez, adaptação a um novo trabalho e adaptações a mudanças físicas (características do envelhecimento) (OREM, 1995).

A aceitação da cronicidade da HAS e do DM foi detectada em 15 (30,0%), a adaptação às condutas terapêuticas de controle em 19 (38,0%) e às mudanças pertinentes ao ciclo vital em 32 (64,0%) usuários.

As doenças crônicas afetam tanto pessoas jovens, de meia idade e idosos. A HAS e DM exigem mudanças no estilo de vida alterando profundamente a vida dessas pessoas, o que resulta na negação da doença. Alguns fatores podem influenciar na aceitação da doença, como a personalidade antes da doença, extensão e duração das alterações do estilo de vida exigidas pela doença, recursos familiares e individuais, estágio do ciclo de vida individual/familiar (SMELTZER e BARE, 2008).

Um estudo publicado por Oliveira, Campos e Alves (2010) revela que sobre a aceitação da patologia, 21 (70,0%) dos entrevistados disseram aceitar sua doença, enquanto 9 (30,0%) restantes afirmaram não se conformarem com tal condição; desses, três incomodam-se muito com sua situação de saúde; dois não se conformavam com mais outra doença; um não aceita a doença por causa da hemodiálise; um porque desencadeou pressão alta, perda de peso e de cabelos; um porque atrapalhava muito no trabalho e dois porque desencadeou depressão.

O mesmo estudo ainda revelou que quando os participantes foram indagados sobre a periodicidade nas consultas, a aceitabilidade e o convívio com a doença, 70% se colocaram de maneira positiva, e afirmaram que 56,7% das orientações recebidas foram realizadas por enfermeiros, de tal maneira que estimulavam ainda mais a prática do autocuidado por eles.

O enfermeiro tem um papel fundamental no processo de adaptação e aceitação da pessoa que convive com doenças crônicas. Assim, de acordo com o que a pessoa sabe de sua doença, seu real significado, seus riscos e o controle de suas atitudes e estilo de vida se encaminharão para a prática no seu cotidiano.

Não se pode deixar de enfatizar que uma doença crônica, para a maioria das pessoas, pode provocar inúmeras mudanças em seu estilo de vida. Estas mudanças estão diretamente relacionadas às atividades da vida cotidiana, pois desde o estabelecimento do diagnóstico, ocorrem sentimentos de angústia e desespero perante a percepção do pouco controle acerca de sua vida, diminuindo a potência para agir e pensar.

É necessário adquirir informações que possibilitem ao usuário lidar com situações no dia a dia, decorrentes da doença tais como a aceitação, a tomada de decisões frente aos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, o valor calórico dos alimentos, a monitorização da glicemia capilar no domicílio, a presença de picos hipertensivos e a ingestão do sal.

Autocuidado por desvio de saúde (ADS)

O ADS está associado com defeito genético e constitucional, desvio estrutural e funcional humano e com seus efeitos e com diagnósticos médicos, e condutas de tratamento (OREM, 1995).

Em 17 (34,0%) usuários que informaram algum conhecimento sobre HAS e DM, porém era fragmentado e superficial.

... diabetes é uma doença que dá problema de cegueira e agente passa necessidade por não poder comer ... é um bocado de coisa ruim que sinto. Sempre que estou aqui me explicam, mas tenho cabeça ruim também. É uma doença complicada, não tem meio de ficar bom, controla, mas ficar bom não fica. É complicado, agente não pode comer tudo (E23)

... a hipertensão é uma coisa que maltrata muito agente, faz dieta mas às vezes tem fome que fica tremendo ... é o sangue começando a ficar ruim, e é muito sério porque quem domina o corpo é o sangue (E9)

... a hipertensão e a diabetes são doenças que não têm cura, no começo eu pensava que tinha remédio para curar... (E18)

Educação para o autocuidado é aspecto fundamental do tratamento à pessoa com DM e sua importância é reconhecida em diversos estudos realizados em comunidades com diferentes características socioeconômicas e culturais (SOUSA e ZAUSZNIEWSKI, 2005). Para a educação efetiva em DM é necessário treinamento, conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação pela equipe de saúde (ROTTER *et al.*, 2008).

Os profissionais de saúde devem envolver a pessoa com DM em todas as fases do processo educacional, pois, para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, o usuário precisa dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que o instrumentalizem para o autocuidado. Para tanto, precisa ter clareza acerca daquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida (ROCHA, ZANETTI, SANTOS; 2009).

A minoria (34,0%) desconhecia os riscos de hipoglicemia e hiperglicemia, e aqueles que conheciam, era decorrente de vivência com estas intercorrências. O enfermeiro deve trabalhar junto com a pessoa esclarecendo as dúvidas apresentadas, a fim de evitar as possíveis complicações que podem ocorrer com a hipoglicemia e a hiperglicemia. Orientações que devem ser pontuadas na consulta de enfermagem (SMELTZER e BARE, 2008).

Em relação às condutas de controle, 18 (36,0%) indicaram algumas em relação à HAS, e 16 (32,0%) com vista ao DM. Cerca de 80% desconheciam sobre a medicação, como por exemplo, seus efeitos, possíveis reações adversas e horário das tomadas.

Quarenta e cinco (90,0%) usuários compareciam às consultas médicas e 35 (70,0%) às de enfermagem. Quarenta e um (82%) faziam uso regular da medicação, 29 (58%) participavam das atividades educativas, e 52,0% faziam a prevenção do pé-diabético.

Observa-se que 26 (52%) entrevistados se preocupavam quanto à prevenção do pé diabético. Assim, as orientações de enfermagem devem estar voltadas aos cuidados com os pés e à prevenção de complicações. O usuário deve ser orientado a inspecionar o pé diariamente, verificando a presença de calos, bolhas, rubor, alterações na temperatura. Além da inspeção feita pela pessoa em seu domicílio, deve ser avaliado ao menos anualmente pelo podiatra, médico e enfermeiro (SMELTZER e BARE, 2008).

Zavatini, Obreli-Neto, Cuman (2010) comentam que a garantia da adesão da pessoa ao tratamento, e toda a complexa rede de cuidado que envolve estas questões é cru-

cial para a melhor assistência à saúde destes indivíduos. A adequação do medicamento prescrito com as características e hábitos de vida são fundamentais para uma boa adesão ao tratamento. É imprescindível que a equipe de saúde, por meio das informações constatadas durante o contato com os indivíduos e as informações repassadas pelos agentes comunitários de saúde, discuta com o profissional prescritor, a melhor alternativa terapêutica para cada situação.

Com relação às atividades educativas, o interesse dos usuários por estas atividades pode ser melhorado, através de atividades realizadas com grupos menores em locais agradáveis e tranquilos, que incentive a participação, abordando assuntos de maneira objetiva e clara para o respeitando suas limitações.

Portanto, ressalta-se a importância do controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, e dessa forma considera-se a educação desses usuários para o autocuidado a ferramenta ideal para incentivá-los à adesão ao tratamento. O objetivo é minimizar as consequências dos agravos já instalados, e adiar o ingresso desses indivíduos às terapias mais complexas como hemodiálise e transplantes no caso do DM. A educação para a saúde tem a finalidade de aperfeiçoar atitudes indispensáveis à vida, e, dessa forma, permitir às pessoas aprenderem e terem controle sobre sua situação.

Salgueiro (2008) argumenta que a educação centrada na pessoa tem que ser libertadora e conscientizadora, por isso se deve buscar a sua autonomia. É preciso determinar alternativas que possibilitem o indivíduo a participar das atividades do seu cotidiano empoderando-o de suas responsabilidades.

O principal processo de aprendizado é aquele que treina a pessoa a fazer decisões efetivas no seu autocuidado e utilizar o sistema de saúde como recurso quando for necessário. Ressalta-se ainda que a educação realizada em consultas individuais parece que obteve melhores resultados do que aquela realizada em grupos de diabéticos.

Para a Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE), existem oito formas de avaliação para identificar se o programa de educação em saúde está obtendo resultados positivos, que seria se os mesmos estão praticando exercícios físicos de maneira regular, se houve mudanças de hábitos alimentares, uma boa adaptação psicológica ao descobrimento da doença e as mudanças no estilo de vida decorrente da DM, se está seguindo as recomendações da posologia da medicação, se está realizando a autoverificação da glicemia capilar, se o mesmo está tomando precauções para evitar as complicações crônicas, se ele sabe reconhecer os sinais de hipo e hiperglicemia e sabendo as condutas que devem ser tomadas e continuar com o cuidado mesmo em viagens e situações especiais (DSBD, 2007).

Conclusão

O conhecimento suficiente e a prática efetiva das atividades de autocuidado favorecem a manutenção da integridade estrutural e do funcionamento humano, contribuindo assim, para o desenvolvimento humano. Deve ser visto como fator interligado mediante as fases do ciclo vital de cada ser humano.

Diante das mudanças decorrentes de doenças crônicas, como o DM e a HAS, precisa-se conscientizar cada usuário sobre a importância de promover da saúde com foco

na prevenção, assim como o controle de seus agravos. O empoderamento é um fator crucial na conquista do conhecimento do autocuidado e na adesão do tratamento.

Recomenda-se que a equipe de saúde, particularmente, os enfermeiros reforcem a importância da promoção da saúde e o autocuidado dos usuários com DM e HAS. É fundamental que as equipes de saúde da família desenvolvam estudos de caracterização da população usuária de seus serviços, a fim de serem planejadas intervenções mais eficazes, e utilize no atendimento nas unidades de saúde ações de educação em saúde, com vista a minimizar as dificuldades encontradas em relação ao conhecimento e atitudes dos usuários para o adequado controle diário dos problemas de saúde.

Mediante a possibilidade de aplicação dos resultados, a finalidade deste estudo é de conduzir a gestão e a equipe de saúde do CSF para o (re)planejamento de ações com vistas à promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos, pela prática eficaz do autocuidado.

Referências

ASSIS, L. S. *et al.*, A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p. 265-270, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/revista_enf.htm>. Acesso em: 17 maio 2012.

BEAGLEHOLE, R. Informes do diabetes no mundo. **Diabetes Care**, v. 8, n. 162. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**, n° 15, Brasília (DF), 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**, n° 14, Brasília (DF), 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população Brasileira: Promovendo a Alimentação**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência e de números por casos novos em homens e mulheres**, 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=CE>>. Acesso em: 03 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabete mellitus**, 2007: p.1-168. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publicacoes/revistas-cientificas>>. Acesso em: 16 jul 2012.

DUARTE, M. T. C. *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2603-2610, ago. 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resources/lil-555616>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

FERREIRA, S. R. G. Frequência de hipertensão e fatores associados: Brasil 2006. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 43, p.98-106, nov. 2009. Disponível em: <http://200.152.208.135/rsp_usp/mensagem/pub/bemvindo.php?tipo=0>. Acesso em: 19 maio 2012.

MIYAR-OTERO, L. *et al.* Seguimento de pacientes com diabetes mellitus em serviço de atenção básica: parâmetros clínicos e laboratoriais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 18, p.423-428, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-3552&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2012.

NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION, D. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo (SP): Editora Lemos, 2010.

OLIVEIRA, F. C. CAMPOS, A. C. S., ALVES, M. D. Autocuidado do nefropata diabético. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 6, p.946-9, nov/dez. 2010.

OREM, D.E. **Nursing Concepts of Practice**. 5nd ed. Boston: Mosby; 1995.

ROTTER, D. L.; HALL, J. A.; MERISCA, R.; NORDSTROM, B.; CRETIN, D.; SVARSTAD, B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta analysis. **Med Care**, v. 36, n. 8, p.1138-61. 2008.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p.17-23. 2009.

SALGUEIRO, M. H. A. O. **Aconselhamento nutricional em idosos com constipação intestinal funcional**: efeitos de ensaio

clínico aleatorizado. 2008. 261 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.bibcir.fsp.usp.br/>>. Acesso em: 20 maio 2012.

SCHMIDT, M. I. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 74-82, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-8910>. Acesso em: 19 maio 2012.

SMELTZER S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SOUSA, V. D.; ZAUSZNIEWSKI, J. A. Toward a theory of diabetes selfcare management. **J Theory Constr Test**, v. 9, n. 2, p. 61-7, 2005.

TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8ed. São Paulo: Artmed, 2007.

ZAVATINI, M. A.; OBRELI-NETO, P.R.; CUMAN, R. K. N. Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS),v. 31, n. 4, 647-54, dez. 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Hipertensão em situações especiais. Cap 8. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 52-56. Disponível em:<http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 29 jul 2012.

IDENTIFICAÇÃO DO SOBREPESO E OBE- SIDADE EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2¹

Lívio Eduardo Pereira Alves
Roberto Wagner Junior Freire de Freitas
José Wicto Pereira Borges
Andréa Pereira da Silva
José Cláudio Garcia Lira Neto

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência da enfermidade (BRASIL, 2011a).

O Sobrepeso e a obesidade são definidos como acúmulo de gordura anormal ou excessivo que podem prejudicar a saúde, os quais são detectados através do índice de massa corporal (IMC). A OMS define que um IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m² é considerado sobrepeso. Caso os valores sejam maiores ou iguais a 30 kg/m², o indivíduo é caracterizado como obeso (WHO, 2004).

Um grupo que se destaca pela associação com o sobrepeso e a obesidade é o de pacientes com DM2. Em es-

1 Pesquisa contemplada com apoio financeiro por meio do Edital FAPEPI/SESAPI/MS/CNPq/Nº 003/2013, do Programa de Pesquisas e Desenvolvimento Tecnológico para o Sistema Único de Saúde (SUS) - Edição 2012.

tudo realizado em Cuiabá - MT foram analisadas as fichas de cadastro de usuários do programa HIPERDIA, o qual constatou que 36% dos diabéticos apresentavam sobrepeso e 40,1% tinham obesidade (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Outro estudo, realizado dessa vez em Goiânia-GO, com pacientes de um ambulatório da rede pública revelou que 44,7% dos diabéticos estavam com sobrepeso e 39,5% com obesidade (SILVA *et al.*, 2012).

Em levantamento bibliográfico realizado sobre o tema do estudo em tela observou-se a escassez de pesquisas realizadas no município de Floriano-PI. Na tentativa de preencher essa lacuna justifica-se a realização da presente pesquisa que teve como objetivo principal identificar o sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizado no período de maio de 2013 a janeiro de 2014 nas Unidades Básicas de Saúde do município de Floriano-PI, destinadas ao atendimento de pacientes com DM2. A cidade fica a 240 km da capital do Estado do Piauí, Teresina. É considerado município emergente, sua sede é ponto de convergência de vasta área do sul do Piauí e do Maranhão, sendo chamada de “Princesa do Sul”.

A população alvo envolveu pacientes adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2, cadastrados e acompanhados nas unidades básicas de saúde da cidade de Floriano-PI. No período estudado, o total de pacientes com DM2 no município era de 1.124, distribuídos nas 17 UBS da zona urbana segundo dados Secretaria Municipal de Saúde de Floriano-PI.

A amostra foi calculada através da aplicação da fórmula para populações finitas, sendo, para tanto, utilizados: intervalo de confiança de 95%, $P=50\%$, $Q=50\%$ e erro amostral de 4%. O tamanho da amostra resultou em 393 pacientes, distribuídos entre as Unidades Básicas de Saúde do município. Cabe, nesse momento, deixar claro que o capítulo em tela deriva de um projeto maior denominado “*Ações integradas na prevenção e no controle do Diabetes Mellitus tipo 2*”, que vem sendo desenvolvido na Instituição de Ensino Superior Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral.

Dessa forma, é de suma importância destacar que para o presente trabalho a amostra foi composta de três UBS da cidade de Floriano, escolhidas por conveniência, o que perfaz uma amostra de 63 pacientes.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2; ser atendido(a) nos serviços da rede de atenção básica de saúde de Floriano-PI; residir em Floriano-PI; ter prontuário ou ficha de saúde disponível no serviço; ter condições físicas e mentais para responder a entrevista. Os critérios de exclusão foram estar hospitalizado; estar grávida.

As variáveis abordadas nesta pesquisa foram: Indicadores sociodemográficos - Sexo, Idade, Cor, Moradia, Com quem mora, Situação conjugal, Situação laboral, Renda familiar – foi considerada o valor bruto dos vencimentos mensais da família, em reais, levando em consideração o valor atual do salário mínimo (R\$ 678,00); Classe econômica – foram consideradas as seguintes opções: A1, A2, B1, B2, C, D ou E, de acordo com o critério de classificação econô-

mica do Brasil; Escolaridade. Indicadores Antropométricos e Clínicos: Altura; peso; Estado Nutricional – foi classificado através do Índice de massa corporal – IMC, sendo discriminado em: baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obesidade; Circunferência da Cintura; Pressão Arterial; Tabagismo; Etilismo, Sedentarismo.

Os dados, após coleta e conferência dos instrumentos, foram digitados numa planilha Excel. Após isto, foram exportados para o software estatístico Epi Info, versão 3.5.2 para tratamento e geração dos resultados. O tratamento dos dados consistiu na validação da consistência interna das informações digitadas e no cálculo dos principais indicadores definidos pelo estudo.

Foram calculadas as medidas estatísticas das variáveis quantitativas: média, desvio padrão, percentil e, ainda, as medidas epidemiológicas: prevalência e razão de prevalência. Foram realizados os testes de associações entre o sobrepeso e a obesidade e as variáveis do estudo. Na oportunidade, foram utilizados o qui-quadrado e o Teste t de Student para variâncias iguais e desiguais. Para todas as análises estatísticas inferenciais foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer 485.420). Os que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido respeitando a Resolução n°466/2012.

Resultados e discussão

Em relação ao sexo e a cor autorreferida dos pacientes, houve uma prevalência maior das mulheres (76,2%), dos pardos (55,6%) e dos negros (23,8%). Quanto à faixa etária, esta variou de 36 a 89 anos, apresentando uma média de 62,2 anos (\pm DP 10,8). No que se refere à situação conjugal sobressaíram-se o grupo de casados/união estável (95,2%), seguido pelo grupo de viúvos (33,3%). Quanto à religião, notou-se que grande parte dos participantes era católica (88,9%).

Destacou-se também o baixo nível de escolaridade. Aproximadamente 78,9% dos pacientes eram analfabetos e/ou possuíam o ensino fundamental completo. Concernente à situação laboral, a pesquisa mostrou que 49,2% afirmaram serem trabalhadores “do lar” e 38,1% serem aposentados.

A maior parte dos pacientes possuía moradia própria (95,2%). Com relação à classe econômica, foi notório o baixo poder aquisitivo, tendo em vista que, mais da metade dos indivíduos investigados pertencia às classes D-E (55,6%). Os dados apresentados estão organizados na Tabela 1.

Referente à distribuição dos pacientes quanto às variáveis clínicas, pode-se inferir que 71,4% tiveram a circunferência da cintura (CC) alterada. A hipertensão arterial esteve presente em 31,7% deles. Observou-se também que, 71,4% dos indivíduos eram sedentários. A pesquisa revelou, ainda, que 9,5% fumavam e que 22,2% eram etilistas (Tabela 1).

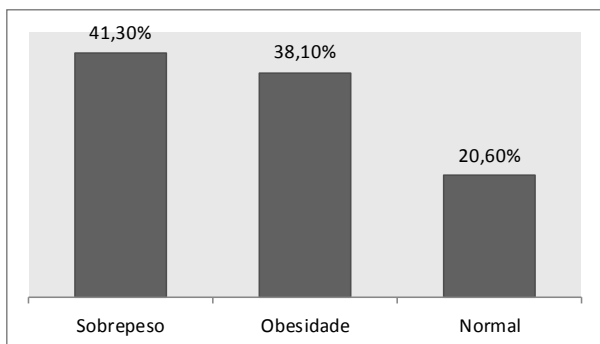
TABELA 1 – Distribuição dos pacientes com DM2 de acordo com as variáveis clínicas. Floriano-PI, 2014.

Variáveis	n	%
Circunferência da Cintura		
Normal	18	28,6
Elevada	45	71,4
Hipertensão Arterial		
Sim	20	31,7
Não	43	68,3
Sedentarismo		
Sim	45	71,4
Não	18	28,6
Tabagismo		
Sim	6	9,5
Não	57	90,5
Etilismo		
Sim	14	22,2
Não	49	77,8

Fonte: dados da pesquisa

Quanto à análise do estado nutricional, por meio do IMC, que 79,4% dos pacientes apresentavam excesso de peso, conforme mostra a figura 1.

FIGURA 1 – Estado nutricional dos pacientes. Floriano-PI. 2014.



Em relação ao entrecruzamento das variáveis socio-demográficas com o estado nutricional observou-se que o excesso de peso teve uma maior prevalência entre os pacientes do sexo feminino, pardos, solteiros, católicos, indivíduos com ensino médio completo, emprego informal e desempregado, que tinham sua moradia alugada, e que eram pertencentes à classe econômica C. No entanto, em apenas um dos cruzamentos realizados foi encontrada associação estatisticamente significativa, na variável sexo ($p=0,041$).

TABELA 2 – Entrecruzamento das variáveis clínicas com o estado nutricional. Florianópolis – PI. 2014.

Variáveis	Estado Nutricional						Estatística P
	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		
	n	%	n	%	n	%	
Circunferência da CC							
Normal	11	61,1	07	38,9	-	-	
Elevada	02	4,5	19	42,2	24	53,3	
Hipertensão Arterial							0,354
Sim	02	10,0	09	45,0	09	45,0	
Não	11	25,6	17	39,5	15	34,9	
Sedentarismo							0,286
Sim	11	24,4	16	35,6	18	40,0	
Não	01	11,1	10	55,6	06	33,3	
Tabagismo							0,013
Sim	04	66,6	01	16,7	01	16,7	
Não	09	15,8	25	43,9	23	40,3	
Étilismo							0,321
Sim	01	7,1	06	42,9	07	50,0	
Não	12	24,5	20	40,8	17	34,7	

Fonte: dados da pesquisa

Quanto ao cruzamento das variáveis clínicas com o estado nutricional, foi verificado que o excesso de peso esteve presente em maiores proporções entre os pacientes com CC elevada e nos hipertensos. A obesidade esteve em

maiores proporções nos indivíduos sedentários e nos etilistas, porém sem relação estatística significativa ($p=0,286$) e ($p=0,321$), respectivamente. Por fim, encontrou-se que os indivíduos que fumam, apresentavam com menores prevalências de excesso de peso ($p=0,013$). (Tabela 2).

De acordo com os dados obtidos pela presente pesquisa, pode-se observar que houve uma prevalência maior do sexo feminino (76,2%). Essa maior prevalência das mulheres também esteve presente em outros estudos, que abordavam as características desse grupo de indivíduos. Como por exemplo, no estudo desenvolvido por Olmi *et al.*, (2009), no qual os autores identificaram, que quanto ao sexo dos pacientes, houve uma prevalência mais elevada entre o sexo feminino (73,2%). Pode-se observar o mesmo achado na pesquisa desenvolvida por Bosi *et al.* (2009), onde, dos 1.116 voluntários que participaram da investigação, 65% eram mulheres.

Em contrapartida, um estudo desenvolvido no Havaí, revelou que dos 40 pacientes com DM2 que compuseram a amostra, 24 eram do sexo masculino e somente 16 eram do sexo feminino. Diante de tais achados, pode-se inferir que, apesar da prevalência do sexo masculino apresentar-se em número mais elevado, a divergências entre os sexos não é tão significativa (KO *et al.*, 2013).

Conforme pesquisa antropológica desenvolvida por Goldenberg, Shenkman e Franco (2003), o que justifica o alto índice de pacientes do sexo feminino, é o fato de que as mulheres possuem um maior cuidado com a própria saúde e procuram constantemente os serviços de saúde. Além disso, dispõe de um tempo maior, pois enquanto ao homem caberia o sustento da casa, grande parte das mulheres é responsável pelo gerenciamento das tarefas do lar.

No que se refere à raça, verificou-se, na presente pesquisa, que houve uma prevalência maior dos indivíduos pardos (55,6%). Contrapondo-se, aos achados, um estudo da prevalência e dos fatores associados à Síndrome Metabólica (SM), que revelou uma maior concentração de indivíduos não brancos (pardos e negros) (LEITÃO; MARTINS, 2012). Entretanto, um estudo transversal realizado na Bahia, o qual se utilizou da autodefinição de cor da pele, expôs que a prevalência geral da SM, não diferiu entre brancos (23,3%), pardos (23,3%) e negros (23,4%) (KOSTER *et al.*, 2008). O uso de estudos que envolviam a SM foram aqui utilizados na discussão, uma vez que se sabe da similaridade entre pacientes com síndrome e pacientes com DM2. Um dos critérios para se definir alguém com SM está no fato de ocorrência de alterações na glicemia venosa de jejum e/ou resistência à insulina.

Ainda em relação à cor, Chor e Lima (2005) afirmam em seu estudo que há uma maior prevalência de DM2 em pessoas de cor escura e que a enfermidade configura-se em uma das principais causas de morte por doenças endócrinas e metabólicas entre os negros, em comparação aos brancos.

Quanto à idade, na atual pesquisa, a faixa etária dos indivíduos que compuseram a amostra, variou de 36 a 89 anos, expondo uma média de 62,2 anos. Quando esta média foi comparada a outras médias de estudos já publicados, percebeu-se a possibilidade de se encontrar valores superiores e/ou inferiores, o que pode ser justificado, levando em consideração, os aspectos culturais e as diferenças regionais de cada local onde foram realizadas as investigações.

Por sua vez, o estudo realizado por Barrile *et al.*, (2013), encontrou média muito similar ao da presente pes-

quisa, 62,9 anos. Esses dados confirmam a afirmativa de Leitão e Martins (2012), uma vez que o seu estudo concluiu que, no Brasil, a prevalência de DM2 é evidenciada na faixa etária de 60 aos 79 anos.

Concernente à situação conjugal, a atual pesquisa constatou que os casados/união estável se sobressaíram, apresentando uma prevalência de (95,2%). Entretanto, estudo desenvolvido por Morgan (2013), evidenciou que 53,76% dos participantes da pesquisa possuíam companheiro, ou seja, valor inferior.

Cabe destacar que a alta prevalência de indivíduos casados já era esperada no presente trabalho, uma vez que, como a população acometida pelo DM2 tende a possuir idade superior a 45 anos, geralmente, conforme cultura brasileira, a idade já é sugestiva para se ter uma união estável, ou, no pior dos casos, encontrar-se em viuvez.

Referente à religião, percebeu-se que grande parte dos pacientes eram católicos (88,9%). Uma das vertentes que justificaria este achado é o fato do Piauí ser considerado um estado com predominância da religião católica, em relação aos demais (IBGE, 2010).

No que se refere à escolaridade, 57,1% possuíam ensino fundamental incompleto. De forma similar, Grillo e Gorini (2007) constaram que 65,6% dos indivíduos estudaram entre 1 e 5 anos.

Ferreira e Ferreira (2009) afirmam que o nível de escolaridade de pacientes com DM2 é, em sua maioria, baixo. Com isso, defendem a ideia de que o conhecimento do nível de escolaridade desses indivíduos se faz importante, uma vez que pode contribuir no planejamento das atividades em educação para o seu cuidado integral e de suas famílias, especialmente para poder ajudá-los a ter melhor qualidade de vida.

No tocante à situação laboral, houve uma maior prevalência dos trabalhadores “do lar” (49,2%), seguida dos aposentados (38,1%). Esses achados podem ser justificados, em parte, pela questão da média de idade encontrada nos participantes, assim como, à maior prevalência e predominância de indivíduos do sexo feminino na amostra (VASQUES *et al.*, 2007).

Diante das características socioeconômicas é importante repensar as ações de educação em saúde realizadas pela equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, especialmente no que diz respeito às orientações para o autocuidado, questionando sobre o contexto social e cultural em que o paciente vive e, assim, aperfeiçoar os recursos que ele dispõe, a fim de desenvolver hábitos de vida mais saudáveis.

Com relação à circunferência da cintura, no estudo constatou-se que 71,4% dos indivíduos portadores de DM2, encontravam-se com valores acima dos parâmetros normais. Do mesmo modo, estudo realizado com pacientes diabéticos revelou que 84% dos indivíduos foram classificados com obesidade central (MARINHO, *et al.*, 2012). Tal achado vem a corroborar com a ideia de que a obesidade central se configura com um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes na faixa etária adulta e idosa.

No que concerne à hipertensão arterial, pode-se observar que 31,7% dos pacientes apresentaram valores pressóricos elevados, classificando os mesmos como hipertensos, de acordo com a literatura utilizada. Nesse mesmo âmbito, estudiosos tem realizado distintas pesquisas que têm de-

monstrado a real associação entre a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (SANTOS; PINHO, 2012). Tal fato pode ser explicado, em parte, devido à similaridade dos fatores de risco para ambas as enfermidades.

Referente ao sedentarismo foi encontrado nesta pesquisa que 71,4% dos pacientes não praticavam regularmente exercícios físicos. Esse achado encontra respaldo em outras pesquisas, como a de Monteiro Júnior, *et al.*, (2007), onde os autores verificaram prevalência de sedentarismo de 62%. Segundo Vancea *et al.*, (2009) a prática de exercícios físicos é uma atividade imprescindível no tratamento do DM, sendo amplamente recomendada aos pacientes diabéticos, uma vez que quando realizada de forma frequente melhora o controle da glicemia, reduz os fatores de risco cardiovascular, além de prevenir e retardar o desenvolvimento da obesidade.

Dando seguimento, na atual pesquisa, o tabagismo e o etilismo estiveram presentes em 9,5% e 22,2% dos sujeitos, respectivamente. Em estudo desenvolvido por Longo *et al.* (2011), o tabagismo foi evidenciado em 31,11% dos homens e 28,89% das mulheres, dados bem superiores ao nosso.

Em se tratando do estado nutricional, o presente estudo encontrou que 50 (79,4%) pacientes apresentavam excesso de peso. A obesidade, de forma isolada, esteve presente em 38,1% dos indivíduos. No estudo de Dalcegio (2009) em Florianópolis foi encontrado 36,1% de sobrepeso e 50,0% de obesidade entre os portadores de diabetes mellitus tipo 2 avaliados.

É importante destacar que a obesidade é um fator que predispõe ao aparecimento do DM2, assim como, da

hipertensão arterial e da dislipidemia. Estima-se que 80% dos pacientes com DM2 apresentem obesidade ou excesso de peso (SBD, 2009).

Além desses estudos, outras investigações também encontraram percentuais de sobrepeso e obesidade em pacientes com DM2, apresentando, por exemplo, percentuais de 72,0% (COMAR *et al.*, 2011) e 80,8% (BARRILE *et al.*, 2013),

Com relação aos cruzamentos realizados percebeu-se que houve relação estatisticamente significativa entre o excesso de peso e o sexo feminino ($p=0,041$) e excesso de peso e tabagismo ($p=0,013$). No que se refere ao sexo, as mulheres apresentam maiores percentuais de excesso de peso do que os homens. Os fatores para esse achado podem ser diversos, entre eles está o elevado índice de sedentarismo entre as mulheres (VASQUES *et al.*, 2007).

Por fim, o uso do tabaco em associação com o estado nutricional pode ser explicado, em parte, levando em consideração que os indivíduos que fumam apresentam menor apetite comparado àqueles que não possuem o hábito de fumar. Esses achados podem ser sustentados pela literatura (GABAN, 2013).

Diante do exposto, pode-se observar que os indivíduos com DM2 em um número expressivo, apresentam ou tendem a desenvolver o sobrepeso e/ou a obesidade, tal fato justifica-se devido ao estilo de vida inadequado destes indivíduos, e isso se confirma em diversos estudos abordados neste trabalho monográfico.

Conclusão

Prevaleceu na amostra o sexo feminino, pardos, ca-

sados, católicos, indivíduos com baixa escolaridade, sem emprego formal e indivíduos pertencentes às classes econômicas D e E. Com relação às variáveis clínicas, encontrou-se prevalência de hipertensão arterial, de sedentarismo, de elevação da circunferência da cintura, de tabagismo e de etilismo. O excesso de peso esteve associado ao sexo feminino, à elevação da CC e ao tabagismo.

Conclui-se, diante dos achados, que o excesso de peso está fortemente presente nos indivíduos florianenses com DM2, cadastrados e acompanhados nas Estratégias de Saúde da Família do município. Tal fato vem a ratificar que o sobrepeso e a obesidade estão intimamente relacionados à prevalência do distúrbio metabólico, sendo, realmente fortes fatores de risco.

A pesquisa vem demonstrar que medidas de intervenção devem ser aplicadas a essa população com o objetivo de diminuir as possibilidades de complicações micro e macrovasculares do diabetes mellitus tipo 2. A prática regular de exercícios físicos deve ser incentivada para melhorar os níveis glicêmicos, assim como, ajudar na diminuição do peso corporal. Tais achados se fazem de suma importância a todos os profissionais que fazem a saúde do município como um diagnóstico situacional que servirá como base para a elaboração de ações de saúde.

Referências

BARRILE, S. R. Comprometimento sensório-motor dos membros inferiores em diabéticos tipo 2. **Fisioter Mov.** v. 26, n. 3, p. 537-548. jul/set, 2013.

BOSI, P. L. *et al.*, Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 53, n. 6, p. 726-732, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Brasília, 2011a.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set-out, 2005.

COMAR, J. F. *et al.*, Perfil de pacientes diabéticos tipo 2 usuários de insulina disponibilizada pela secretaria municipal de saúde de Maringá, Pr, Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 15, n. 3, p. 243-246, set./dez. 2011.

DALCEGIO, M. **Adesão medicamentosa em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 e fatores relacionados à adesão**. Florianópolis, 2009. 50 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

GABAN, S. C. N. **Excesso de peso e obesidade central em população adulta urbana-fatores associados e doenças relacionadas ao risco cardiovascular**. Campo Grande, 2013.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade en-

tre os sexos. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 6, n. 1, p. 18-28, 2003.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. Bras. Enferm**, v. 60, n. 1, p. 49-54, jan/fev. 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

KO, J. *et al.*, Characteristics of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Two Rural, Medically Underserved Communities. **J. Public Health Med**, v. 72, n. 6, p. 191-196, jun. 2013.

KOSTER, A. *et al.*, The combined relations of adiposity and smoking on mortality. **Am. J. Clin. Nutr.** 2008;88(5):1206-12.

LEITÃO, M. P. C.; MARTINS, I. S. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo – SP. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 58, n. 1, p. 60-69, 2012.

LONGO, G. Z. *et al.*, Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages – SC, sul do Brasil, 2007. **Rev. Bras. de Epidemiol.** v. 14, n. 4, p. 698-708, 2011.

MARINHO, N. B. P. *et al.* Diabetes *mellitus*: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. **Acta. Paul. Enferm**, v. 25, n. 4, p. 595-600, 2012.

MONTEIRO JÚNIOR, F. C. Prevalência de fatores de risco coronarianos e alterações da perfusão miocárdica à cintilografia em pacientes diabéticos assintomáticos ambulatoriais. **Arq. Bras Cardiol.** v. 89, n. 5, p. 306-311, 2007.

MORGAN, B. S. **Avaliação do monitoramento telefônico na promoção do autocuidado em diabetes na Atenção Primária em Saúde.** Belo Horizonte, 2013.

OLMI, P. C. B. *et al.*, Prevalência da síndrome metabólica nos pacientes atendidos no ambulatório médico da UNESC. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 38, n. 2, p. 22-27, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 3. ed. Itapevi – SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SANTOS, P. A.; PINHO, C. P. S. Diabetes mellitus em pacientes coronariopatas: prevalência e fatores de risco cardiovascular associado. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 10, n. 6, p. 469-475, nov-dez, 2012.

SILVA, T. R. *et al.*, Prevalência de doenças cardiovasculares em diabéticos e o estado nutricional dos pacientes. **J. Health Sci. Inst.** v. 30, n.3, p. 266-270, 2012.

VANCEA, D. M. M. *et al.*, Efeito da frequência do exercício físico no controle glicêmico e composição corporal de diabéticos tipo2. **Arq Bras Cardiol.** v. 92, n. 1, p. 23-30, 2009.

VASQUES, A. C. J. *et al.*, Influência do Excesso de Peso Corporal e da Adiposidade Central na Glicemia e no Perfil Lipídico de Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 51, n. 9, p. 1516-1521, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2004: changing history.** Geneva, 2004.

RISCO CARDIOVASCULAR DE ADULTOS JOVENS EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO

Amanda Pereira Ferreira
Thereza Maria Magalhães Moreira
Francisco Wagner de Sousa Paula
Camila Brasileiro de Araújo Silva
Samuel Miranda Mattos
Janaíne Gomes de Holanda Oliveira
Ítalo Lennon Sales de Almeida
Érica Leitão Oliveira

As doenças cardiovasculares (DCV) representam um grande problema de saúde pública no Brasil. Segundo Braunwald (2005), estas patologias emergiram como as doenças crônicas dominantes em muitas partes do mundo e agora, no início do século XXI, está predito que elas tornar-se-ão a principal causa de invalidez e de morte. Nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, as doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares, vêm assumindo importância nas estatísticas de óbitos, sobretudo nos grandes centros urbanos (YAZLLE *et al.*, 1989, BARROS *et al.*, 2010).

As DCV, por se instalarem de modo “silencioso”, vêm matando mais que a violência urbana, entre elas está a doença arterial coronária, enfermidade que atinge milhões de pessoas no mundo, com impacto sobre mortalidade ainda maior em países em desenvolvimento (MEDEIROS, 2008).

Aproximadamente 80,0% das DCV podem ser justificadas ou explicadas pela presença de fatores de risco intrínsecos (idade, sexo, genética) ou extrínsecos (dieta, tabagismo, sedentarismo), entre outros (PANSANI *et al.*, 2005).

Situações de exposição a fatores de risco cardiovascular em nosso cotidiano são comuns. O ritmo de vida da sociedade contemporânea, o consumismo, a mídia, convidam para uma omissa e curiosa relação de prazer e riscos entre os jovens e o uso de álcool, fumo, as refeições “práticas” dos fast foods, dentre outras, tornando corriqueira a vulnerabilidade às doenças cardiovasculares (LIRA *et al.*, 2006).

