

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DESCRITIVO

Liliane Ecco – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: lilianeecco@hotmail.com

Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de Vasconcelos

Isabelle Katherine Fernandes Costa

Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres

Eulalia Maria Chaves Maia

Gilson de Vasconcelos Torres – UFRN

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Idoso. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

Objetivo: descrever a qualidade de vida de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família nos municípios de Natal e Santa Cruz no Rio Grande do Norte. **Metodologia:** estudo descritivo, quantitativo realizado entre os meses de março e abril de 2014, em Unidades de Estratégia Saúde da Família desses municípios. A amostra foi composta por 37 idosos, sendo 18 de Santa Cruz e 19 de Natal. Para avaliar a qualidade de vida dos idosos utilizou-se o instrumento *SF-36*. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CAAE: 21996313.7.0000.5537). **Resultados:** os idosos do município de Natal obtiveram melhores escores em todos os domínios e dimensões do instrumento, refletindo melhor qualidade de vida. As maiores diferenças na média de valores entre idosos de Natal e Santa Cruz ocorreram nos domínios “aspectos físicos”, “aspectos emocionais”, “estado geral de saúde” e “aspecto funcional”. Pode-se afirmar que houve comprometimento dos domínios e dimensões do *SF-36* em ambos os municípios, uma vez que as médias finais resultaram em valores muito abaixo do considerado como referência máxima para a qualidade de vida. **Conclusão:** para melhorar os índices de qualidade de vida desses idosos são necessárias ações que visem às demandas locais para prestar uma assistência multiprofissional de forma integral e de qualidade, priorizando a promoção da saúde e a capacidade funcional dessa população.

Introdução

Os aspectos relacionados ao envelhecimento populacional vêm motivando o desenvolvimento de estudos que estão relacionados à velhice. Em 2012, o número de pessoas idosas aumentou para quase 810 milhões, e estima-se que esse número alcance um bilhão em menos de 10 anos, duplicando até o ano de 2050, chegando a dois bilhões de idosos na população mundial (UNFPA, 2012).

A cada ano, são incorporados, 650 mil novos idosos à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais (VERAS, 2009). Apesar das doenças e limitações aproximarem os idosos dos serviços de saúde, os modelos de atenção à saúde do idoso tem se mostrado ineficientes e de alto custo (VERAS, 2012).

Ainda que o prolongamento da vida seja algo almejado por muitas sociedades, só pode ser considerado como uma real conquista quando a qualidade de vida (QV) é agregada aos anos que lhes foram adicionados (VERAS, 2009). Sendo assim, é dever das políticas de saúde manter a máxima capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo, pelo maior tempo possível (VERAS, 2012).

A valorização do conceito de QV reflete numa crescente preocupação com a pessoa para que ela seja vista holisticamente, em que o objetivo do tratamento deixa de ter foco exclusivamente na cura e passa a ser a reintegração do paciente com o máximo de condições de ter uma vida normal e com qualidade e saúde (SANTOS; PORFÍRIO; PITTA, 2009). A QV pode ser atribuída com diversos valores e significados de acordo com o que o idoso vivencia ou viveu ao longo da vida, levando em consideração aspectos sociais, ambientais, econômicos, biológicos e psíquicos por ele foram vividos (FALLER et al, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se um local privilegiado para a atenção integral a saúde do idoso, pois sua aproximação com a comunidade e a assistência domiciliar possibilita atuar de forma contextualizada na realidade do idoso, representando a ele um vínculo com o sistema de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Desse modo, este estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida de idosos atendidos em unidades da Estratégia Saúde da Família nos municípios de Natal e Santa Cruz no estado do Rio Grande do Norte (RN).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Espera-se que a análise desse tema possa contribuir para mudanças nas práticas assistenciais e para a superação de modelos essencialmente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais que são importantes nas ações de promoção e reabilitação da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Metodologia

Estudo quantitativo, descritivo, realizado nos meses de março e abril de 2014, na Unidade de ESF de Igapó, no município de Natal, capital do estado do RN e na unidade de ESF do DNER em Santa Cruz, localizado a 115 km de Natal, na região do Trairi. A amostra selecionada por demanda espontânea foi composta por 18 idosos atendidos na ESF do DNER no município de Santa Cruz, e 19 idosos atendidos na ESF de Igapó no município de Natal, totalizando 37 idosos.

Foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; cadastrados nas unidades citadas; que participavam das reuniões, atividades educativas e do grupo dos idosos das unidades de ESF de Igapó/RN e Santa Cruz/RN; possuíam autorização do familiar ou responsável; tinham condições mentais e psicológicas para responder o instrumento de pesquisa. Os usuários receberam informações sobre os objetivos do estudo e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, utilizaram-se dois instrumentos: um formulário estruturado de entrevista com características sociodemográficas e o instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde, “*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*” (SF-36). As entrevistas foram realizadas por estudantes de Enfermagem, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. Após a coleta, os dados foram organizados em planilha no *software Microsoft Excel* 2010, e analisados por meio da estatística descritiva.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com parecer favorável, sob o CAAE de nº 21996313.7.0000.5537, respeitando a Resolução 466/2012.

Resultados e Discussão

Em Santa Cruz, houve predomínio do sexo feminino, com 88,9% e a idade entre os idosos variou de 61 a 77 anos com média de 69,1 anos (Desvio Padrão – DP = 4,3). No município de Natal, 68,4% era do sexo feminino e a idade entre os idosos variou de 64 a 83 anos com média de 72,3 anos (DP = 6,5).

Em Santa Cruz, quanto ao estado civil, houve distribuição homogênea entre os pesquisado (50% tinham um companheiro), e 38,9% dos idosos moravam com o companheiro, diferente do município de Natal, onde a maioria não tinha companheiro (47,4%), e moravam sozinhos (26,3%).

Em ambos os municípios os anos de escolaridade dos idosos foi baixo. Em Santa Cruz, a média foi de 3,0 anos (DP = 2,7), com mínimo de zero e máximo de oito anos. Em Natal, a média foi de 3,8 anos (DP = 3,1), com mínimo de zero e máximo de 11 anos.

Ao analisar os escores de qualidade de vida dos idosos de ambos os municípios, identificou-se que os pesquisados de Natal obtiveram melhores médias em todos os domínios e dimensões do SF-36, apresentando escore final com diferença de 10,3 pontos, refletindo em melhor qualidade de vida desses idosos, uma vez que baixos valores numéricos refletem percepção de saúde precária, perda da capacidade funcional e presença de dor e altos valores numéricos refletem em uma percepção de boa saúde, ausência de incapacidades ou limitações físicas e ausência de dor (COSTA, 2009).

Pode-se observar maior discrepância na média de valores do domínio de aspectos físicos, em que os idosos de Natal obtiveram 26,9 pontos a mais que os de Santa Cruz (Tabela 1).

Tabela 1 - Valores da média, desvio padrão, mínimo e máximo dos domínios e dimensões do SF-36 dos idosos atendidos pela ESF em Santa Cruz/RN e Natal/RN, 2014.

Domínios e Dimensões do SF-36	Santa Cruz				Natal			
	Média	DP	Min	Máx	Média	DP	Min	Máx
Domínios								
Aspecto Funcional	51,4	27,7	5,0	100,0	63,4	25,1	20,0	100,0
Aspectos Físicos	38,9	41,3	0,0	100,0	65,8	41,8	0,0	100,0
Dor no Corpo	58,0	21,6	31,0	100,0	62,2	24,9	22,0	100,0

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Estado Geral de Saúde	47,9	16,8	25,0	72,0	60,2	18,4	22,0	87,0
Vitalidade	67,5	22,4	35,0	100,0	69,7	18,4	40,0	100,0
Função Social	77,8	28,9	25,0	100,0	80,3	24,8	25,0	100,0
Aspectos Emocionais	50,0	40,0	0,0	100,0	63,2	41,4	0,0	100,0
Saúde Mental	73,8	17,1	36,0	100,0	83,6	12,2	60,0	100,0
Dimensões								
Saúde Física	52,7	18,9	28,2	93,4	64,3	18,0	33,6	91,4
Saúde Mental	63,4	19,3	35,0	93,4	71,4	16,2	40,7	96,0
Escore Total	58,2	16,7	31,5	95,9	68,5	16,0	41,4	94,6

Diferenças relevantes entre os participantes de cada município também podem ser notadas nos domínios “aspectos emocionais”, “estado geral de saúde” e “aspecto funcional”, nos quais os residentes em Natal estiveram a frente com uma diferença de 13,2, 12,1 e 12,0 pontos, respectivamente. Ao analisar as dimensões física e mental também houve diferença expressiva, com 11,6 e 8 pontos de diferença, respectivamente.

Estudos apontam que o fato de os idosos residirem em perímetros urbanos acarreta, em alguns domínios, melhores escores de qualidade de vida. Isso possivelmente ocorre pelo fato dos residentes em meio urbano possuírem melhores níveis econômicos, o que facilitaria a acessibilidade aos meios de comunicação, saúde, lazer e aquisição de bens de consumo, dentre outros (BELTRAME et al., 2012; ALENCAR, et al., 2010).