Os jovens adultos, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são aqueles com idade compreendida entre 20 a 24 anos e normalmente destacam a dimensão de educação para a saúde quando questionados sobre prevenção de doenças. Este dado implica em uma maior influência sobre esse grupo com campanhas de educação em saúde, como também na significação sobre as causas e a prevenção das doenças (REIS; FRADIQUE, 2003).

A adoção de medidas de prevenção primária em indivíduos jovens é hoje reconhecida como de grande importância para o cenário das doenças cardiovasculares (BRANDÃO *et al.*, 2004). Nesse sentido, há que se considerar a importância da educação e da saúde como práticas conjuntas, não somente a educação associada à escola e aos processos de aprendizagem e a saúde identificada com os serviços de saúde e processos de adoecimento.

Em relação aos conceitos de Educação em Saúde, os autores Naido e Wills (1994) afirmam que esta é uma aprendizagem sobre saúde e que envolve a capacidade permanente ou disposição para mudança de cada sujeito. A

educação em saúde deve estar inserida na prática dos profissionais de saúde, pois ela engloba todas as ações de saúde. Pela sua magnitude é considerada uma vertente à prevenção e sua prática deve ser voltada para melhoria das condições de vida e de saúde das populações (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Desta forma, considerando os adultos jovens universitários da área da saúde como futuros promotores da educação em saúde e conhecedores dos riscos cardiovasculares na população em geral, pretende-se, com este estudo, identificar possíveis riscos cardiovasculares nos universitários da saúde de uma universidade de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Trata-se de estudo descritivo, realizado com adultos jovens dos cursos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), localizada em Fortaleza, no estado do Ceará na região Nordeste do Brasil, no período de setembro a outubro de 2013.

A amostra foi composta de 847 adultos jovens de 20 a 24 anos, de ambos os sexos e que estivessem frequentando as aulas durante o período da coleta.

Foi utilizado como instrumento um questionário estruturado que continha informações referentes às variáveis sociodemográficas (sexo, raça, estado civil e filhos) e utilizou-se o questionário denominado PROCAM (Prospective Cardiovascular Munster Study) para determinar o risco de desenvolvimento de ataque cardíaco nos próximos 10 anos, de acordo com a idade do participante e sua pontuação (total de pontos). Este questionário dispõe de perguntas sobre pressão arterial (PA), glicemia, IMC (índice de massa corporal), medicamento anti-hipertensivo, tabagismo e histórico de saúde-doença familiar.

Para o processamento dos dados foi utilizado o Programa IBM - Statistical Package for the Social Sciences -SPSS, versão 18.0, sendo realizada a análise descritiva. Na análise, os dados foram organizados frequencialmente em termos absolutos e relativos.

O estudo observou os aspectos éticos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, respeitando a confidencialidade e sigilo dos sujeitos da pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob o número 397.822.

Resultados e discussão

Evidenciou-se predominância de mulheres (195; 55,6%) no estudo. Acredita-se que este fato esteja relacionado não só com as questões demográficas, mas também pela crescente participação das mulheres no campo educacional e, conseqüentemente, profissional (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009). Pode-se dizer que tal evidência tem relação com a concepção de cuidado culturalmente atribuída às mulheres, sendo assim sua busca mais frequente por serviços de saúde.

Em relação ao estado civil, quase a totalidade (344; 98%) apresentou-se como solteiro(a). Em estudo desenvolvido por Soto *et al.*, (2009), a maioria de seus participantes eram solteiros(as) (92,3%). Tal condição contribui para permanência e participação ativa dos adultos jovens na universidade. Silva *et al.*, (2011) relataram que indivíduos casados apresentam barreiras nas obrigações familiares e falta de vontade para praticar atividade física.

Um fator social interessante foi à permanência desses adultos jovens com a família (336; 95,7%), segundo Gomes *et al.*, (2012) “tal situação é observada em nossa sociedade, dada a percepção de dificuldades da inserção no mercado de trabalho e da busca por salários melhores, aliado à vontade de seguir desfrutando do conforto da casa dos pais”. Com relação a ter filhos, 342 indivíduos pesquisados (97,4%) não tem. Do total, 56,1% (197 acadêmicos) relatou ser da raça branca. Assim como no estudo de Nobre *et al.*, (2006) que apresentava maioria auto declarada branca.

Quando avaliadas as variáveis do PROCAM, observou-se que quase a totalidade dos estudantes (348, 99,1%) tiveram PA considerada normal. No tocante ao IMC, foi identificado que 56 participantes (19,4%) puderam ser classificados como tendo IMC normal (até 24,9Kg/m²), contudo, o sobrepeso/obesidade esteve presente em 32,4% dos participantes, o que pode ser caracterizado como presença de um fator de risco cardiovascular. O mesmo aconteceu no estudo de Carvalho *et al.*, (2010), no qual a análise do IMC revelou que 18,2% dos adultos jovens apresentaram excesso de peso. As questões referentes ao sobrepeso/obesidade são consideradas como fortes catalizadoras de outros riscos, como a hipertensão arterial e dislipidemias (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Outro estudo relata que os estudantes universitários são capazes de perceber quando apresentam alterações no peso corpóreo (DIEPVENS; WESTERTERP; WESTERTERP-PLANTENGA, 2007).

No que diz respeito ao uso de anti-hipertensivos, quase a totalidade (348; 99,1%) afirmou não fazer o uso. Em se tratando ao uso de cigarro, 338 indivíduos (96,3%) relataram não fazer uso. Ao tratar do tabagismo, identificou-se

que essa prática esteve presente em uma parcela pequena da população (3,7%), contrapondo-se aos achados de Bustos *et al.*, (2003) que desenvolveu um estudo em uma população com a mesma faixa etária, onde 57% dos seus participantes foram classificados como tabagistas. Nos achados de Almeida *et al.*, (2011) houve divergência, pois afirmaram que é alarmante a porcentagem de fumantes nesta faixa etária. Pode-se considerar que a baixa prevalência de tabagistas neste estudo pode ser atribuída ao fato de ter sido realizado com uma amostra de universitários, o que reafirma o que foi colocado pela OMS quando diz que o tabagismo está diretamente relacionado com os níveis educacionais (GMEL *et al.*, 2006). Outro importante ponto observado foi em relação à presença de risco cardiovascular na família, onde 132 estudantes (37,6%) responderam possuir antecedentes familiares para ataque cardíaco. Contra esta tendência genética é necessária a manutenção de um estilo de vida saudável, com adequação ao exercício físico, a uma dieta rica em frutas e verduras, acesso à saúde e lazer, dentre outras situações consideradas protetoras ao risco cardiovascular. Tais condições sofrem influência direta dos fatores socioeconômicos dos quais dispõem os sujeitos.

O estresse, forte componente da sociedade moderna, foi questionado aos adultos jovens estudados em duas situações: o estresse gerado pelas atividades cotidianas e a capacidade de cada um em lidar com essa situação. A incapacidade em lidar com o estresse tem feito deste uma complexa situação de risco, que em algumas situações predispõe ao uso de álcool e fumo (ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os adultos jovens são especialmente vulneráveis às doenças crônicas, pois estão mais expostos a riscos por dificuldades econômicas, fatores ambientais e sociais, tendendo a desenvolver doenças com faixas etárias cada vez menores, frequentemente com complicações (OMS, 2005). A tabela a seguir mostra os fatores de risco para doenças cardiovasculares no público estudado.

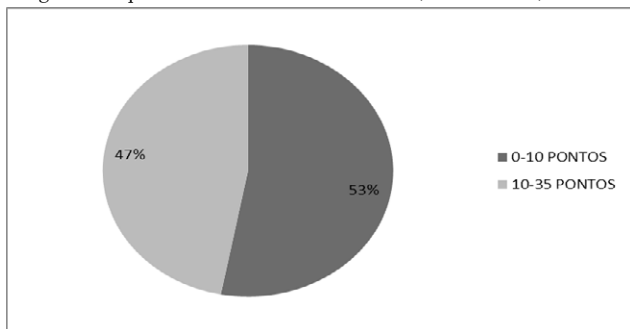
TABELA 1 – Adultos jovens universitários dos cursos da saúde da Universidade Estadual do Ceará por fatores de risco para doenças cardiovasculares. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.

FATORES DE RISCO	VALOR	f	%
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	ATÉ 140	348	99,1
	ACIMA DE 140	3	0,9
GLICEMIA	ABAIXO DE 120	345	98,29
	ACIMA DE 120	6	1,7
IMC	ATÉ 20	68	19,4
	21	42	12
	22	42	12
	23	40	11,4
	24	45	12,8
	25	30	8,5
	26	26	7,4
	27	14	4
	28	14	4
	29	2	0,6
	30	7	2
	31	3	0,8
	32	18	5,1
ANTI-HIPERTENSIVO	SIM	3	0,85
	NÃO	348	99,1
TABAGISMO	SIM	13	3,7
	NÃO	338	96,3
HISTORICO FAMILIAR	SIM	132	37,6
	NÃO	219	62,4
RISCO ATAQUE CARDÍACO	SIM	186	
	NÃO	165	

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados obtidos pelo questionário PROCAM demonstraram que os universitários apresentaram baixo risco para ataque cardíaco (165; 47) na classificação PROCAM. Diante destes resultados é importante frisar que mesmo o baixo risco para DCV pode ocasionar morbimortalidade por tais doenças, a literatura traz que um percentual maior que 50% das mortes por doenças coronarianas atingem pessoas que receberam classificação moderada e baixa para o risco de DCV (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

Figura 1– Distribuição dos universitários adultos jovens segundo as categorias do questionário PROCAM. Fortaleza, Ceará-Brasil, 2013.



O PROCAM é um teste rápido para homens e mulheres com idades entre 20 e 75 anos para determinação do risco de um ataque cardíaco nos próximos 10 anos e institui que os níveis de baixo risco para homens correspondem a até 59 pontos e para as mulheres até 56. Contudo, não existem estudos disponíveis, em termos nacionais, que definam os resultados do PROCAM para esta faixa etária (20-24). Esse teste é utilizado para avaliação de risco e detecção precoce de doenças cardiovasculares, permitindo identificar grupos

de riscos e sugerir recomendações para a prevenção precoce. Os riscos cardiovasculares não são vistos meramente como uma lógica matemática e proporcionalidade, mas sim como ponto de reflexão sobre o comportamento futuro dos riscos que sugere grandes probabilidades para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, até mesmo em curto prazo.

Desta forma, a prevenção, quando baseada no conceito de risco cardiovascular, denota orientar esforços preventivos pela somação de risco decorrente de múltiplos fatores, estimada pelo risco absoluto global em cada indivíduo, não só pelos riscos atribuíveis à elevação de fatores isolados, como a pressão arterial. A Figura 2 a seguir mostra a classificação do risco cardiovascular de acordo com parâmetros estabelecidos pelo PROCAM.

O estudo de Gomes *et al.*, (2012) realizado com adultos jovens de escolas públicas de Juazeiro do Norte (CE) “apontou para alimentação favorável ao risco cardiovascular associada a tendências ao sobrepeso/obesidade e dislipidemias, em um contexto socioeconômico deficitário”. No presente estudo com população composta por universitários, o contexto socioeconômico certamente é diferente, porém os mesmos comportamentos podem se repetir por motivos que transcendem a situação socioeconômica e abrangem hábitos da sociedade moderna e devem ser explorados na abordagem a população.

Conclusão

Descobrir a realidade de determinada população local permite a busca por ações factíveis, reforçando a relação da promoção e prevenção da saúde, colaborando para uma as-

sistência específica e integral. As variáveis analisadas permitem concluir que houve maior frequência de universitários que moram com familiares, apenas estudam e são do sexo feminino.

Os resultados do PROCAM mostraram que adultos jovens universitários possuem “baixo risco” para surgimento de possíveis doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos. Entretanto, recomenda-se que as instituições de ensino superior do Brasil realizem pesquisas prospectivas com população universitária para identificar previamente possíveis problemas cardiovasculares que estes possam ter. Assim, sugere-se que a instituição investigada realize orientações e disponibilize programas de promoção da saúde que incluam medidas preventivas educativas contínuas voltadas para promoção de um estilo de vida mais ativo no decorrer de todo período acadêmico.

Referencias

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.*, Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(9):3755-3768, 2011.

BRANDÃO, A.A.; MAGALHÃES, M.E.C.; FREITAS, E.V.F.; POZZAN, R.; Prevenção da doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância? **Revista da SOCERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2004.

BRAUNWALD, H.D. **A Textbook of Cardiovascular Medicine**, Elsevier Health Sciences. Single Volume / Edition 7. October 2004.

BUSTOS, P. *et al.*, Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular em adultos jóvenes. **Rev. Med. Chile**, Santiago, v. 131, n. 9, p. 973-980, 2003.

CARVALHO, G.Q.; QUEIROZ, G.; ALFENAS, R. C. G. Índice glicêmico: uma abordagem crítica acerca de sua utilização na prevenção e no tratamento de fatores de risco cardiovasculares. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 5. 2010.

DIEPVENS, Kristel; WESTERTERP, Klaas R.; WESTERTERP-PLANTENGA, Margriet S. Obesity and thermogenesis related to the consumption of caffeine, ephedrine, capsaicin, and green tea. **American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology**, v. 292, n. 1, p. R77-R85, 2007.

ECKERDT, N. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, p. 641-647, 2010.

GMEL, G.; GRAHAM, K.; KUENDIG, H.; KUNTSCHE, S. Measuring alcohol consumption-should the 'graduated frequency' approach become the norm in survey research? **Addiction**. v. 101. p. 16-30, 2006.

GOMES, Emiliana Bezerra *et al.* Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. 2012, vol. 65, n. 4, pp. 594-600. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400007>.

LIRA, M.T. *et al.* Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: um análisis crítico del estado actual. **Revista Med. Chile, Santiago**, v. 134, n. 2, p. 223-230, 2006.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; S., J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2010, vol. 31, n. 4, pp. 662-669. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400008>.

Naidoo J, Wills J. **Health Promotion** – foundations for practice. London: Baillière Tindall; 1994.

NOBRE, M.R.C.; DOMINGUES, R.Z.L.; SILVA, A.R.; COLUGNATI, F.A.B.; TADDEI, J.A.A.C. Prevalência de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v. 52, n. 2, p. 118-124, 2006.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília.* v. 57. n. 6, p. 761-3, 2004.

OLIVEIRA, M. A.; FAGUNDES, R.L.; MOREIRA, E.A.; TRINDADE, E.B.; CARVALHO T.D. Relation between anthropometric indicators and risk factors for cardiovascular disease. *Arq. Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 451-457, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. OPAS. **Organização Pan-Americana de Saúde. Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital.** Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

PANSANI, A. P.; ANEQUINI, I. P.; VANDERLEI, L. C. M.; TARUMOTO, M. H. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Univer-

sidade Aberta à Terceira Idade”. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 27-31, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REIS, Joaquim C.; FRADIQUE, Fernando S. Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 19, n. 1, p. 47-57, 2003.

SILVA, D.A.S.; QUADRO, T.M.B.; PINHEIRO GORDIA, A.P.; PETROSKI, E.L. Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4476. 2011.

SOTO, L. F. L; TORRES, I. C. S; ARÉVALO, M. T. V; CARDONA, J. A. T; SARRIA, A. R; POLANCO, A. B. Jovenes Universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia). **Pensamiento Psicológico**, v. 5, n.12, p. 71-88, 2009.

YAZLLE ROCHA, J.S. et. al., Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em localidade do Estado de Sao Paulo (Brasil), 1986. **Rev. Saúde Pública**, 23:374-81, 1989.

ANÁLISE DOS CASOS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE UMA ÁREA DE VULNERABILIDADE SOCIAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Maria José Melo Ramos Lima
Thereza Maria Magalhães Moreira
Maria do Socorro Quintino Farias
Maria Iracema Capistrano Bezerra
Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago
Raquel Sampaio Florêncio

Nos dois últimos séculos ocorreram diversas transformações impulsionadas, em grande parte, pelas revoluções industrial e tecnológica, ocasionando mudanças radicais no perfil de morbimortalidade da população, o que levou à predominância das doenças e mortes devido às doenças crônicas não infecciosas (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, destaca-se a doença cerebrovascular como principal causa de morte no Brasil e quarta causa de óbito em países mais ricos, precedida somente pelas doenças cardiovasculares e neoplasias. Nos países de baixa renda, o acidente vascular encefálico (AVE) tem também alto impacto e é responsável por 5,7 milhões de mortes, que correspondem a 87% dos óbitos por essa doença no mundo (CARVALHO *et al.*, 2011; LACKLAND *et al.*, 2014).

A doença cerebrovascular abrange todas as situações patológicas cerebrais originadas em disfunções no fornecimento de sangue (BROWN; MARKUS; OPPENHEIMER, 2006). Por sua vez, o AVE é definido como um déficit focal súbito secundário a oclusão de um vaso cerebral. O AVE inclui um conjunto de doenças relevantes por sua prevalência e incidência no Brasil (MEDEIROS; GRANJA; PINTO, 2013).

As manifestações clínicas dependem dos aspectos relacionados com o tipo, a instalação e intensidade do processo e também da função desempenhada pela região afetada. As características e diversidade reconhecidas no cérebro determinam a grande variedade de possibilidades de expressão clínica, desde as formas assintomáticas, às fatais, que provocam sequelas graves (SOUSA, 2007).

A dimensão do AVE em nível mundial é substancial. Com base em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que mais de 5,7 milhões de pessoas morreram de AVE em 2005, o que corresponde a 10% de todas as mortes. Destes, 85% ocorreram em países de baixos e médios rendimentos e um terço em pessoas com menos de 70 anos (SOARES, 2011).

A doença configura-se como um desafio para os profissionais de saúde, principalmente pela dificuldade em prevenir sua ocorrência. Entretanto, o trabalho de prevenção dos fatores de risco mostra-se eficaz. A hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco preditivo para AVE isquêmico, pois está presente em cerca de 70% dos casos de doença cerebrovascular. Cardiopatias são consideradas o segundo fator de risco mais importante para AVE, cuja

frequência é 41,9% para AVE isquêmico (contra cerca de 2,0% para AVE hemorrágico). Fibrilação atrial crônica é a doença cardíaca mais associada com AVE, representando cerca de 22% destes casos. Diabete mellitus é fator de risco independente para a AVE, pois acelera o processo aterosclerótico. Cerca de 23% de pacientes com AVE isquêmicos são diabéticos (PIRES; GANGLIARDI; GORDOZI, 2004; VIANA, 2008).

As taxas de mortalidade das capitais brasileiras são elevadas. Lotufo e Benseñor (2009) realizaram comparação da mortalidade por AVE em oito capitais brasileiras (Curitiba, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Salvador, Recife e Belém) nas faixas etárias entre 35-64 anos no período de 1984-1987 com 14 países (Estados Unidos, Canadá, Polônia, Hungria, Portugal, Espanha, Finlândia, Austrália, França, Dinamarca, Inglaterra, Japão, Itália e Holanda). Verificou que as capitais brasileiras ultrapassaram todos os países, exceto Hungria, nas taxas de mortalidade para ambos os sexos.

Dessa forma, as pessoas que vivem em países que gastam menos na qualificação dos serviços de saúde tendem a apresentar risco maior de mortalidade. O acesso aos serviços de saúde na comunidade, a disponibilidade de exames de imagem e serviços de emergências qualificados para atender AVE são exemplos de como um sistema de saúde precisa dispor para o manejo adequado dos casos de AVE e para sua prevenção.

Nesse contexto implica a necessidade de desenvolver formas de cuidado mais integrais e resolutivas. Para tanto, percebe-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como me-

canismo de reorientação do modelo assistencial, à medida que proporciona ruptura com práticas tradicionais e hegemônicas de saúde que priorizam ações curativas e pontuais. A ESF apresenta algumas inovações, em relação aos modos de cuidar tradicionais, como compreensão ampliada do processo saúde-doença e assistência integral e continuada às famílias adscritas (ALVES, 2005).

Pensando nisso, o presente estudo buscou analisar os casos de Acidente Vascular Encefálico em uma área de vulnerabilidade social na comunidade do Jangurussu no município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Tratou-se de estudo analítico, quantitativo, realizado em uma área considerada de elevado risco social atendida pela ESF. O estudo foi realizado no período de janeiro a junho de 2013 em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no bairro Jangurussu da Secretaria Executiva VI (SER VI) do município de Fortaleza-Ceará, área de atuação na Atenção Primária à Saúde da III turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC).

A escolha das UAPS participantes dessa pesquisa se deu por conveniência, pois eram duas unidades de saúde nas quais oito residentes de seis categorias profissionais (enfermagem, odontologia, fisioterapia, serviço social, nutrição e psicologia do PRMSFC) desenvolviam suas atividades.

Os participantes do estudo foram os pacientes cadastrados no Programa de Reorganização a Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) das UAPS Francisco de Melo Jaborandi e Pedro Sampaio acompanhados pela ESF.

Os critérios de inclusão foram: estar cadastrado em uma das unidades de saúde do estudo e ser acompanhado pela ESF por meio do programa HIPERDIA; ter idade igual ou maior a 18 anos; anuir sua participação no estudo mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada com aplicação de questionário referente às variáveis sociodemográficas e fatores de risco, verificação de medidas antropométricas e coleta de material para avaliação bioquímica. Os dados foram tabulados e analisados com o IBM-*Statistical Package for the Social Sciences*-SPSS, versão 20.0, sendo realizadas medidas descritivas e teste estatístico qui-quadrado, considerando-se o valor de p significativo quando $< 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, no parecer nº148.654.

Resultados e Discussão

Na análise dos resultados foram encontrados 50 casos de pacientes com, pelo menos, um episódio de AVE na comunidade estudada. Para a descrição das características sócio demográficas dos pacientes com AVE da área pesquisada foi utilizado o cálculo da frequência simples, percentual, acumulada, média e desvio-padrão.

Entre as características sociodemográficas expostas na tabela 1, a seguir, destacam-se frequência, média e desvio-padrão das variáveis: estado civil, ocupação, escolaridade, situação familiar, número de pessoas que residem no mesmo domicílio e renda familiar.

Dos 50 casos de AVE encontrados, pouco mais da metade eram casados (58%) e 20% eram viúvos, corrobo-

rando o motivo de a maioria residir com companheiros e filhos (38%) ou com outros familiares sem companheiro (30%). A média de idade foi 59,34 ($\pm 12,86$) e houve predominância de mulheres (66%).

Verificou-se que 70% das pessoas estavam incapacitados para o trabalho, estando inativo e dependendo, portanto, de benefícios e da assistência familiar. A incapacidade funcional exerce grande efeito negativo no bem-estar individual, gerando mais necessidade de assistência formal, informal e cuidados por longos períodos. A definição de incapacidade engloba alguns aspectos. A patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem são terminologias que estão diretamente associadas ao conceito de incapacidade.

A deficiência é definida como qualquer perda ou anomalia em uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A incapacidade constitui qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma deficiência, para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano. (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Um fato social interessante foi a existência de várias gerações que moravam na mesma residência. A permanência deles no domicílio do doente estava atrelado à necessidade de cuidador permanente ou o benefício social ser a principal renda, configurando um núcleo familiar com 3,98 ($\pm 1,76$) pessoas em média.

O conceito de incapacidade tem passado por uma enorme evolução durante as últimas décadas. Atualmente, a incapacidade se refere quase exclusivamente a um declínio funcional. A função é definida pela capacidade da pessoa

viver independentemente e cuidar dos seus negócios e de si própria (SHEEHAN, 2003).

Com relação à renda familiar, dois terços recebiam de 1 a 2 Salários Mínimos (SM) (66%). Esse dado é reforçado quando se compara o grau de instrução da população em estudo, no qual 40% afirmaram ter completado o 5^o ano, apenas 10% tinham o ensino médio e, 18% não leem nem escrevem, caracterizando a inserção no mercado de trabalho que não requer alta preparação e oferece baixa remuneração.

TABELA 1 - Características sociodemográficas dos casos de AVE no Jangurussu. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

Características Sociodemográficas	n	f%	Média	Desvio Padrão
Gênero				
Feminino	33	66,0		
Masculino	17	34,0		
Idade			59,34	±12,86
34 a 45	7	14,0		
46 a 59	18	36,0		
60 ou mais	25	50,0		
Estado Civil				
Casado	29	58,0		
Divorciado	4	8,0		
Solteiro	7	14,0		
Viúvo	10	20,0		
Ocupação				
Ativo	15	30,0		
Inativo	35	70,0		
Situação Familiar				
Convive com companheiro e filhos	19	38,0		
Convive com companheiro, filhos e outros familiares	9	18,0		
Convive com companheiro, sem filhos	5	10,0		

Convive com familiares, sem companheiro	15	30,0		
Vive só	2	4,0		
Quantos na casa			3,97	±1,76
1-3	23	46,0		
4-6	24	48,0		
7-10	3	6,0		
Escolaridade				
Alfabetizado	7	14,0		
Fundamental I	20	40,0		
Fundamental II	9	18,0		
Ensino Médio	5	10,0		
Não lê nem escreve	9	18,0		
Renda Familiar				
≤1 SM	12	24,0		
1 - 2 SM	33	66,0		
> 2 SM	5	10,0		
Total	50	100,0		

SM vigente em 2013: R\$ 678,00

Fonte: Dados da pesquisa

Na descrição do perfil lipídico e das cifras pressóricas (tabelas 2 e 3), verificou-se que as taxas de LDL estavam dentro da normalidade (49-98%), apresentando média de 125,87 (\pm 16,14).

Porém, as taxas de HDL encontram-se baixas em grande parte dos examinados (42; 84%), com valor médio de 40,78 (\pm 5,57). Esse dado isolado já constitui um fator de risco, sobretudo se estiver associado à elevação dos triglicérides. Nesse estudo, 72% (36) apresentaram elevação do TG com valor médio de 178,44 (\pm 64,96). Com relação aos valores do colesterol total, 40% (20) estavam aumentados, com valor médio de 193,12 (\pm 30,78).

TABELA 2 - Perfil lipídico dos casos de AVE no Jangurusu. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

	n	f%	Média	Desvio Padrão
LDL			125,87	±16,14
Normal	49	98,0		
Elevado	1	2,0		
HDL			40,78	±5,57
Normal	8	16,0		
Baixo	42	84,0		
Colesterol total			193,12	±30,78
Normal	30	60,0		
Elevado	20	40,0		
Triglicerídeos			178,44	±64,96
Normal	14	28,0		
Elevado	36	72,0		
Total	50	100,0		

Fonte: Dados da pesquisa

A verificação da pressão arterial é elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. Utilizou-se a classificação da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão para análise dos níveis de PA. O HIPERDIA segue essa classificação, pois é aceita mundialmente. Não foi encontrado caso de hipertensão sistólica isolada.

De acordo com a tabela 3, verificou-se que pouco menos da metade dos pacientes estão com a PA normal (22; 44%), sendo que 18% (9) encontram-se no valor limítrofe e 38% (19) estavam nos estágios 1,2 ou 3, caracterizando falta de controle sobre a doença.

A média da PA sistólica foi 132,80 mmHg (\pm 18,29) e a da PA diastólica foi 86,00 mmHg (\pm 9,25), indicando que os participantes do estudo estariam dentro do estágio da normalidade para limítrofe.

TABELA 3 - Cifras Pressóricas dos casos de AVE no Jangurussu. Fortaleza- Ceará-Brasil, 2014.

Grau de HAS	n	f%	Média PAS	X±SD	Média PAD	X±SD
Normal	22	44,0				
Limítrofe	9	18,0				
Estágio 1	12	24,0				
Estágio 2	4	8,0	132,80	±18,29	86,00	±9,25
Estágio 3	3	6,0				
Total	50	100,0				

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a figura 1, com relação aos fatores de risco, pode-se enumerar a presença do tabagismo (29; 58%) e a ingestão de álcool (24; 48%). Não foi questionado aos participantes sobre a quantidade diária e a qualidade da bebida ingerida. Estes são considerados importantes fatores de riscos de doenças crônicas não infecciosas.

Referente à antropometria houve presença de sobrepeso (23; 46%) e obesidade (22; 44%). Aliado a esse fator, tem-se CA elevada (39; 78%) e sedentarismo (33; 66%).

Por estar relacionado diretamente aos fatores de risco para AVE encontrou-se doenças associadas (46; 92%), sendo 22 casos de HAS mais 24 de HAS e DM juntos. Apesar das doenças cardíacas estarem presentes em pacientes com diagnóstico de AVE, nessa pesquisa apenas (11; 22%) referiram algum tipo de alteração cardíaca.

Quando questionado se havia recebido orientações ou participado de algum tipo de educação em saúde no gru-

po do HIPERDIA, 15 negaram, mas 35 (70%) afirmaram que sim. Questiona-se, entretanto, a razão da ausência de impacto na prática de hábitos saudáveis.

FIGURA 1 - Fatores de risco nos casos de AVE no Jangurussu. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

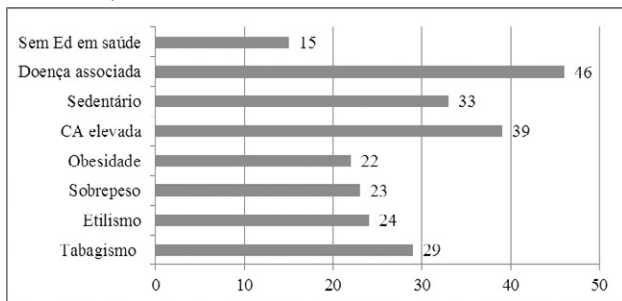


TABELA 4 – Relação entre sexo e alterações na PA, TG, e colesterolis. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

	Feminino		Masculino		Total		X±SD		Qui-Quadrado	
	n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	X±SD	X±SD		
PAS							110,0 ± 28,28	132,80 ± 18,29		p=1,203
Normal	18	54,5	12	70,5	30	60,0				
Alterada	15	45,5	5	29,5	20	40,0				
PAD							70,0	86,0 ± 9,25		p=0,098
Normal	14	42,5	8	47,0	22	44,0				
Alterada	19	57,5	9	53,0	28	56,0				
TG							161,0 ± 8,48	178,44 ± 64,96		p=0,025
Normal	9	27,3	5		14	28,0				
Elevado	24	72,7	12	29,5	36	72,0				
CT							210,0 ± 4,95	193,12 ± 30,78		p=2,911
Normal	17	51,5	13	76,5	30	60,0				
Alterada	16	48,5	4	23,5	20	40,0				
HDL							39,00± 1,33	40,78 ± 5,57		p=3,447
Normal	3	10,0	5	29,5	8,0	16,0				
Baixo	30	90,0	12	70,5	42,0	84,0				
LDL							111,00 ± 1,21	125,87 ± 16,14		p=1,901
Normal	33	100,0	16	94,0	49,0	98,0				
Alterada	0	0	1	6,0	1	2,0				

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4 apresenta-se a associação entre sexo e PAS, PAD, CT, HDL, LDL e TG. Os valores da PAS nos homens foi, em média, 110 mmHg ($\pm 28,28$) com 60% considerado normal, enquanto 40% tinham algum grau de hipertensão. A PAD média para eles foi de 86 mmHg ($\pm 9,25$), com 44,0% das cifras entre normal e 56,0% alterado.

Nas mulheres, a média da pressão arterial foi maior. A média da PAS foi de 120 mmHg ($\pm 16,33$), com 54,5% dos valores normais. A média da PAD foi de 77,50mmHg ($\pm 12,58$) com 42,5% dos valores considerados normais e (19-57,5%) elevados.

Os colesteróis e suas frações, quando comparadas às médias entre homens e mulheres, não sofreram grandes variações, exceto os triglicérides. O TG alcançou média de 178,44 mg/dl ($\pm 64,96$) entre os homens e 173,50 mg/dl ($\pm 50,36$) nas mulheres.

O destaque entre os números e suas respectivas variáveis – PAS, PAD, IMC, CT, HDL, LDL e TG e sua relação com o sexo dos pacientes acometidos por AVE, ficou por conta da significância estatística encontrada pelo *Qui-quadrado*, mas é válido destacar que havia 33 mulheres no estudo e somente 17 homens.

O AVE vem sendo considerado um problema de saúde pública pela elevada incidência, pelo impacto socioeconômicas e pelos comprometimentos físicos e psicossociais (RIBEIRO *et al.*, 2013). Geralmente os pacientes são idosos, debilitados e nem sempre possuem recursos financeiros suficientes. Tem necessidade de alimentar-se bem, fazem uso de medicamentos específicos e necessitam de cuidados rotineiros. Além disso, a recuperação é lenta, podendo durar meses ou anos (SOUSA, 2010).

As condições sóciasdemográficas influenciam no desenvolvimento e na reabilitação dessa doença. Nesse estudo, houve o predomínio de idosos (25; 50%) com idade igual e superior a 60 anos, do gênero feminino (33; 66%) e de pele mestiça/negra (35; 70%) corroborando com o estudo de PEREIRA *et al.*, (2009). Em outro estudo realizado em Fortaleza-Ceará sobre AVE viu-se a média de idade de 62,3 anos, semelhante à verificada neste estudo (CARVALHO *et al.*, 2011). Para Reis *et al.*, (2008) a média de idade foi 72,13.

Verificou-se que 54% (27) dos indivíduos foram considerados analfabetos funcionais, pois frequentaram a escola por um período em média de 4 anos. Falcão *et al.* (2006) apontam a prevalência de AVE em indivíduos com baixa escolarização. Nesse estudo, não foi possível fazer associação estatística.

Porém, sabe-se que baixo nível de escolaridade associado aos fatores socioeconômicos e culturais pode contribuir para o aparecimento das doenças cardiovasculares, dificultando a conscientização em relação às medidas terapêuticas e às mudanças nos hábitos de vida, muitas vezes necessárias para o estabelecimento de condutas saudáveis no caminhar da vida (DIAS, 2006).

A situação socioeconômica também desempenha um papel determinante na saúde dos indivíduos e populações, sendo a renda familiar baixa associada a condições de vida inadequadas e, conseqüentemente, a elevadas taxas de mortalidade por problemas cardiovasculares, incluindo o AVE. Neste estudo, a maioria dos entrevistados possui renda entre 1 a 2 SM (90,0%) para manutenção de toda família, corroborando com o estudo de Dias (2006), em pesquisa transversal com 82 usuários, em 12 Unidades de Saúde da

Família da cidade de Divinópolis-MG, cuja média de renda familiar foi de 622 reais.

Dessa forma, o custo de alguns alimentos recomendados, a falta de espaço de lazer para prática de atividades esportivas ou culturais, o estresse gerado pela violência e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde constituem-se como aspectos que dificultam a prevenção dos fatores de risco e que estão diretamente associados aos problemas de ordem econômica.

O estado civil também é um fator que está relacionado à incidência do AVE. Nessa pesquisa, 58% tinham companheiro(a), residindo com ele: filhos e outros familiares. Falcão *et al.*, (2006) afirmam que a presença do parceiro é fundamental no compartilhamento das situações geradoras de conflitos, a sensação de apoio e o cuidado mútuo interfere na recuperação. Assim, a presença do companheiro está relacionada à melhoria e continuidade dos cuidados em saúde, pois o ajustamento da família, o apoio e a compreensão dispensada ao paciente são fatores fundamentais para sua adaptação após o AVE (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Acerca dos níveis lipídicos, ao contrário da doença coronariana, relações diretas entre risco de AVE e colesterol sérico total ou LDL elevado, ou inverso com HDL não estão ainda bem estabelecidas (CHAVES, 2000). Nessa pesquisa, destaca-se a elevação do TG associada à diminuição do HDL. Contudo, outros estudos afirmam que risco de AVE isquêmico aumenta proporcionalmente com os valores de CT e das lipoproteínas de baixa densidade (AHA, 2002). Por isso, a recomendação do Ministério da Saúde é diminuir os níveis séricos de TG e aumentar os níveis séricos de HDL.

Koren *et al* (2002) apontam associação positiva entre os níveis elevados de colesterol sérico e a ocorrência de AVE isquêmico. No nosso estudo, a média de LDL foi 128,25 (\pm 22,14) nas mulheres e 111,00 (\pm 1,21) nos homens. A média de CT foi 193,12 (\pm 30,78). Não houve associação estatística ente AVE e os níveis de TG, LDL e CT, porém houve com o HDL ($p=0,002$). Mas, esse estudo possui uma limitação por não associar o HDL ao tipo de AVE ocorrido.

Alguns estudos relativos à doença aterosclerótica dos grandes vasos demonstram a associação presente entre o aumento do CT e LDL com a ocorrência de AVE. Contudo, não podemos fazer uma análise isolada da hipercolesterolemia. É bastante comum a presença de outros fatores de risco que intervêm na formação da placa de ateroma.

Esse estudo detectou PAS e PAD com médias acima do parâmetro considerado normal. Estudo constatou que a maioria dos casos de AVE estudados também apresentam médias de PAS e PAD aumentadas. Nesse sentido, torna-se necessário maior controle deste fator de risco, pois a normalização das cifras pressóricas diminui em 42% o risco de AVE (BRASILEIRO *et al.*, 2013).

O risco de AVE é diretamente proporcional à PAS e PAD. Por cada aumento superior a 5 mmHg da PA diastólica o risco de AVE aumenta 33%. Por outro lado, a redução da pressão arterial diastólica em 5-6 mmHg ou da PA sistólica em 10-12 mmHg conduz a uma redução do risco de AVE de 35 a 40% (SILVA, 2004).

O controle dos fatores de risco é responsável por pelo menos 50% na redução da mortalidade por doença cardiovascular e, portanto, intervenção para diminuir esses fatores promoverá diminuição da morbimortalidade por AVE.

Os fatores de risco observados na figura 1 apresentam frequências elevadas, destacando-se a CA, IMC, a presença de HAS e DM isoladamente ou associada, tabagismo e a inatividade física.

A incidência de AVE aumenta acentuadamente com o aumento da idade e dobra a cada década de vida nos idosos, sendo o pico de incidência entre 70 e 80 anos (PEREIRA, 2009).

A obesidade continua sendo um grande fator de risco para AVE, não importando o índice com que se defina a obesidade: IMC, circunferência da cintura ou o índice cintura/quadril tanto em brancos como negros. Porém, estudo detectou que os indivíduos da raça negra apresentaram cerca de 2 a 3 vezes maior incidência de AVE que os brancos (YATSUYA *et al.*, 2010). Nesse estudo houve associação estatística entre AVE e IMC ($p=0,001$).