Apesar de os idosos do município de Natal terem apresentado melhores escores de qualidade de vida, pode-se dizer que houve comprometimento dos domínios e dimensões do SF-36 nos idosos de ambos os municípios, uma vez que os escores finais resultaram em 58,2 pontos para o município de Santa Cruz e 68,5 pontos para o município de Natal, muito abaixo do valor de referência máximo para a qualidade de vida, que deveria ser de 100 pontos.

Nesse sentido, ações de promoção da saúde como a realização de atividades físicas, lazer e outros comportamentos saudáveis a fim de reduzir as consequências e limitações de doenças, melhorar o bem estar, a capacidade funcional e a saúde mental dos idosos são necessários juntamente com estudos para monitorar a qualidade de vida dessa população (LIMA et al, 2011).

Conclusão

Ao analisar a qualidade de vida dos idosos atendidos na ESF dos municípios de Natal/RN e Santa Cruz/RN, pode-se observar que o município de Natal obteve melhores escores em todos os domínios e dimensões, com uma diferença de 10,3 pontos no escore final, refletindo em uma melhor qualidade de vida desses idosos.

Houve maiores discrepâncias na média dos valores dos domínios “aspectos físicos”, “aspectos emocionais”, “estado geral de saúde” e “aspecto funcional”, nos quais o município de Natal esteve a frente com uma diferença de 26,9; 13,2; 12,1 e 12,0 pontos, respectivamente.

Entretanto, apesar de os idosos do município de Natal terem apresentado melhores níveis de qualidade de vida, pode-se afirmar que houve comprometimento dos domínios e dimensões do SF-36 nos idosos de ambos os municípios, uma vez que as médias finais resultaram em 58,2 pontos para o município de Santa Cruz e 68,5 pontos para o município de Natal, valor muito abaixo do considerado como referência máxima para a qualidade de vida, que deveria ser de 100 pontos.

Dessa forma, pode-se compreender que, para melhorar a QV dos idosos são necessárias ações que visem às demandas locais para prestar uma assistência multiprofissional de forma integral e de qualidade, priorizando a promoção da saúde e a capacidade funcional dessa população.

Como limitação desse estudo, refere-se o fato de não ter sido avaliado o perfil socioeconômico desses idosos, para averiguar a possível relação encontrada na literatura de que os idosos com melhores condições socioeconômicas possuem uma melhor qualidade de vida. Portanto, são necessários estudos que investiguem os motivos que levaram o idoso da cidade de Natal a ter uma melhor qualidade de vida, para que possam ser trabalhados os pontos falhos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população.

Referências

ALENCAR, N. A., et al . Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 1, p. 103-110, 2010.

BELTRAME, V., et al . Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, n. 2, p. 223-232, 2012 .

COSTA, I. K. F. **Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: associação dos aspectos sociodemográficos, de saúde**

assistência e clínicos da lesão. 2009. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, 2009.

FALLER, J. W., et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 803-810, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. 2014. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em 20 Ago. 2014.

LIMA, M. G. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 485-493, 2011.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

SANTOS, R.F.F.N.; PORFIRIO, G.J.M.; PITTA, G.B.B. Qualidade de vida na doença venosa crônica. **J Vasc Bras.**, v.8, n. 2, p. 143-147, 2009.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafios**. 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE SEQUELAS DECORRENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Romina Andrea de Arruda Mourão - Mestre em Saúde Coletiva-UNIFOR - Docente da Unichristus

Maria Vieira de Lima Saintrain – Docente do Mestrado em Saúde Coletiva -UNIFOR

Suzanne Vieira Saintrain - Mestranda em Saúde Coletiva -UNIFOR

Raimunda Magalhães da Silva - Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva -UNIFOR

Cleoneide PauloOliveira Pinheiro – Docente da FIC; Doutoranda em Saúde Coletiva -UNIFOR *Palavras-chave: Idoso. Acidente Vascular. Cerebral. Qualidade de Vida.*

Resumo

A cada ano milhares de novos idosos são incorporados à população brasileira, congregando maior número de doenças crônicas e degenerativas. O Acidente Vascular Cerebral é uma das doenças que mais faz vítimas na população idosa. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de idosos portadores de seqüela decorrentes de Acidente Vascular Cerebral. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, transversal, realizada nas Clínicas Escolas de Fisioterapia de Faculdades particulares do município de Fortaleza-CE. Utilizaram-se dos instrumentos SF-36 e questionário sócio demográfico. Os dados foram computados e analisados por meio do *Software* SPSS. **Resultados:** Foram entrevistados 52 pacientes, cuja idade variou de 60 a 89 anos, 28 (54%) eram do sexo feminino e 39 (75%) são aposentados ou pensionistas. Quanto ao perfil de saúde, 26 (50%) são sequelados de Acidente Vascular Cerebral há 3 anos ou mais, todos se encontravam em tratamento fisioterápico e 51 (98%) faziam uso de medicamentos. Os domínios de qualidade de vida relativos à saúde apresentaram melhores resultados do que os aspectos físicos e emocionais. Verificou-se significância estatística entre a faixa etária de 60 a 65 anos com: sentirem-se calmos ou tranquilos ($p=0,001$), ter boa saúde ($p=0,004$), realizar atividades rigorosas ($p=0,013$), levantar ou carregar mantimentos ($p=0,020$). Houve significância estatística entre tempo de fisioterapia de 3 anos ou mais com não sentir dor no trabalho ($p=0,017$) e ter vigor, vontade e força com tempo de fisioterapia de 3 anos ou mais ($p=0,016$) respectivamente. **Conclusão:** A população estudada percebeu-se com boa qualidade de vida ao mencionar ter saúde, sentirem-se calmos, tranquilos, saudáveis, sem interferência de dor no trabalho, pressupondo ser benefício do tratamento fisioterápico e do uso de medicação.

Introdução

As nações já começaram a compreender que o mundo está envelhecendo e estão constantemente buscando caminhos para manter seus cidadãos idosos social e economicamente integrados e independentes (GARRIDO; MENEZES, 2002; KALACHE, 2008).

Chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países em desenvolvimento. No Brasil o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e mais de 20 milhões em

2010 (IBGE, 2010), aumento de quase 700% em menos de 50 anos e consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão (VERAS, 2009). O Brasil é um “jovem país de cabelos brancos” visto que a cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (VERAS, 2009).

ISSN 18088449 2

Na população brasileira, em menos de 40 anos, houve uma mudança no cenário de morbidade própria de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas e onerosas caracterizadas por doenças crônicas e múltiplas, típicas dos países longevos que requer cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. Traduz-se então o envelhecimento populacional em uma maior incidência de doenças, mais incapacidades e um aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Dentre as doenças crônicas, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), objeto deste estudo, é uma das enfermidades que mais faz vítimas na população idosa (BOCCHI; ANGELO, 2005). Estes autores justificam que a incidência aumenta com a idade considerando o fato de que cerca de dois terços de todos os AVCs ocorrem em pessoas com mais de 65 anos. Esclarecem que a taxa de incidência anual é de 3,5/1000 indivíduos entre 55 e 64 anos e 9/1000 aos de 65 a 74 anos. Em geral, os sintomas do AVC se desenvolvem em alguns minutos agravando-se ao longo das horas, sendo mais comumente observados sinais e sintomas como: deficiência motora, dormência, formigamento em um lado do corpo (hemiparesia), distúrbios súbitos da fala e da linguagem (dislalia), alterações da visão e a perda do equilíbrio (O’SULLIVAN; SCHMITZ, 2004).

Diante desta problemática, surgem questionamentos a propósito das sequelas do AVC e qual sua repercussão na qualidade de vida do idoso por ele acometido?

Neste contexto, tomou-se como objetivo desta pesquisa avaliar a qualidade de vida de idosos portadores de sequelas decorrentes de AVC. A investigação sobre as condições que permitem avaliar a qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, reveste-se de grande importância científica e social, além de possibilitar a criação de alternativas de intervenção visando ao bemestar de pessoas idosas (FLECK; CHACHAMOVICHA; TRENTINI, 2003).

Pretende-se com os resultados deste estudo obter, do próprio idoso, conhecimentos sobre sua qualidade de vida e desta forma poder ofertar subsídios para profissionais da saúde sobre esta problemática.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa transversal do tipo quantitativa pela qual foi avaliada a qualidade de vida de idosos acometidos de sequelas por Acidente Vascular Cerebral.

Constituíram universo da pesquisa pacientes idosos acometidos de AVC atendidos nas Clínicas Escolas de Fisioterapia de Faculdades particulares do município de Fortaleza-Ceará. O município de Fortaleza tem experimentado, também, um aumento substancial na população idosa, possuindo 2.447.409 habitantes e, destes, 237.775 (9,7%) são indivíduos com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Adotou-se como critério de inclusão paciente idosos com 60 anos ou mais (Brasil, 2006),

sequelados de AVC, realizando tratamento fisioterápico convencional nas clínicas escolas de Fisioterapia das faculdades particulares do município de Fortaleza, ter capacidade cognitiva, consciência de suas atividades e limitações, e que se propuseram participar e pudessem responder os questionamentos de forma oral.