Índices elevados de sobrepeso podem conduzir à elevação de adipocinas que participam da homeostase vascular, causando aumento nos níveis circulantes de proteína C reativa e de fibrinogênio, os quais estão associados à coagulação sanguínea e à consequente oclusão de vaso com eventos cerebrovasculares (BRASILEIRO *et al.*, 2013).

Para Carvalho *et al.*, (2010), o sedentarismo, por exemplo, está associado diretamente com o AVE, por isso requer estímulo à atividade física com intuito de evitar complicações, dado confirmado nesse estudo, onde a associação estatística significativa é verificada entre AVE e sedentarismo ($p = 0,005$).

Os efeitos benéficos da prática regular do exercício físico têm sido amplamente estudados e incluem: controle ou diminuição da gordura corporal; incremento da força

muscular e da densidade óssea; aumento do volume de sangue circulante, da resistência física e ventilação pulmonar; diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo e da pressão arterial; melhora do perfil lipídico; redução dos níveis de glicose e dos marcadores anti-inflamatórios associados às doenças crônicas não transmissíveis; diminuição do risco de doenças cardiovasculares; AVE tromboembólico; HAS; DM tipo 2, osteoporose, obesidade; câncer de cólon; e câncer de útero. Ainda se observa melhora da qualidade de vida, diminuição do estresse, ansiedade e depressão, consumo de medicamentos e incremento na socialização, prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas e redução de risco de quedas (NELSON, *et al.*, 2007).

Nesse estudo 92% tinham diagnóstico de HAS isolada ou associada ao DM. Esse fato corrobora com dois estudos de revisão de literatura: Pontes Neto *et al.*, (2008) e Passos, Assis e Barreto (2006) que mostraram a elevada prevalência de HAS no Brasil, variando entre 20% e 44%. Destes, somente 30% de hipertensos tem a pressão arterial controlada.

No que se refere à associação com doenças crônicas, o DM ativa mecanismos aterogênicos diretos, podendo agravar o prognóstico de AVE e favorecer o desenvolvimento de complicações clínicas no curso da doença (CASTRO *et al.*, 2009). Além disso, em concomitância com a HAS e dislipidemia o DM é considerado um risco aumentado para AVE e doenças cardíacas (BRASILEIRO *et al.*, 2013).

Considerando-se a importância da hipertensão arterial e do diabetes como causa de AVE e o acompanhamento realizado pelas equipes de saúde da família a esses usuários, torna-se primordial o trabalho com a promoção da saúde,

na tentativa de redução de incidências de doenças crônicas e incapacitantes e melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas destes agravos.

A forma de educação em saúde precisa estar sendo discutida e avaliada nas pelos profissionais de saúde. Nesse estudo (35-70%) dos pacientes que tiveram AVE afirmaram ter recebido orientações na ESF e apenas (15-30%) não tiveram acesso a informações sobre prevenção e controle das doenças crônicas. Esse resultado sugere que as campanhas de educação em saúde, ou os esclarecimentos no momento do atendimento ou mesmo os meios de comunicação em geral foram deficientes quanto aos esclarecimentos sobre o AVE e suas complicações.

Este estudo observou associação entre gênero e valores PAS, PAD e colesteróis. A avaliação bioquímica mostra associação significativa entre sexo e TG ($p=0,025$), encontrando alteração de 72,7% e 29,5%, no sexo feminino e masculino, respectivamente. Os valores alterados de LDL foram nulos no sexo feminino e teve pequena representação masculina não tendo significado estatístico. Kolankiewicz *et al.*, (2008) encontraram 30,6% da população feminina estudada, com níveis de TG sérico elevado.

Percebe-se que os fatores de risco para o desenvolvimento do AVE são bem conhecidos. Portanto, evidencia-se a necessidade de se aperfeiçoar o aspecto da prevenção. Prevenir e controlar os fatores de risco para o AVE e outras doenças requer a implementação e a necessidade de maximizar medidas educativas, de prevenção e promoção para a melhoria da saúde desta população.

Destaca-se, assim, a prevenção como capaz de favorecer a conscientização e a apropriação do indivíduo como

autônomo e protagonista no seu processo saúde-doença. Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde e a comunidade estejam engajados coletivamente na reorientação das práticas de saúde. As equipes de saúde da família têm um papel de suma importância no sentido de contribuir para o controle da HAS e DM, prevenindo o AVE, uma vez que realizam um cuidado continuado ao usuário, conhecendo bem o contexto onde está inserido e identificando efetivamente sua adesão ao tratamento, assim como a eficácia do mesmo (RIBEIRO *et al.*, 2013).

A Atenção Primária à Saúde, em nosso país desempenha papel chave no controle e redução da morbimortalidade relacionada ao AVE, por meio de seus atributos essenciais e derivados como o acesso, a continuidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar e comunitária. (RIBEIRO *et al.*, 2013). Apresenta como um ambiente propício para as ações de prevenção e promoção da saúde, onde o acidente vascular encefálico deve ser pauta dessas ações.

A prática de educação em saúde se constitui como uma excelente alternativa para trabalhar a prevenção e os agravos associados ao AVE. Primeiro, porque a saúde está fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes, e, segundo, porque seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa é, também, o que aprende por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes o que o caracteriza como um processo mútuo, democrático e solidário (HORTA *et al.*, 2009).

Esse recurso, utilizado na prática educativa e no cuidado à saúde, tem a capacidade de fazer com que o sujeito transforme e seja transformado pelos outros sujeitos presentes no processo.

Sem dúvida é um desafio à promoção da saúde no cotidiano dos serviços de saúde, principalmente em regiões de vulnerabilidade social. Por isso, precisamos ter uma dimensão ampliada da vulnerabilidade. Não apenas como questões socioeconômicas, mas como um fenômeno complexo, caracterizado por questões psicológicas, culturais, políticas, e socialmente determinadas.

Isto contribuirá para melhor compreensão dos processos de saúde e doença, por outro, requer a utilização de instrumentos de trabalho e atividades que orientem a assistência para as necessidades de saúde da coletividade e do trabalho em saúde.

Destaca-se também a importância para a utilização do conceito ampliado de vulnerabilidade nos serviços de saúde, que diz respeito ao conjunto de aspectos relacionados aos planos coletivos e contextuais das famílias que necessitam de respostas sociais, pois se encontram mais suscetíveis aos processos de adoecimento, a fim de se adquirir um olhar diferenciado para as necessidades dessas famílias e em prol de respostas mais efetivas às suas necessidades de saúde (NAKAMURA, *et al.*, 2009).

Conclusão

O impacto do AVE nos indivíduos acometidos por esta patologia tem causado grandes incapacidades na população onerando as receitas dos Serviço de Saúde e Assistência. Este estudo colabora para dar visibilidade a essa população atendida pela Estratégia de Saúde da Família, servindo de base para os profissionais de saúde e população no sentido da produção dos cuidados necessários, do enfrentamento das limitações impostas pelas sequelas, bem

como da prevenção desse agravo na rotina de atendimentos dos profissionais.

Objetiva-se, assim, a uma atenção integral a estes usuários e suas famílias, observando as necessidades reais destes sujeitos, contribuindo com a diminuição do impacto do AVE e para promover uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

Nos resultados aqui obtidos destaca-se a presença das doenças crônico-degenerativas, com destaque para a HAS e o DM, muitas vezes associadas no mesmo usuário, com potencial de risco para a repetição do evento que causou o AVE. Além disso, o sedentarismo, CA e IMC elevado e a presença de dislipidemias foram enumerados como fatores de risco presente na amostra.

Observou-se predominância de mulheres e raça autorreferida parda, bem como pessoas que viviam com companheiro(a), e/ou outros familiares, evidenciando uma família intergeracional com muitas pessoas no núcleo familiar. A renda familiar baixa, que não chegou a superar dois salários mínimos, na maioria, foi encontrada nessa clientela, evidenciando também escolaridade baixa. Aliado ao fato da amostra estar inativa profissionalmente em decorrência da doença, portanto, a aposentadoria sendo a principal fonte de subsídio para a família.

Observou-se que pouco menos da metade dos pacientes estavam com a PA normal e a mais da metade encontram-se no valor limítrofe ou apresentaram alteração caracterizando falta de controle sobre a doença. As taxas de colesterol total e triglicérido estavam elevadas na maioria da amostra e notou-se a dificuldade do grupo manter controle sobre esses índices.

Quando questionado sobre a participação de grupo de educação em saúde, a maioria afirmou conhecer. Preocupa o fato da não adesão aos hábitos de vida mais saudáveis. Tais informações mostram ser necessário investir em prevenção e de promoção da saúde, buscando maneiras que gerem aprendizagem significativa nos indivíduos, para que promovam mudanças no estilo de vida da população. A prevenção primária e secundária desses agravos parece ser a alternativa mais acertada para redução de impactos sociais e econômicos que o AVE provoca e a APS deve ser a ordenadora dos processos de educação em saúde.

Nesse sentido, sugere-se que outros estudos sejam realizados com essa temática, a fim de contribuir para ampliação do cuidado em saúde e no manejo dessa doença, respeitando a singularidade do indivíduo e o perfil das pessoas acometidas por AVE, orientando a realização das medidas preventivas e ações de reabilitação, sobretudo aquelas realizadas no âmbito da atenção primária.

Referências

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart Disease and Stroke Statistics**. Update. Dallas, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Brasília, 2006.

BRASILEIRO, I.C. *et al.*, Acidente vascular cerebral: panorama epidemiológico de uma população acometida. In.: MOREIRA, T.M.M; SILVA, M.G.C. (org.). **Hipertensão arterial: nós críticos, epidemiologia e condições clínicas associadas**. Fortaleza-Ceará. EdUECE, 2013, p. 194-202.

BROWN M. M., MARKUS H. S., OPPENHEIMER S. **Stroke Medicine**, (London; New York: Taylor and Francis); 2006, p. 81-83.

CASTRO, J.A.B. *et al.*, Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, n. 3, p. 171- 173, 2009.

CHAVES, M.L.F. Acidente vascular encefálico: conceitua o e fatores de risco / Stroke: definition and risk factors. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 4, p. 372-382, 2000.

CARVALHO, J.J.F. *et al.*, Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil - A Hospital-Based Multicenter Prospective Study. **Stroke**, v. 42, n. 33, p. 3341-46, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKE-AHA.111.626523>. Acesso em: fevereiro de 2014.

DIAS, K.S. **Perfil dos indivíduos portadores de acidente vascular cerebral vinculados ao programa de saúde da família no**

município de Divinópolis-MG: a demanda por cuidados fisioterapêuticos. 2006. 118p. [Dissertação] Mestrado em Promoção da Saúde. Universidade de Franca, São Paulo.

FALCÃO, I.V. *et al.*, Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saúde. Mater. Infant.** Recife, v. 4, n. 1, p. 95-101, 2004.

HORTA, N. C. *et al.* A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, 2009.

KOLANKIEWICZ, F.; GIOVELLI, F.M.H.; BELLINASSO, M.L. Estudo do perfil lipídico e da prevalência de dislipidemias em adultos. **Rev. Bras. Análises Clínicas**, v. 40, n. 4, p: 317-20, 2008.

KOREN-MORAG, N. *et al.*, Low-and -high density lipoprotein cholesterol and ischemic cerebrovascular disease: the bezafibrate infarction prevention registry. **Arch. Intern. Med**, v. 13, n. 162 (9), p: 993-9, 2002.

LACKLAND, D.T. *et al.*, Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, n. 45, v. 1, p. 315-53, 2014.

LOTUFO, P. A.; BENSEÑOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **Int J Stroke**, v. 4, n. 1, p. 40-1, 2009.

MEDEIROS, J.D; GRANJA, K. S.B; PINTO, A.P de Souza. Avaliação do impacto do acidente vascular cerebral sobre a população acometida: revisão sistemática. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 1, n. 3, p. 131-136, 2013.

NAKAMURA, E.; EGRY, E.Y.; CAMPOS, C.M.S.; NICHIA-TA, L.Y.I.; CHIESA, A.M.; TAKAHASHI, R.F. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 17, n. 2, p. 253-8, 2009.

NELSON, M.E. *et al.* Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation** v. 166, n. 9, p. 1094-105, 2007.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, A.B. *et al.*, Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 9, p. 1929-36, 2009.

PIRES, S.L.; GAGLIARDI, R.J.; GORZONI, M.L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos – **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 62, n. 3-B, p. 844-851, 2004.

PONTES-NETO, O.M. *et al.*, Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. **Stroke**. v. 39, n. 2, p: 292-6, 2008.

REIS, L.A. *et al.*, Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié, BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2008.

RIBEIRO, K.S.Q.S. *et al.*, Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 16 Suplemento 2 p. 35-44, 2013.

SILVA, F. Acidente vascular cerebral isquêmico - Prevenção: Aspectos actuais. É preciso agir. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 99-109, 2004.

SHEEHAN, M.N. Disabilities and aging. **Theor Med**, v.24, n.6, p. 525-533, 2003.

SOARES, M.I.F.G. **Acidente vascular isquêmico: Complicações infecciosas segundo o volume e a localização de Enfarte**. 2011.79f. [Dissertação] Mestrado em Ciências Médicas. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã (Portugal).

SOUSA, M.C.B.C. **Aspectos epidemiológicos do acidente vascular cerebral na Cova da Beira - importância dos dados regionais para o planeamento de saúde**. 2007. 121f. [Tese] Doutorado em Medicina. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã (Portugal).

VIANA F. P. *et al.*, Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 11 n. 1, p., 2008.

YATSUYA, H. *et al.*, Race- and Sex-Specific Associations of Obesity Measures With Ischemic Stroke Incidence in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. **Stroke**, v. 41, n. 3 p. 417-25, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20093637>. Acesso em 10 de março de 2014.

CONHECIMENTO SOBRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Maria Simone Rodrigues da Silva
Marla da Paschoa Costa
José Wicto Pereira Borges
Dalton Francisco de Andrade
Thereza Maria Magalhães Moreira

A identificação e o controle dos fatores de riscos relacionados ao AVC são fundamentais na redução do número de casos do evento, bem como da mortalidade das pessoas acometidas por essa enfermidade. A demora em identificar os sinais e sintomas pode contribuir para o aumento da gravidade de incapacidades causadas por essa doença, pois, quanto mais precoce o tratamento, maior é a chance de recuperação (MORO, 2009; ROLIM; MARTINS, 2011).

São muitos os fatores de risco associados ao AVC. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco. A alta prevalência da HAS na população e a relação com causas frequentes de morbimortalidade fazem dela um grave problema para a Saúde Pública e, quando não tratada adequadamente, diminui a expectativa e a qualidade de vida das pessoas. Assim, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor da

saúde, nos campos da promoção e da prevenção de doenças. (OLIVEIRA *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2013).

Um dos principais cuidados de enfermagem reside em atividades de promoção da saúde objetivando evitar que o AVC aconteça. Trata-se de uma das formas de contribuir com a qualidade de vida das pessoas que estão dentro do grupo de fatores de riscos. Para tanto ações preventivas e educativas devem ser realizadas visando à orientação, aquisição ou ampliação de conhecimento sobre a doença e controle adequado dos fatores de risco.

Assim, sendo a HAS um dos principais fatores de risco para essa morbidade, fazem-se necessários estudos que vislumbrem delinear o conhecimento das pessoas com hipertensão arterial sobre o AVC, como parte do delineamento de ações de promoção da saúde que vislumbrem o letramento dessas pessoas, culminando com um melhor seguimento terapêutico da HAS que minimizem os riscos do acometimento pelo AVC. Assim, objetivou-se analisar o conhecimento sobre AVC e a qualidade de vida de pessoas HAS.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, realizado no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014 com pessoas em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de Floriano-PI situado à 256 km da capital do Estado do Piauí, Teresina.

Foram escolhidas por conveniência duas unidades básicas de saúde para a realização desta pesquisa. A escolha foi motivada pelos pesquisadores conhecerem as equipes destes locais e por ser campo de atuação do Curso de Enfermagem ao quais os autores estão vinculados.

As unidades de saúde pesquisadas encontram-se inseridas em uma região com grande prevalência de pessoas com classe social baixa e disponibilizam dos programas estratégicos da ESF.

Para a amostragem deste estudo considerou-se população as 655 pessoas com hipertensão arterial cadastradas nas duas UBS (369 pessoas da primeira unidade e 286 pessoas da segunda unidade). Desse modo, e utilizando o cálculo de amostra para população finita com os parâmetros: erro amostral de 8%, índice de confiança 95% e uma prevalência de 20% de HAS na população brasileira (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010). Chegou-se a uma amostra de 89 sujeitos.

No processo de seleção dos elementos para a amostra foi escolhida a amostragem não probabilística intencional, por se adequar ao tipo de estudo realizado. Segundo, Lakatos & Marconi, (2010), o método de amostragem intencional é aquele em que o pesquisador pode arbitrar sobre as unidades de população a serem estudadas e observadas, principalmente, em situações específicas e particulares.

Foram realizadas visitas domiciliares para o recrutamento da amostra que inicialmente era composta por 89 pessoas, no entanto, por dificuldade de localização dos endereços e interferência dos fenômenos da natureza (a chuva, o calor e o sol muito fortes) que dificultou a acessibilidade às pessoas com hipertensão arterial e o fato dos sujeitos não se encontrarem nas suas residências no momento da realização das visitas domiciliares, a amostra final desta pesquisa foi constituída de 70 pessoas.

Os sujeitos foram pessoas com HAS que fazem acompanhamento nas unidades selecionadas. Os critérios

de inclusão foram: maiores de 18 anos, cadastrados na unidade há pelo menos um ano no serviço. Como critérios de exclusão: indivíduos que apresentam déficit cognitivo, que impossibilitem a compreensão dos objetivos do estudo e das perguntas dos instrumentos de coleta e pacientes em período de gestação.

As variáveis estudadas foram: variáveis dependentes - nível de qualidade de vida: dicotômica (aumentada e diminuída) entre componente físico e o componente mental; conhecimento sobre o AVC: estratificado em três dimensões - conhecimento sobre fatores de risco; conhecimento sobre sinais, sintomas e sequelas; e o conhecimento sobre a conduta imediata.

Variáveis independentes - características dos hipertensos: sexo, idade, escolaridade, situação familiar/conjugal, consumo de tabaco, consumo de álcool, prática de atividades físicas e alimentação.

Para a avaliação do conhecimento sobre o AVC foram consideradas três dimensões: conhecimento sobre fatores de risco, conhecimento sobre sinais e sintomas e conhecimento sobre conduta imediata. O instrumento criado foi baseado no estudo de Costa *et al.*, (2008) que estratifica o conhecimento em três níveis: inadequado, suficiente e ótimo de acordo com as seguintes regras:

a) para fatores de risco o conhecimento será ótimo quando responderem positivamente para idade acima de 40 anos, dieta inadequada, hipertensão, sedentarismo, estresse e consumo de drogas ilícitas. Será considerado como suficiente quando houver uma resposta negativa para dieta inadequada, sedentarismo, estresse e consumo de drogas ilícitas. Como inadequado, quando a resposta foi negativa para hipertensão ou idade.

b) para sinais e sintomas o conhecimento será ótimo aos que responderam positivamente para déficit motor, distúrbios de linguagem, distúrbios de visão e confusão mental e negativamente para disúria, edema de membros inferiores e dor no peito. Como suficiente, quando se obteve resposta positiva para, pelo menos, déficit motor, distúrbio de linguagem, distúrbio de visão e confusão mental, independente das outras respostas. Como inadequado, se a resposta foi negativa para déficit motor, distúrbio de linguagem, distúrbio de visão e confusão mental, independente das outras respostas.

c) para conduta imediata o conhecimento será ótimo se houver resposta positiva para hospitalização e negativa para chá, antibiótico e anti-hipertensivo e inadequado se a resposta foi negativa para hospitalização ou positiva para qualquer um dos outros.

Na avaliação da qualidade de vida foi utilizado o teste de avaliação da qualidade de vida *12-Item Short Form Health Survey* (SF-12 versão 02) está relacionado ao desempenho funcional de ajuda recebida quando necessária, nas atividades básicas e instrumentos de vida diária, e na identificação e caracterização dos cuidadores principais. (RIBEIRO, 2011).

O instrumento SF (12) avalia a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) por meio de aspectos de saúde física e mental. Para cada componente os resultados são pontuados em uma escala que varia de 0 a 100 e, preconizam-se 100 como a melhor qualidade de vida e zero para pior. Ambos os componentes foram dicotomizados, utilizando-se um ponto de corte na mediana, com base no estudo de Ribeiro (2011). Dessa forma, escores acima da me-

diana foram categorizados como QVRS AUMENTADA, e os escores abaixo da mediana foram considerados como QVRS DIMINUÍDA.

Os dados coletados foram tabulados no software SPSS versão 20.0. A análise estatística iniciou-se com listagem das frequências absolutas e relativas de cada variável, média e desvio padrão das variáveis contínuas. Foi realizado o cálculo de Kolmogorov-Smirnof para testar a normalidade dos dados com $p < 0,05$ apresentando significância. Realizou-se o teste Qui-quadrado para verificar associações entre as variáveis.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, respeitando o que rege as Resoluções 466/12 e do Conselho Nacional de Pesquisa referente a pesquisas com seres humanos.

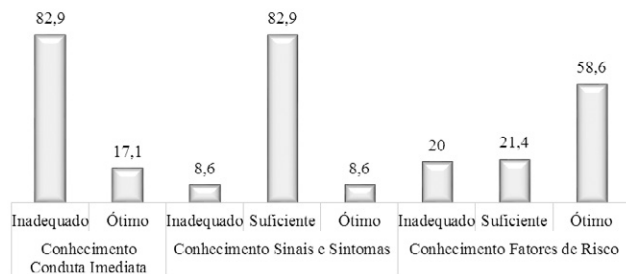
Resultados e discussão

Verificou-se que a média de idades dos inquiridos era de 65,50 (+/- 11.861), não havendo distinção entre os gêneros se masculino ou feminino, variando a faixa etária entre a mínima de 40 e a máxima de 95 anos. Em se tratando do sexo houve a predominância do feminino (58,6%). Sobre a escolaridade, constatou-se que 70% tinham o ensino fundamental incompleto e somente 5,7% haviam concluído o ensino médio. Com relação à renda familiar 77,1% recebia de um a dois salários mínimos (salário mínimo = R\$ 678,00 em janeiro de 2014) e 8,6% dos entrevistados viviam com menos de um salário. Sobre o estado civil, 61,4 % eram casados, 14,3% solteiros, 14,3% viúvos, 7,1% desquitados e o restante divorciados.

Observou-se que as doenças mais prevalentes foram a dislipidemia (51,4%), sobrepeso/obesidade (11,4%) e 14,3% já haviam tido AVC. As cifras pressóricas apresentaram-se alteradas em 47,1% de PAS e 40% a PAD. Quanto aos hábitos de vida, 8,6% das pessoas tem uma alimentação salgada, 15,7% uma alimentação gordurosa e somente 15,7% pratica uma atividade física. Em relação ao tabagismo 48,6% eram ex-fumantes.

A Figura 1 apresenta o nível de conhecimento sobre AVC.

Figura 1: Conhecimento sobre Acidente Vascular Cerebral de pessoas com hipertensão arterial (n=70) de Floriano-Piauí, 2014.



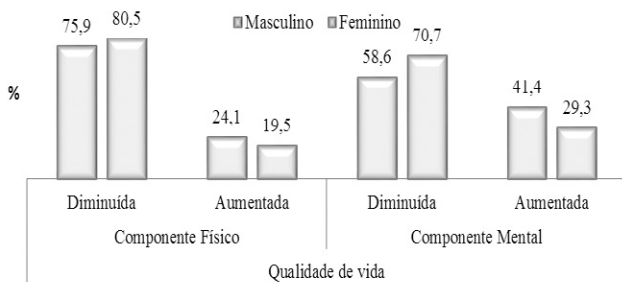
Em relação ao conhecimento sobre o AVC observou-se que 82,9% dos inquiridos revelou conhecimento inadequado quanto a conduta imediata; 82,9% conhecimento suficiente sobre sinais, sintomas e sequelas e 58,6% conhecimento ótimo sobre os fatores de risco.

A Qualidade de Vida foi analisada segundo o instrumento SF-12, o componente físico apresentou média de 37,97 pontos, variando entre 20 e 65 pontos. Em relação ao componente mental, a média foi de 46,27, variando entre

25 e 61 pontos. É possível perceber que a qualidade de vida apresenta-se diminuída nos dois componentes avaliados.

A Figura 2 apresenta a Qualidade de vida em relação ao sexo.

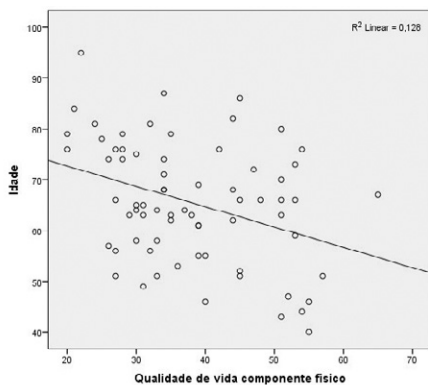
Figura 2: Distribuição de frequências dos Componentes Físico e Mental de Qualidade de Vida de pessoas com hipertensão arterial (n=70) quanto ao sexo, segundo o SF-12. Florianópolis-Piauí, 2014.



Observa-se a qualidade de vida diminuída para ambos os componentes e sexos. Comparando a qualidade de vida entre o sexo masculino e feminino, em relação ao componente físico, o sexo feminino apresentou maior prevalência de qualidade de vida diminuída do que o masculino, com 80,5% da amostra. Quanto ao componente mental o sexo feminino também apresentou prevalência elevada de qualidade de vida diminuída (70,7%).

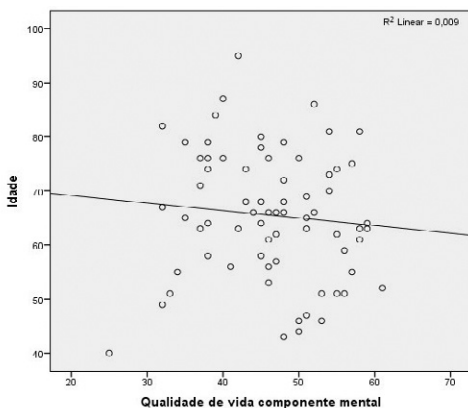
Com relação à associação da qualidade de vida com a idade, a dispersão a seguir apresenta essas associações.

FIGURA 3: Associação entre idade e Qualidade de vida (Componente Físico) de pessoas com hipertensão arterial (n=70) de Floriano, Piauí, 2014.



Coefficiente de correlação de Pearson $-0,358$ ($p=0,002$)

FIGURA 4: Associação entre idade e Qualidade de vida (Componente Mental) de pessoas com hipertensão arterial (n=70). Floriano-Piauí, 2014.



Coefficiente de correlação de Pearson $-0,095$ ($p=0,433$)

Vê-se na Figura 3 uma associação negativa estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e qualidade de vida em relação ao componente físico ($p=0,002$). À medida que a idade das pessoas aumenta a qualidade de vida diminui. Na Figura 4, observou-se não haver associação entre a idade e o componente mental.

A tabela 1 apresenta a associação do conhecimento sobre AVC e qualidade de vida.

TABELA 1: Associação entre conhecimento sobre AVC e os componentes físico e mental de Qualidade de vida, segundo SF-12, de pessoas com hipertensão arterial ($n=70$) de Floriano, Piauí, 2014.

Conhecimento sobre AVC	n	Componentes de Qualidade de Vida							
		FÍSICO				MENTAL			
		Diminuído		Aumentado		Diminuído		Aumentado	
n	%	n	%	n	%	n	%		
Conhecimento fatores de risco									
Ótimo	41	31	75,6	10	24,4	24	58,5	17	41,5
Suficiente	15	14	93,3	01	6,7	11	73,3	04	26,7
Inadequado	14	10	71,4	04	28,6	11	78,6	03	21,4
				p*=0,275		p=0,309			
Conhecimento sinais e sintomas									
Ótimo	06	04	66,7	02	33,3	03	50	03	50
Suficiente	58	46	79,3	23	20,7	39	67,2	19	32,3
Inadequado	06	05	83,3	01	16,7	04	66,7	24	34,3
				p=0,739		p=698			
Conhecimento conduta imediata									
Ótimo	12	10	83,3	02	16,7	05	41,7	07	58,3
Inadequado	58	45	77,6	13	22,4	41	70,7	17	29,3
				p=659		0,054			

p = Qui-quadrado

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 1, após realizar os testes de associação, nenhuma variável foi estatisticamente significativa, como pode ser observado nos valores de $p > 0,05$ entre conhecimento sobre AVC e os componentes da qualidade de vida. É importante destacar o valor de $p=0,054$ entre o componente mental de qualidade de vida e o conhecimento da conduta imediata.

Tabela 2: Associação entre os fatores de risco para AVC e os componentes físico e mental de Qualidade de vida, segundo SF-12, de pessoas com hipertensão arterial (n=70) de Floriano, Piauí, 2014.

Característica	Componentes de Qualidade de Vida										
	FÍSICO					MENTAL					
	n	Diminuído		Aumentado		Diminuído		Aumentado			
n		%	n	%	n	%	n	%			
AVC	Sim	10	09	90	01	10	07	70	03	30	
	Não	60	46	76,7	14	23,3	39	65	21	35	
		p=0,341					p=0,758				
Dislipidemia	Sim	36	28	77,8	08	22,2	23	63,9	13	36,1	
	Não	34	27	79,4	07	20,6	23	67,6	11	32,4	
		p=0,868					p=0,741				
Sobrepeso/ obesidade	Sim	08	07	87,5	01	12,5	04	50	04	50	
	Não	62	48	77,4	14	22,6	42	67,7	20	32,3	
		p=513					p=0,320				
PAS Compensada		37	31	83,8	06	16,2	26	70,3	11	29,7	
		33	24	72,7	09	27,3	20	60,6	13	39,4	
		p=0,260					p=0,395				
PAD Compensada		42	33	78,6	09	21,4	29	69	13	31	
	Descompensada	28	22	78,6	06	21,4	17	60,7	11	39,3	
		p=1,000					p=0,472				
Tabagismo	Sim	33	26	78,8	07	21,2	26	78,8	07	21,2	
	Não	37	29	78,4	08	21,2	20	54,1	17	45,9	
		p=0,967					p=0,030				
Exercício Físico	Sim	11	06	54,5	05	45,5	03	27,3	08	72,7	
	Não	59	49	83,1	10	16,9	43	72,9	16	27,1	
		p=0,034					p=0,003				
Alimentação Gordurosa	Sim	11	08	72,7	03	27,3	06	54,5	05	45,5	
	Não	59	47	79,7	12	20,4	40	67,8	19	32,2	
		p=607					p=0,395				
Alimentação Salgada	Sim	6	05	83,3	01	16,7	05	83,3	01	16,7	
	Não	64	50	78,1	14	21,4	41	64,1	23	35,9	
		p=0,766					p=0,342				
Álcool	Sim	46	35	76,1	11	23,9	34	73,9	12	26,1	
	Não	18	20	83,3	04	16,7	12	50	12	50	
		p=0,483					p=0,045				

p = Qui-quadrado

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 2, verificou-se associação significativa entre o componente físico e a realização de exercício físico ($p=0,035$); e entre componente mental e tabagismo ($p=0,030$), exercício físico ($p=0,003$) e o consumo de álcool ($p=0,045$).

As características sócio demográficas mostraram a maior participação de mulheres, idosas, de baixa escolaridade e baixa renda. Este fenômeno da predominância do sexo feminino pode ter como fator responsável a maior esperança de vida para as mulheres que no Brasil é de 77 anos, enquanto para o homem é de 69,4 anos (DATASUS 2011; ROSSET *et al.*, 2011). Taxas mais alta de doenças cardiovasculares são encontradas em grupos com nível socioeconômico mais baixo (CIPULLO *et al.*, 2010). Por sua vez, a baixa escolaridade está associada às maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial (NASCENTE, 2010).

As diferenças socioeconômicas têm papel importante na vida das pessoas podendo determinar as condições de saúde dessas, pois aqueles com melhores condições, hipoteticamente, têm maior acesso à informação, melhor entendimento da condição clínica e maior adesão ao tratamento.

A dislipidemia constitui maior fator de risco causal de aterosclerose, ocasionada pelo aumento do colesterol total e LDL, dos triglicerídeos ou de ambos ou ainda pela redução do HDL, potencializando a formação de ateromas que diminuem ou interrompem a circulação sanguínea ocasionando um AVC (GAMA *et al.*, 2010). Os achados sobre aumento de sobrepeso e obesidade, reforçam a necessidade de implementação de medidas objetivas para seu combate através da ação da Estratégia Saúde da Família, diminuindo

do a morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (NASCENTE, 2010). Medidas educativas que estimulem as mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares da população ainda são insuficientes, suspeitando-se que a população não tenha acesso amplo às informações sobre a prevenção primária de diversas doenças (COLTRO *et al.*, 2009).

Quanto à pressão arterial, a falta de seu controle adequado está associada a complicações frequentes (MARIN *et al.*, 2012). A pressão descompensada aumenta a possibilidade da incidência do AVC, pois pessoas que têm valores pressóricos maior de 160mmhg sistólico e maior que 95mmhg para diastólica têm risco quatro vezes maior para desenvolverem um AVC (COSTA *et al.*, 2009).

Quanto ao nível de conhecimento sobre a conduta imediata a ser realizada após um AVC, este foi considerado inadequado para a grande maioria dos entrevistados. A população em geral tem pouco conhecimento sobre o AVC e as possibilidades terapêuticas, o que prejudica o tratamento e aumenta a morbidade (COSTA *et al.*, 2008; FALAVIGNA *et al.*, 2009). Além do conhecimento sobre sinais e sintomas precoces do AVC, é necessária uma ampla divulgação dos locais para onde os acometidos podem ser encaminhados para atendimento especializado e imediato, viabilizando assim a tomada de atitudes terapêuticas precoces dentro da chamada janela terapêutica (NÓVAK *et al.*, 2003).

A identificação dos primeiros sinais do AVC é imprescindível para que haja uma conduta adequada. Ficou evidenciado que as pessoas que estão dentro dos fatores de risco para um AVC, não sabem o que fazer na ocorrência deste. Esse fato é de suma importância para a enfermagem,

que poderá realizar campanhas educativas e conscientizadoras, com intuito de orientar e ensinar as pessoas a reconhecerem os primeiros sinais e sintomas e a quem se reportar para ter uma assistência adequada.

Em relação ao conhecimento sobre os fatores de riscos, pouco mais da metade obtiveram um conhecimento ótimo. Em Caxias do Sul, foi conduzido um estudo com o objetivo de verificar o conhecimento dos fatores de risco e dos sinais e sintomas de um AVC entre a população. Os autores observaram que apesar de boa parte da população ter um bom conhecimento, muitos não os reconhecem possuidores deles (FALAVIGNA *et al.*, 2008).

As pessoas demonstraram bom conhecimento sobre os sinais, sintomas e sequelas, tal fato pode estar associado ao fácil reconhecimento de alguns sinais clínicos de conhecimento da população geral. No entanto, existe a dificuldade em reconhecer a vasta gama de sinais e sintomas do AVC e os associar a afecções cerebrais (COSTA *et al.*, 2008).

A presença de alguns fatores de risco para o AVC pode afetar sobremaneira a qualidade de vida das pessoas que os possuem. A qualidade de vida apresentou-se diminuída no componente físico e no componente mental. O sexo masculino demonstrou melhor a qualidade de vida em ambos os componentes. O sexo feminino demonstrou melhor qualidade de vida no componente mental. Estes achados estão em concordância com outros resultados da literatura e sugerem que o gênero pode ser um determinante social da qualidade de vida (RIBEIRO, 2011). Em estudos que investigam a qualidade de vida global ou relacionada à saúde encontraram uma qualidade de vida diminuída para as mulheres (LIMA *et al.*, 2009, CAMPOLINA *et al.*, 2011).

No presente estudo, a idade apresentou uma correlação negativa estatisticamente significativa com a qualidade de vida em relação ao componente físico. Um estudo realizado em São Paulo em uma população de 212 de pacientes de um programa de hemodiálise, utilizando o questionário SF-36, encontrou que com avançar da idade há um maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais, diminuindo a qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2006).

A associação do conhecimento sobre AVC com a qualidade de vida não apresentou associação significativa. No entanto, ter conhecimento sobre AVC é imprescindível no sentido de se fazer um controle adequado dos fatores de risco evitando que este evento aconteça e influencie na qualidade de vida dessas pessoas.

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade, identificam-se vários aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida, englobando sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades.(PEREIRA *et al.*, 2006).

A falta da prática de atividades físicas esteve associada a baixo escore do componente físico de mulheres e homens. Um estudo italiano encontrou piores escores para o componente físico e mental do SF-12 em idosos que não praticavam atividades físicas regulares, sendo o maior impacto sobre o componente físico, corroborando com o nosso achado (DE BELVIS *et al.*, 2008).

A atividade física tem grande influência no componente mental pela promoção do bem-estar psicológico, sendo um dos mecanismos de explicação para esses efeitos, o aumento do fluxo cerebral durante o exercício. Nesse

sentido, os programas de atividade física podem colaborar de forma significativa na qualidade de vida (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009).

Quanto ao fumo, um estudo que utilizou o SF-12 mostrou que os idosos fumantes apresentaram chances reduzidas em 14% para QV aumentada no componente mental, em relação aos não fumantes (DE BELVIS *et al.*, 2008). Utilizando o SF-36, outro estudo encontrou escores mais baixos para o componente mental e o hábito de fumar entre os idosos (LIMA *et al.*, 2009).

O consumo de bebida alcoólica e o componente mental apresentou associação significativa. Os efeitos provocados por esse hábito influenciam em todos os aspectos de vida e predispõe o risco de desenvolvimento de problemas sociais, físicos e psicológicos. O consumo de álcool abusivo produz déficits semelhantes no funcionamento intelectual e comportamental acelerando o envelhecimento (SILVA, 2008). Estudos epidemiológicos sugerem que o hábito de consumir álcool influencia, diretamente, o risco de AVC (HAES *et al.*, 2010).

Em suma este estudo demonstrou que as pessoas que estão dentro dos fatores de risco para desenvolver um AVC têm certo conhecimento sobre a doença, embora não consigam desenvolver um autocuidado eficiente, não fazendo o controle dos fatores de risco de maneira adequada.

Conclusão

O nível de conhecimento sobre o AVC apresentou-se inadequado em relação à conduta imediata; suficiente em relação aos sinais, sintomas e sequelas e ótimo quanto aos

fatores de risco. A Qualidade de Vida apresentou-se diminuída para os componentes físico e mental em ambos os sexos. Não houve associação entre o conhecimento sobre AVC e os componentes físico e mental de Qualidade de vida. Verificou-se associação entre o componente físico, a realização de exercício físico e a idade entre o componente mental com o tabagismo, o exercício físico e o consumo de álcool.

É preciso orientar no sentido de promover um autocuidado para a autonomia, desenvolvendo a consciência sobre a importância de cuidar da própria saúde considerando ações preventivas, que evitem as incapacidades e aumente a qualidade de vida.

É pertinente informar que os resultados encontrados nesta pesquisa tornam-se limitados, devido ao pequeno tamanho amostral, além disso, encontramos poucos estudos sobre o conhecimento sobre AVC, dificultando a discussão dos resultados. Desse modo, novos estudos devem ser empreendidos, com amostras maiores que possam confirmar ou confrontar os resultados encontrados.

Referências

CAMPOLINA, A.G *et al.*, Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos na comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde coletiva**, 16(6): 2919-2925, 2011. BRASIL. Ministério da Saúde (BR).

CARVALHO M.V *et al.*, A influencia da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.**; v. 100, n. 920, p: 164-174, 2013.

CIPULLO, J. P, *et al.*, Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 94, n.4, 2010.

COLTRO, R. S *et al.*, Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, vol. 55 n. 5, 2009.

COSTA, F, *et al.*, Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas – RS. **J. Bras. Neurocirurg**. v. 19, n. 1, p. 31-37, 2008.

COSTA, M. F. F. L, *et al.*, Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 43 supl. 2 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. **implantando a linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral-AVC na rede de atenção às urgências e emergências; 2011**. Disponível: portal. Saúde. gov.br/portal/arquivos/pdf/consulta-publicaAVC.pdf.

DE BELVIS, A.G *et al.*, Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults. **BMC. PUBLIC Health** v. 8, n. 348 doi: 10.1186/1471-2458-8-348, 2008.

FALAVIGNA *et al.*, O que os pacientes com acidente vascular emcefálico sabem sobre sua doença? **Revista da Amrigrs**. v. 53, n. 2, p. 135-138 abr- jun. 2009.

GAMA, G.G. *et al.*, Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Rev Enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p: 650-5, 2010.

HAES, T.M, *et al.*, Álcool e sistema nervoso central. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2010 ; 43(2): 153-63, <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, M.G *et al.*, Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, avaliada com o uso do SF-36 em um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** v. 25, n. 10, p: 2159-67, 2009.

MARIN, M.J.S *et al.*, Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 46, n. 1, p: 103-110, 2013.

MORO, C. H. C. **Atendimento emergencial: modulo II (in) Pacto pelo AVC: programa de aperfeiçoamento continuada no tratamento do Acidente Vascular Cerebral**. Sociedade Brasileira de Doenças cerebrovasculares. 2. ed: 2009, p. 16.

NASCENTE, F. M. N. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Epub 27-Ago. 2010.

NÓVAK, E.M *et al.*, Conhecimento leigo sobre a doença vascular encefálica. **Arq. Neuropsiquiatria**. v. 61, n. 3-b, p. 772-776, 2003.

OLIVEIRA, E. R. A *et al.* Avaliação da qualidade de vida de indivíduos portadores de hipertensão arterial. UFFS. **Revista Odontol.** v. 10, n. 4, p. 9-16, 2008.

PEREIRA, R. J, *et al.*, Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr.** v. 28, n. 1, 2006.

ROLIM, C. L. R. C; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Caderno de Saúde Pública**. v. 27, n. 11, p. 2106-16, 2011.

ROSSET, I, *et al.*, Diferenciais socioeconômicas e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev Bras Hipertens v. 17, n. 1, p. 5-6, 2010.

TOSCANO; J.J. O; OLIVEIRA; A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade Física. **Rev. Bras. Med. Esporte**- v. 15, n. 3, 2009.

TRANSPLANTE CARDÍACO – UMA ALTERNATIVA DE QUALIDADE DE VIDA

Meysa Quezado Cavalcante Braga
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
José Iran Oliveira das Chagas Júnior
Rithianne Frota Carneiro
Hélcio Fonteles Tavares da Silveira.
Amábili Couto Teixeira de Aguiar

O transplante cardíaco (TC) surge como uma alternativa para a pessoa que se encontra em insuficiência cardíaca (IC) que não responde às modalidades terapêuticas implementadas. Porém, a grande problemática é a falta de doadores, a oferta é limitada e a fila de espera cresce cada vez mais. No Reino Unido, aproximadamente 20% das pessoas que estão na fila de espera evoluem para óbito. No Brasil, de acordo com dados do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS) há cerca de 6,5 milhões de portadores de insuficiência cardíaca, sendo que 1/3 destes estão hospitalizados, sendo que em torno de 6.000 deles estão internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2013, 38.074 pessoas aguardavam na fila nacional de TC (SALGADO FILHO, 2012).

Conforme os registros da *International Society for Heart and Lung Transplantation* (ISHLT), estimam-se três mil transplantes cardíacos realizados anualmente no mundo. Isso se deveu em grande parte aos benefícios de sobrevida fornecidos pela terapêutica imunossupressora. Todavia,

estima-se que 50% das pessoas estejam vivos em 10 anos pós-transplante. Comorbidades, infecções, neoplasias, morte súbita, episódios de rejeição celular e humoral e a doença vascular do enxerto (DVE) aparecem como fatores de risco com influência importante sobre a expectativa de vida pós-transplante (COSTA, 2012).

O período da doença cardíaca produz uma série de mudanças no estado físico, emocional e na qualidade de vida (QV) dessas pessoas, provocando desgaste. Com a notícia do TC ao portador, sentimentos como euforia, medo, ansiedade, preocupações com um potencial doador vivo e culpa se instalam.

O TC é um processo que permanece por toda vida da pessoa. É uma alternativa terapêutica que tem como objetivo à recuperação clínica, uma maior sobrevida e, sobretudo, um investimento na QV das pessoas submetidas a tal procedimento.

Os benefícios advindos do TC têm como objetivo promover QV através da independência física, aumento da sobrevida, elevação da autoestima, redução as limitações, promovendo a inserção da pessoa na sociedade, de modo que ele possa realizar suas atividades sozinhas, já que a cardiopatia altera a sua vida diária, trazendo dependência da família, causando transtornos psiquiátricos e sociais, e ainda promovendo desestruturação familiar (AGUIAR *et al.*, 2011).

Apesar da diversidade de estudos existentes a respeito da QV ainda não existe um conceito referencial que defina a mesma, devendo-se levar em conta que cada ser humano constrói seu referencial a partir de condições mínimas su-

pridas, que são elas as necessidades básicas humanas, além do equilíbrio na interatividade do ambiente em que ele encontra-se inserido (CUSTÓDIO; GASPARINO, 2013).

O Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM) é o terceiro centro transplantador do País a alcançar a marca de 300 TC, referência nacional. O primeiro TC foi realizado em 1997, até o presente ano foram realizados mais de 300 TC, oito deles em 2014, sendo dois no mês de maio (CEARÁ, 2014).

Diante dessa realidade, questionamos o impacto do Transplante Cardíaco na Qualidade de Vida das pessoas submetidas a esse procedimento. Mediante esse questionamento, optamos pela realização deste estudo, com o objetivo de analisar a repercussão do transplante cardíaco na qualidade de vida das pessoas transplantadas.

Método

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) de uma instituição Terciária do SUS, em Fortaleza-CE. Instituição de referência norte e nordeste no atendimento terciário aos usuários com doença do coração e do pulmão. A UTIC foi implantada em 1997, onde só no ano 2012, realizou 28 TC, atingindo o segundo lugar no País em número neste tipo de transplante, superada somente pelo Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Participaram do estudo, 20 pessoas transplantadas cardíacas, independentemente de idade, sexo, raça, cor, escolaridade, renda familiar, que tinham a partir de seis meses de

transplante, que apresentaram condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos, e que aceitaram participar da pesquisa. Optou-se por seis meses pós-transplante, por ser tempo suficiente para vivenciar qualidade de vida, pois este fato tem sido observado na realidade empírica. O número de participantes foi determinado pela saturação das informações. Em respeito ao anonimato, atribuiu-se nomes fictícios aos sujeitos.

Coletamos os dados durante dois meses por meio da entrevista semi-estruturada, contendo as questões norteadoras: Como era sua vida antes do transplante cardíaco?; Que mudanças o transplante trouxe para a saúde, vida social, trabalho e família; O transplante trouxe benefícios?; E custos?; Para o(a) Sr(a), o que é Qualidade de vida?; O Transplante Cardíaco trouxe qualidade de vida?. Realizamos a coleta de dados por ocasião da consulta de rotina ao ambulatório da UTIC. As entrevistas foram realizadas com o uso do gravador, e após a autorização dos sujeitos. Organizamos as informações em categorias analíticas, conforme os significados emergidos nos depoimentos, e a análise baseou-se nas experiências dos sujeitos e na literatura selecionada.

A pesquisa foi realizada conforme a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Orientamos os participantes sobre o anonimato, objetivos e aplicação dos resultados da pesquisa, e que poderiam retirar o seu consentimento no momento que desejassem. Os dados foram coletados após parecer favorável da Comissão de Ética e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Para o processamento da análise, as informações foram agrupadas nas categorias: descrição sobre a vida anterior ao transplante; identificação das mudanças após o transplante; avaliação dos benefícios e dos custos com o transplante; definição de QV; e conquista de QV com o transplante.

Descrição sobre a vida anterior ao transplante

Para os sujeitos transplantados, a vida antes do TC era difícil em decorrência dos desconfortos físicos causados pela doença de base, limitação laborativa, sono e alimentação prejudicados, internações frequentes com longos períodos de permanência hospitalar, desesperança, dependência da medicação, ansiedade, tristeza, receio da morte eminente, dificuldade de adaptar-se à doença, incapacidade física acentuada e vida vegetativa.

(...) eu tinha medo de tudo, eu não dormia bem, não me alimentava bem. Para você ter uma idéia, nem assim, lavar meus pés eu não podia mais. A última crise que eu tive antes do transplante eu quase morri dentro do banheiro... [Sara]

(...) o meu estômago era muito inchado. Eu não comia nada, eu não dormia mais, era um sofrimento muito grande que eu estava sentindo. E outra, eu era ligado a duas bombas. Não conseguia me desligar delas, porque na hora que me desligasse delas, eu acho que me apagara... [Felipe]

(...) a minha vida antes do transplante era assim, eu não podia fazer nada, cansado, num cansaço medonho, eu não podia fazer nada. Não podia comer, não podia dormir, correndo para emergência todas as horas... [Daniel]

Nestas pessoas, o padrão do sono prejudicado poderia ser ocasionado pelo desconforto causado pela doença de base, pelas medicações utilizadas, e pelo próprio estado emocional que a patologia lhe acarretava.

Identificação das mudanças após transplante

Esta categoria compreende quatro subcategorias: resgate da saúde e do bem-estar; busca da reintegração social; recuperação do potencial laborativo; e retorno ao convívio familiar.

Resgate da saúde e do bem-estar

O TC trouxe mudanças positivas na saúde dos sujeitos, exceto para dois, que se referiram ao uso do esquema de imunossuppressores e ao novo padrão alimentar. O resgate da saúde possibilitou o retorno às atividades laborativas e sociais, disposição física, novo estilo de vida, reeducação alimentar, repouso satisfatório, retorno ao lazer, independência, vida nova, bem-estar físico, resgate do lazer, alegria, convívio social e familiar, tranquilidade, grandes expectativas de mudanças, ausência de desconforto físico e felicidade.

(...) mudanças na saúde (...) eu me sinto bem, mais saudável em relação ao que eu era, nem se compara. Sentia cansaço antes, hoje só sinto se fizer algum esforço grande. Mas tem que haver limitações, né?! [Elias]

(...) para mim, a saúde melhora cada vez mais, porque para quem só vivia doente. Hoje em dia eu posso caminhar, fazer hidroginástica, posso brincar com minha filha, a fazer várias coisas... [Rebeca]

(...) hoje eu ando, brinco, passeio e eu não fazia nada disso, trouxe muita mudança. O lado ruim é a medicação com horário marcado... [Jonas]

Tecnologias na terapia para a pessoa cardiopata, tem crescido cada vez mais, dentre eles o TC, aumentando a sobrevivência, modificando a morbidade, associado à tomada de medicações, práticas de exercício físico, e outras mudanças no estilo de vida (DAL BONI et al., 2013).

O cuidado com a alimentação da pessoa transplantada é de suma importância para que o TC obtenha êxito, como também para prevenir futuras complicações. Também é importante a mudança de hábitos e estilos de vida para uma melhor QV, o que proporciona uma sensação de bem estar físico, aliados ao exercício físico regular, além de proporcionar maior disposição física para o retorno ao lazer, convívio com os amigos e familiares, retorno as atividades cotidianas, agilidade, independência, e sono e repouso satisfatórios.

Busca da reintegração social

O TC possibilitou aos sujeitos o retorno às atividades sociais, principalmente àquelas inerentes ao convívio com os amigos, ao lazer junto aos familiares, associado à adoção de hábitos saudáveis; e em suma, os conduziu a perceber-se como pessoa “normal”, ou seja, aptos a viver em sociedade, como qualquer ser saudável.

(...) ah, na vida social mudou bastante, recebo meus amigos em casa com muita alegria, pois tenho esperança de viver muitos anos, né?! É só alegria mesmo, tudo de bom. Por enquanto não saio muito, pois não estou bem seguro ainda, mas tenho esperança em Deus que vai chegar a época em que vou sair pra todo lugar... [Felipe]

(...) depois do transplante eu tenho disposição para tudo, inclusive para passear. E hoje, se eu saio para uma festa, pra mim é o maior prazer da minha vida... [Pedro]

(...) a mudança que tem é que saio com as pessoas, mas não tenho mais aquilo de beber. Eu saio no fim de semana. Eu gosto muito de futebol e pensei que eu não ia mais poder jogar, mas hoje já tô conseguindo bater uma bolinha... [Paulo]

Muitos transplantados tendem a aposentar-se pelo fato de seu trabalho ser contraindicado para sua nova condição física e de saúde, fazendo com que estes sintam-se incapazes de realizar outra(s) atividade(s) laborativa(s), até porque, muitas vezes, eles só sabem exercer um único tipo de trabalho.

O exercício físico regular tem papel importante na terapêutica dos transplantados, devendo ser iniciado precocemente, se possível ainda na fase hospitalar, dando prosseguimento pós-alta hospitalar, para que possam retornar a um estilo de vida normal, próximo do que tinham antes da doença cardíaca, permitindo um convívio social satisfatório, com retorno a uma vida ativa e produtiva. O TC proporciona aos sujeitos uma sensação de alegria e felicidade pelo fato destes poderem realizar suas atividades cotidianas e terem sua saúde restabelecida (FIORELLI, 2013).

Recuperação do potencial laborativo

O retorno às atividades laborativas é, sem dúvidas, uma meta manifestada pelos sujeitos. O trabalho é visto, não só como meio de sobrevivência, mas, também, como algo prazeroso, além de ser uma realização pessoal. Oito sujeitos ainda não estavam exercendo nenhuma atividade la-

borativa em decorrência da necessidade de buscar uma nova ocupação, pois aquela exercida anteriormente estava contraindicada, conforme ilustrado nos depoimentos abaixo:

(...) o TC trouxe mudanças sim, porque o meu lazer é trabalhar. Nunca encontrei nada melhor que o trabalho. Agora estou sem trabalhar, mais quem sabe, um dia eu vou poder voltar... [Eliseu]

(...) antes eu trabalhava, meu serviço era corrido, obedecia horário, trabalhava no turno da noite. Hoje não dá para executar o serviço que eu executava antes. Estou sem trabalhar hoje... [Josué]

(...) agora eu não posso mais trabalhar, porque não tenho condições de exercer a mesma atividade. Eu sinto muita falta... [Ester]

A maioria dos casos de descompensação da IC ocorre por conta da baixa adesão ao tratamento higienodietético (básico) e/ou farmacológico. Além disso, a maioria dos indivíduos é idosa, e tem dificuldade em seguir a extensa lista de medicamentos prescritos, elevando dessa forma a morbimortalidade e gerando transtornos sociais, dentre eles o afastamento das atividades laborais, sem possível retorno (SACCOMANN *et al.*, 2011).

Para os sujeitos, o retorno às atividades sociais levou-lhes a sentir disposição física, alegria por terem conseguido realizar o TC, saúde e aptidão para terem uma vida normal.

Para sete sujeitos, o TC possibilitou o exercício profissional prévio, inclusive com mais dedicação e prazer.

(...) trouxe mudanças, a disposição. Antes eu trabalhava, mas era indisposta, trabalhava porque era obrigada. Hoje não, quanto mais trabalho, mais tenho vontade... [Ana]

(...) antigamente eu não tinha disposição para trabalhar, ficava cansada. E hoje quanto mais eu trabalho, mais disposição eu tenho e não gosto de ficar parada. Gosto mesmo é de trabalhar ... [Sara]

(...) depois do transplante eu estou com todo vigor, trabalhando e fazendo tudo, e nas minhas horas vagas presto serviços à comunidade... [João]

Quanto à QV após o TC, a maioria dos pacientes volta às suas atividades e trabalhos habituais, com poucas restrições, ficando praticamente sem dispneia aos esforços (classe funcional I) (MONT'ALVERNE, 2012).

A adaptação laborativa, ou seja, a mudança de ocupação aconteceu em cinco pessoas, devido à limitação imposta pelo TC. As ocupações exercidas anteriormente eram inadequadas para uma pessoa transplantada.

(...) continuo trabalhando não na mesma profissão, mas trabalho. Antes eu era caminhoneira e agora não posso mais trabalhar com isso... [Júlia]

(...) a gente quando está doente não faz nada, e aí faz um transplante desses e não pode fazer algumas coisas. Quando eu era bom, quanto mais eu trabalhava mais tinha vontade. Hoje eu gosto de trabalhar, mas faço pouca coisa... [Daniel]

(...) eu trabalhava como motorista de caminhão. Sempre trabalhei muito. Agora fico nas ruas lavando e polindo carros. É assim que trabalho hoje... [Paulo]

Em relação aos efeitos colaterais do tratamento associada às doenças do sistema nervoso e às médias mais baixas de QV, pode ser devido aos efeitos diretos da própria doença. Sabe-se que os principais sinais e sintomas das doenças do sistema nervoso são motores e que eles, somados ao sedentarismo e ao isolamento social que essas doenças costumam provocar, interferem significativamente na percepção da QV das pessoas (AZEVEDO, 2013).

Para a maioria dos sujeitos entrevistados, o enxerto lhe proporcionou um novo estilo de vida e sentido de viver. Com o resgate da saúde, estas pessoas sentem-se aptas ao trabalho, felizes, dispostas fisicamente e capazes de ter uma vida normal.

Retorno ao convívio familiar

De modo geral, o retorno ao convívio familiar foi positivo para os sujeitos, uma vez que a doença que os levou ao TC os afastou em diversas ocasiões desse convívio para fins de internação hospitalar.

Para quatorze sujeitos, o retorno ao convívio familiar favoreceu a alegria, prazer, interação afetiva, aproximação, compreensão, atenção, fortalecimento dos laços afetivos e participação ativa no cuidado desse familiar debilitado fisicamente.

(...) o transplante trouxe tudo de bom. Minha família é toda feliz por causa do meu transplante. Minha família está feliz comigo, porque sabe que estou bem... [Ana]

(...) antigamente eles ficavam afastados de mim. Eu me sentia rejeitada por ser uma pessoa doente. Hoje, eles já participam mais, já procuram saber como é a vida de um transplantado... [Sara]

(...) com relação a minha vida familiar ela mudou muito, porque antes eu ficava restringido a minha casa e a poucas pessoas. Depois do transplante, eu fiquei mais assíduo a casa de meus familiares. Antes do transplante eu dependia deles para tudo, mas agora não... [Paulo]

Entretanto, para um sujeito, o convívio com a família é permeado pela dependência, inclusive a financeira, e pela incompreensão em decorrência da não aceitação, por parte dos familiares, de sua limitação física.

(...) quando estava na ativa não dependia da família para nada, de ajuda deles em certas coisas e eles me enxergavam de uma maneira. Agora quando você está dependente, eles lhe olham de outro jeito. Hoje não é como era antes por causa da incompreensão deles. Às vezes falta boa vontade... [David]

Em um estudo realizado Azevedo (2013), a percepção da QV foi inferior em mulheres, pessoas mais velhas, de classe social baixa, que não viviam com companheiro e com alguma doença crônica. As pessoas que sofrem de diferentes doenças crônicas têm de aprender a conviver com várias limitações em seu cotidiano, uma vez que a doença exige adaptação da pessoa e dos familiares em diferentes aspectos da vida, e geralmente tais mudanças se desdobram com o tempo. Esse ajustamento implica, possivelmente, uma marcada diminuição da QV.

Para cinco sujeitos não houve mudanças no convívio familiar, pois a dinâmica familiar continuou a mesma de antes, de acordo com o que observamos nos depoimentos:

(...) não houve mudança porque eu sempre vivi bem com a minha família, e eles me tratam muito bem... [Felipe]

(...) sobre a família não mudou nada. Porque a minha família é maravilhosa, sempre que eu estive doente e hoje ainda é a mesma coisa... [Tiago]

(...) continua a mesma coisa, e a gente começa a dar mais valor... [Rebeca]

O acontecimento do TC traz grandes repercussões para a vida do sujeito e da família, pois quando um membro da família adoece acaba afetando toda estrutura familiar. A família tem papel central e importante no contexto da vida do indivíduo. Esta tem a função de proporcionar recursos físicos e emocionais para manter a saúde e o sistema de apoio nos momentos de crise e de doença. A educação das famílias eleva o poder de recuperação, adaptação aos estressores da vida.

Os indivíduos acolhidos pelos familiares melhoraram os sintomas ansiosos. As melhores fontes de suporte social estão relacionadas aos familiares, seguidos de vizinhos, amigos, profissionais de saúde e colegas de trabalho/chefes. Frente aos resultados obtidos, esforços devem ser empregados para que o indivíduo seja acolhido por seu familiar significativo, não apenas no momento da visita, mas também durante toda a internação (ASSISI, 2014).

Avaliação dos benefícios e dos custos com o transplante

Os sujeitos revelaram inúmeros benefícios com a realização do TC. Esses benefícios se relacionavam com: vida nova, felicidade, resgate da saúde, retorno ao convívio social, retorno ao trabalho, independência familiar, alegria, vontade de viver, autoconfiança, retorno à atividade sexual, melhora do convívio familiar, resgate do lazer, segurança, religiosidade, realização de sonhos, sono e alimentação adequados, disposição física, vontade de viver, paz, harmonia, retorno a atividade física, e esperança.

(...) os benefícios foi voltar de novo ao convívio social, poder trabalhar, construir a minha família. Me sinto muito bem. Hoje eu vou e venho só, não dependendo mais das pessoas (...) trouxe muitas vantagens... [Eliseu]

(...) o benefício é a melhora que tive. Hoje não sinto mais nenhuma dor, não tenho mais nenhuma doença. Tenho relações com o meu marido, a mesma coisa de antes. O relacionamento com minha filha melhorou... [Marta]

(...) hoje sou feliz. Antes tinha medo de sair só, mas hoje não tenho mais, agora já estou segura. Hoje eu sou feliz, eu já posso ir à praia... [Ana]

A ansiedade no período pré-operatório, perante um momento de ameaça incerta, abstrata acarreta junto dela estados depressivos, sofrimento emocional face à doença relacionados fortemente ao prognóstico e à recuperação (MENDES, EUFRÁSIO, 2013).

Para quinze sujeitos, o TC trouxe só trouxe benefícios.

(...) o transplante não trouxe nenhuma desvantagem com relação a minha vida anterior, muito pelo contrário, porque mesmo tomando os remédios contra rejeição eu continuo vivendo, e vivendo com um estilo de vida bem melhor que antes. Eu saio, vivo e antes eu não tinha condições nem de sair, nem vivia, vegetava... [Pedro]

(...) o transplante não trouxe nenhum custo. Cheguei quase morto e quando recebi a notícia do transplante eu disse: “Eu tenho muita sorte”. Não senti nenhuma dor, não senti nada. Não trouxe nenhuma desvantagem, só foi vantagem ... [Lucas]

(...) não trouxe nenhum custo. Cada dia eu acordo mais viva e com mais vontade de viver... [Ester]

A realização do TC, apresenta melhora significativa na sobrevida, capacidade de exercício, no retorno ao trabalho e na QV, quando comparado com o tratamento convencional da IC. Esses resultados favoráveis dependem muito dos critérios de seleção dos candidatos potenciais ao procedimento (MOREIRA, 2012).

Alguns sujeitos referem que o TC trouxe muitas vantagens e uma delas foi o resgate da religiosidade. Todavia, para cinco sujeitos o TC trouxe, além de benéficos, também custos, que estavam relacionados com dependência da medicação supressora, limitação laborativa, adoção de um novo estilo de vida, redução do poder aquisitivo decorrente da aposentadoria, impossibilidade de arranjar um novo emprego com registro em carteira de trabalho, restrição alimentar, risco de rejeição ao órgão implantado.

(...) o custo, ao meu ver é a responsabilidade de ter cuidado para tomar o medicamento. Tenho que ter alguém para me ajudar, monitorar, porque às vezes esqueço de tomar o remédio... [Elise]

(...) a dependência, depender dos outros. Você não pode mais exercer as suas atividades normais. O custo é esse... [David]

(...) financeiramente trouxe custos, porque não posso ganhar o que ganhava antes. Recebo do INSS um salário e pouco. Não dá pra fazer o que fazia antes. Tenho que fazer só o que o coração aceitar... [Jonas]

A maioria dos sujeitos referiu vivenciar apenas vantagens após o TC, dizendo que o procedimento não trouxe desvantagem para a sua vida, por resgatar a saúde e o bem-estar físico, emocional e espiritual (ASSISI, 2014).

Sobretudo alguns sujeitos transplantados vivenciaram, além das vantagens, também desvantagens. Dentre as desvantagens foram citadas a dependência da medicação supressora, a obrigatoriedade da adoção de um novo estilo de vida, limitação laborativa, redução do poder aquisitivo, restrição alimentar, e risco de rejeição do órgão implantado.

Muitos indivíduos tendem a aposentar-se pelo fato de seu trabalho ser contraindicado para sua nova condição física e de saúde, fazendo com que estes sintam-se incapazes de realizar outras atividades laborativas, até porque, muitas vezes, eles só sabem exercer um único tipo de trabalho.

Definição de qualidade de vida

Para os sujeitos transplantados, QV é bem-estar, felicidade, ter disposição para trabalhar, fazer planos, ter amigos,

alimentar-se adequadamente, ter um bom convívio social, bom relacionamento familiar, saúde, condições de lazer, paz, harmonia, moradia, assistência médica de qualidade, ter práticas de higiene pessoal, praticar exercício físico regularmente, estabilidade financeira, amar, ter prazer, vestir-se bem, ser independente, ter vontade de viver, conforme os depoimentos:

(...) qualidade de vida é poder alimentar-se bem, ter lazer, ter uma família, sentir-se bem, ir e voltar só, conviver com as pessoas. Isso aí é qualidade de vida... [Marta]

(...) qualidade de vida é você ter condições de lazer, condições de vida saudável, ter boa moradia, assistência médica e uma série de fatores que influenciam na saúde. É saúde, paz, prosperidade e harmonia com a família... [Ana]

(...) é procurar viver bem, tendo felicidade, lazer, participar de tudo, porque isso é muito bom, ter um bom emprego e está bem com a família... [Júlia]

(...) manter-se bem, andar sempre limpo, estar bem, ter tranquilidade, acordar cedo, caminhar, é está feliz com a vida... [Jonas]

O termo QV vem se tornando uma expressão bastante utilizada no dia a dia, e possui grande complexidade e subjetividade para cada pessoa. Para os sujeitos entrevistados, QV representava felicidade, saúde, harmonia, lazer, paz, estabilidade financeira, boas condições de moradia, amar, ter prazer, independência e vestir-se bem. Contudo, devemos estar atentos para o cuidado do bem-estar mental e psicológico destas pessoas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

Com base na Constituição de 1988, para falarmos sobre QV e saúde, é necessário ampliar o olhar sobre o sujeito para uma visão além do biológico, psíquico, social, afetivo e racional, numa sociedade histórica, econômica, sociológica e religiosa.

Conquista de qualidade de vida com o transplante

Para dezenove sujeitos o TC possibilitou a conquista da QV, proporcionando aos sujeitos uma vida feliz e saudável, relacionamento satisfatório com as pessoas, independência, construção de uma família, prática de exercício físico, disposição física para o trabalho, sono adequado, vida normal, lazer, felicidade, amor, esperança, compreensão, e vontade de viver.

(...) trouxe qualidade de vida sim. Hoje eu me considero a pessoa mais feliz do mundo, sou muito feliz depois do meu transplante, e tenho fé em Deus que assim irei continuar... [Rute]

(...) hoje eu me alimento bem, durmo bem, vou e venho para todo lugar (...) tenho minha casa, estou criando meu filho e me casei. Hoje eu acordo cedo, faço caminhada, me sinto super bem. Isso é qualidade de vida... [Ismael]

(...) trouxe mesmo qualidade de vida porque hoje eu tenho saúde, trabalho, tenho família, amigos, saio, posso passear... [Daniel]

Após o TC há uma recuperação das funções e atividades, dos laços o que possibilita ao sujeito momentos de prazer, interação afetiva, aproximação da família, fortalecimento afetivos, a atenção da família dispensada a esse sujeito, retorno ao convívio familiar e, em muitos casos, a participação ativa da família nos cuidados com esse sujeito.

Os transplantados cardíacos referiram várias mudanças que ocorreram devido ao procedimento, que lhes proporcionou conquista de QV, tais como: disposição física, felicidade, independência, saúde, compreensão, vida normal, lazer, esperança, trabalho e vontade de viver. Entretanto, um sujeito não vivenciou QV em detrimento da impossibilidade de trabalhar para obtenção de um padrão de vida razoável.

(...) não, não trouxe qualidade de vida. Porque eu gostaria de obter uma vida melhor, um padrão de vida melhor, entendeu?! E só podia obter isso com o trabalho e hoje não posso mais trabalhar, e não tenho mais condições de obter o que gostaria.
[Davi]

Muitas vezes esses sujeitos têm que adotar um novo estilo de vida, com exercício físico regular, reeducação alimentar, tendo, principalmente, uma dieta com uso restrito de sal e ingestão de frutas e verduras; adaptando-se a um novo trabalho, pelo fato daquela atividade anteriormente exercida ser contra indicada à sua condição física ou pelo mercado de trabalho não querer contratar um transplantado cardíaco, tendo como consequência a redução do poder aquisitivo.

O estudo de Assisi (2014) evidenciou que os enfermeiros têm um importante papel, para evitar ou minimizar a ansiedade decorrente da vida pós TC, uma vez que são os

principais responsáveis pela orientação de enfermagem. Entretanto, apesar da importância da orientação, observou-se que no seu estudo, que pessoas acolhidas pelos enfermeiros não tiveram redução dos sintomas ansiosos. Este fato pode ter ocorrido devido à orientação da enfermagem proporcionar maior conscientização da pessoa sobre a situação à qual seria submetido (cirurgia) e conseqüentemente, gerado um aumento da ansiedade pré-operatória. Estudo mostra que a orientação no pré-operatório é essencial, porém deve-se ter o cuidado de orientar a pessoa, apenas no que ele deseja saber e fazendo uso de linguagem compreensível (FELIPPE *et al.*, 2014).

Considerações finais

De forma geral, os entrevistados referiram que o TC repercutiu de forma positiva em suas vidas possibilitando a conquista de QV, não experienciada anteriormente. De acordo com os entrevistados, o TC trouxe muitas vantagens, pelo fato deste lhe proporcionar vida nova e uma grande vontade de viver, por sentirem-se saudáveis, felizes e cheios de esperança. Esses sujeitos recuperaram sua autoconfiança por sentirem-se aptos a ter uma “vida normal”, retornar ao convívio familiar e social, resgatarem o lazer e retornarem a atividade sexual.

Por terem sua saúde resgatada, através do TC, estas pessoas passam a ter o sono e a alimentação de maior qualidade, aumentando também sua disposição física, retornando as atividades físicas e laborativas. Por tornarem-se independentes passam a ter a possibilidade de realizar seus sonhos, e muitos referem ter tido o resgate da segurança, paz, harmonia e esperança.

A íntima relação da espiritualidade e religiosidade se mostrou importante para o paciente, principalmente no que diz respeito à interação com a equipe de saúde que o assiste e no enfrentamento das dificuldades impostas pela doença de base. Todos os participantes deste estudo se dizem cristãos. Observou-se essa relação de Deus com o livramento da morte e conquista de qualidade de vida, trazendo consequentemente o sucesso terapêutico, a felicidade e o amparo divino (BARRETO, 2011).

De forma geral, os entrevistados referiram que o TC repercutiu de forma positiva em suas vidas, possibilitando a conquista de QV, não experienciada anteriormente.

Observou-se que, para os sujeitos transplantados, a vida antes do transplante era difícil. No entanto, mudanças significativas ocorreram com o TC, que corroboram com a (re)integração familiar e sociolaborativa. Para a maioria dos sujeitos, o TC trouxe vantagens, pois a cirurgia só lhes trouxe benefícios.

Mediante os depoimentos dos sujeitos transplantados cardíacos, QV estava relacionada com uma série de conceitos, como por exemplo: bem-estar, felicidade, disposição para o trabalho, fazer planos, ter amigos, alimentar-se adequadamente, ter um bom convívio social, bom relacionamento familiar, saúde, condições de lazer, paz, harmonia, moradia, assistência médica de qualidade, ter práticas de higiene pessoal, praticar atividade física regularmente, estabilidade financeira, amar, ter prazer, vestir-se bem etc.

Os achados deste estudo contribuirão para o (re)planejamento de estratégias que favoreçam a adoção de estilo de vida saudável, a fim de possibilitar aos sujeitos transplantados cardíacos o resgate da QV.

Provavelmente, o século XXI será marcado por tentativas de integrar modelos biomédicos e psicossociais; dentro de um modelo integrado de saúde, as contribuições do construto – QV, serão cada vez maiores, tanto da perspectiva da atenção individual, quanto da coletiva.

Na perspectiva populacional, os instrumentos de avaliação de QV devem permitir a vigilância epidemiológica, a avaliação do efeito das políticas públicas e a alocação de recursos conforme as necessidades de saúde. Já da perspectiva individual, esses instrumentos devem potencializar a avaliação diagnóstica da natureza e da severidade das doenças, traçar prognósticos, avaliar a eficácia terapêutica e levantar fatores etiológicos.

Dentre os instrumentos de avaliação de QV, os índices de saúde (ou medidas de utilidade) compreendem ferramentas capazes de agregar em uma única medida vários dos propósitos descritos. Ao mesmo tempo, possibilitam a estruturação de análises de decisão clínica e análises econômicas em saúde, a construção de novos indicadores populacionais de saúde (QALYs) e novas descrições individuais de estados de saúde (sistemas multi-atributos).

Se estivermos diante de um novo paradigma de saúde, só o tempo mostrará. Seja como for, há fortes indícios de um futuro em que o gerenciamento clínico será feito com base nas melhores evidências científicas disponíveis, em que a vigilância epidemiológica se baseará em indicadores integrados de morbi-mortalidade e em que a gestão em saúde levará em conta as opiniões e preferências dos usuários do sistema de saúde.

Apostar nesse paradigma é, antes de tudo, acreditar que a prática profissional deve ser alicerçada na ciência, permeada pela arte, mas, sobretudo, compromissada com a vida.

Referências

AGUIAR, M. I. F. *et al.*, Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala whoqol-bref. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 1, p. 60-67, 2011.

ASSISI, C.C. *et al.*, Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 401-7, 2014.

AZEVEDO, A. L. S. *et al.*, Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, sept. 2013.

BARRETO, M.S. *et al.*, Conhecimento em saúde e dificuldades vivenciadas no cuidar. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 10, n: 4, p. 722-730, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 196**. 1996. Brasília: CNS; 1996.

CEARA. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. **Coordenação Estadual de Transplantes**. Fortaleza (CE); 2014.

COSTA, E.S.M. *et al.*, Características clínicas e demográficas de pacientes submetidos ao transplante cardíaco ortotópico em um serviço de saúde brasileiro. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 12, n. 2, 2014.

CUSTÓDIO, F.M.; GASPARINO, R.C. Qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 126-135, 2013.

DAL BONI, A. L. M.; MARTINEZ, J. E; SACCOMANN, I. C. R. S. Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 575-80, 2013.

FELIPPE, C.M.; DE OLIVEIRA ROQUE, L.; RIBEIRO, I.M. Contribuições das orientações pré-operatórias na recuperação de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas/pre-operative instructions for recovery of patients who were submitted to cardiac surgery. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 3, 2014.

FIORELLI, A. I. *et al.*, Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. **Revista de Medicina**, 87(2), 105-120. 2013.

MENDES, A. M. O. C.; EUFRASIO, M. L. P. Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser III, n. 11, dez. 2013.

MONT'ALVERNE, D. G. B. *et al.*, Clinical and functional capacity of patients with dilated cardiomyopathy after four years of transplantation. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 4, p. 562-569, 2012.

MOREIRA, M. C.V. Insuficiência cardíaca na era moderna: das melhores evidências para a prática clínica. **Revista Médica de Minas Gerais-RMMG**, v. 17, n. 1-2, 2012.

SACCOMANN, I. C. R.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M. C. B. J. Qualidade de Vida relacionada à Saúde em Idosos com Insuficiência Cardíaca: avaliação com instrumento específico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 179-184, 2011.