Do total de seis clínicas, somente duas encontrava-se com pacientes acometidos de AVC que atendessem aos critérios de inclusão desta pesquisa. Três não foram incluídas no estudo pelo fato de os pacientes com sequelas de AVC não se encontravam dentro da faixa etária estabelecida e dos critérios de inclusão. Deste modo, a pesquisa foi realizada no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza e na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Christus. O estudo foi

ISSN 18088449 3

conduzido com 52 pacientes, do total de 60 cadastrados, tendo em vista que oito dos pacientes não compareceram em nenhum momento durante o período da realização da coleta (Abril e Maio de 2011).

Para coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos: a) um questionário composto por 20 questões do tipo fechadas e de múltipla escolha, abordando níveis sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, presença de doenças crônicas, tempo de tratamento fisioterápico e uso de medicamentos, dentre outras); b) instrumento SF-36, para avaliar a qualidade de vida (validado no Brasil por Cicconelli *et al.*, 1999), composto por 36 itens distribuídos em oito grupos (domínios), avaliando as seguintes dimensões: Capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Os dados foram coletados, pela pesquisadora, no período de Abril e Maio de 2011 e analisados estatisticamente, através do *Software* “Statistical Package for Social Science” SPSS, versão 17. O teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) foi aplicado para analisar as correlações entre os dados sócio-demográficos (idade, sexo e tempo de fisioterapia) e os domínios do SF36, adotando o nível de significância de 5%.

A pesquisa procedeu de acordo com as normas vigentes na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, tendo início após aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, recebendo parecer com o protocolo nº046/2011 e do Comitê de Ética da Faculdade Christus, aprovado sob protocolo nº090/2010.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa, 52 idosos portadores de sequelas de AVC, cuja idade variou de 60 a 89 anos (média de 67,8 anos, desvio padrão de 6,5), sendo que 23(44%) destes encontravam-se entre faixa etária de 60 - 65 anos. Dentre os idosos, 28 (54%) eram do sexo feminino. Em relação ao status profissional 25 (48%) eram profissionais liberais antes de sofrerem o AVC e 29 (56%) habitam bairros pertencentes à Secretaria Executiva Regional VI.

Percebeu-se que 39 (75%) residem em casa própria, 49 (94%) moram com familiares e 25 (48%) tem como situação conjugal casados. No que se refere à escolaridade e renda 21 (40%) concluiu ensino fundamental completo, 39 (75%) são aposentados ou pensionistas, 38 (73%) têm renda mensal individual inferior ou igual a 1 salário mínimo (SM) e renda familiar entre 1 e 2 SM.

Quanto ao perfil de saúde dos idosos, 26 (50%) são sequelados de AVC há 3 anos ou mais. Todos se encontravam em tratamento fisioterápico e destes 25 (48%) há 3 anos ou mais. Em relação às características clínicas foi observado que 48 (92%) apresentavam outras doenças, predominando as neurológicas e cardíacas, ambas com 23 (44%). Dos participantes 51 (98%) fazem uso de medicamentos. Em relação ao uso de medicamentos 24 (46%) adquirem nas unidades básicas de saúde e farmácias populares, e, relatam à rotineira “falta” dessas medicações. No que se refere a consultas médicas 27 (52%) frequentam trimestralmente e 38 (73%) são consultados pelo SUS.

Ao aplicar o teste do Qui-quadrado (χ^2) correlacionando todos os domínios do SF-36 com a idade, sexo e o tempo de Fisioterapia, encontrou-se significância estatística entre os itens das subdivisões do SF 36 com faixa etária de 60 à 65 anos, tempo de fisioterapia.

O Valor de “p” encontrado evidencia significância entre os itens das subdivisões dos domínios e as subdivisões da faixa etária e do tempo de fisioterapia. Os valores em porcentagem retratam as parte referente ao valor n (52 pacientes). Dentre os idosos que participaram da pesquisa houve predominância do sexo feminino, o que demonstra a feminilização da velhice, dado corroborado pelo censo de 2010 em cuja

ISSN 18088449 4
população de 60 anos ou mais se destaca o número de 11.434.487 de mulheres e apenas 9.156.112 de homens (IBGE, 2010).

Os resultados do instrumento de qualidade de vida SF36 indicaram que os idosos portadores de sequelas de AVC apresentaram bons resultados nos domínios relacionados à saúde como mostra a tabela 1. O fato de 20 (38%) dizerem que a sua saúde comparada há um ano está muito melhor, pode ser resultante do tratamento, tanto fisioterápico como medicamentoso considerando que todos os participantes (n=52) estavam realizando tratamento fisioterápico e 51 (98%) fazem uso de medicamentos.

É válido ressaltar que os dois tratamentos são essenciais para recuperação do paciente sequelado de AVC e que a medicação age em conjunto com a fisioterapia, muitas vezes melhorando e ou aliviando paralisia de músculos, rigidez nas partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas e incapacidades sensoriais.