SALGADO FILHO, M.F. *et al.*, A importância do ecocardiograma transesofágico na captação do coração para transplante cardíaco. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 62, n. 2, apr. 2012.

ENFERMEIRO E PACIENTE TRANSPLANTADO CARDÍACO: A CONSTRUÇÃO DO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Jéssica Naiane Gama da Silva

Paulo Ricardo da Silva Justino

Teresa Cristina de Freitas

Fábio Gomes Madeira

Iasmin Belém Silva

O transplante cardíaco (TC) é uma forma de tratamento para os pacientes com insuficiência cardíaca que não respondem mais à terapêutica tradicional. Tal procedimento traz uma maior sobrevida e a possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes que convivem com sintomas e sinais, cuja ocorrência desgasta e compromete de sobremodo o cotidiano dessas pessoas.

O transplante cardíaco, como técnica, é considerado uma cirurgia de grande porte e de alta complexidade, que pode apresentar além de complicações inerentes a qualquer tipo de cirurgia, outras de naturezas biológica, psicológica, social, espiritual (SILVA; CARVALHO, 2012), portanto necessita de um metódico cuidado provido desde a preparação do paciente para a cirurgia até o acompanhamento pós-transplante.

O sucesso do procedimento assegura ao receptor que relativa qualidade de vida esteja assegurada, porém condi-

cionada a cuidados rigorosos e uma maior assistência, inclusive familiar, por parte da equipe de saúde. Além de garantir a sobrevida aos pacientes, o transplante cardíaco com sucesso permite que esses realizem suas atividades de vida, ainda assim, com qualidade (AGUIAR *et al.*, 2011).

Portanto, torna-se um importante desafio para os profissionais, em especial ao enfermeiro, ajudar indivíduos submetidos ao TC e suas famílias a adaptarem-se à nova situação, a se conscientizarem da sua real condição e possibilidades, a responsabilizarem-se pelo autocuidado: exercendo, ao máximo, a sua autonomia (STOLF; SADALA, 2006).

A II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco - 2009 destaca que a complexidade e especificidade do transplante cardíaco exigem do enfermeiro assistência específicas com qualidade e domínio técnico científico, avaliando de forma objetiva e direcionada as necessidades do paciente e seus familiares, com acompanhamento individualizado, sistematizado, e orientações para o autocuidado no processo de educação.

Nesse ínterim, a consulta de enfermagem pode ser considerada um recurso favorecedor da educação em saúde exercido com práticas significativas que devem ser instrumentalizadas por enfermeiras: as tecnologias leves. As tecnologias leves são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho (MERHY, 2002). Além do conhecimento científico e da prática do cuidado.

Por meio da consulta de enfermagem, o paciente integra um modelo de educação em saúde, o que favorece a aquisição de habilidades para o autocuidado. A consulta

de enfermagem tem como principais objetivos a promoção, manutenção e a restauração da saúde do paciente transplantado. (SCHULTZ; MARQUES, 2010).

O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado é o de utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar (trabalhadores e usuários) como potentes para intervirem na concretização do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

A Enfermagem preocupa-se constantemente com a melhoria da assistência, buscando conhecimentos próprios para sistematizar e organizar sua prática e seu processo de cuidar. Tal prática é caracterizada por meio do acolhimento e da escuta atenta de modo a favorecer uma assistência baseada não somente na dimensão biológica do ser humano, mas essencialmente na compreensão do homem como sujeito social e o seu processo saúde-doença, seja no âmbito hospitalar ou na saúde coletiva tendo em vista a promoção da saúde e a qualidade de vida do paciente transplantado cardíaco.

A qualidade de vida do paciente transplantado cardíaco depende muito de sua aderência ao tratamento, cuja ocorrência estará diretamente associada ao bom relacionamento enfermeiro-paciente, e ao apoio familiar (SANTOS; OLIVEIRA, 2004). Esta ligação entre cuidador e ser cuidado, alicerçado na comunicação, compreende-se em um relacionamento terapêutico.

Ao considerar o tema do transplante cardíaco como integrante no foco da assistência de enfermagem e promo-

ção da saúde cardiovascular, o estudo objetivou conhecer o relacionamento terapêutico entre o enfermeiro e o paciente transplantado cardíaco.

Em busca da descrição das experiências e do cotidiano dos sujeitos da pesquisa, lançamos mão da abordagem qualitativa para facilitar a compreensão dessa realidade, visto que neste tipo de pesquisa, o mais importante é o conteúdo das informações, ou seja, o aprofundamento na subjetividade das ações e relações humanas (BRITO; PESSOA; SANTOS, 2007).

O estudo foi realizado no hospital Dr. Carlos Alberto Sturdat Gomes, conhecido também como hospital do Coração de Messejana, em Fortaleza-Ceará, com lócus na unidade ambulatorial de transplante e insuficiência cardíaca (UTIC). Ressaltando que a assistência de enfermagem ambulatorial é uma prestação de serviço de saúde a indivíduos por meio da consulta de enfermagem (FRANZENE *et al.*, 2012).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2013 e janeiro de 2014. Os sujeitos da pesquisa foram quatro enfermeiras assistenciais e 11 pacientes transplantados cardíacos, obtendo-se um total de quinze participantes. Como instrumento de coleta de dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada. Os discursos foram gravados e transcritos em sua íntegra para garantir a confiabilidade e fidedignidade das informações obtidas.

Após isso, foi iniciada a fase de organização das falas segundo os pressupostos teóricos da hermenêutica. Nesse momento, as pesquisadoras empreenderam a análise e síntese dos significados resultantes das reduções das falas dos participantes. Buscando unidades de significado e organi-

zando-as em categorias temáticas posteriormente, interpretando-as à luz de referencial teórico pertinente

A partir dos recortes das falas enfermeiras originaram-se cinco unidades de significado que deram origem as seguintes categorias temáticas: Ações do enfermeiro e Relação enfermeiro-paciente. Já as transcrições das falas dos pacientes resultaram em seis unidades de significados e delas originaram as categorias temáticas: Mudanças e Sentimentos no Pós Transplante cardíaco e o Fazer da enfermeira.

Destaca-se que o presente estudo seguiu os princípios éticos legais durante toda a pesquisa em consonância com o que preconiza a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do hospital em questão sob o parecer nº 198196/2013.

Os participantes do estudo foram orientados sobre o anonimato, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, onde tiveram a possibilidade de retirar sua anuência no momento que desejaram.

Percepções das falas das enfermeiras

Observou-se na categoria temática ações do enfermeiro que a nível ambulatorial a assistência da enfermeira ao transplantado cardíaco perpassa por uma troca constante de experiências com o paciente, possibilitando dessa forma uma maior aproximação, enriquecendo assim, a consulta de enfermagem. Como se pode verificar nas falas:

Esse momento em si da consulta pra mim acho muito agradável, pois tanto tenho a oferecer como tenho a receber (A1).

Nesse contato humano a gente troca experiências, troca sabedoria é bom até para gente vivenciar um pouco o outro lado, então é bom pra nosso crescimento, nosso valor com a vida, nosso crescimento como pessoa e profissional é sempre bom a gente conhecer os dois lados (A1).

A consulta de enfermagem utiliza do método científico para identificar situações de saúde/doença. Além de, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2012).

Ter um contato mais próximo com o paciente favorece o diálogo e a interação com o paciente, permitindo que ele expresse seus sentimentos e dúvidas a respeito do seu tratamento para o profissional. A fala a seguir ilustra essa reflexão:

(...) a gente sempre tenta deixar o paciente bem à vontade durante a consulta pra que ele possa, dizer realmente o que está sentindo, para ele não se sentir inibido (A2).

Além disso, as enfermeiras incluem a família nesse processo do cuidado, já que, o adoecimento de um dos membros repercute direto e indiretamente no contexto familiar. As modificações se iniciam no momento em que o processo de adoecimento aparece, fazendo com que a dinâmica familiar seja desfigurada, exigindo ajustes tanto financeiros, como emocional. (BRITO; PESSOA; SANTOS, 2007). O próximo discurso facilita essa compreensão:

(...) na consulta a gente procura acolher não só o paciente, mas também a família que eu acho que é bem importante aqui no nosso setor, como é transplante temos que preparar toda a família para cuidar desse paciente (A4).

Na categoria díade enfermeiro-paciente, observou-se que o relacionamento entre esses indivíduos, apresentou ser fator decisivo para a adesão ou não ao tratamento, pois uma maior interação possibilita uma relação de confiança, facilitando a recuperação e a adequação ao novo estilo de vida. Tal como observamos nesse discurso:

(...) você tem que ter um pouquinho de visão pra melhorar esse relacionamento, pois tudo parte da confiança dele em você, então se você não conseguir essa conquista fica difícil até mesmo uma adesão (A1).

A consulta de enfermagem é o momento em que o enfermeiro irá construir um vínculo com o paciente, para assim, estabelecer uma relação promotora de educação em saúde e de confiabilidade. Sendo assim, as enfermeiras sabem da importância dessa relação com o paciente, assim expressa:

(...) tem que ter uma relação, um vínculo para que ele fale tudo realmente que está sentindo (A2).

(...) eu tenho uma boa relação mesmo, gosto de atender; eu gosto, porque dependendo da relação, assim relação profissional-paciente é que você vai ter um bom vínculo mais lá na frente (A2).

Essa relação enfermeiro-paciente é conhecida por diferentes autores, que abordam sua necessidade e importância de um para com o outro. Favero, Pagliuca e Lacerda, (2013) ressaltam isso afirmando que na relação de cuidar, a enfermeira não se encontra só; ela necessita do outro para que nessa interação o cuidado aconteça.

Há ainda, diversas barreiras que impedem a existência de uma boa relação do paciente com o enfermeiro, uma delas é o constrangimento muitas vezes experienciado pelo paciente, em geral relacionado à dúvida sobre sexualidade e temas afins. A escolha em compartilhar dúvidas e temores é uma decisão do paciente, contudo a enfermeira deve, no âmbito do relacionamento terapêutico, oferecer um ambiente propício para sua expressão, de modo que alguma informação de suma importância não venha ao conhecimento da equipe, prejudicando a escolha do melhor tratamento e instrumentos para lidar com esse paciente. As enfermeiras sabendo disso procuram maneiras de superá-las:

Às vezes o paciente não fala porque ele tem vergonha então você tendo uma boa relação ele já [...] (A3).

Ressaltando a necessidade de um bom relacionamento capaz de superar as barreiras existentes no cotidiano, através da consulta de enfermagem. Diógenes, Linard e Teixeira (2010) destacam como relevante desta atividade (consulta de enfermagem) o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, a promoção do acolhimento, da escuta, da educação em saúde, ou seja, ações capazes de transcender o patológico e proporcionar ambiente de conforto, confiança e bem-estar ao paciente.

Percepções das falas dos pacientes

Na categoria mudanças e sentimentos no pós-transplante cardíaco originada das entrevistas dos pacientes, observou-se que a ocorrência do transplante cardíaco traz consigo intenso impacto físico e emocional. Desde a validação da indicação até a realização do procedimento, paciente e seus familiares experienciam inúmeras mudanças. A consciência de que o transplante interfere além do plano físico está presente na fala do paciente, que assim se expressa:

Isso tudo foi um baque, foi um choque. Eu explodia com qualquer um que chegasse na minha frente. (E6)

[...] Estou bem preparado agora para minha batalha, e é uma coisa que é muito séria, é tão séria que é para o resto da minha vida e tenho que ficar tomando os medicamentos. (E8)

A complexidade do procedimento é reconhecida por autores ao destacarem que o transplante cardíaco não é apenas uma simples cirurgia para melhorar a qualidade de vida de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca (IC), mas um processo que exige muitos ajustes. (BRITO; PESSOA; SANTOS, 2007).

Nos discursos transcritos acima se estabelece a transição que é operada no paciente a partir da apropriação da necessidade de realizar o procedimento, para tanto o preparo adequadamente orientado para o esclarecimento de dúvidas e vinculação ao serviço tornam-se elementos indispensáveis para aceitação e adesão. Nesse âmbito a participação da equipe multidisciplinar contribui pela ampliação da reflexão sobre o candidato e suas potencialidades.

Sentir-se acolhido, respeitado e valorizado na sua individualidade pela equipe e pela enfermeira parece ser determinante para a vinculação do paciente ao serviço, com consequente adesão ao seguimento ambulatorial, cada pessoa vivencia o cuidado de maneira singular, e imprimem, neste espaço, maneiras singulares de expressão de subjetividades. (BARCELOS; ALVIM, 2006)

A fala do paciente aponta com clareza essa condição:

Eu sou muito satisfeito aqui, me sinto em casa. Muito bom aqui o pessoal, acho muito bom, é ótimo (E11).

O que eu achei mais importante no Hospital do Coração é você ter espaço, mesmo que seja nos corredores, você ser bem atendido na enfermaria e em outros locais (E8).

Corrêa *et al.*, (2011), reafirmam o conteúdo dos discursos acima ao tomar como referência os princípios do SUS ao reconhecer que toda instituição de saúde tem o compromisso de atender com qualidade técnica e de forma resolutiva às necessidades de saúde do usuário, reconhecendo o acesso e o acolhimento como fundamentais em qualquer instituição de saúde.

No presente estudo ficou bem demarcada a valorização da continuidade no acompanhamento pós-transplante cardíaco, como elemento de apoio para as mudanças no estilo de vida do paciente e, principalmente no que se refere aos hábitos alimentares. A fala a seguir ilustra essa reflexão:

[...] eu sou viciado em pão, bolo, tudo o que é massa; eu como. Então, as enfermeiras puxam nas orelhas para poder baixar (o consumo) (E7).

Por referirem-se a uma condição de cronicidade muitas das orientações e plano de cuidados para o paciente no pós-transplante não sofrem modificações. Entretanto, a correção dos sintomas limitantes da insuficiência cardíaca leva o paciente a um sentimento de cura plena, o que leva a uma flexibilização das medidas de autocuidado (STOLF; SADALA, 2006). Os discursos a seguir orientam para essa compreensão:

Às vezes eu devia fazer como eles mandam, mas às vezes, eu não faço (E11).

Eu sai do hospital e pensei que eu estava bom, já comecei a fazer as coisas que não devia (E8).

O conteúdo expressivo do sentimento de bem-estar no pós-transplante deve ser observado pela equipe e pela enfermeira com ponderação. Tal como observado na fala:

Estou normal e hoje eu estou, sem exagero, como se eu fosse um rapaz de vinte anos, com disposição para tudo, para jogar, para correr (E11).

Não cabe o cerceamento da autonomia que se restaura com o estabelecimento de uma condição clínica favorável, por outro lado, um olhar atento deve ser preservado na adequação da euforia que se instala com o sucesso do procedimento.

Na categoria o fazer da enfermeira ficou demarcado nos discursos que a enfermeira na assistência ao transplantado cardíaco precisa dispor de um adequado conhecimento técnico e científico para realizar um atendimento competente. Para assim, poder assisti-lo da melhor maneira

possível estabelecendo vínculo e ofertando conforto para o paciente, fazendo com que o indivíduo se sinta à vontade com o serviço. Como é expresso nas falas:

Esses dois anos, a não ser o tempo que estive internada, só foram com os enfermeiros, e eu gosto do atendimento de todas, eu me sinto bem com elas (E3).

[...] sou bem acompanhado, atendido direito. A atenção daqui é boa, sou bem atendido (E4).

É notado nas falas dos clientes que o auxílio das enfermeiras nas consultas de enfermagem se dá por meio de orientações, medições dos sinais vitais, verificação das taxas nos exames feitos, esclarecimento de dúvidas e escuta. Fazendo essas ações parte do relacionamento enfermeiro-paciente. O enfermeiro no seu papel de educador transformador admite a bagagem cultural do cliente, favorecendo a aquisição de habilidades necessárias para o autocuidado, objetivando promover, manter e restaurar a saúde (SANTOS, OLIVEIRA, 2004). Tal como se verifica nos seguintes recortes:

Olha a pressão, escuta o tórax, coloca o aparelho e tudo. Se a pressão tiver alta eles perguntam (E1).

O trabalho da enfermeira é muito importante nesse caso, porque se não fosse ela eu ia ficar prejudicado (E6).

Ela mede a pressão, cuida da pressão [...]. E o conselho sempre ela dá (E2).

[...] elas verificam os exames pergunta o que eu to sentindo e passa outros exames para eu fazer (E4).

Além disso, o bom acolhimento oferecido pelas enfermeiras e pela equipe do hospital demonstrou ser de grande valia na chegada do paciente para as consultas de enfermagem. Expressado nos discursos:

Meu acolhimento no Hospital do Coração foi cem por cento. (E8).

Na primeira vez que eu vim me acolheram bem. Todas às vezes me acolhem bem. (E4).

O bom atendimento e a atenção, que os transplantados cardíacos recebem gera certa gratidão para com as enfermeiras que os atendem. Isso é expresso de diversas formas como demonstram as falas a seguir:

[...] nos meus momentos de orações eu peço muito por vocês enfermeiras (E1).

E isso é uma coisa que eu nunca posso poder pagar ela (atendimento) (E2).

Todos esses fatores contribuem para uma melhor adesão do paciente ao tratamento medicamentoso pós-transplante e as mudanças no estilo de vida. A qualidade de vida do cliente transplantado depende de sua aderência ao tratamento, que é o engajamento no autocuidado (SANTOS, OLIVEIRA, 2004). Como reportam o discurso abaixo:

[...] eles me explicam o que eu tenho que fazer, sobre a dieta, pra vir me cuidar, o que elas passam para mim é muito bom (E9).

A boa relação enfermeiro-paciente é necessária e faz com que o papel desse profissional na vida do transplantado cardíaco se torne reconhecido e valorizado. Assim explicitam as falas a seguir:

Se não fosse através dela, com certeza eu não ia fazer as coisas certas (E8).

Eu me dou bem me sinto bem com elas, não sei se elas gostam de mim, mas dão a entender que sim quando tão comigo me consultando (E11).

A atenção da enfermeira como também de toda equipe multidisciplinar se tornam instrumentos de auxílio durante todo o processo do transplante cardíaco, fazendo com que se torne mais fácil conviver com essa realidade.

Considerações finais

O acompanhamento dos pacientes, as orientações do tratamento, a escuta atenta entre outras ações realizadas pelas enfermeiras favorecem o relacionamento terapêutico entre enfermeira e paciente. Essa boa relação promoverá uma assistência individualizada para cada paciente, facilitará o uso de soluções para os problemas encontrados no cotidiano da assistência ambulatorial hospitalar que, porventura, dificultem o tratamento.

Alguns obstáculos, como a falta de confiança ou até mesmo a vergonha, podem comprometer um relacionamento terapêutico, refletindo direta ou indiretamente no tratamento do paciente transplantado. Reconhecer a existência

desses fatores que dificultam o cuidado singular, exige que o profissional busque métodos que fortaleçam o vínculo entre todos os envolvidos no contexto.

A proposta é conduzir o cuidado ao paciente transplantado cardíaco de forma holística e humanizada. Ocupando todos os espaços no âmbito da saúde, quer seja junto ao usuário ou às equipes de saúde, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas dos sujeitos, ou seja, de relações dialógicas que proporcionem o desenvolvimento de cada pessoa, nas quais a individualidade, as crenças, as características pessoais, a linguagem, entre outras coisas, sejam respeitadas.

Referências

AGUIAR, M.I.F. et. al., Qualidade de Vida de Pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da Escala Whoqol-Bref. **Arq. Bras. Cardiol**, São Luís, v. 96, n. 1, p. 60-68, jan., 2011.

BACAL, F.; NETO, J.D.; FIORELLI, A.I.; MEJIA, J.; BRAGA, F.G.; MANGINI, S. et. al., II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 94, n. 1 supl.1, p.16-73, 2009.

BARCELOS, L.M.S.; ALVIM, N.A.T. Atenção e presença física: dimensões e a prática dialógica do cuidado de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 1, p. 25-9, jan-fev 2006.

BRITO, L.M.P.M.; PESSOA, V.L.M.P.; SANTOS, Z.M.S.A. A família vivenciando o transplante cardíaco. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 60, n. 2, p. 167-171, mar./abr., 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.

CORRÊA, A.C.P.; FERREIRA F.; CRUZ G.S.P.; PEDROSA I.C.F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 451-7 set, 2011.

DIÓGENES, M.A.R.; LINARD A.G.; TEIXEIRA C.A.B.; Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. **Rev. Rene.** v. 11, n. 4, p. 38-46, 2010.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L.M.F.; LACERDA, M.R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-5, abril, 2013.

FRANZENE, S.S.F.; ZÁCHIA A.S.; SCHMIDT M.L.; RABIN E.G.; ROSA N.G. *et al.*, Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 3, p. 42-51, 2012.

MACÊDO S.M.; SENA M.C.S.; MIRANDA K.C.L.; Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: a percepção dos usuários. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 3, p. 52-57, 2012.

MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm. Brasília,** v. 58, n. 3, p. 305-310, mai./jun., 2005.

SANTOS, Z.M.S.A.; OLIVEIRA, V.L.M. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco – impacto das ações educativas em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 57, n. 6, p. 654-657, nov./dez., 2004.

SHULTZ, F.; MARQUES, I.R. Atuação do enfermeiro no transplante cardíaco. **Rev. Enferm. UNISA.** v. 10, n. 1 p. 16-21, 2009.

SILVA, E.A.; CARVALHO, D.V. Transplante cardíaco: complicações apresentadas por pacientes durante a internação. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 674-681, out./dez., 2012.

STOLF N.A.G.; SADALA M.L.A. Os significados de ter o coração transplantado: a experiência dos pacientes. **Rev. Bras. Cir Cardiovasc.** v. 21, n. 3, p. 314-23, 2006.

CAUSAS DE ABANDONO DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa
Patrícia Giselle Freitas Marques
Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago
Taiane Emyll Silva Sampaio
Jacqueline de Souza Pereira

O adoecimento crônico caracteriza-se por um estado de permanência de sinais e sintomas, muitas vezes agravados pelo desconhecimento no manejo destes ou ainda pela insistência em um estilo de vida que pouco contribui para o controle da doença. Na Insuficiência Cardíaca (IC) a ampla interferência de sintomas no cotidiano do paciente determina sua busca por assistência especializada, de modo geral, assistência médica.

Em um primeiro momento, a ênfase é no tratamento farmacológico por meio de um receituário oneroso e de difícil acesso para grande parte da população brasileira. Sem a compreensão exata das razões de seu adoecimento, pacientes e familiares iniciam um ir e vir para salas de emergência em busca de melhor controle dos sintomas que atemorizam e acentuam a impotência diante do adoecimento.

No que se refere ao tratamento de cardiopatias, cujo desfecho cursa com o estabelecimento da IC, a estruturação de serviço ambulatorial com a participação do enfermeiro tem assegurado resultados positivos, inclusive com representativa adesão dos pacientes ao tratamento clínico prescrito.

A Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (BOCCHI *et al.*, 2012) observa que enfermeiras treinadas aparentam ter a mesma capacidade dos cardiologistas para fazer diagnóstico de congestão em IC e que avaliações e seguimento por enfermeiras podem reduzir significativamente a ocorrência de hospitalização.

A consulta de enfermagem pode ser considerada um recurso favorecedor de educação em saúde, principalmente naquelas afecções cuja condição de cronicidade se faz predominante. Prática em significativa ascensão, as consultas conduzidas por enfermeiros apresentam como ponto de destaque a escuta atenta e o enfoque além do tratamento farmacológico. Autores como Chrizostimo e Rosa (2006) acentuam que a consulta de enfermagem tem como propósito maior a orientação das ações do enfermeiro em favor de mudanças positivas no processo de educar o paciente e, conseqüentemente, promovem uma maior adesão ao autocuidado.

Na atualidade, existe uma forte tendência à valorização do uso de tecnologias sofisticadas para tratamento de pacientes portadores de IC, inclusive com o avanço no número de transplantes cardíacos realizados em diferentes centros transplantadores brasileiros. Entretanto, a utilização de atividades de baixo custo e comprovada eficácia ainda não são plenamente reconhecidas. A abordagem multidisciplinar, na qual se inclui a consulta de enfermagem, é uma

estratégia pertinente ao tratamento de uma doença cuja principal característica é sua complexidade de fatores intervinientes.

A Resolução Cofen-159/1993, ao discorrer sobre a consulta de enfermagem, observa ser esta uma atividade privativa do enfermeiro com destaque para aquelas ações que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Por outro lado, assegurar essa prática ao enfermeiro não exclui a possibilidade da condução da consulta de forma unidirecional e verticalizada, com predomínio do autoritarismo estéril que pouco informa ou educa (COFEN, 1993).

Cabe aqui a reflexão de quão preparado o enfermeiro encontra-se para o exercício dessa atividade. A consulta de enfermagem, tal como qualquer outra atividade técnica, exige um método de trabalho adequadamente delimitado às necessidades daqueles que fazem parte da assistência prestada.

Sobre atuação do enfermeiro nessa prática são pertinentes as palavras de Russ (2010, p. 18) ao afirmar que “[...] não se trata de improvisar, de exibir dons ou qualidades inatas, mas de dominar uma por uma as dificuldades, procedendo gradualmente e apoiando-se na vontade”. Deve, portanto, residir no profissional a vontade de fazer diferente, de possibilitar o surgimento de uma relação empática cuja maior repercussão é o cuidado responsável.

É possível observar, a partir de experiência de diferentes serviços especializados, que a inserção precoce de pacientes portadores de IC, independente de sua classe funcional (CF), em ambulatórios bem estruturados favorece maior controle dos sintomas, inclusive com o monitoramento direto da evolução da doença de base.

Sob essa perspectiva foi estruturada a Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) do Hospital de Messejana, embasada no envolvimento e compromisso de médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e odontólogo, com objetivo de preparar e acompanhar pacientes diagnosticados com IC, cuja instabilidade clínica colocava como única alternativa o transplante cardíaco (TX).

Desde 1998, data do primeiro transplante realizado em Fortaleza, a procura tem se tornado crescente com um fluxo significativo de pacientes que chegam ao serviço seja através do próprio hospital, ou ainda oriundo de outras instituições, dentro do estado do Ceará ou mesmo de outros estados. Muitos desses pacientes, em princípio com indicação para TX, após avaliação com equipe médica e de enfermagem apresentavam melhora importante em seus sinais e sintomas, com estabilização do quadro clínico e suspensão da indicação de transplante.

Caracterizou-se, então, a necessidade da estruturação do atendimento ambulatorial realizado por enfermeiras com ênfase no autocuidado e educação em saúde, especificamente para os pacientes portadores de IC resultante do adocimento do músculo cardíaco (miocardiopatias).

Atualmente, a dinâmica do serviço comporta dois dias semanais destinados a consulta dessa clientela, com apazamento prévio e independente de agendamento médico, conduzidos por duas enfermeiras no período da manhã. Referido atendimento poderá ser seguimento ou ainda consulta de primeira vez, momento em que será aberta ficha de acompanhamento e na qual constarão as informações coletadas e providências demandadas pelas enfermeiras durante a consulta de enfermagem.

Para as enfermeiras participantes das consultas de enfermagem sempre esteve presente a relevância e resultados positivos alcançados com o trabalho desenvolvido. Tal percepção decorria de discursos dos pacientes de aparente satisfação, além da expressiva melhora clínica, o que em muitas situações afastou em definitivo a indicação para o TX.

O acompanhamento ambulatorial proposto fundamenta-se na educação em saúde, auxiliando pacientes e familiares na adequada compreensão do processo de adoecimento e tratamento. Mudanças no estilo de vida, aceitação das medidas farmacológicas e não farmacológicas são também objetivos relacionados com a intervenção do enfermeiro durante as consultas de enfermagem.

O resultado esperado é adesão do paciente com atendimento aos retornos aprazados. O contato inicial com o profissional de saúde e o acompanhamento posterior têm um grande impacto na qualidade da assistência. É necessário que os profissionais de saúde tenham treinamento específico sobre adesão e o sistema de saúde deve oferecer suporte a esse profissional para que o seu objetivo seja alcançado (WHO, 2003).

A adesão adequada depende do entendimento do profissional sobre o “que é a não adesão” e trabalhar com o paciente visando a uma solução para este problema. Nenhuma tecnologia existente hoje ou no futuro irá substituir o bom entendimento e o sincero interesse da relação terapêutica presente na relação profissional-cuidador-paciente. (RAND; WEEKS, 1998).

Em levantamento recentemente realizado, foi identificado um total de 497 fichas de atendimento abertas por enfermeiros no período de 2008 – 2012. Na observância

desse material apenas 186 pacientes estiveram presentes no ambulatório de enfermagem de forma continuada, considerando um período mínimo de pelo menos um ano de comparecimento ao setor.

Resta-nos então a questão: quais seriam as principais causas para as ausências ou abandono do acompanhamento proposto? Seriam as estratégias utilizadas pelas enfermeiras durante as consultas de enfermagem satisfatoriamente válidas para o processo de educação em saúde desse grupo de pacientes?

O presente estudo tem como objetivo identificar as causas de abandono de pacientes portadores de IC acompanhados por enfermeiros em um serviço especializado.

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido sob uma abordagem quantitativa, utilizando-se para tanto métodos estatísticos para organização e tratamento dos dados. A investigação exploratória adequa-se as áreas que necessitam que seus conhecimentos sejam ampliados ou mesmo sistematizados sobre a realidade estudada para modificá-la (GIL, 2010).

O estudo foi realizado no hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, conhecido também como hospital do Coração de Messejana, em Fortaleza-Ceará, unidade de saúde terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, gerenciado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).

O mesmo atende pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do país, dispondo de todos os procedimentos de alta complexidade nestas áreas e destacando-se no transplante cardíaco de adultos e crianças, e, pioneiro no Nordeste em implante de Coração Artificial,

além de ser destaque nacional na realização de angioplastias primárias.

Desde junho de 2011 tornou-se o primeiro hospital de Norte e Nordeste a realizar transplante pulmonar. Vale reforçar que além das tecnologias duras, o hospital atua também com tecnologias leves, favorecendo os vários saberes e tratamentos da clínica ampliada em saúde.

Os dados foram coletados na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) na qual acontecem os atendimentos ambulatoriais realizados por enfermeiras junto à clientela portadora de insuficiência cardíaca.

As informações para o desenvolvimento do estudo foram obtidas por meio de inquérito telefônico junto aos pacientes que se encontravam ausentes do atendimento de enfermagem na UTIC. A escolha do inquérito telefônico, quando comparado ao inquérito domiciliar apresenta significativas vantagens, dentre elas a redução de custos, facilidade operacional e de obtenção de resultados (BERNAL, 2011).

Foi identificado um total de 311 pacientes ausentes por um período superior a um ano, cujas causas do abandono ao atendimento de enfermagem eram desconhecidas. Aplicou-se formulário via telefone, diretamente da UTIC do hospital, utilizando-se para tanto as informações contidas na ficha padrão utilizada pelas enfermeiras no momento de admissão do paciente na unidade cujo manejo foi requerido por meio do Termo de Fiel Depositário.

Por ocasião do contato telefônico preencheu-se um formulário para registro das informações necessárias para o alcance dos objetivos da pesquisa. Foram excluídas do

estudo aquelas fichas cujo número de telefone indicado não possibilitou o contato após três tentativas, assim como aquelas onde não houve registro de telefone. Deste modo, dos 311 pacientes que abandonaram o seguimento, foi possível contatar 96 deles.

Os dados foram analisados conforme os tipos de variáveis, a saber: sexo, idade, procedência e causas do abandono (individuais, sociais e relacionadas ao serviço). Os resultados foram apresentados em tabelas e figuras para melhor visualização e discussão com a literatura pertinente.

Destaca-se que o presente estudo respeitou os preceitos éticos e legais propostos na resolução 466/2012 do CNS sendo submetido e aprovado em comitê de ética da instituição hospitalar sob o protocolo N° 611.214.

Resultados e discussão

Na tabela 1 é possível observar as informações gerais sobre os pacientes que abandonaram o seguimento ambulatorial de insuficiência cardíaca. Verificou-se predominância do sexo masculino (61; 63,5%), da faixa etária de 40 a 59 anos (49; 51,0%) e procedentes da capital do estado, Fortaleza-Ceará (66; 74,2%).

TABELA 1 – Informações gerais sobre os pacientes que abandonaram o seguimento ambulatorial de insuficiência cardíaca. Fortaleza-Ceará, 2014.

Características sociodemográficas	f	%	Min-Máx. / média(dp)
<i>Sexo (n=96)</i>			
Masculino	61	63,5	
Feminino	35	36,5	
<i>Idade (n=96)</i>			
Até 39 anos	8	8,3	23-81 / 56,5(±12,4)
40 a 59 anos	49	51	
60 a 79 anos	37	38,5	
80 anos ou mais	2	2,1	
<i>Procedência (n=89)</i>			
Fortaleza	66	74,2	
Outros municípios	23	25,8	

Fonte: Dados da pesquisa

Quando interrogados sobre a procedência, daqueles que afirmaram residir em outros municípios que não a capital do estado observou-se que maior frequência de pacientes oriundos de Maracanaú e de Pacajus, municípios próximos à capital. Os demais locais citados foram referenciados apenas uma vez. É importante destacar a existência de pacientes que faziam o acompanhamento e moravam a mais de 100 quilômetros de distância da capital, como no caso de Guaramiranga, Canindé, Boa Viagem, Pedra Branca e Granja, conforme representado na tabela 2.

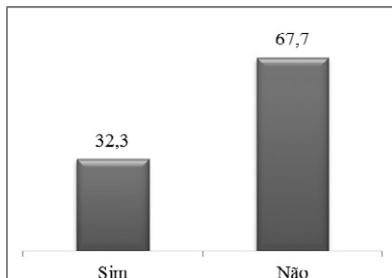
TABELA 2 – Outros municípios dos quais os pacientes que abandonaram o seguimento ambulatorial de insuficiência cardíaca procediam. Fortaleza-Ceará, 2014.

Município	f	Distância até a capital
Eusébio	1	22,2 Km
Maracanaú	2	28,0 Km
Aquiraz	1	30,3 Km
Itaitinga	1	31,3 Km
Pacatuba	1	34,4 Km
Horizonte	1	47,0 Km
Pacajus	2	53,5 Km
Cascavel	1	61,8 Km
São Gonçalo do Amarante	1	63,7 Km
Acarape	1	71,4 Km
Redenção	1	74,5 Km
Barreira	1	85,6 Km
Paracuru	1	91,3 Km
Guaramiranga	1	107,0 Km
Canindé	1	118,0 Km
Boa Viagem	1	221,0 Km
Pedra Branca	1	263,0 Km
Granja	1	330,0 Km

Fonte: Dados da pesquisa

Ao iniciar a investigação sobre as possíveis causas de abandono, constatou-se que 31 (32,3%) pacientes cujas ligações foram atendidas tinham ido a óbito (Figura 1).

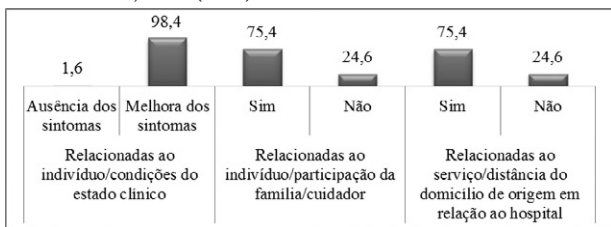
FIGURA 1 – Percentual de causas de abandono relacionadas ao óbito. Fortaleza-Ceará, 2014 (n=96).



A seguir expõe-se a apresentação das outras possíveis causas de abandono dos pacientes que atualmente encontram-se vivos (65-67,7%).

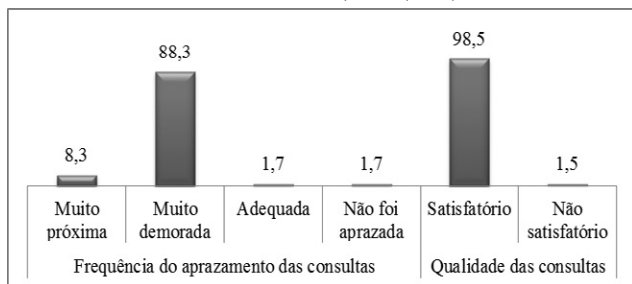
É possível visualizar na figura 2 que, concernente às causas relacionadas às condições do estado clínico a quase totalidade (61; 98,4%) referiu melhora dos sintomas. Quanto à participação da família/cuidador no acompanhamento às consultas, 49 (75,4%) responderam afirmativamente. Concernente à distância do domicílio de origem ao hospital verificou-se 49 (75,4%) afirmações de que esta era uma causa do abandono do seguimento.

FIGURA 2 – Percentual de outras possíveis causas de abandono dos pacientes que foram localizados por telefone e encontram-se vivos. Fortaleza-Ceará, 2014. (n=65)



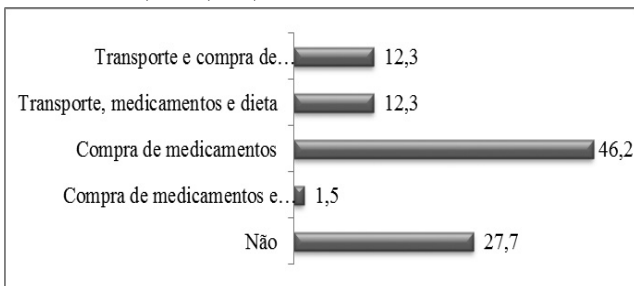
Os pacientes também foram indagados a respeito da frequência do aprazamento e a qualidade das consultas de enfermagem. Quase 90% deles (53) afirmaram que o aprazamento era muito demorado, todavia, a quase totalidade dos entrevistados afirmou que a qualidade das consultas era satisfatória (98,5%; 64), conforme exposto na figura 3.

FIGURA 3 – Percentual de respostas sobre a frequência de aprazamento e qualidade das consultas de acompanhamento de enfermagem aos pacientes insuficientes cardíacos. Fortaleza-Ceará, 2014 (n=65).