Outro acontecimento que pode ser resultante do tratamento, tanto fisioterápico como medicamentoso é a pouca presença de dor. Costa e Duarte (2002) asseguram em seu estudo sobre atividade física e pessoas com AVC que a dor, principalmente a articular, é uma companheira constante do portador de sequelas de AVC, sendo na articulação do ombro a referência mais comum de dor. Na presente pesquisa, ao relacionar a dor nas ultimas quatro semanas 24 (46%) idosos asseguram que de maneira alguma a dor no corpo interferiu no seu trabalho e 17 (33%) referem ter leves dores no corpo.

Considerando os resultados dos domínios relacionados à saúde com os domínios sobre a funcionalidade realizar atividades rigorosas e moderadas evidenciou-se divergências. Enquanto 33 (63%) pacientes relataram ter boa saúde e 39 (75%) se consideraram tão saudáveis como qualquer outra pessoa, 43 (83%) dos idosos apresentam muita dificuldade para realizar atividades rigorosas e 37 (71%) tem muita dificuldade para realizar atividades moderadas.

Esta divergência nos faz questionar o quanto é dificultoso avaliar a subjetividade do paciente no que concerne à qualidade de vida, sobretudo ao relacioná-la com a capacidade funcional. No entanto,

Ciconelli *et al.* (1999), afirma em seu estudo de validação do questionário de avaliação de qualidade de vida SF36 que os instrumentos de avaliação de qualidade de vida disponíveis, podem mostrar a capacidade dos indivíduos em executar determinadas atividades físicas e funcionais e como esses se sentem ao realizá-las.

A pesquisa de Perreira *et al.* (2006) com idosos, traz uma importante informação quando descreve que quanto mais ativo o idoso, melhor é a sua capacidade funcional, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida. Isso é especialmente importante para entender que os idosos deste estudo, enquanto sequelados de AVC e com limitações funcionais, apresentam dificuldade na realização de atividades físicas rigorosas e moderadas assim como as AVDs. Desta forma é possível entender que a população estudada se considere com uma boa saúde, porém com muitas dificuldades e limitações funcionais.

Verificou-se que o aspecto emocional exerce influência significativa na vida dos participantes e que os idosos na sua totalidade, estiveram limitados em seu trabalho ou em outras atividades. Neste contexto, 51 (98%) referem diminuição no tempo de dedicação ao trabalho ou a outras atividades e realizaram menos tarefas, assim como tiveram dificuldade ou necessitaram de um esforço extra tanto por alterações na saúde física como por alterações emocionais.

O fator emocional e a saúde física aparecem de forma expressiva, quando 23 (44%) dos pesquisados relatam que ambos os fatores interferiram em suas atividades sociais. Encontramos resultados importantes quando 24 (46%) idosos relataram cansaço e 22 (42%) referiram-se esgotados uma pequena
ISSN 18088449 5

parte do tempo. Estes resultados dos domínios emocionais são corroborados pelo estudo de Castro *et al.* (2003), sobre qualidade de vida e pacientes com insuficiência renal crônica, o qual concluiu que a presença de uma doença crônica está associada à piora da qualidade de vida de uma população e que a sensação de desânimo, falta de energia e a redução na realização de atividades de vida diária são sintomas frequentes em pacientes portadores de doenças crônicas.

Ao aplicar o teste de inferência, Qui-quadrado (χ^2) foram encontradas significâncias estatísticas entre alguns itens das subdivisões do SF36 com a idade e o tempo de Fisioterapia. Observou-se relação entre o fator idade, na faixa etária de 60 a 65 anos, quando 13 (25%) idosos referiram que se sentem calmos ou tranquilos o tempo todo com significância $p=0,001$, e, 18 (35%) ao relataram ter boa saúde ($p=0,004$). Em contrapartida as outras faixas etárias não apresentaram significância.

Estes dados vão ao encontro da pesquisa de Costa e Duarte (2002) com sequelados de AVC, onde sugerem que se pode atribuir estes resultados a uma estreita relação do aspecto emocional com o aspecto saúde. Os autores sugerem que a auto-percepção de boa saúde fortalece a auto-imagem, traz maior segurança na realização das tarefas, tornando os sequelados confiantes e mais calmos.

A significância estatística no que se refere ao fator idade, na faixa etária de 60 a 65 anos, realizar atividades rigorosas e levantar ou carregar mantimentos, pode estar relacionada como consequência da ligação entre as sequelas físicas do AVC e as limitações físicas decorrentes da própria faixa etária. Sabe-se que todos os pacientes estavam realizando tratamento fisioterápico, no entanto 17 (33%) idosos sentem muita dificuldade para realizar atividades rigorosas e 18 (35%) em levantar ou carregar mantimentos.

A significância estatística entre o tempo de Fisioterapia, (três anos ou mais) e o fato do paciente “de

maneira alguma sentir dor”, são resultados que propiciam ao tratamento fisioterápico a obtenção de benefícios sobre a dor. No presente estudo o tempo de fisioterapia correlacionado com “o tempo todo cheio de vigor, vontade e força”, apesar de ter apresentado significância estatística, mostra que o tempo apresenta influência. Neste contexto Castro *et al.* (2003), relata que mesmo com os avanços da tecnologia na área da saúde, a permanência por tempo indeterminado em tratamento pode interferir na qualidade de vida.

Conclusão

Dentre os idosos sequelados de AVC, prevaleceu o sexo feminino e a faixa etária de 60 - 65 anos, assim como profissionais liberais e a maioria apresentava doenças sistêmicas, predominando as neurológicas e cardíacas. Os domínios de qualidade de vida relativos a saúde foram os melhores avaliados pelos idosos, evidenciando, nos diferentes domínios, desigualdades em seus valores quando comparados aqueles relacionados à funcionalidade e aspectos emocionais.

Percebeu-se, pelo SF-36, que a população estudada apresenta boa qualidade de vida, ao mencionarem ter saúde, sentirem-se calmos, tranquilos, saudáveis e presença de dor sem interferência no trabalho, pressupondo-se ser benefício do tratamento fisioterápico e do uso de medicação. Embora tenha sido identificado paciente relatando dificuldades para atividades físicas rigorosas, mesmo realizando fisioterapia por 3 anos ou mais.

A idade avançada e a presença do AVC, por ser uma doença crônica, reforçam a necessidade de tratamento fisioterápico contínuo e de longa duração para o melhor resultado da recuperação funcional. A interação entre esses fatores, em diferentes graus de intensidade, pode explicar a heterogeneidade dos resultados encontrados.

ISSN 18088449 6

O questionário SF-36 mostrou-se um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida na amostra estudada. Para uma melhor qualidade de vida e envelhecimento bem sucedido, faz-se necessária política pública de saúde com programas específicos voltados para o tratamento e prevenção da incapacidade funcional e que estimulem os aspectos emocionais dos idosos portadores de seqüelas de AVC.

Referências

- BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini ; ANGELO, Margareth. Interpretação cuidador familiar- pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, pp. 729-738, jul./set., 2005.
- BRASIL, Leis. **Estatuto Nacional do Idoso**. 2ed. Fortaleza: Editora INESP, 2006. 52p.
- CASTRO, M. de *et al.* . Quality of life in life end-stage renal disease patients submitted to hemodialysis using the SF36 health survey. **Revista de Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, 2003.
- CICONELLI, RM. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF36 (Brasil SF36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Brasil, v. 39, n. 3,

pp. 143-150, maio/jun., 1999.

COSTA, Alberto Martins da; DUARTE, Edilson. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Revista Brasileira Ciências e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 1, pp. 47-54, 2002.

FLECK, Marcelo P. A; CHACHAMOVICHA, Eduardo; TRENTINI, Clarissa M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, pp.793-9, 2003.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, suppl.1, pp. 3-6, 2002.

IBGE. Fundação IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:

<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=23&cod2=230440&cod3=23&frm=>

Acesso em 18 set 2011.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é um imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n13, jul./ago., 2008.

MS. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução Nº196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2ed. São Paulo: Editora Manole, 2004.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos**. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online], vol.28, n.1, pp. 27-38. ISSN 0101-8108, 2006.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, 2009.

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE UTILIZANDO INSTRUMENTO SF-36

Maria Moura Santana Chaves – Hospital Geral de Fortaleza. Email: santanafrota@gmail.com

Rochelle da Costa Cavalcante – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Antonio Dean Marques Barbosa – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Marina Frota Lopes – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

José Iran Oliveira das Chagas Junior – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Antonio Dean Barbosa Marques. Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-Chave: *Qualidade de Vida; Hemodiálise; SF – 36.*