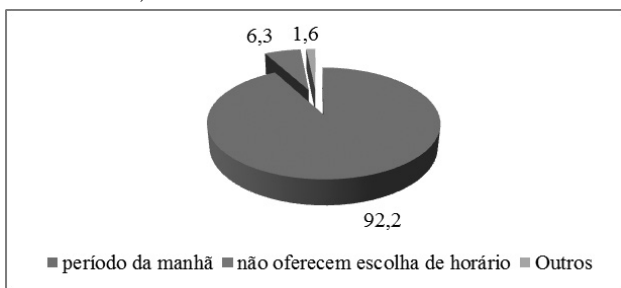
Investigou-se a respeito de dificuldades financeiras pelos quais os pacientes que abandonaram o seguimento poderiam estar passando. Evidenciou-se na Figura 4 que o item mais relatado foi dificuldade com a compra de medicamentos (30; 46,2%).

FIGURA 4 – Dificuldades financeiras relatadas pelos pacientes que abandonaram o seguimento ambulatorial de insuficiência cardíaca. Fortaleza-Ceará, 2014 (n=65).



Finalmente, os pacientes foram indagados a respeito do horário das consultas. De acordo com a Figura 5, a maioria tinha consultas no período da manhã (59; 92,2%). Observe-se que houve menção por 6,3% dos respondentes do não oferecimento de outros horários para atendimento, assim como dias da semana.

FIGURA 5 - Horário em que eram marcadas as consultas dos pacientes que abandonaram o seguimento ambulatorial de insuficiência cardíaca. Fortaleza-Ceará, 2014.



De acordo com os dados encontrados nesta pesquisa, vários fatores colaboram para abandono no seguimento ambulatorial. Sabe-se que o acompanhamento ambulatorial como parte constituinte do tratamento do paciente com IC contribui de forma significativa para aderência do seguimento pelo paciente, entretanto o abandono do tratamento é considerado um dos principais obstáculos e desafios para o combate à doença, tendo como consequência direta o aumento do custo do tratamento, da mortalidade e das taxas de recidiva (RODRIGUES *et al.*, 2010).

No que se referem às características sociodemográficas observadas na pesquisa os pacientes do sexo masculino apresentaram maior desistência do tratamento, corroborando com Chirinose e Meirelles (2011) quando afirmam que o abandono de tratamento está relacionado a diversos fatores, sobretudo os sociodemográficos, e ocorre principalmente em homens.

Em estudo retrospectivo, descritivo e observacional realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás que objetivou identificar as principais etiologias e os fatores de risco na insuficiência cardíaca de pacientes internados na instituição através da análise de 144 prontuários, os autores encontraram sobre os pacientes assistidos que a média de idade foi 61 anos (± 15 anos), sendo 54,2% do sexo masculino (NOGUEIRA; RASSI; CORRÊA, 2010).

Outro dado encontrado na presente pesquisa que é ratificado pela literatura disponível é a elevada frequência de IC entre pessoas maiores de 60 anos, que em nosso estudo foi de 40,6%.

Concernente à idade, Latado *et al.* (2006), ao analisar os preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada admitidos em unidade de terapia intensiva, constataram que, dos 299 pacientes avaliados, a maior porcentagem era de idosos (48,5%), com idade média de 69 anos (± 13 anos). Verificou-se ainda que 54% do sexo masculino e a cardiopatia isquêmica foi a causa primária da insuficiência cardíaca em quase metade dos casos.

Uma informação relevante e merecedora de atenção é o fato de 25,8% dos pacientes serem procedentes de outros municípios que não a capital. Isso se justifica por ser o hospital em estudo referência no estado para doenças cardiovasculares. Hospitais de referência são aqueles com estrutura física, recursos humanos e treinamento adequado para o atendimento dos pacientes com problemas de determinada natureza, no caso, problemas cardiovascular.

Acerca da adesão ao seguimento, sabe-se que é definida como o comparecimento às consultas, num dado serviço de saúde, e tem sido utilizada em vários estudos internacionais como medida da adesão do paciente ao tratamento. Por outro lado, reconhece-se que a assistência a pessoas com doenças crônicas, como a IC, a hipertensão, o diabetes e outras, requer considerar a complexidade do cuidado (e do autocuidado) em condições de cronicidade. Destaca-se, neste reconhecimento, a crítica à abordagem estritamente técnica da adesão do paciente e à restrita consideração das dificuldades vividas em seu cotidiano, que podem ou não influenciar na condição de abandono (DUARTE, 2010).

Assim, sobre a análise das causas do abandono do seguimento pelos pacientes deste estudo, foram elaboradas três categorias: individuais, sociais e relacionadas ao serviço.

A principal causa do abandono, na categoria individual, encontrada no presente estudo foi a “Melhora dos Sintomas”, tendo sido citado por 98,4% dos contatados. O desconhecimento da doença leva ao abandono do seguimento na percepção de qualquer melhora pelo paciente. A falta de informação sobre a doença, possíveis efeitos colaterais, a importância em completar o esquema de tratamento, mesmo que haja melhora dos sintomas e a grave consequência da interrupção do mesmo, é fator que influencia o abandono do tratamento, uma vez que estão ligados à sensibilização do doente para seu agravo (RODRIGUES *et al.*, 2010).

Os dados mostraram também, na categoria social, que a participação de um familiar/cuidador no acompanhamento às consultas não foi suficiente para a adesão ao tratamento, embora a literatura mostre ser esse ponto de extrema importância para a aderência de pacientes com doenças crônicas ao tratamento e comparecimento as consultas.

Comumente a família já é a primeira fonte de suporte e resolução de problemas para a qual seus membros recorrem. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos e de consultas para avaliação do estado de saúde. Logo, concorda-se que a família deva estar envolvida intimamente no cuidado que favoreça a adesão do doente ao tratamento. Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada às suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vive (ELSEN, 2002).

As famílias assumem, deste modo, parcela significativa de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros. Especialmente em relação ao doente crônico, a família vem arcando com o cuidado que se volta para o controle da doença e a prevenção das possíveis sequelas (SARAIVA *et al.*, 2007).

Quanto às características do serviço, sabe-se que a distância do local de origem em relação ao hospital também constitui como uma das principais causas de abandono, uma vez que acarreta muitas dificuldades de acesso aos que precisam deslocar-se de pequenos municípios do interior do estado. Esse acesso limitado finda por impossibilitar o seu comparecimento às consultas e avaliações programadas (RODRIGUES *et al.*, 2010).

Por tratar-se de doença crônica, de elevada morbidade e mortalidade e expressivo número de internações, o seguimento ambulatorial é fundamental para que melhores resultados sejam alcançados. Nesse contexto, estudos com clínicas de IC (unidades especializadas no tratamento de pacientes com IC, constituídas por cardiologista, enfermeiro especializado em IC e equipe multidisciplinar) têm demonstrado diminuição no número de internações, melhora da aderência ao tratamento e qualidade de vida, além da disponibilização das medicações que melhoram o sintoma e reduzem a mortalidade (MAGINI *et al.*, 2008). Este último fator surge em nosso estudo como uma das dificuldades financeiras relatadas, ou seja, o paciente não consegue comprar a medicação prescrita e abandona o acompanhamento clínico.

Um estudo prospectivo realizado com 212 pacientes internados em um hospital especializado em São Paulo procurou reconhecer os fatores precipitantes de descompensa-

ção da IC. Os autores identificaram que o principal fator precipitante foi a baixa adesão com a medicação, responsável por 24% das descompensações, seguida da evolução da doença (22%) e baixa adesão com a medicação somada à hipertensão (20%) (MANGINI *et al.*, 2008).

Merece um olhar reflexivo o percentual de 32,3% de óbitos identificados entre os pacientes atendidos no período entre 2008 e 2012, que confirma a significativa mortalidade da IC. Apesar da redução da mortalidade por doenças cardiovasculares e dos avanços da terapêutica não houve expressiva redução da prevalência de IC, fenômenos também decorrente do envelhecimento da população. A IC permanece tendo altas taxas de morbidade, mortalidade e letalidade, que podem alcançar até 50% nos 5 anos que se sucedem ao diagnóstico (REDFIEL, 2002; LEVY *et al.*, 2002).

A restrição das consultas ao período da manhã pode também ter influenciado a não adesão ao segmento ambulatorial de enfermagem, tendo em vista que a distância entre o hospital e o domicílio do paciente foi classificada como “Muito distante” para a maioria, que muitas vezes depende de transporte disponibilizado pela prefeitura do município onde reside.

Conclusão

O presente estudo permitiu evidenciar que daqueles que faziam acompanhamento ambulatorial de enfermagem em insuficiência cardíaca e abandonaram a maior parte era do sexo masculino, com idade entre 60 e 79 anos e procediam de Fortaleza-Ceará. A maioria das causas de abandono não estava relacionada a óbito e incluíam: melhora dos sintomas, participação da família como cuidador e distância do domicílio ao serviço. A avaliação da consulta de enfer-

magem pelo paciente foi positiva quanto à qualidade da assistência, entretanto a distância entre uma consulta e outra foi um ponto negativo evidenciado. Diante da interrogação sobre dificuldades financeiras o principal relato foi dificuldade com a compra de medicamentos, aspecto relevante considerando-se a complexidade do receituário prescrito para o tratamento dos sinais e sintomas de IC. O acesso gratuito a muitos desses medicamentos não se apresenta como condição habitual, exigindo do paciente e de seu familiar uma verdadeira peregrinação para obtenção por meio de dispensação pela rede básica.

A partir dos dados levantados é possível refletir sobre que aspectos devem ser levados em consideração ao desenvolver a consulta de enfermagem neste serviço especializado. Conhecer as causas de abandono possibilita o planejamento para as próximas atividades interventivas dos enfermeiros no que concerne ao acompanhamento ambulatorial, com orientações que contemplem essas possibilidades, reduzindo-as. Assim, espera-se que o abandono do seguimento sofra declínio e esses pacientes tenham melhor qualidade de vida.

Referências

BERNAL, R. T. I. **Inquéritos por telefone:** inferências válidas em regiões com baixa taxa de cobertura de linhas residenciais. 2011. 124 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BOCCHI, E. A. *et al.*, Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 98, n. 1, p. 1-33, jan. 2012. Suplemento 1.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-606, jul./set. 2011.

CHRIZOSTIMO M. M; ROSAS, A. M. M. T. F. A trilogia da promoção em saúde, consulta de enfermagem e gestão em saúde: O entrelaçar reflexivo. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 2, n. 2, p. 9-10, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN-159 de 19 de abril de 1993. **Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): COFEN, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN-272 de 27 de agosto de 2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras**. Rio de Janeiro (RJ): COFEN, 2002.

DUARTE, M. T. C. *et al.*, Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, aug. 2010.

ELSEN, I; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R., (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR): EDUEM, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LATADO, A. L. *et al.*, Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 2, aug. 2006.

LEVY, D. *et al.*, Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. **N Engl J Med.**, v. 347, n. 18, p. 1397-402, 2002.

MANGINI, S. *et al.*, Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, n. 6, v. 90, 2008.

NOGUEIRA, P. R.; RASSI, S.; CORREA, K. S. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 3, set. 2010 .

RAND, C. S.; WEEKS, K. Measuring adherence with medication regimens in clinical care and research. In: SHUMAKER, S.A. *et al.* (Editores). **The Handbook of Health Behavior Change**. 2. ed. Springer Publishing Company, 1988.

REDFIELD, M. M. Heart failure: an epidemic of uncertain proportions. **N. Engl. J. Med.**, v. 347, n. 8, p. 1442-4, 2002.

RODRIGUES; I. L. A. *et al.* Abandono do tratamento de tuberculose em co-infetados TB/HIV. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 383-387, 2010.

RUSS, J. **Os métodos em filosofia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SARAIVA, K. R. O. *et al.*, O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 1, mar. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long – term therapies: evidence for action**. Global Adherence Interdisciplinary Network, 2003.

SABERES E PRÁTICAS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR DAS PESSOAS EM RECUPERAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu

Mara Joyce de Queiroz

Mayara Livia Magalhães de Moraes

Silvânia Maria Mendes Vasconcelos

Gilson Holanda Almeida

Germana Silva Vasconcelos

Maria Albertina Rocha Diógenes

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% das mortes em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria das mortes por DCNT são atribuíveis às doenças cardiovasculares, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

O Brasil vem organizando nos últimos anos ações no sentido da estruturação e operacionalização de um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção à saúde (BRASIL, 2011). Assim, um grande desafio aos profissionais de saúde

no terceiro milênio é o cuidado com as pessoas portadoras de doenças cardiovasculares (LANDIM *et al.*, 2011).

Os principais fatores de risco para essas doenças são: hipercolesterolemia (LDL-elevado), hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitos, obesidade (IMC > 30 kg/m²), circunferência abdominal aumentada (Homem > 102 cm e Mulher > 88 cm), sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais, estresse psicossocial, tabagismo, entre outros (SILVA *et al.*, 2013). Além dos fatores citados, merecem destaque, ao lado do tabagismo, o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas que merecem ser estudados devido ao alto consumo por adolescentes e adultos jovens.

Destacam-se as consequências de impacto público do uso indevido de drogas, como, por exemplo, o uso dos impostos pagos pela sociedade para financiar as ações de tratamento e prevenção ao abuso do álcool e outras drogas, e também a perda de produtividade que essa mesma sociedade sofre por consequência dos agravos na saúde dos indivíduos acometidos por essa problemática, já que uma de suas consequências é o abandono ao trabalho (GALLASSI *et al.*, 2008).

O consumo de bebidas como cerveja, vinho e destilados pode aumentar a Pressão Arterial. O efeito varia com o gênero e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de sua ingestão (DBHA, 2010). Algumas drogas podem promover elevação nos valores da pressão arterial. Entre elas, as mais comumente usadas são: anticoncepcionais orais, corticosteróides, anti-inflamatórios não hormonais, esteróides anabolizantes, descongestionantes, antidepressivos tricíclicos, antiácidos ricos em sódio, hormônios tireoideanos em doses elevadas, ciclosporinas,

anfetaminas, eritropoietina, cocaína e carbenoxolona (PIERIN *et al.*, 2008).

Diante do exposto, surgiu o interesse em trabalhar com usuários de drogas lícitas e ilícitas por estes já apresentarem fatores de risco cardiovasculares como o alcoolismo e tabagismo. Estudos sobre os efeitos cardiovasculares do uso de substâncias psicoativas vêm sendo realizados pelo nosso grupo de pesquisa (ABREU *et al.*, 2011; ABREU *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2013; QUEIROZ *et al.*, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2014). Um desses estudos (BARBOSA *et al.*, 2012) identificou que as pessoas em recuperação do uso de substâncias psicoativas estavam expostas a inúmeros fatores de risco: sobrepeso, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas e alimentos inadequados como o consumo de frituras.

Assim, diante dessa problemática, indaga-se, se os indivíduos em recuperação de uso de drogas psicoativas tem conhecimento sobre associação dessas drogas com o risco cardiovascular?

Objetivou-se averiguar os saberes e práticas sobre promoção da saúde cardiovascular pelas pessoas em recuperação do uso de substâncias psicoativas.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, realizada em uma unidade de um Hospital Estadual de Saúde Mental, referência para o atendimento em Psiquiatria no Estado do Ceará. Integrante da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), este hospital dispõe de dois hospitais-dia com sessenta leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos, um núcleo de atenção à infância e adolescência, uma unidade de desintoxicação (álcool e outras drogas) com 20 leitos masculinos e

quatro unidades de internação, duas masculinas e duas femininas com quarenta leitos cada.

Os sujeitos da pesquisa foram 10 homens em recuperação do uso de drogas psicoativas atendidos no Hospital-dia do referido hospital. A amostra encerrou-se por saturação. A coleta ocorreu de dezembro/2013 a janeiro/2014. Ressalta-se que todos participantes são homens visto que apenas pacientes do sexo masculino são admitidos no serviço onde a pesquisa se realizou.

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada contendo três partes, a primeira contemplou os dados sociodemográficos (idade, estado civil, procedência, escolaridade) e a segunda parte, dados relacionados a história familiar de doenças cardiovasculares, hábito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e tipo de droga ilícita utilizada, para em seguida, serem aplicadas as seguintes questões norteadoras: O que o senhor conhece sobre doenças ou os danos que o álcool, o fumo e outras drogas causam ao coração e ao cérebro? Quais os fatores que podem causar estas doenças? O que o senhor faz para prevenir essas doenças?

Para a análise das informações coletadas, procedeu-se primeiramente à transcrição das entrevistas na íntegra e leituras sucessivas das falas, que receberam deduções e inferências. Nessa compilação de dados, utilizou-se o método análise de conteúdo (BARDIN, 2010) processada a partir de um desmembramento do texto, em unidades de categorias temáticas, já que o método conduz a uma avaliação das falas dos sujeitos, exigindo habilidade para sistematizar as informações colhidas. Os dados obtidos deram seguimento às fases propostas para análise temática: pré-análise,

exploração do material e tratamento dos resultados associado às interpretações e permitiram a organização de três categorias temáticas: efeitos cardiovasculares do uso de drogas psicoativas; fatores que podem causar estas doenças e promoção da saúde cardiovascular. A análise e discussão dos resultados foram cotejadas com dados da literatura pertinente com foco na educação em saúde e doenças cardiovasculares.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o nº. 385/2009. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Resultados e discussão

A seguir serão apresentados os dados relacionados aos aspectos sociodemográficos, história familiar de doenças cardiovasculares, do hábito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e tipo de droga ilícita utilizada para em seguida serem apresentadas as categorias temáticas.

A idade dessas pessoas variou de 21 a 48 anos, com média de 35 anos de idade. Todos pertenciam ao sexo masculino. Quanto ao estado civil, quatro pessoas eram casadas ou viviam em união estável e outros seis eram solteiros ou divorciados. No que diz respeito à procedência, oito das pessoas residiam na capital e dois moravam em outros municípios cearenses. Com relação ao nível de escolaridade, foi encontrado que três dos participantes tinham o ensino fundamental incompleto, dois possuíam o ensino médio incompleto e cinco participantes do estudo cursaram o ensino médio completo. Os dados corroboram diferentes estudos

que explicam que a baixa escolaridade entre os dependentes químicos está associada ao desenvolvimento da dependência, que se torna preocupante à medida que a carência escolar ocasiona uma baixa qualificação profissional e, conseqüentemente, uma baixa expectativa de vida (PEIXOTO *et al.*, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2011).

Nenhum participante relatou possuir diagnóstico médico de doença clínica. Ao serem questionados sobre história familiar de doenças cardiovasculares, dois dos participantes negaram ou desconheciam a presença de pessoas na família com estas doenças, enquanto os outros oito afirmaram que possuem um ou dois familiares portadores de doenças tais como hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, *Diabetes Mellitus*.

A investigação do hábito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e tipo de droga ilícita utilizada pelos participantes precedeu a abordagem de qualquer malefício causado por essas substâncias, com o objetivo evitar *vieses* tais como intimidação dos entrevistados ou negação do uso. Todos os indivíduos estavam se recuperando do uso de alguma substância psicoativa: álcool associado com o tabaco ou a múltiplas drogas, incluindo maconha, *crack* e cocaína.

Os participantes do estudo encontravam-se na fase produtiva da vida. Sabemos que a prevalência da Hipertensão Arterial aumenta progressivamente com a idade (DBHA, 2010). Outros autores (ALMEIDA e LOPES, 2007) explicam que as alterações hemodinâmicas da hipertensão (variação dos níveis pressóricos) têm início entre os 20 e 30 anos de idade. Porém, é entre os 30 e 50 anos que a hipertensão propriamente dita (níveis pressóricos persistentemente elevados) se instala.

Com já mencionado, nesse estudo, todos participantes são homens visto que apenas pacientes do sexo masculino são admitidos no serviço onde a pesquisa se realizou. Porém, é importante destacar a referência de outras pesquisas quanto ao consumo de drogas por mulheres. Em um estudo realizado (GUIMARÃES *et al.*, 2004), os sujeitos do sexo masculino consumiram mais drogas que os do feminino, com nítida preferência por parte do sexo feminino pelas drogas lícitas (medicamentos, como ansiolíticos e anfetamínicos) e do sexo masculino pelas drogas ilícitas.

Sobre a referência ao uso de drogas ilícitas pelos participantes, estudo realizado (SANCHEZ e NAPPO, 2002) entre usuários de *crack* visando identificar uma progressão no uso de drogas e seus fatores interferentes revelou que a identificação de uma sequência de drogas parece estar mais associada a fatores externos (pressões de grupo, influência do tráfico etc.) do que à preferência do usuário. Foram identificadas duas progressões diferentes: entre os mais jovens (até 30 anos), cuja escalada começou com o cigarro e/ou álcool e passou pela maconha e cocaína aspirada até o uso de *crack*; e os mais velhos (>30 anos), que iniciaram o uso de drogas pelo cigarro e/ou álcool, seguido de maconha, medicamentos endovenosos, cocaína aspirada, cocaína endovenosa e, por fim, *crack*.

Efeitos cardiovasculares do uso de drogas psicoativas

Em relação à categoria efeitos cardiovasculares do uso de drogas psicoativas, ressalta-se que as doenças cardiovasculares constituem atualmente a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo, com grande impacto na saúde pública. As projeções para 2020 dão conta de que

permanecerão como causa principal de mortalidade e de incapacitação.

Os relatos dos participantes sobre os efeitos cardiovasculares do uso de drogas psicoativas estão apresentados a seguir. Nesta categoria temática, as falas mostram desconhecimento ou conhecimento superficial dos participantes sobre o que as drogas podem causar ao coração e ao cérebro, mas remetem, em uma ou outra fala, a esses malefícios:

“Só sei de uma doença chamada taquicardia. A taquicardia? Depende se a pessoa estiver em um ambiente fechado, por exemplo, a pessoa que foi usuário de droga influencia e também o uso de drogas” (S.V.S.S.).

“Taquicardia, AVC”.(L.S.L.)

“Lá em casa meu avô teve entupimento da veia do coração e faleceu por conta disso e sobre as doenças do cérebro não sei nada” (F.C.S.S.).

“Passei por uma experiência com minha avó que sofreu um AVC e recente com minha mãe que há dois anos sofreu um infarto cardíaco, por sorte, ela não morreu, teve que colocar dois stents, [...] eu sinto que essas doenças são muito perigosas, elas podem matar repentinamente uma pessoa, ou então, deixar prostrada, o que é pior. Sem falar que como eu sou o usuário da minha família eu fui taxado como culpado pelo problema da minha mãe”[...] (A.F.V.).

“Eu sei que tem o AVC, infarto do miocárdio, coração crescendo”. (J.V.S.M.).

“No cérebro tem o AVC e no coração o infarto” (J.M.F.)

“Não sei dizer nada não” (S.S.D.).

É sabido que a ingestão aguda de doses moderadas de álcool causa inicialmente vasodilatação e aumento transitório da frequência cardíaca, aumentando o consumo de oxigênio pelo miocárdio. Causa também taquicardia sinusal e arritmias, mais frequentes naqueles com miocardiopatia prévia. Como efeitos crônicos, são relatados o aumento da pressão arterial, arritmias, miocardiopatias, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outros eventos que incidem preferentemente no período da manhã. Tem sido proposto o uso de pequenas quantidades de álcool como efeito protetor para eventos coronarianos pelo aumento do HDL. Essa recomendação é controversa, tendo a *American Heart Association* não a reconhecido em face dos efeitos nocivos do álcool e da impossibilidade de se prever, *a priori*, a quem o álcool poderá se tornar um problema. Existe uma associação bem reconhecida entre uso compulsivo e crônico de álcool e AVC que ocorre especialmente pela manhã durante o aumento dos níveis pressóricos e da atividade simpática (OHIRA *et al.*, 2009).

Também são citadas como provavelmente relacionadas ao uso de álcool as arritmias atriais (extrassístoles, taquicardia supraventricular, *flutter* e fibrilação atrial) e ventriculares (extrassístoles, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular). A miocardiopatia alcoólica ocorre com maior frequência em homens entre 35 e 60 anos que fazem ingestão continuada por longos períodos, sendo que as mulhe-

res requerem doses habituais inferiores às dos homens para desenvolverem o mesmo quadro. As carências nutricionais, entre elas da tiamina, seriam um dos mecanismos envolvidos na fisiopatologia.

Sabe-se que a cocaína é a causa mais comum de dor no peito em jovens adultos que chegam às emergências hospitalares, representa 25% de infartos do miocárdio em pessoas com menos de 45 anos de idade (DEVLIN; HENRY, 2008). Na intoxicação aguda, a cocaína causa estimulação do SNC por ação na transmissão sináptica, alterando a liberação, recaptação e metabolismo da noradrenalina, dopamina, serotonina e acetilcolina. Quando ativado, o Sistema Nervoso Simpático pode levar a aumento da pressão arterial, taquicardia, predisposição às arritmias ventriculares e crises convulsivas. Já o uso crônico está relacionado com alterações da função sistólica ventricular esquerda por hipertrofia ou dilatação miocárdica (LOPES, 2006). Inicialmente a cocaína promove nas artérias coronarianas vasodilatação e redução da pressão de perfusão, seguida de vasoconstrição associada a isquemia cardíaca. Também aumenta a viscosidade sanguínea e propicia agregação das plaquetas (GAZONI *et al.*, 2006). O uso do *crack* está relacionado a uma série de malefícios para saúde, como complicações cardiovasculares, pulmonares, intoxicação por alumínio e déficits cognitivos. Associa-se também com aumento na frequência e intensidade de sintomas mentais e comportamentos disfuncionais (AMARAL, 2011).

Quanto à maconha, pelo fato da via de utilização mais comum ser a respiratória, o uso regular e constante dessa substância parece ligado aos sintomas respiratórios semelhantes aos do tabaco. Os efeitos cardiovasculares são

mais observados na intoxicação aguda, com taquicardia sinusal e chances maiores de eventos isquêmicos do miocárdio. Já no tabagismo, as principais causas de morte estão relacionadas com as doenças cardiovasculares (cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular). O uso crônico de tabaco é considerado um fator de risco isolado, duplicando as chances para o desenvolvimento de doença coronariana e cardiopatia isquêmica, sendo que em 30% relacionadas ao número de cigarros fumados (COSTA *et al.*, 2009).

Os efeitos nocivos do fumo têm sido amplamente discutidos na sociedade, visando a interrupção desse hábito. É evidente que os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde. O fator vasoconstrição é o mais relevante, além de acelerar o processo de arteriosclerose. Geralmente, o fumante busca o famoso “cafezinho”, nas situações estressantes e também se condicionam ao consumo de cafeína (SILVA; SOUZA, 2004). Portanto, o consumo de cigarros continua a ser o mais importante fator de risco modificável para ocorrência de doença arterial coronariana e a principal causa prevenível de morte nos Estados Unidos, onde é responsável por mais de 400.000 óbitos anualmente. Destes, a cardiopatia isquêmica causa 35% a 40% de todos os óbitos relacionados ao tabagismo, com um adicional de 8% atribuível a exposição passiva ao fumo (RIDKER; LIBBY, 2006).

Segundo Guyton e Hall (2006), as pessoas que fumam cigarros têm probabilidade duas vezes maior para sofrer ataques cardíacos letais do que as pessoas que não fumam, porém a razão pela qual o fumo provoca essa predisposição não é totalmente conhecida podendo resultar de espasmo dos vasos coronarianos, que ocorre pelo ato de fumar, ou

por efeito de substâncias lesivas ou tóxicas na fumaça, como o monóxido de carbono. A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças (VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, 2010).

Fatores que podem causar doenças cardiovasculares

Conforme apresentado nesta pesquisa, essa categoria, fatores que podem causar doenças cardiovasculares, algumas pessoas que participaram do estudo conheciam os fatores de risco cardiovasculares, conforme se vê nos seguintes relatos:

“Comidas gordurosas” (F.C.S.S.).

“É muito fator. Mais o fator primordial que leva você a ter essas doenças é uma alimentação descontrolada, estresse, viver desconfiado de tudo, ter uma vida descontrolada, uso de bebidas, etc.” (A.F.V.).

“Uso de bebidas, drogas, cigarro e alimentação inadequada” (J.V.S.M.).

“Acredito que a pessoa estando nervoso demais, algum tipo de pressão psicológica, aflição, preocupação, a pessoa ser fumante e alcóolatra” (C.H.C.).

“Uso de drogas” (S.S.D.).

“Pressão alta, estresse, nervosismo, preocupação, má alimentação.” (J.M.F.).

“Estresse, preocupação” (L.S.L.).

“Eu fui usuário do crack e no meu organismo prejudicou o Sistema Nervoso. Sei dizer não.” (F.G.R.S.).

Os relatos mencionados expõem que os participantes citaram de um a três fatores de risco cardiovasculares, principalmente o estresse, alimentação inadequada e o uso de drogas. O conhecimento das pessoas sobre os seus fatores de risco cardiovasculares é fundamental, por serem estas doenças, em sua maioria das vezes, silenciosas. Contudo, alguns fatores não foram relatados pelos participantes como sedentarismo, história familiar de doenças cardiovasculares, obesidade, consumo de alimentos ricos em sal, dentre outros.

O fato dos participantes terem o conhecimento, embora parcialmente, sobre *“Uso de bebidas, drogas, cigarro”* como fatores de risco para as doenças do coração e do cérebro pode gerar melhora no estilo de vida dos mesmos. No estudo de Abreu *et al.*, (2012), o conhecimento dos seus fatores de risco cardiovasculares despertou nos participantes o interesse em dar continuidade aos cuidados com a saúde.

Assim, considera-se que a realização de atividade educativa com o grupo de pessoas em recuperação do uso de drogas é fundamental, pois muitos destes fazem ingestão de bebidas alcoólicas e usam outras drogas, mas desconhecem os seus malefícios, e a partir do acesso a essa informação poderão decidir de maneira consciente e informada conforme a concepção de autores, a exemplo de Cabral e Aguiar (2003), quando explicam que a educação em saúde contribui para melhor relação do sujeito com o espaço

social, pelo acesso à informação e a possibilidade de tomar decisão consciente e informada.

Ressalte-se, contudo, que a literatura explica ser a mudança de comportamento um dos principais desafios a serem alcançados para prevenir doenças cardiovasculares: não é fácil mudar hábitos de vida apenas com a aquisição de informações. Assim, mudanças profundas de comportamento tais como modificações do estilo de vida exigem antes de tudo compreensão da situação externa (o que ocorre onde o sujeito está inserido), e depois um movimento interno - e, normalmente, lento - em direção às modificações de hábitos (SPINATO *et al.*, 2010).

Promoção da saúde cardiovascular

Sobre a categoria, Promoção da saúde cardiovascular, os usuários ao serem interrogados sobre os cuidados com a saúde, responderam:

“Hoje em dia, existem muitas coisas para prevenir essas doenças, por exemplo, ter uma vida saudável, com bastante exercícios, uma boa alimentação com frutas e verduras, principalmente a pessoa que já tem um histórico familiar propensos à essas doenças, ela precisa ter um cuidado redobrado, fazendo sempre uma vez por ano um check-up e outro fator também é não exagerar muito nas bebidas”. (A.F.V.).

“Evitar bebidas, drogas e fazer uma boa alimentação junto de exercícios”. (J.V.S.M.).

“Não usar esses tipos de substâncias. Eu comecei a ouvir as palestras da doutora aqui mesmo e passei a escutar e aceitar os conselhos das pessoas e não estou mais usando as drogas” (C.H.C.).

“Eu acho que a pessoa não beber, não usar drogas, substâncias que não altere o Sistema Nervoso da pessoa” (S.S.D.).

“Tratamento físico, uma boa alimentação, caminhada e paz em casa. Afastamento de bebidas, ter uma boa alimentação, ter um lazer, visitar o grupo AA e a igreja pedir forças a Deus” (J.M.F.).

“Eu não faço nada, eu faço tudo ao contrário, eu fumo, tenho raiva, preocupação” (L.S.L.).

Pelo que se depreende desses relatos, mesmo sem uma reflexão ou conhecimento mais aprofundados, os aspectos da prevenção e mudança de estilos de vida foram mencionados. A prevenção é entendida como a tendência atual, atuando de maneira multifatorial, com atenção em vários domínios da vida dos indivíduos. Programas voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares em populações em uso de substâncias psicoativas devem, quando planejados, ter em conta reforçar os aspectos positivos, os assim chamados fatores de proteção e minimizar os negativos, que constituem os fatores de risco (DIEHL *et al.*, 2011).

É inegável que a questão da drogadição, atualmente, passa por uma crise talvez nunca assistida na nossa história. Ela não está separada da crise da saúde, no seu aspecto epistemológico, teórico e metodológico. Os fenômenos estão aí, percorrendo caminhos que contribuam para implementar políticas públicas na questão da drogadição (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

Não devem ter direcionamento restrito apenas às drogas, mas tentarem abranger o indivíduo em sua dimen-

são mais plena possível, com promoção da qualidade de vida, reforço dos vínculos parentais e comunitários, o cuidado com a saúde física, psicológica e laboral. Trata-se de tarefa complexa cuja envergadura tem que congrega múltiplos esforços, múltiplos saberes, múltiplos profissionais, múltiplas disciplinas.

Considerações finais

Os participantes do estudo encontravam-se na fase produtiva da vida. Em relação à categoria efeitos cardiovasculares do uso de drogas psicoativas, os relatos dos participantes mostraram desconhecimento ou conhecimento superficial sobre o que as drogas podem causar ao coração e ao cérebro, mas remetem, em uma ou outra fala, a esses malefícios. Algumas pessoas que participaram do estudo conheciam os fatores de risco cardiovasculares. Assim, os participantes citaram de um a três fatores de risco cardiovasculares, principalmente o estresse, alimentação inadequada e o uso de drogas. Os aspectos da prevenção e mudança de estilos de vida foram mencionados pelos participantes.

Referências

AMARAL, R G. **Padrão de consumo e evolução para dependência de pacientes internados por uso de crack**. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pelotas. 2011.

ABREU, A.A.C; ABREU, R. N. D. C.; MONTEIRO, M. G. S; LIMA, M.T.V ; ANDRADE, L.M. Educação em saúde para prevenção das doenças cardiovasculares nas pessoas em recuperação do uso de drogas. In: XI Conferência Ibero-americana de Edu-

cação em Enfermagem da **ALADEFE**, 2011, Coimbra-Portugal. XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem da ALADEFE, 2011.

A. A. C de; ABREU, R. N. D. C.; VIANA, M.T; MOREIRA, T. M. Ms; MARTINS, F.LM.M; VASCONCELOS, S. M. Ms; ALMEIDA, G.H. Prevenção das doenças cardiovasculares nas pessoas em recuperação do uso de substâncias psicoativas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, p. 5-12, 2012.

ALMEIDA, G.P.L; LOPES, H.F. **Fatores de risco para hipertensão arterial**. In: PÓVOA, R. Hipertensão arterial na prática clínica. São Paulo: Atheneu, 2007.

BARBOSA, A. B. N.; COSTA, A. R.; ALBUQUERQUE, C. M.; FALCAO, P. V.; ALMEIDA, G.H; ABREU, R. N. D. C. Fatores de risco cardiovasculares nas pessoas em recuperação do uso de substâncias psicoativas. **ReTEP. Revista de Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 4, p. 867-871, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF. 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde (BR). **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF. 2011.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

COSTA, C.H.; RUFINO, R; SILVA, JRL. Células inflamatórias e seus mediadores na patogênese da DPOC. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 55, n. 3, p. 347-54. 2009.

DANTAS, R.O. Tempo de alcoolismo no desenvolvimento de doenças orgânicas em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP-Brasil. **Rev. Saúde Pública** v. 19 n. 4 São Paulo, Aug. 1985.

DIAS, L.M; SOUSA, A.M; DIOGENES, M. A. R.; ALMEIDA, G. H.; SOARES, M. C. P.; ABREU, R. N. D. C. **Educação em saúde para prevenção de doenças cardiovasculares: Uma experiência com usuários de substâncias psicoativas.** In: XVIII Encontro de Iniciação à Pesquisa da UNIFOR, 2012.

DEVLIN RJ, HENRY JA. *Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption.* **Critical Care**, v. 12, n. 1, 2008.

DIEHL, A. *et al.*, **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas publicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011. 528p.

GALLASSI, A.D; ALVARENGA, P.G; ANDRADE, A.G; COUTTOLENC, B.F. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 35 suppl. 1, 2008.

GAZONI, F.M. *et al.* Complicações cardiovasculares em usuários de cocaína. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** v. 18, n. 4, p. 427-32, 2006.

GUIMARÃES, J.L.; GODINHO, P. H; CRUZ, R; KAPPANN, J I; TOSCA JUNIOR, L A. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. **Rev. Saúde Pública** - São Paulo v. 38, n. 1, Fev. 2004.

GUYTON, A.C; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LANDIM MP, OLIVEIRA CJ, ABREU RNDC, MOREIRA TMM, VASCONCELOS SMM. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 14, n. 2, p. 132-138, 2011.

LOPES, A.C. **Tratado de clínica médica**. São Paulo:Rocca, 2006.

OHIRA, T; TANIGAWA, T.;TABATA, M. *et al.*, Effects of habitual alcohol intake on ambulatory blood pressure, heart rate, and its variability among Japanese men. **Hypertension**. v. 53, n. 1, p. 13-9. 2009.

MONTEIRO, C.F.S; FÉ, L.C.M, MOREIRA, M.A.C; ALBUQUERQUE I.E.M; SILVA, M.G, PASSAMANI, M.C. Perfil sóciodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- ad do Piauí. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 15, n. 1, p. 90-5, 2011.

PEIXOTO C; PRADO C.H.O; RODRIGUES C.P; CHEDA J.N.D; MOTA L. B.T, VERAS A.B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). **J. bras. psiquiatr.** v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

PICCOLOTO, L.B; OLIVEIRA, M.S; ARAUJO, R,B ; MELO, W.V; BICCA, M.G; SOUZA, M.A.M. Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. **Rev. Psiquiatria Clínica**. São Paulo. v. 33, n. 4. 2006.

PIERIN, A.M.G; MARRONI, S.N; TAVEIRA, L.F; BENSENOR, I.M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade**. 0522-2008. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3696.

PLAVNIK, F.L. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. **Rev. Brasileira de Hipertensão**. v. 9, p. 185-191, 2002.

QUEIROZ, M. J.; SILVA, R. S.; SOUSA, A.M ; ABREU, R. N. D. C. Grupo de educação em saúde para prevenção de doenças: uma experiência com usuários de substâncias psicoativas. In: XIX ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA da UNIFOR, 2013, Fortaleza. **Anais do XIX ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA da UNIFOR**. UNIFOR: UNIFOR, 2013.

RIDCKER; LIBBY, P. **Fatores de risco para doença cardiovascular arterosclerótica**. In: ZIPES, D.P; LIBBY, P; BONOW, R.O.; BRAUNWALD, E. Tratado de doenças cardiovasculares. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; V.1. 2007.

RODRIGUES, A.M.U. *et al.*, Harmfuleffectsof the use of psychoactivesubstances in perceptionofusers. **Rev. Saúde. Pública** 48, n. esp, p. 259, 2014.

SANCHEZ, Z,V,N; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev. Saúde Pública** - São Paulo. v. 36 n. 4 Aug. 2002.

SILVA DB *et al.*, Descrição de fatores de risco cardiovascular em hipertensos com complicações. In: Moreira T. M. M, Silva M. G. C. da. **Hipertensão Arterial: nós críticos, epidemiologia e condições clínicas associadas**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S.L. de - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** 95, 1 supl. 1, p. 1-51, 2010.

SOUSA, T. A.; TEIXEIRA, P.E.G; SOUSA, A.M; DIAS, L.M; FARIAS, F. L. R.; SILVA, A.P.A.D; ABREU, R. N. D. C. Características clínicas das pessoas em abstinência atendidas na emergência. **Revista de Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 5, p. 905-908, 2013.

SPINATO, I.L.; MONTEIRO, L. Z.; SANTOS, Z.M. DE AS. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde. **Texto Contexto - Enferm.** v. 19, n. 2, p. 256-264, 2010.

USO DE TECNOLOGIAS DO CUIDADO E INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CARDIOPATA CRÔNICO

Virna Ribeiro Feitosa Cestari

Vera Mendes de Paula Pessoa

Thereza Maria Magalhães Moreira

Raquel Sampaio Florêncio

Jessica Naiane Gama da Silva

Islene Victor Barbosa

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012). No Brasil, esse grupo de enfermidades totalizou 30,7% dos óbitos em 2011 (BRASIL, 2012).

As Doenças Cardíacas Crônicas (DCC) são definidas como situação de adoecimento caracterizada pela progressiva limitação da capacidade física e funcional do coração, a ponto de acarretar risco à vida e/ou impedir que o indivíduo realize suas atividades diárias (BOCCHI *et al.*, 2009). Incluem a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e a Doença Arterial Coronariana (DAC) e representam um conjunto de problemas de saúde complexo que apresen-

tam uma grande variedade de sintomas debilitantes e uma constante ameaça de morbidade (BRENNAN; CASPER; STURGEON, 2010).

As DCC trazem consigo repercussões significativas para o cotidiano do paciente e seus familiares, o que evidencia a necessidade de utilização de estratégias assistenciais na condução do paciente, objetivando sua estabilização, melhora clínica, a saúde o bem-estar, reduzindo a probabilidade de readmissão hospitalar e de morte prematura (RODRIGUES-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTÊS, 2012).

Na tentativa de contemplar ações de promoção da saúde e prevenção de complicações advindas das DCC, a enfermagem vem abrindo espaço para um cuidado científico responsável e pautado nas necessidades peculiares dos sujeitos atendidos nos serviços de saúde e de seus familiares. O processo de trabalho da enfermagem articula inúmeros elementos em um único processo, atravessado pelo uso de diferentes tecnologias (CARDOSO; SILVA, 2010).

A produção de tecnologias destaca-se como uma importante estratégia na gestão eficaz das cardiopatias crônicas. As inovações assistenciais na área da saúde e enfermagem possibilitam a organização do serviço e das formas de cuidados, além de fundamentar a prática do exercício profissional (THOFEHRN *et al.*, 2014). Envolvem as relações que se estabelecem entre elas, o enfermeiro, o doente e o ambiente de cuidado, tornando a situação mais aceitável e com maior probabilidade de efeitos terapêuticos satisfatórios (SCHWONKE *et al.*, 2011).

As tecnologias do cuidado podem ser classificadas em três dimensões: Tecnologias duras, ou trabalho morto, representadas pelo instrumental complexo em seu conjunto,

englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização das informações; Tecnologias leves-duras referem-se aos saberes profissionais, bem estruturados com a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõem a equipe; e as Tecnologias leves, aquelas utilizadas nas relações humanas, como a de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, ou seja, no encontro entre o profissional e o usuário/paciente (SALVADOR *et al.*, 2012).

A compreensão do cuidado clínico em enfermagem cardiovascular a partir das tecnologias permite a construção da responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem deve buscar a harmonização destas três dimensões de tecnologias, determinantes para a qualidade do cuidado (SCHWONTE *et al.*, 2011).

Diante da responsabilidade do enfermeiro junto aos pacientes com DCC e conhecendo-se a complexidade dessas afecções, sua epidemiologia e especificidades do atendimento a esses indivíduos, que necessitam cada vez mais de uma maior atenção do enfermeiro, tanto a nível hospitalar, como domiciliar, bem como a utilização de intervenções tecnológicas, despertou-se acerca da busca de publicações de enfermagem que envolvam o uso de tecnologias de cuidados dispensadas a esta clientela.

Este estudo torna-se relevante para a enfermagem cardiovascular por fornecer subsídios para a prática clínica e por evidenciar a necessidade da reconstrução de um modelo assistencial que tenha como objetivo o cuidado ao paciente cardiopata crônico em toda sua magnitude. Pretende-se, também, a divulgação das produções científicas disponíveis para a avaliação de opções e tomada de decisão no cuidado a estes pacientes, mediante a aplicabilidade das tecnologias.

Nesse ínterim, objetivou-se identificar em publicações científicas, em âmbito nacional e internacional, a utilização das tecnologias do cuidado pelos enfermeiros na assistência ao paciente com cardiopatia crônica.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a incorporação de subsídios na prática clínica. Realizada de maneira sistemática e ordenada, a revisão permite, ainda, estabelecer uma síntese e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado (SOARES *et al.*, 2014).

Para construção desta revisão, foram percorridas seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a ser extraída dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e interpretação dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A questão norteadora para responder ao objetivo da pesquisa foi: Quais são as tecnologias do cuidado utilizadas por enfermeiros na prática assistencial para melhoria da qualidade de vida de pacientes com cardiopatias crônicas?

Para a busca dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e *National Library of Me-*

dicina (PubMed), com base nos Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/*MeSH*): cuidados de enfermagem (*nursing care*) e cardiopatia (*coronary disease*). Os descritores foram analisados de forma associada, a fim de realizar uma aproximação das produções encontradas para elucidação do objetivo apresentado.

Os critérios de inclusão das publicações selecionadas para o estudo foram: artigos produzidos por enfermeiros, em parceria ou não com outros profissionais da saúde; que contemplassem o objetivo proposto; indexadas nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDENF e PubMed; publicadas no período de 2009-2014; nos idiomas português, inglês e espanhol; e disponíveis eletronicamente na íntegra. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, trabalhos publicados em anais de evento, artigos de reflexão e de revisão. A busca ocorreu no mês de julho de 2014.

A partir do cruzamento dos descritores, foram localizados 22 artigos na LILACS, 112 no MEDLINE, 16 na BDENF e 86 na PubMed. A seleção da amostra final foi realizada da seguinte forma: primeiramente ocorreu a leitura dos títulos dos artigos, sendo excluídos os que não tivessem relação com o tema; e em seguida, foram lidos os resumos para conhecimento do estudo e aproximação com a questão norteadora elaborada.

O *corpus* da revisão integrativa foi composto por 21 artigos, tabulados segundo as seguintes categorias: título, periódico e ano de publicação, tipo de estudo, tipo de tecnologia utilizada e nível de evidência. As informações foram consolidadas por categorização dos dados, divididos de acordo com as tecnologias do cuidado utilizadas pelos

enfermeiros da assistência ao indivíduo portador de cardiopatia crônica.

Os estudos foram classificados quanto aos níveis de evidências: nível I – as evidências são provenientes de revisão sistemática de estudos randomizados controlados ou oriundas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; nível II – evidências derivadas de revisões sistemáticas randomizadas individuais ou observacionais; nível III – evidências obtidas de estudos sem randomização controlados, coorte ou de seguimento; nível IV – evidências provenientes de caso-controle bem delineados, estudos de caso e longitudinais; nível V – evidências originárias de estudos descritivos (HOWICK *et al.*, 2011).

Resultados e discussão

Os países de origem da publicação dos estudos que compuseram a amostra (n=21) foram: Brasil, 11 (52,4%); Estados Unidos da América, três (14,3%); Holanda, dois (9,5%); Iran, Irlanda, Alemanha, Suécia e Colômbia apresentaram um (4,8) estudo cada. Com relação ao idioma de publicação, observou-se o predomínio do português, 12 (57,2%); seguido do inglês, nove (42,8%). Em relação ao ano de publicação dos artigos integrantes do estudo, constatou-se que, no último quinquênio, destacaram-se os anos de 2012 e 2013, com o maior número de publicações por ano, com o quantitativo de seis (28,6%) e cinco (23,8%), respectivamente.

TABELA 1. Síntese dos artigos selecionados de acordo com a utilização das **tecnologias leves** no cuidado ao paciente cardiopata. Fortaleza, 2014.

Título	Periódico/ano de publicação	Tipo de estudo	Tecnologia utilizada	Nível de evidência
The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self-efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center	BMC Research Notes, 2013	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde e segmento dos pacientes	I
Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial	Heart, 2013	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde e segmento dos pacientes	I
Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELLEN-I	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2013	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde e segmento dos pacientes	I
The effect of problem-based learning in patient education after an event of coronary heart disease – a randomised study in primary health care: design and methodology of the COR-PRIM study	BMC Family Practice, 2012	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde e seguimento dos pacientes	I
Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2012	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde	I
Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocolo of a randomized controlled trial	Geriatrics, 2010	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde e segmento dos pacientes	I
A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome	Circulation, 2009	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde	I
The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial	International Journal of Nursing Studies, 2009	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde	I
Effect of tailored practice and patient care plans on secondary prevention of heart disease in general practice: cluster randomized controlled trial	BMJ, 2009	Ensaio clínico randomizado	Educação em saúde e segmento dos pacientes	I

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 2. Síntese dos artigos selecionados de acordo com a utilização das **tecnologias leve-duras** no cuidado ao paciente cardiopata. Fortaleza, 2014.

Título	Periódico/ano de publicação	Tipo de estudo	Tecnologia utilizada	Nível de evidência
Processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito	Revisa de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2014	Estudo de caso	Processo de Enfermagem	IV
Programa Coração em Movimento: intervenção para promover atividade física entre pacientes com doença arterial coronária	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2013	Ensaio clínico randomizado	Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos	I
Planos de ação e de enfrentamento de obstáculos relacionados ao comportamento de adesão à terapia medicamentosa em coronariopatas	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2012	Ensaio clínico randomizado	Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos	I
Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2012	Metodológico	Utilização de escalas e testes	V
Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2012	Descrito-exploratório	Processo de Enfermagem	V
Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares	Escola Anna Nery, 2011	Transversal	Processo de Enfermagem	V
Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana	Acta Paulista de Enfermagem, 2009	Transversal	Utilização de escalas e testes	V

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 3. Síntese dos artigos selecionados de acordo com a utilização das **tecnologias duras** no cuidado ao paciente cardiopata. Fortaleza, 2014.

Título	Período/ano de publicação	Tipo de estudo	Tecnologia utilizada	Nível de evidência
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®	Revista Escola de Enfermagem da USP, 2013	Descritivo-exploratório	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)	V
The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomized trial	Cardiovascular Disorders, 2012	Ensaio clínico randomizado	Programa de segmento dos pacientes por telefone	I
Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado	Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2011	Ensaio clínico randomizado	Programa de segmento dos pacientes por telefone	I
Technology enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: home implementation and evaluation	Heart & Lung, 2010	Ensaio clínico randomizado	Tecnologias Web	I
Business Intelligence utilizando tecnologias Web para análise de fatores de risco na ocorrência de doença arterial coronariana	Journal Health Informatics, 2010	Londituginal	Tecnologias Web	IV

Fonte: Dados da pesquisa

Evidenciou-se publicação em diferentes periódicos, com destaque para a Revista Latino-Americana de Enfermagem, com cinco (23,8%) estudos. Quanto ao delineamento metodológico, observou-se o predomínio de ensaios clínicos randomizados, com 14 (66,7%); seguidos de dois estudos exploratório-descritivos e transversais (9,5%); e longitudinal, estudo de caso e metodológico, um (4,8%). Analisando a abordagem, destacou-se a quantitativa em 20 (95,2%) publicações. No tocante aos níveis de evidências, 14 artigos foram classificados no nível I (66,7%); seguidos de cinco artigos de nível V (23,8%) e dois de nível IV (9,5%).

Em análise à utilização das tecnologias do cuidado na assistência ao paciente com cardiopatia crônica, verificou-se que nove publicações (42,8%) abordaram as tecnologias leves; sete (33,4%), tecnologias leve-duras; e cinco (23,8%), tecnologias duras. Dentre as tecnologias leves, evidenciou-se a estratégia da educação em saúde e segmentos do pacientes em nove (42,8%) estudos; nas tecnologias leves-duras identificou-se o Processo de Enfermagem em três publicações (14,3%); o planejamento de ações e enfrentamento de obstáculos e utilização de escalas e testes, com dois cada (9,5%); e nas tecnologias duras, evidenciou-se o uso de tecnologias *Web* e programas de segmento dos pacientes por telefone em duas publicações cada (9,5%) e do sistema de classificação em um (4,8%) estudo.

Caracterização dos estudos

Verificou-se um aumento de publicações relacionadas com a utilização das tecnologias do cuidado na prática assistencial do enfermeiro nos últimos cinco anos. A identificação de estratégias que busquem o aprimoramento do cuidado oferecido é relevante, visto que o este deve ser considerado o núcleo central na relação entre o cliente e o profissional. No processo do trabalho de enfermagem constataram-se importantes articulações do cuidado mediante a utilização das tecnologias. Ressalta-se, portanto, a importância do desenvolvimento de outros estudos que abordem essa temática.

Merece destaque o fato de os estudos experimentais selecionados para esta revisão serem ensaios clínicos randomizados, ferramenta eficaz para a obtenção de evidên-

cias para a prática clínica. Quanto ao desenho dos estudos, observou-se o predomínio do delineamento quantitativo, abordagem que objetiva trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas confiáveis e sem vieses (PINTO *et al.*, 2014).

Dos oito países dos estudos, o Brasil encontra-se na primeira colocação em termos de publicação, o que sugere um interesse nacional no estudo da temática. Outro ponto de destaque evidenciado nesta revisão é que os estudos analisados foram publicados em periódicos bem conceituados, demonstrando a qualidade das pesquisas analisadas.

Em análise aos Estados e regiões de publicação dos artigos nacionais, constatou-se o predomínio de estudos oriundos do eixo Sul-Sudeste, caracterizando a hegemonia da produção científica dos enfermeiros destas regiões, com destaque para Porto Alegre e São Paulo, com quatro (36,4%) publicações cada, e Rio de Janeiro, um (9,1%). Na região Nordeste, encontrou-se uma (9,1%) pesquisa oriunda de Natal e uma (9,1%) de João Pessoa.

Tecnologias do cuidado leves

As tecnologias leves ou relacionais se fazem necessárias no entorno da ação de cuidar, visando o estabelecimento de vínculos e autonomização. De acordo com a literatura consultada para a elaboração desta revisão, as tecnologias leves utilizadas foram a de apoio e educação em saúde do paciente e o segmento dos mesmos com ênfase na prevenção.

As doenças cardíacas crônicas provocam uma mudança na vida do indivíduo acometido, pois leva a deterioração da qualidade de vida e das funções pessoal e social, além de levar à perda progressiva da capacidade de se cuidar.

Destaca-se, portanto, a importância de intervenções com programas educativos no intuito de capacitar os cardiopatas, tornando-os cogestores de sua saúde (RODRIGUES-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTÊS, 2012).

O cuidado de enfermagem destaca-se como um meio de promoção, recuperação e reabilitação da autonomia social do indivíduo e, conseqüentemente, de sua saúde. No âmbito do desenvolvimento de tecnologias leves, a educação em saúde, bem como o seguimento de pessoas com cardiopatias crônicas evidenciam-se como ferramentas eficazes para prevenção de agravos (KIRCHBERGER *et al.*, 2010). A utilização de diferentes tecnologias é o recurso disponível para que a educação em saúde se convalide como estratégia de participação do paciente no processo de cuidar.

Esse fato pôde ser observado em estudo realizado em um centro de reabilitação cardíaca cujos resultados demonstraram que os pacientes acompanhados periodicamente por enfermeiros, recebendo informações sobre a doença e medidas de controle, apresentaram menos complicações decorrentes da doença, quando comparados ao grupo controle (POORTAGHI *et al.*, 2013).

As ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consistente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde (KÄRNER *et al.*, 2012). Encontros educativos individuais e grupais, visitas domiciliares (VD), tele-enfermagem e cartilha impressa são metodologias válidas e promotoras para o comportamento de autocuidado (RODRIGUES-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTÊS, 2012).

O autocuidado é considerado a chave para a obtenção de uma melhor evolução de indivíduos com DCC. A proposta de educar e estimular a participação do paciente e cuidadores no tratamento mostra-se uma tendência dominante na prática assistencial do enfermeiro. A educação em saúde sobre questões relativas à doença, tratamento e mudanças no estilo de vida podem influenciar as atitudes desta clientela, reduzindo internações, custo do tratamento e mortalidade, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida (MURPHY *et al.*, 2009).

Nesse contexto, o seguimento dos pacientes em sua residência destaca-se como importante ferramenta dentro da educação em saúde, uma vez que o enfermeiro implementa suas ações em um ambiente real, no qual o indivíduo encontra-se inserido. Autores buscaram verificar o efeito de uma intervenção educativa de enfermagem resultante da combinação entre VD e contato telefônico por um período seis meses à pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD). Os resultados evidenciaram melhoras no controle da pressão arterial, manutenção do peso adequado e aderência ao uso dos medicamentos prescritos, bem como a redução de re-internações (MUSSI *et al.*, 2013)

Estudo semelhante avaliou o impacto de um programa de prevenção de riscos de DCV em pacientes que receberam alta após episódio de síndrome coronária aguda. O programa foi coordenado por enfermeiros e desenvolvido nas unidades de atenção secundária e terciária, e abrangia orientações que tinham como foco o estilo de vida saudável, fatores de risco biométricos e adesão à medicação, além dos cuidados habituais. Os autores verificaram que, em um ano, o programa resultou em redução de riscos para DCV

(17,4%), bem como na redução das re-hospitalizações (34,8%) (JORSTAD *et al.*, 2013).

Outra abordagem das DCC é a realização das consultas de enfermagem, modalidade de assistência que permite o acompanhamento do usuário. É um momento em que o enfermeiro deve buscar avaliar o cardiopata crônico em toda a sua complexidade, respeitando e percebendo a individualidade deste, possibilitando o cuidar (DRACUP *et al.*, 2009).

Nesse enfoque, evidencia-se um estudo onde os autores utilizaram as consultas de enfermagem para aconselhamento sobre o conhecimento, atitudes e crenças sobre os sintomas da síndrome coronariana aguda e a resposta apropriada aos sintomas, com 3.522 pacientes (McKINLEY *et al.*, 2009). Após três meses de estudo, os resultados evidenciaram o aumento significativo do conhecimento dos pacientes, bem como diminuição dos sintomas de ansiedade.

Percebe-se, portanto, que a compreensão do cuidado clínico do enfermeiro ao paciente com DCC a partir das estratégias educativas e seguimento deste, permite um melhor conhecimento das linhas de tensão existentes. As tecnologias leves permitem, de fato, a capacitação em saúde do cardiopata crônico, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Tecnologias do cuidado leve-duras

As tecnologias leve-duras envolvem todo o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado. Na assistência ao paciente com cardiopatia crônica, foram identificadas as seguintes tecnologias: adaptação e validação de uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com IC; o Processo de Enfermagem (PE), com levantamento de

diagnósticos e implementações de intervenções de enfermagem cabíveis; utilização de teste para avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa; e a elaboração de planos de ação e enfrentamento de obstáculos.

As cardiopatias crônicas, principalmente aquelas cuja expressão máxima é a sintomatologia da IC, são reconhecidas o problema de saúde pública mais crescente em todo o mundo. No Brasil, representam a principal causa de internação de pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos 65 anos, além de serem responsáveis por altos custos (RODRIGUES-GÁZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTÉS, 2012).

Apesar dos esforços despendidos no controle das DCC, a evolução desses pacientes não vem se modificando de forma expressiva, pelos menos no que tange à mortalidade hospitalar e readmissões, causadas principalmente pela dificuldade dos pacientes em praticar o autocuidado e aderir ao tratamento. Este fato reafirma que a complexidade do regime terapêutico supõe um importante desafio para os profissionais de saúde, uma vez que existem numerosas lacunas e ineficiências no manuseio desses pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Nesse ínterim, evidencia-se o uso instrumentos de mensuração em saúde (escalas/testes) como medidas essenciais no manejo da pessoa com cardiopatia crônica, uma vez que esse tipo de tecnologia tem como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação, indispensáveis à efetivação do cuidar em enfermagem.

Esses instrumentos podem ser aplicados em várias situações distintas, de forma que possibilita a mensuração dos fenômenos de saúde, gerando cada vez mais validade

clínica enquanto tecnologias de cuidar, o que representa sistematizar o cotidiano da enfermagem nos vários contextos de atuação (LUNELLI *et al.*, 2009).

No que tange ao uso de escalas direcionadas ao paciente com IC, estudo metodológico buscou adaptar e validar a *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* para o uso na língua portuguesa do Brasil. A escala avalia os componentes-chave para o autocuidado: reconhecimento dos sinais e sintomas da descompensação da IC e a tomada de decisão na ocorrência desses sintomas. Após a validação da escala com 124 pacientes, os autores concluíram que a mesma é uma ferramenta importante para avaliação do autocuidado em pacientes com IC, além de avaliar a efetividade das ações implementadas pela equipe multidisciplinar (FEIJÓ *et al.*, 2012).

Reforça-se, portanto, a necessidade de desenvolvimento de estratégias eficazes e a importância da avaliação e mensuração no comportamento de autocuidado, assim como as habilidades desenvolvidas pelos pacientes com os desfechos de saúde. O objetivo da construção dessas escalas é a identificação de medidas mais precisas e maior direcionamento da prática assistencial.

O estímulo para a participação da pessoa portadora de cardiopatia crônica em seu tratamento também faz parte do cuidado clínico em enfermagem cardiovascular. A atuação do enfermeiro nesse contexto deve priorizar o fortalecimento de uma relação empática e de acolhimento e reconhecimento das limitações (MURPHY *et al.*, 2009; KÄRNER *et al.*, 2012). Logo, a utilização de instrumentos que avaliem o grau de adesão de pacientes com doenças crônicas tornam-se essenciais para o direcionamento das ações

do enfermeiro e conseqüente melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

O uso de testes que avaliem a adesão ao tratamento farmacológico não é bem explorado pela literatura científica. Nessa temática, destaca-se um estudo que objetivou verificar a adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica de pacientes com DAC, mediante a utilização do Teste de Morisky. A utilização do teste possibilitou evidenciar que, de 92 pacientes com DAC, a não adesão à terapêutica prescrita esteve presente em 56,5% e ao tratamento não farmacológico em 40,2% dos casos (LUNELLI *et al.*, 2009).

Intervenções para melhorar a adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa têm sido desenvolvidas e avaliadas, contudo, merecem destaque aquelas baseadas em pressupostos teóricos, especialmente nas teorias que tem como foco a intenção ou motivação para a realização de determinados comportamentos (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Estudo demonstrou a efetividade de intervenções com diferentes embasamentos teóricos para encorajar a adoção de comportamentos saudáveis, com a realização da atividade física. Os autores relataram resultados positivos com o uso de estratégias de ação e de enfrentamento com vistas a otimizar a adesão às atividades físicas em pacientes envolvidos em um programa de reabilitação cardíaca (LOURENÇO *et al.*, 2012).

As estratégias do planejamento de ação e de enfrentamento de obstáculos incluem a concretização da intenção por meio da especificação de quando, onde e como as ações serão implementadas para atingir o comportamento desejado (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Ainda em análise às tecnologias do cuidado leve-duras, ressalta-se a importância da implementação do Processo de Enfermagem (PE) na prática assistencial do enfermeiro. O PE é um instrumento tecnológico que favorece o cuidado para organizar as condições necessárias para a realização do mesmo, por possibilitar a identificação, compreensão, descrição e explica/prediz as necessidades humanas de indivíduos, assim como, a determinação de intervenções de enfermagem (FELIPE; ARAÚJO; VITOR, 2014).

Autores objetivaram a utilização do PE a pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. Entre 30 pacientes hospitalizados, as doenças cardíacas mais encontradas foram a IC e o IAM. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Ansiedade, Dor Aguda, Débito Cardíaco Diminuído, Percepção Sensorial Perturbada – Visual, Insônia, Intolerância à Atividade, Disfunção Sexual e Eliminação Urinária prejudicada. Os autores afirmaram que o levantamento de diagnósticos de enfermagem permitiu uma melhor análise das respostas à doença cardiovascular (PEREIRA *et al.*, 2011).

No contexto do cuidado ao paciente cardiopata, o PE deve ser compreendido como um modelo tecnológico complexo que possibilita ofertar conforto, bem-estar físico e mental ao paciente.

Tecnologias do cuidado duras

As tecnologias duras abrangem os materiais, equipamentos, máquinas e demais instrumentais utilizados durante a realização do cuidado. A busca dessas tecnologias nos artigos que compuseram este estudo evidenciou a utilização

do sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), de um programa de segmento dos pacientes cardiopatas por telefone e das tecnologias *Web*.

Autores corroboram que a utilização de sistemas de apoio à tomada de decisões é de grande auxílio aos profissionais da saúde por permitir uma análise de dados mais precisa através do cruzamento de informações. Estudo objetivou a construção de afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de ICC pela CIPE®. Os autores conseguiram o levantamento de 92 afirmativas e 234 intervenções de enfermagem, dando suporte para a documentação sistemática para a prática de enfermagem, bem como destacando a CIPE® como um instrumento útil, que viabiliza a promoção, organização e qualidade do cuidado (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

O uso de tecnologias duras em saúde é determinante para a qualidade do cuidado, exigindo conhecimento técnico especializado dos cuidadores envolvidos (SCHWONKE *et al.*, 2011). A incorporação tecnológica, como a informática, contribui para o desenvolvimento das faculdades mentais capazes de lidar com desafios e resolver problemas, assim como abre novas perspectivas na educação por possibilitar a individualização e coletividade do ensino (MORAIS; SILVA; CARITÁ, 2010).

Nessa temática, estudo objetivou implantar uma tecnologia prática avançada, inovação do modelo de cuidados de enfermagem em domicílio, com a utilização de recursos com base na *Web* (*HeartCarell*). Os autores dividiram 282 pacientes com cardiopatias crônicas em dois grupos: o grupo experimental, que receberam informações de autogestão, ferramentas de automonitoramento e serviço de mensa-

gens; e o grupo controle, com cuidados gerais. A análise dos resultados verificou-se que os grupos expostos ao *HeartCarell* apresentaram melhora qualidade de vida e autocuidado com sua doença cardíaca crônica (BRENNAN *et al.*, 2010).

Destaca-se que o uso de tecnologias duras nem sempre precisam de máquinas avançadas. Dentre as várias abordagens do cuidado da pessoa com cardiopatia crônica, verifica-se que a combinação de um programa educacional intra-hospitalar seguido por contato telefônico realizado por enfermeiros após a alta hospitalar é pouco explorado. Constataram-se apenas dois estudos que utilizaram essa metodologia interventiva.

Estudo europeu implementou um programa de segmento por telefone de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e pacientes com angina pectoris, o *Hartcoach*. O programa consiste no acompanhamento dos pacientes por um período de 6 meses, no qual o enfermeiro orientador aconselhavam quanto a importância dos pacientes assumirem sua responsabilidade na gestão de sua saúde, e buscavam a identificação de fatores de risco modificáveis (LEEMRIJSE *et al.*, 2012). Por meio desta tecnologia, os autores puderam identificar os fatores de risco a nível cardiovascular (peso, circunferência abdominal, pressão arterial, atividade física e dieta) e a adesão ao tratamento farmacológico, autocuidado e qualidade de vida.

Pesquisa experimental realizada no Brasil, com objetivo semelhante, verificou-se que a intervenção educativa intra-hospitalar, somada ao contato telefônico, possibilitou um maior conhecimento da doença e autocuidado (DOMINGUES *et al.*, 2011).

Evidencia-se, portanto, o método do acompanha-

mento por telefone como uma tecnologia eficaz, que permite que os profissionais concentrem-se no cuidado a pacientes que realmente necessitam de atendimento, a fim de proporcionar melhoria da qualidade de vida em saúde dos pacientes e seus familiares.

Considerações finais

Verificou-se que os profissionais de enfermagem utilizam os três tipos de tecnologia do cuidado, com ênfase às tecnologias leves. A educação em saúde e o seguimento do paciente revelaram-se como estratégias essenciais para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de agravos em pacientes com cardiopatia crônica. Houve predomínio de publicações nos anos de 2012 e 2013, no idioma em português, randomizados, com abordagem quantitativa e nível de evidência I.

Poucos estudos publicados relacionavam-se à utilização do Processo de Enfermagem. Evidencia-se, portanto, a necessidade da realização de novas pesquisas no que diz respeito ao levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem, instrumentos que potencializam o cuidar.

Constatou-se que o quantitativo de publicações sobre a temática tecnologias do cuidado nas ações do enfermeiro ao paciente cardiopata crônico ainda são escassos e, entre as publicações nacionais, de baixo nível de evidência.

Diante das lacunas evidenciadas e os resultados apresentados nos artigos que compuseram esta revisão integrativa, sugere-se a elaboração de novas pesquisas sobre o tema investigado. Ressalta-se, entretanto, que a busca por publicações disponíveis eletronicamente na íntegra foi um fator que limitou a aquisição de mais estudos sobre o tema.

Referências

ARAÚJO, A.A.; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 385-92, 2013.

BOCCHI, E.A.; BRAGA, F.G.M.; FERREIRA, S.M.A.; ROHDE, L.E.P.; OLIVEIRA, W.A.; ALMEIDA, D.R. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n.1, supl. 1, p.1-71, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Acesso em: 31 julho de 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>.

BRENNAN, P.F.; CASPER, G.R.; STURGEON, B. Technology enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: home implementation and evaluation. **Heart Lung**, v. 36, supl. 6, p. 34-46, 2010.

CARDOSO, G.B.; SILVA, A.L.A. O processo de trabalho da enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 2, p.451-5, 2010.

DOMINGUES, F.B.; CLAUSELL, N.; ALITI, G.B.; DOMINGUEZ, D.R.; RABELO, E.R. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Arq Bras Cardiol.**, v. 96, n. 3, p. 233-9, 2011.

DRACUP, K.; FELIPE, L.C.; ARAÚJO, A.R.A.; VITOR, A.F. Processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito. **J res.: fundam care online**, v. 6, n. 3, p. 897-908, 2014.

FEIJÓ, M.K.; ÁVILA, C.W.; SOUZA, E.N.; JAARSMA, R.; RABELO, E.R. Adaptação transcultural e validação da Europe an Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 20, n. 5, 9 telas, 2012.

HOWICK, J. *et al.*, OCEBM Levels of Evidence Working Group. **The Oxford Levels of Evidence 2**. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?0=5653>. Acesso em: 29 de julho de 2014.

JORSTAD, H.T.; BIRGELEN, C.V.; ALINGS, A.M.W.; LIEM, A.; DANTZIG, J.M.V., JAARSMA, W. *et al.*, Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after acute coronary syndrome: main results of the RESPONDE randomized trial. **Heart**, v. 99, p. 1421-30, 2013.

KÄRNER, A.; NILSSON, S.; JAARSMA, T.; ANDERSSON, A.; WIRÉHN, A.B.; WODLIN, P. *et al.*, The effect of problem-based learning in patient education after an event of coronary heart disease – a randomized study in primary health care: design and methodology of the COR-PRIM study. **BMC Fam. Pract.**, v. 13, p. 110, 2012.

LEEMRIJSE, C.J.; DIJK, L.V.; JORSTAD, H.T.; PETERS, R. J.G.; VEENHOF, C. The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomized trial. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 12, p. 47-53, 2012.

LOURENÇO, L.B.A.; RODRIGUES, R.C.M.; SPANA, T.M.; GALLANI, M.C.B.J.; CORNÉLIO, M.E. Planos de ação e de

enfrentamento de obstáculos relacionados ao comportamento de adesão à terapia medicamentosa em coronariopatas. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 20, n. 5, 9 telas, 2012.

MCKINLEY, S.; DRACUP, K.; MOSER, D.K.; RIEGEL, B.; DOERING, L.V.; MEISCHKE, H. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. **Int J Nurs Stud.**, v. 46, n. 8, p. 1037-46, 2009.

MCKINLEY, S.; RIEGEL, B.; MOSER, D.K.; MEISHKE, H.; DOERING, L.V. *et al.* A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v. 2, n. 6, p. 524-32, 2009.

MORAIS, E.R.E.D.; SILVA, S.S.; CARITÁ, E.C. Business Intelligence utilizando tecnologias Web para análise dos fatores de risco na ocorrência de doença arterial coronariana. **J. Health Informa.** v. 2, n. 1, p. 7-13, 2010.

MURPHY, A.W.; CUPPLES, M.E.; SMITH, S.M.; BYRNE, M.; BRYNE, M.C.; NEWELL, J. Effect of tailored practice and patient care plans on secondary prevention of heart disease in general practice: cluster randomized controlled trial. **BMJ.** 2009; 339: 4220.

MUSSI, C.M.; RUSCHEL, K.; SOUZA, E.M.; LOPES, A.N.M.; TROJAHN, M.M.; PARABONI, C.C. *et al.*, Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 21, número especial, 9 telas, 2013.

OLIVEIRA, S.K.P.; LIMA, F.E.T.; PESSOA, V.L.M.P.; CAETANO, J.A.; MENESES, L.S.T.; MENDONÇA, L.B.A. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Ciênc. Med.**, v. 22, n. 1, p. 23-30, 2013.

PEREIRA, J.M.V.; CAVALCANTI, A.N.D.; SANTANA, R.F.; CASSIANO, K.M.; QUELUCI, G.C.; GUIMARÃES, T.C.F. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 737-45, 2011.

PINTO, A.C.S.; LUNA, I.T.; SILVA, A.A.; PINHEIRO, P.N.C.; BRAGA, V.A.B.; SOUZA, A.M.A. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 555-64, 2014.

POORTAGHI, S.; BAGHERNIA, A.; GOLZARI, S.E.J.; SAFAYIAN, A.; ATRI, S.B. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self-efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. **Research Notes**, v. 6, p. 287-90, 2013.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.7-17, 2012.

RODRIGUEZ-GÁZQUEZ, M.A.; ARREDONDO-HOLGUIN, E.; HERRERA-CORTÉS, R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 20, n. 2, 11 telas, 2012.

SALVADOR, P.T.C.O.; OLIVEIRA, R.K.M.; COSTA, T.D.; SANTOS, V.E.P.; TOURINHO, F.S.V. Tecnologia e inovação

para o cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 111-7, 2012.

SCHWONKE, C.R.G.C.; FILHO, W.D.L.; LUNARDI, V.L.; SANTOS, S.S.C.; BARLEM, E.L.D. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia do cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 189-92, 2011.

SOARES, C.B.; HOGA, L.A.K.; PEDUZZI, M.; SANGALETTI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D.R.A.D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-6, 2010.

THOFEHRN, M.B.; MONTESINOS, M.J.L.; ARRIEIRA, I.C.; ÁVILA, V.C.; VASQUES, T.C.S. *et al.*, Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias do cuidado. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 141-6, 2014.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA RECEPTORA DE TRANSPLANTE CARDÍACO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Alves Braga

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Taiane Emyll Silva Sampaio

Jacqueline De Souza Pereira

Raquel Sampaio Florêncio

Roberta Peixoto Vieira

O transplante de órgãos e tecidos, atualmente, é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhora na qualidade de vida dos pacientes, possibilitado por vários avanços nessa área na última década, como a incorporação de novas técnicas cirúrgicas, novos imunossuppressores, novos métodos diagnósticos e abordagens nos pós-operatórios precoces e tardios (FREGONESE, *et al.*, 2009).

Na última década do século passado, observou-se um aumento progressivo do número de transplantes cardíaco infantis. Segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), no ano de 2012 foram realizados 30 transplantes cardíacos pediátricos no Brasil, o que corresponde a 13,2% do número total de transplantes cardíacos.

Os pacientes submetidos ao transplante cardíaco pediátrico devem ser avaliados conforme critério médico, visitas ambulatoriais, ecocardiograma, eletrocardiograma, ra-

diografia de tórax, dosagem de inibidor de calcineurina (ciclosporina ou tacrolimus), dosagem de eletrólitos, enzimas hepáticas e hemograma. Realiza-se também a monitoração da sorologia para toxoplasmose, citomegalovírus, sorologia para Epstein-barr, clearance de creatinina, ultrassonografia de abdome, holter, ecocardiograma com dobutamina, cateterismo cardíaco e biópsia endomiocárdica, quando indicada, para evitar comorbidades como rejeição, infecção, doença coronariana, neoplasia e complicações relacionadas à imunossupressão, que são: nefrotoxicidade, hipertensão arterial sistêmica, hiperlipidemia e litíase biliar (II DIRETRIZ DE TRANSPLANTE CARDÍACO, 2009).

O fato é que a sobrevida, ao longo prazo do enxerto, é particularmente importante em se tratando de transplante cardíaco, pois os sinais de falência do enxerto poderão se manifestar quando o paciente estiver na adolescência ou na vida adulta, ou seja, em períodos de maior atividade produtiva destes indivíduos (BOUCEK, *et al.*, 2007).

A rotina diária de uma pessoa transplantada diferencia-se devido aos cuidados excessivos que se deve ter em relação à prevenção de infecções, alimentação saudável e adequada, manutenção do peso e a administração do imunossupressor rigorosamente no horário prescrito, assim como realizar exames específicos que identifiquem possíveis sinais de rejeição, sendo de fundamental importância a participação da equipe nas medidas de promoção da saúde (AGUIAR, *et al.*, 2011).

No contexto do transplante cardíaco pediátrico o foco maior de interesse são os aspectos técnicos, realização de exames como o ecocardiograma para monitorar a qualidade do enxerto e biópsia endomiocárdica para diagnosticar um pos-

sível quadro de rejeição. Por outro lado, aspectos psicossociais não são considerados como significativos para sobrevida e prevenção de comorbidades. Poucas publicações trazem como questão central no transplante pediátrico a família.

O trabalho com as famílias é fundamental nesses casos, com destaque para os pais que participam de todo o processo de adoecimento e refletem sobre a opção do transplante, sem descartar o grau de autonomia da criança ou adolescente em expressar seu desejo. Também sofrem com os efeitos da doença de seus filhos, sendo necessário um adequado apoio por parte dos profissionais de saúde, para que estes possam saber manejar o estresse da situação e dar conforto para a criança doente/transplantada (PENAFORTE, *et al.*, 2009).

Desse modo, este trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa com o objetivo de analisar o que tem sido produzido pelos profissionais de saúde que atuam junto a criança transplantada cardíaca, para que esta retorne as atividades da vida diária, ao convívio da vida familiar e da sociedade, adequando componentes e hábitos da vida saudáveis, contribuindo para o não surgimento de complicações, comorbidades e necessidade de retransplante.

Trata-se de uma de revisão integrativa da literatura científica sobre a assistência a criança transplantada cardíaca e estratégias que favorecem o não surgimento de complicações, comorbidades e necessidade de retransplante. Tal estudo é descrito como um instrumento único na área da saúde, por resumir as pesquisas disponíveis sobre um tema específico, além de orientar a prática, fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA, SILVA E CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa surge, portanto, como método de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica, tendo como finalidade reunir e sintetizar os resultados de múltiplas pesquisas sobre um determinado tema, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema investigado (MENDES-CASTILHO, *et al.*, 2012).

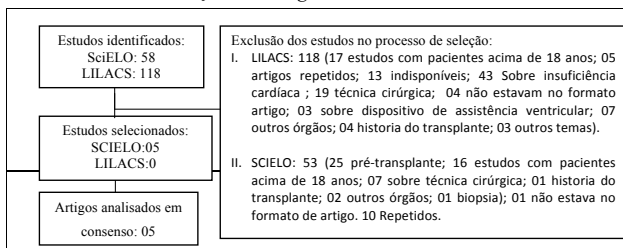
Para esta revisão, foram consideradas as fases de pesquisa de acordo com (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008) São elas: elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Considerando a necessidade de delimitação da temática a ser pesquisada, elaborou-se, como questão norteadora para a busca de evidências na literatura científica, a seguinte pergunta problema: o que se tem produzido pelos profissionais de saúde que atuam na área ambulatorial junto a criança transplantada cardíaca, para uma melhor qualidade de vida?

A busca ocorreu nos meses de março a abril de 2014 nas bases de dados de literatura científica e técnica: Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Com os descritores: “Transplante Cardíaco”, “pediatria” or “Criança” foram realizados cruzamento. A busca considerou as publicações dos últimos cinco anos, pelo período de 2008 a 2013, e foram localizados 176 estudos: 118 da base de dados LILACS e 58 das referências na base da SciELO.

Após a leitura dos resumos, segundo pertinência e consistência do conteúdo, foram observados os seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra, de 2008 a 2013, publicados em revistas nacionais e em língua portuguesa, publicações originais de acordo com o objetivo do estudo e o protocolo de revisão elaborado previamente. Foram critérios de exclusão: artigos repetidos, artigos não acessíveis em texto completo, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo. Ao todo, foram excluídos 171 artigos, 118 da base de dados LILACS e 53 da base SciELO, contudo somente 05 artigos atenderam aos critérios de inclusão propostos e coincidentemente ambos podiam ser encontrados em ambas as bases de dados (QUADRO 1).

TABELA 1: Identificação dos artigos excluídos.



Resultados

Para melhor análise dos dados selecionados foram organizados dois quadros (Quadro 2 e 3) com as informações assim distribuídas:

TABELA 2: Caracterização das fontes estudadas.

Autores	Tipo de Estudo	Local	Periódico	Ano de Publicação
Sylos <i>et al.</i>	Transversal	São Paulo	Arq. Bras. Cardiol.	2009
Penaforte <i>et al.</i>	Descritivo	Ceará	Esc. Anna Nery	2009
Rezende <i>et al.</i>	Transversal	São Paulo	Arq. Bras. Cardiol.	2011
Cipullo <i>et al.</i>	Coorte	São Paulo	Arq. Bras. Cardiol	2011
Kawauchi <i>et al.</i>	Randomizado	São Paulo	Rev Bras Cir Cardiovasc	2013

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 3: Descrição dos estudos.

Título	n	Objetivos	Conclusão
Avaliação do peptídeo natriurético tipo B no diagnóstico de rejeição após transplante cardíaco pediátrico	33 pacientes	Correlacionar o nível sérico de BNP à rejeição aguda diagnóstica da pela biópsia endomiocárdica em pacientes do grupo de transplante cardíaco pediátrico.	Crianças assintomáticas podem apresentar rejeição aguda no pós-operatório de transplante cardíaco. O nível sérico de BNP apresentou diferença estatisticamente significativa no grupo com rejeição, podendo ser método adicional no diagnóstico de rejeição cardíaca.
Ecocardiografia por Doppler tecidual no diagnóstico de rejeição após transplante cardíaco.	54 pacientes	Testar a hipótese de que o exame de imagem por Doppler tecidual (IDT) pode detectar Rejeição celular e agregar informação diagnóstica, comparado ao Doppler convencional.	O estudo baseado em IDT multiregional provou ser clinicamente viável e adicionou informações diagnósticas para prever a Rejeição celular, quando comparado ao Doppler convencional.
Transplante cardíaco infantil: Perspectivas e sentimentos maternos.	7 mães de pacientes	Descrever as perspectivas maternas e sentimentos despertados pelo transplante cardíaco infantil.	A doação é um momento de felicidade vivenciada por todas as mães e a presença autêntica do enfermeiro nesta ocasião torna-se mais essencial, pois humanizar integra o cuidar da enfermagem.

Vasculites e eosinófilos em biópsia endomiocárdica, como preditores de rejeição em transplante cardíaco.	1012 biopsias	Verificar se esses achados histológicos encontrados nas biópsias endomiocárdicas (eosinófilos, vasculites, efeito Quilty e lesões isquêmicas) são capazes de prever rejeição aguda do enxerto.	Encontrou-se relação entre intensidade da inflamação dos vasos afetados com evolução do pacientes. O achado de eosinófilos compondo o infiltrado inflamatório de pacientes com rejeições leves correlacionou-se com aumento da chance do paciente desenvolver rejeição aguda.
Estudo randomizado e comparativo entre dois programas de exercícios intra-hospitalares para pacientes com transplante cardíaco	22 pacientes	Comparar os efeitos de dois programas fisioterapêuticos de exercícios intra-hospitalares na função pulmonar e na capacidade funcional de pacientes no período pós-operatório de transplante cardíaco.	Pacientes transplantados de coração se beneficiam da aplicação de programas de exercícios no período intra-hospitalar, independente do tipo de programa aplicado. Uma nova proposta de treinamento não resultou em superioridade em relação ao programa aplicado de rotina.

Fonte: Dados da pesquisa

Dos cinco artigos analisados, quanto ao período de publicação, observou-se que a maior parte da publicação foram nos anos de 2009 e 2011, com duas publicações cada, correspondendo a 40 % de publicações incluídas no estudo em cada ano. O ano de 2013 aparece com apenas uma publicação, o que corresponde a 20 % ao ano. A respeito do delineamento metodológico dois (40%) estudos são transversais, um de coorte, um randomizado e um estudo de natureza descritiva qualitativa.

A maior parte dos estudos foi desenvolvida no Estado de São Paulo, representando 80% das pesquisas. O estado do Ceará possui apenas uma publicação, o equivalente a 20%.

No que se refere à profissão dos autores, fizeram parte deste estudo 37 autores, destes 5 (13,5 %) são enfermeiros

e 32 (86,5 %) não tiveram sua profissão identificada. Por outro lado o conteúdo abordado infere tratar-se a maioria de profissionais médicos.

A maior parte dos estudos (60%) aborda como tema central rejeição que de acordo com Sylos ainda é uma importante causa de mortalidade pós-transplante cardíaco pediátrico, apesar dos novos agentes imunossuppressores e do desenvolvimento de novas estratégias no seu tratamento. Sendo o diagnóstico precoce essencial para a recuperação do paciente (SYLOS, 2009).

O que nos mostra um olhar do profissional mais técnico que voltado para a promoção da saúde. No trabalho elaborado pelos enfermeiros foi possível identificar um olhar direcionado para o componente familiar, considerado como determinante no processo de transplante cardíaco da criança.

Quando existe a rejeição do transplante cardíaco, o paciente necessita de um retransplante cardíaco. Implicando em limitações para obtenção do órgão em tempo viável, principalmente em pacientes pediátricos, visto a menor disponibilidade de doadores compatíveis e o menor peso do órgão (SANTOS *et al.*, 2012).

Considerando-se uma visão mais ampliada sobre o transplante pediátrico, verificou-se no trabalho elaborado pelos enfermeiros um olhar direcionado para o componente familiar, considerado como determinante no processo de transplante cardíaco da criança (PENAFORTE, 2009).

O processo de adoecimento da criança e a necessidade de um transplante provocam mudanças no cotidiano que conduzem à alteração do equilíbrio familiar. Nesse cenário,

emerge a necessidade de um processo de adaptação da família para aceitar a nova situação, bem como aprender a cuidar da criança doente (MENDES-CASTILHO *et al.*, 2012)

Nesse momento a família necessita de suporte para suportar essa experiência de maneira satisfatória, o qual pode ser alcançado através do trabalho da equipe de saúde no empoderamento dos familiares de pessoas que esperam o transplante ou já submeteram ao procedimento (MENDES e BOUSSO, 2009). Tornando-se essencial uma interação construtiva entre profissionais de saúde, criança e familiares.

Conclusão

O transplante cardíaco é a única possibilidade para a melhoria da qualidade de vida de pacientes que possuem doenças cardíacas refratárias, que sofrem com sinais e sintomas da patologia, e que, mesmo com a adesão ao tratamento farmacológico e clínico, não conseguem levar uma vida normal, porém esta possibilidade envolve muitas mudanças na vida do receptor, apresentando alterações na dinâmica familiar, mudanças na vida social e econômica, provocando alteração no estilo de vida do mesmo.

A assistência à criança transplantada cardíaca é um aspecto da maior relevância na criação de um programa eficaz, que contemple o paciente, assim como a família, já que, o apoio familiar configura-se como componente essencial nesse processo. No entanto, apresenta-se como um grande desafio aos profissionais de saúde essa interação, pois na maioria das vezes os cuidados são direcionados de modo quase exclusivo à criança. Para isso, é de fundamental importância que a equipe envolvida no processo de cuidado

no transplante cardíaco, estabeleça medidas de promoção da saúde, que envolvam a família, possibilitando melhor adesão ao tratamento pela criança e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

O transplante cardíaco é um processo com inúmeras etapas e características que não se restringe tão somente aos sinais, sintomas de complicações. A valorização dos aspectos clínicos tal como comprovado pelos temas desenvolvidos na maioria dos artigos selecionados reforça a visão biomédica e fisicista dominante.

Conclui-se que há escassez de pesquisas nacionais sobre a assistência a criança receptora de transplante cardíaco, bem como demonstra que o assunto traz um olhar mais técnico sendo pouco abordado pelos profissionais enfermeiros.

Referências

AGUIAR, M.I.F, *et al.*, Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 96, n. 1, Jan. 2011.

Associação Brasileira de Transplante de órgãos. **Registro Brasileiro de Transplante.** Ano XVIII Nº 4. Disponível em: <http://abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2012/RBT-dimensionamento2012.pdf>. Acesso em: 15/07/2014.

BACAL, F, *et al.* **II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco.** Arq Bras Cardiol. 2009; Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_transplante_cardiaco.pdf> Acesso em: 10 jun. 2014, 21:19:30.

BOUCEK, M.M, *et al.*, Registry of International Society for Heart and Lung Transplantation: tenth official pediatric heart transplantation report. **J Heart Lung Transplant**, p. 796-805, 2007.

FREGONESE, A, *et al.*, O processo Doação-Transplante. Cap 1. **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos**. Associação Brasileira de transplante de órgãos/ São Paulo, ABTO- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. 2009

MENDES, A.M, BOUSSO, R.S. Não podendo viver como antes: a dinâmica familiar na experiência do transplante hepático da criança. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v. 17, n. 1, jan/fev. 2009.

MENDES, K.D.S, SILVEIRA, R.C.C.P. Galvão M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm.**; v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES-CASTILLO, A.M.C, *et al.*, Estilos de manejo familiar: uma possibilidade de avaliação no transplante hepático pediátrico. **Acta. Paul. Enferm**. v. 25, n. 6, p. 867-872, 2012.

PENAFORTE, K.L, *et al.*, Transplante cardíaco infantil: Perspectivas e sentimentos maternos, **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 4, p. 733-740, out./dez. 2009.

SANTOS, A.A, *et al.*, Retransplante cardíaco em criança sem o uso de Hemoderivados. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc**. v. 7, n. 2, p. 327-330, 2012.

SOUZA, M.T, SILVA, M.D, CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SYLOS, C. *et al.*, Avaliação do peptídeo natriurético tipo B no diagnóstico de rejeição após transplante cardíaco pediátrico. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 92, n. 3, mar 2009.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Selma Antunes Nunes Diniz
Juliana Alencar Moreira Borges
Adna de Araújo Silva
Francisca Gomes Montesuma
Francisco José Maia Pinto

Em nosso país, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação com a institucionalização das ações de monitoramento e avaliação tem se tornado crescente e marcada por diferentes iniciativas nas três esferas de governo, visto que se constituem em funções gestoras com grande potencial para melhorar a tomada de decisão, possibilitando, por sua vez, o aprimoramento da qualidade da gestão em saúde (CRUZ; REIS, 2011).

Ao estudar os principais autores da literatura especializada sobre avaliação e ao reunir os elementos que são consensuais entre eles, é possível afirmar que:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam

aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Dessa forma, o processo de avaliação é de fundamental importância para o planejamento à medida que permite a formulação de juízos com o objetivo de chegar a conclusões fundamentadas que subsidiem ações futuras (DUARTE; KANTORSKI, 2011).

Já o monitoramento das ações visa o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, a fim de verificar se a intervenção está se desenvolvendo de acordo com o planejado, ou seja, se os efeitos esperados foram efetivamente executados/alcançados, gerando hipóteses plausíveis para as diferenças observadas (CRUZ; REIS, 2011).

Vale a pena ressaltar que a informação é o principal insumo do monitoramento e avaliação das ações em saúde, uma vez que tais atividades envolvem uma forte e densa movimentação de informações (BARBOSA, 2011).

Nesse sentido, a fim de organizar a enorme quantidade de dados e informações em saúde geradas no SUS é que foram desenvolvidos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), tendo como objetivo central armazenar e reunir uma série de dados referentes a uma comunidade e a uma Política de Atenção à Saúde, gerando informação útil para a tomada de decisão (THAINES *et al.*, 2009).

É o caso do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Criado pelo Ministério da Saúde em 1998, constitui-se no principal sistema de informação da Atenção Básica, por abranger grande número de dados/informações registrados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de apresentar-se como uma ferramenta de co-

leta de dados locais fundamental para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas equipes da ESF nos territórios adscritos (OLIVEIRA, 2010; ELIA; NASCIMENTO, 2011).

Entretanto, assim como os demais SIS, para que o SIAB seja útil no monitoramento e avaliação pelas equipes de saúde, este deve dispor de informações fidedignas sobre as ações de saúde realizadas no território, que se dá por meio do preenchimento correto das fichas/relatórios que o compõe pelos profissionais, bem como pela alimentação correta das mesmas no banco de dados. Desse modo, o SIAB será capaz de auxiliar às equipes, as unidades básicas de saúde e os gestores municipais a acompanharem o trabalho que vem sendo realizado e a avaliarem a sua qualidade.

Fica claro, portanto, que a Atenção Básica, por meio da ESF, se configura com uma ampla possibilidade de efetivar as diretrizes do SUS na organização dos serviços e das práticas de saúde, sobretudo ao institucionalizar mecanismos sistematizados para o monitoramento e avaliação das ações em saúde que realiza (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

Desse modo, fomentar a prática do monitoramento e avaliação das ações realizadas, seja em nível local (pelas equipes de saúde), seja pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, torna-se tarefa imprescindível para o alcance cada vez maior de resultados positivos na Atenção Básica. Nesse contexto, esse estudo teve como objetivo relatar a experiência da institucionalização do monitoramento e avaliação na Atenção Básica em uma capital do Nordeste brasileiro.

Trata-se de um relato de experiência acerca da construção e implantação de uma proposta metodológica de

institucionalização do monitoramento e avaliação das ações em saúde produzidas no âmbito da Atenção Básica, em uma Secretaria Regional do Município de Fortaleza-Ceará, no período compreendido entre os anos de 2010 a 2012.

Inicialmente foi realizada uma avaliação prévia das informações contidas nos relatórios do SIAB: relatórios da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe (SSA2) e relatórios de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2), que retratam a situação de saúde da população e a produção de marcadores da área assistida, sendo enviados mensalmente por todas as equipes da ESF presentes no território.

Por meio dessa análise, foi possível identificar o preenchimento incorreto de vários relatórios, bem como a inconsistência de alguns campos nos mesmos, gerando informações pouco fidedignas para o monitoramento e avaliação das ações realizadas na Atenção Básica. Além disso, foi realizada avaliação do processo de digitação desses relatórios na base de dados, no que foi constatado pouco conhecimento do digitador sobre as informações digitadas, gerando falhas nesse processo.

A partir dessas constatações, foi possível verificar a necessidade urgente de um processo de capacitação para os profissionais da ESF, responsáveis pelo fornecimento das informações contidas nos instrumentos do SIAB, bem como uma capacitação para o digitador responsável por este SIS na respectiva regional.

Para a capacitação para os profissionais da ESF foram convidados todos os profissionais que a compõe, bem como todos os coordenadores dos respectivos CSF, totalizando 203 profissionais, sendo 20 coordenadores, 81 enfermeiros,

60 médicos, 62 cirurgiões-dentistas. Entretanto, aderiram ao convite e participaram do processo um total de 153 profissionais, dos quais 15 eram coordenadores, 67 enfermeiros, 42 médicos e 44 cirurgiões-dentistas.

As capacitações foram desenvolvidas no segundo semestre de 2010, durante o período de uma semana, sendo as turmas divididas por categoria profissional e tiveram como facilitadora uma enfermeira, responsável pela coordenação do SIAB da respectiva regional, sendo que para a capacitação com os profissionais médicos, além da enfermeira citada, também participou como facilitador um médico da ESF, Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade, objetivando uma maior adesão destes profissionais aos processos de trabalho específicos da ESF.

No primeiro momento (período da manhã), foi ministrada aula expositiva dialogada, dando-se ênfase à necessidade do preenchimento correto das informações nos relatórios do SIAB. Para tanto, cada profissional recebeu um instrutivo sobre o preenchimento adequado das fichas, como recomenda o Ministério da Saúde, sendo discutido ponto a ponto do informativo, com o objetivo de uniformizar as informações fornecidas pelas equipes.

Já no segundo momento (período da tarde), discutiu-se em grupos a importância das informações geradas pelas equipes para o monitoramento e avaliação das ações realizadas pelos mesmos no território. Foi realizado um exercício de aprendizagem de uma situação-problema de um território fictício para compreensão dos processos de trabalho das equipes de saúde.

Após o término do processo de capacitação foram programados novos encontros com as equipes, por meio de

visitas técnicas da Coordenação do SIAB aos CSF, a fim de acompanhar e fortalecer a proposta discutida e pactuada com os mesmos, da inserção firme e decisiva do monitoramento e avaliação das ações produzidas no território pelas equipes da ESF. Também foram programados novos encontros para discussão dos indicadores e metas em saúde apresentadas pelas equipes, bem como de estratégias para alcance das mesmas.

Com relação à capacitação do digitador do SIAB, esta foi realizada ainda no ano de 2010, visando a correta alimentação dos dados enviados no banco de dados deste SIS.

Resultados e discussão

As capacitações técnicas para a ESF tiveram como propósito inicial desenvolver um processo de ensino-aprendizagem institucional, centrado no preenchimento adequado dos relatórios do SIAB, bem como na institucionalização do monitoramento e avaliação das ações produzidas pelas equipes, a fim de promover mudanças nas práticas rotineiras desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Durante esse processo, foram incluídos profissionais da gestão (coordenadores dos CSF) e da assistência (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), a fim de fortalecer o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar preconizado pelo Ministério da Saúde. Tal processo de educação permanente dos profissionais é essencial para que os mesmos conheçam os propósitos do sistema, seus objetivos e finalidades, e realizem de forma adequada a coleta de dados, a qual influencia na informação fidedigna da realidade e interfere no planejamento das ações (RADIGONDA *et al.*, 2010).

Após a primeira etapa do processo de capacitação, mudanças expressivas foram evidenciadas, com a melhoria significativa nos registros realizados pelos profissionais nos relatórios do SIAB, gerando assim, informações mais fidedignas e úteis para o processo de monitoramento e avaliação das ações.

Observou-se que dentre os participantes que aderiram ao processo, o profissional enfermeiro, foi o que teve maior representatividade. Isso pode se dever ao fato dos enfermeiros estarem cada vez mais atuando como gestores no Brasil, sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde (SILVA, 2012).

Oportuno destacar que o processo de capacitação para implantação do monitoramento e avaliação das ações pelas equipes de saúde pertencentes à Atenção Básica não se restringiu apenas aos encontros já citados. Este teve continuidade por meio de visitas técnicas ao CSF pela Coordenação do SIAB, ao longo do segundo semestre de 2010, em todo o ano de 2011 e no primeiro semestre de 2012. Priorizou-se as rodas de conversa, visto que neste momento, já aconteciam discussões acerca dos processos de trabalho da unidade, contando com a participação de todos os profissionais da ESF.

Assim, foram visitados 15 CSF dos 20 pertencentes ao território. Observou-se que na maioria das vezes, somente o enfermeiro fazia o consolidado das atividades realizadas no território pelo ACS, ou seja, o preenchimento do relatório SSA2, sendo que em alguns casos, havia a presença do cirurgião-dentista. Com isso, buscou-se em cada visita enfatizar a importância da participação de toda a equipe na construção desses relatórios, a fim de que haja discussão dos

dados para a tomada de decisão e o planejamento das ações de saúde por todos os envolvidos. No momento também era realizada a avaliação dos indicadores em saúde de cada equipe, conforme apresentados no SIAB, discutindo-se com as equipes possíveis estratégias para o alcance daqueles que se apresentavam ruins.

As pessoas que possuem cargos gerenciais, além da necessidade de desenvolver suas próprias competências, devem também ser capazes de estimular o desenvolvimento de competências por parte dos membros de sua equipe de trabalho, de forma alinhada com as competências organizacionais, mobilizando pessoas para o alcance de resultados, estimulando seu crescimento profissional, otimizando recursos para que atendam às necessidades e expectativas dos clientes. Nesse contexto, o gerente tem uma forte influência no desenvolvimento de pessoas e no desempenho organizacional, requerendo competências compatíveis com essas responsabilidades (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Assim, por meio das visitas aos CSF, foi possível perceber que grande parte dos profissionais e dos gestores tinha dificuldades no entendimento sobre o cálculo de metas e indicadores em saúde. Nesse sentido, programou-se novo momento de capacitação com os mesmos, apresentando-se o comportamento dos indicadores do SIAB do ano de 2010, bem como sendo distribuídas as metas para cada CSF para o ano de 2011, nas principais áreas preconizadas pelo Ministério da Saúde: saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão arterial, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose, saúde bucal.

Já as metas para o ano de 2012, foram entregues em novo encontro no início do ano de 2012, entretanto não

mais por CSF, mas por equipe, facilitando o olhar sobre as responsabilidades específicas de cada equipe com os seus indicadores, fortalecendo, assim, o planejamento, monitoramento e avaliação das ações.

A fim de consolidar este processo, ainda no início do segundo semestre do ano de 2012, cada CSF e as equipes que o compõe realizaram em reunião ampliada na respectiva regional, apresentação das ações de monitoramento e avaliação realizadas, sobretudo a avaliação dos seus indicadores em saúde e as estratégias propostas para o alcance daqueles que apresentaram-se ruins durante o primeiro semestre do ano.

Conclusão

Esta experiência permitiu vivenciar um grande desafio, o da avaliação, pois mesmo sendo uma prática inerente ao ser humano, realizada cotidianamente e estando presente em diversos espaços sociais, está frequentemente associada a uma ideia negativa dos avaliados, isto é, a uma percepção de que o processo de avaliação resulta em ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados.

Entretanto, todo o processo de construção e fortalecimento do monitoramento e avaliação das ações pelas equipes da ESF procurou envolver diversos atores, a partir de um trabalho integrado das diferentes instâncias (gestão e assistência), considerando o contexto histórico, político e institucional presente, o que permitiu uma maior solidez de todo o processo educativo.

Oportuno destacar que o reflexo/resultado dessa iniciativa de institucionalização do monitoramento e avaliação

das ações produzidas pelas equipes, vivenciada pelos profissionais, dar-se-á ao longo do desenvolvimento de suas atividades e será percebido no seu dia a dia, assim como na construção dos indicadores de saúde, do território de sua responsabilidade, onde será lançado olhar mais crítico e seguro do que se está produzindo.

Outro ponto fundamental é que, a partir deste trabalho, foi possível constatar que o SIAB, enquanto ferramenta de gestão local e municipal, quando utilizado de forma apropriada, constitui-se em um elemento fundamental para a implementação do planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde na ESF e apesar das inúmeras críticas feitas a ele, deve-se considerar que os relatórios por ele produzidos permitem o conhecimento do perfil epidemiológico da população acompanhada, assim como a avaliação, a adequação e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população pelas equipes.

Assim, por meio das diversas iniciativas realizadas pela coordenação do SIAB, entre os anos de 2010 a 2012, pode-se iniciar o processo de institucionalização do monitoramento e avaliação das ações em saúde pelas equipes da ESF, por meio do correto preenchimento das informações fornecidas no principal SIS da Atenção Básica, o SIAB, bem como pela capacidade de avaliar continuamente seus indicadores, lançando mão de novas estratégias para o alcance de resultados positivos no âmbito da Atenção Básica.

Referências

BARBOSA, P. R. Gestão em saúde: uma abordagem introdutória. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES W (Orgs.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2011. p. 347-55.

BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública**. 2010; 44(2): 318-24.

CRUZ, M. M.; REIS, A.C. Monitoramento & avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES W. (Orgs.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2011. p. 415-26.

CHAMPAGNE, F.; CONTADRIOPOULOS, A.P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J.L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTADRIOPOULOS AP, HARTZ Z. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011.

DUARTE, M.L.C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Bras. Enferm**. 2011; (64)1: 47-52.

ELIA, P.C.; NASCIMENTO, M.C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Coletiva**. 2011; 21(2): 745-65.

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I.C.K.O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm**. 2010; 63(6): 1061-6.

OLIVEIRA, Q.C. **Sistema de informação da Atenção Básica: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT** [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal do Mato Grosso; 2010.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M.F.; CARVALHO, W.O.; NUNES, E.F.P.A. Sistema de informação da Atenção Básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**. 2010;12(1): 38-47.

SILVA, F.H.C. A atuação dos enfermeiros como gestores em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. 2012; 1(1): 67-82.

THAINES, G.H.L.S.; BELLATO, R.; FARIA, A.P.S.; ARAÚJO, L.F.S. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. **Texto & contexto Enferm**. 2009; 18(3): 466-74.

ORGANIZADORAS

Thereza Maria Magalhaes Moreira

Enfermeira e Advogada. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Programa (Mestrado e Doutorado) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e do Programa (Mestrado e Doutorado) em Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. tmmoreira@gmail.com

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Enfermeira e Advogada. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Mestrado profissional em saúde da criança e do adolescente. Integrante do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE. Enfermeira assistencial da Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE. pessoa_vera@hotmail.com

Paula Matias Soares

Licenciatura Plena em Educação Física. Doutora em Biotecnologia – área: Saúde, pela Universidade Federal do Ceará (RENORBIO/UFC), Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas – PP-GCF/UECE (Mestrado). Integrante do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE e do Grupo de Pesquisa Atividade Física e Saúde. dra.soares_pm@hotmail.com

LISTA DE AUTORES

Adna de Araújo Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Enfermagem pela UFC. Professora da Faculdade Maurício de Nassau/Fortaleza-CE. Enfermeira Auditora do Hospital Doutor Carlos Alberto Studart Gomes e Enfermeira Fiscal da Vigilância Sanitária Na Secretaria Regional VI/Fortaleza-CE.

Aléia Náyade Ferreira Alves

Graduada em Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará. Profissional da equipe multidisciplinar do Centro de Equoterapia Cavaleiros da Esperança.

Aline Alves Braga

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Enfermagem em UTI pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

Amábili Couto Teixeira de Aguiar

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Enfermeira do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

Amanda Pereira Ferreira

Graduada em Enfermagem pela União de Ensino Superior de Campina Grande. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Consultora da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária em Brasília. Professora Substituta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ana Célia Caetano de Souza

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Ana Célia Tomaz Marques

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.

Ana Paula Sousa da Silva

Graduada em Ciências Econômicas pela Faculdade Católica de Ciências Econômicas da Bahia. Graduada em Enfermagem pela Universidade Católica de Salvador. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e do Programa de Saúde da Família do Instituto Socrates Guanaes.

Andréa Pereira da Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Camila Brasileiro de Araújo Silva

Acadêmica de Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica pela UECE.

Christielle Félix Barroso

Graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Nutrição e Saúde pela UECE. Professora do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Cinthya Mendes Gomes

Graduada em Nutrição pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada.

Dalton Francisco de Andrade

Licenciado em Matemática pela Universidade de São Paulo (1973). Mestre em Estatística pela Universidade de São Paulo (1977). Doutor em Bioestatística pela University of North Carolina System (1984). Atualmente ensina na Universidade Federal de Santa Catarina e é Pesquisador Associado da Fundação Vunesp.

Daniele Braz da Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira do Programa Saúde na Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Dieicy Maria Silva Vieira

Graduada em Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará.

Érica Leitão Oliveira

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica pela UECE.

Fábio Gomes Madeira

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica da UECE.

Felipe Carmo de Moura

Graduado em Educação Física pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Bolsista de Mestrado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Francisca Gomes Montesuma

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1992). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (2000) e em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto (1996). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2002). Professora Assistente da Universidade Estadual do Ceará.

Francisco José Maia Pinto

Graduado em Matemática pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduado em Estatística pela UFC. Mestre em Ciências em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor no Instituto de Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

Francisco Wagner de Sousa Paula

Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Salgado de Oliveira e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Francisco Wagner Pereira Menezes

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/Enfermagem/UECE.

Germana Silva Vasconcelos

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Farmacologia pela UFC.

Gilson Holanda Almeida

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Saúde Pública pelo International Course For Primary Health Care Managers – Roma, Itália. Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor do Centro Universitário Christus.

Gizelton Pereira Alencar

Graduado em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutor em Saúde Pública pela USP. Professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Integra grupos de pesquisa na área de Saúde Coletiva.

Hélcio Fonteles Tavares da Silveira

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Professor da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Enfermeiro do Hospital Municipal de Aquiraz.

Iaramina Marques Ramos

Acadêmica de Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Bolsista de Iniciação Científica no Centro Universitário Estácio do Ceará.

Iasmin Belém Silva

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Irialda Sabóia Carvalho

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Saúde.

Islene Victor Barbosa

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora em Enfermagem pela UFC. Enfermeira Assistencial do Instituto Doutor José Frota. Professora Auxiliar da UNIFOR.

Ismênia de Carvalho Brasileiro

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Coletiva pela UECE. Professora Assistente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Ítalo Lennon Sales de Almeida

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica pela UECE.

Italo Rigoberto Cavalcante Andrade

Graduado em Enfermagem pela UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Enfermeiro Assistencial do Transplante Hepático do Hospital Geral de Fortaleza.

Jacqueline de Souza Pereira

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do Programa de Extensão Universitária (PROEX/UECE).

Jair Gomes Linard

Graduado em Educação Física pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professor da Rede de Ensino Público do Município de Fortaleza/CE.

Janaíne Gomes de Holanda Oliveira

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica pela UECE.

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Professora Substituta da UECE.

Jéssica Naiane Gama da Silva

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica pela UECE.

João Lucas Aguiar Lima

Acadêmico de Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Monitor da Disciplina Fisioterapia Neurofuncional e Anatomia do Aparelho Locomotor do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Joel de Almeida Siqueira Júnior

Acadêmico de Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do Projeto Caminhando pela Vida (CAPEVI/UECE).

José Amilton Costa Silvestre

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Saúde da Família pela UFC. Professor Substituto da UFC.

José Cláudio Garcia Lira Neto

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Gestão de Programas de Saúde da Família pela Universidade Cândido Mendes.

José Iran Oliveira das Chagas Júnior

Graduado em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Pesquisa, Inovação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

José Wicto Pereira Borges

Graduado em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professor Assistente da Universidade Federal do Piauí.

Juliana Alencar Moreira Borges

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Larissa Alves Alexandre Moliterno

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Integrada do Ceará.

Laryssa Veras Andrade

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Foi Bolsista do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET/SAÚDE/UECE).

Leandro Araújo Carvalho

Graduado em Educação Física pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

Leidiane de Sousa Paula

Graduada em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

Leonarda Alves de Oliveira Alencar

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Viçosa do Ceará.

Lílian de Fátima Sousa Lima

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

Lívio Eduardo Pereira Alves

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Substituta da UECE.

Mágda Maria Martins Farias

Graduada em Nutrição pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada.

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Professora da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

Mara Joyce de Queiroz

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Técnica em Enfermagem na Área de Urgência e Emergência em Pacajus no Hospital José Maria Philomeno Gomes.

Marcos Augusto Araújo Silveira

Acadêmico de Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará. Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (PIBID/CAPES).

Maria Albertina Rocha Diógenes

Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo. Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta da Universidade de Fortaleza.

Maria Betânia Nobre Peixoto

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-CE.

Maria do Socorro Quintino Farias

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza. Mestrado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará. Professora do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Maria Iracema Capistrano Bezerra

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

Maria José Melo Ramos Lima

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Integrada do Ceará. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Comunidade de Fortaleza. Especialista em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória pela Universidade de Fortaleza.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da UECE.

Maria Simone Rodrigues da Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Gestão do Cuidado ao Paciente CRI pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio Libanes. Médica da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Marla da Paschoa Costa

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

Mayara Livia Magalhães de Moraes

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

Meysa Quezado Cavalcante Braga

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin.

Mirna Albuquerque Frota

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade de Fortaleza.

Olivar Viana Soares Filho

Acadêmico de Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Monitor da Disciplina de Cinesioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Patrícia Giselle Freitas Marques

Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

Paula Dayanna Sousa dos Santos

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção de Pessoas com Hipertensão Arterial.

Paula Matias Soares

Graduada em Educação Física pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Biotecnologia – área: Saúde, pela Universidade Federal do Ceará (RE-NORBIO/UFC). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas – PPGCF/UECE (Mestrado).

Paulo Ricardo da Silva Justino

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do Programa de Extensão (PRO-EX/UECE).

Rafaella Maria Monteiro Sampaio

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Docente dos Cursos de Nutrição da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e do Centro Universitário Estácio-FIC do Ceará.

Raimundo Augusto Martins Torres

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutor em Educação pela UFC. Professor Adjunto pela UECE.

Raquel Rodrigues da Costa

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica pela UECE.

Raquel Sampaio Florêncio

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela UECE.

Regina Cláudia Tabosa Ferreira Gomes

Graduada em Fisioterapia e Engenharia Civil pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR. Professora da UNIFOR.

Riksberg Leite Cabral

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz. Diretor Técnico-Assistencial do Hospital Municipal Doutor João Elísio de Holanda. Professor da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Doutorado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará. Docente da UNIFOR.

Rithianne Frota Carneiro

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

Professora da Faculdade Nordeste. Enfermeira Assistencial do Hospital Distrital Gonzaga Mota no Setor de Emergência.

Roberta Peixoto Vieira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Professora Substituta da URCA e da Faculdade Vale do Salgado.

Roberto Wagner Junior Freire de Freitas

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre e Doutor em Enfermagem pela UFC. Professor da FIOCRUZ.

Rosângela Gomes dos Santos

Graduada em Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará. Residente em Saúde Mental Coletiva pelo Programa de Residências Integradas em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Samuel Miranda Mattos

Acadêmico de Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica pela UECE.

Sara Arcanjo Lino Karbage

Graduada em Medicina pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Preceptora do Internato de Medicina da UNIFOR.

Selma Antunes Nunes Diniz

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Gerente da Célula de Inovação Pública e Social na Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Silvânia Maria Mendes Vasconcelos

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre e Doutora em Farmacologia pela UFC. Professora Associada da UFC.

Taiane Emyll Silva Sampaio

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Extensão Universitária (PRO-EX/UECE).

Teresa Cristina de Freitas

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica CNPq/UECE.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e Direito pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – nível 1D.

Vagner Rodrigues Silva Junior

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Professor do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Vera Mendes de Paula Pessoa

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e Direito pela Faculdade Farias Brito. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Enfermeira Assistencial pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará da Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca do Hospital Doutor Carlos Alberto Studart Gomes. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente na Universidade Estadual do Ceará

Virna Ribeiro Feitosa Cestari

Graduada em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual do Ceará. Acadêmica de Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e em Administração pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva-ISC da Universidade Federal da Bahia. Professora Titular da Universidade de Fortaleza.