Resumo

Qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "a percepção do indivíduo e sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores os quais estão inseridos, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", além disso, é vista como uma noção que envolve muitos significados e diz respeito ao grau de satisfação do indivíduo nas várias esferas de sua vida. As doenças crônicas comumente estão associadas a baixos níveis de QV, devido à necessidade de tratamentos longos ou perpétuos, redução da autoestima e autoimagem debilitada, dentre outros fatores. Desse modo o objetivo deste estudo foi avaliar a QV de pacientes com insuficiência renal em setor de hemodiálise de um hospital da rede terciária de Fortaleza – CE para assim sugerir estratégias para a promoção da saúde. Para tanto, utilizou-se de uma metodologia descritiva, quantitativa com uso de ferramentas qualitativas de avaliação. O questionário genérico de avaliação da QV, SF – 36, aplicado em uma amostra de 28 mulheres clientes de uma unidade especializada no tratamento de pacientes renais e hemodiálise. Os resultados do Escore de Raw foram tabulados e apresentados com os valores de Média \pm Desvio Padrão e Mediana (Amplitude Interquartil) para cada domínio do SF -36. Os resultados obtidos revelaram que todos os domínios indicaram baixa QV, pois nenhum obteve valores de Média acima de 40. Os domínios mais prejudicados foram os Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais. Os domínios que atingiram os escores de QV mais altos foram os Aspectos Sociais e Aspectos Mentais. Conclui-se que as pacientes que compuseram a amostra do estudo têm um baixo nível de QV o que exige a implementação de alguma medida de melhoria da qualidade de vida. Observa-se na literatura nacional e internacional que intervenções educativas, atenção psicológica e interdisciplinar, reabilitação física e fisioterapia motora têm capacidade de melhorar os escores obtidos em instrumentos genéricos e específicos de avaliação da QV, bem como alcançar melhores resultados clínico-laboratoriais, e assim promover a saúde desses pacientes dialíticos.

Introdução

Qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "a percepção do indivíduo e sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores os quais estão inseridos, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", além de ser visto como noção que envolve muitos significados e diz respeito ao grau de satisfação do indivíduo nas várias esferas de sua vida (PINZON, 2000, p. 46).

O grupo WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Group da OMS propôs uma definição para QV como sendo, dentro desta definição, incluídos seis principais domínios: físico, estado psicológico, níveis de independência, relações social, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (FLECK, 2008).

A QV é um conceito com diversos significados que reflete as condições de vida desejadas por uma pessoa em relação ao lar, comunidade, trabalho do ser humano; à saúde e bem-estar. Como tal, a QV é um fenômeno subjetivo baseado na percepção que tem uma pessoa de vários aspectos das experiências da vida, incluindo as características pessoais, condições objetivas de vida e percepção dos outros. Desta forma, o aspecto central do estudo de QV percebida pelo indivíduo inclui a relação entre outros fenômenos objetivos e subjetivos. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SCHALOCK, 2004).

A doença crônica pode dá início em condição aguda, como por exemplo, a hipertensão arterial que é uma doença de natureza multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos, caracterizada pela elevação da pressão arterial, considerada como um dos principais fatores de risco cardiocerebrovasculares, ocasionando complicações renais, aparentemente insignificantes, mas que se prolongam através de episódios de exacerbação e remissão de educação alimentar e qualidade de vida. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração na QV de vida das pessoas (CASTRO et al., 2008).

A Doença Renal consiste da perda parcial progressiva ou total e irreversível da função renal que pode iniciar com um quadro agudo ou

de maneira lenta. O tratamento definitivo indicado é o transplante renal, o qual se trata de um processo lento de seleção e compatibilidade que até concretização a única alternativa para manter a vida está no tratamento dialítico contínuo que compreende duas modalidades: diálise peritoneal ou hemodiálise. A maioria das pessoas com insuficiência renal no Brasil segue programas de hemodiálise ambulatorial realizados em regime de três vezes semanais com duração de, aproximadamente três a quatro horas para cada sessão (FERMI, 2010, p. 12).

Os instrumentos de avaliação de QV são classificados em três categorias: os que avaliam qualidade de vida geral, qualidade de vida ligada à saúde e qualidade de vida específica. Dessa forma, os instrumentos são classificados em genéricos e específicos, sendo os primeiros aplicáveis a uma grande variedade de população; não especificam a patologia e são mais apropriados em estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Quanto aos instrumentos específicos, são utilizados para avaliar a QV cotidiana dos indivíduos (adultos ou crianças) ou pessoas em condições de doença, agravos ou intervenções médicas (como doença renal, câncer, doenças cardíacas, dentre outras) (FLECK et. al, 1999; MINAYO; HATZ; BUSS, 2000).

Dentro da categoria de instrumentos genéricos, compõem as relacionadas à saúde. Esses instrumentos são holisticamente vantajosos nas avaliações dos diferentes aspectos da QV que são afetados pelas condições de saúde ou de doença/tratamento em qualquer população. Por isso, podem ser utilizado em populações gerais ou específicas para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde.

Existem vários instrumentos que avaliam a QV de pacientes com IRC em diálise, dentre eles o instrumento genérico - SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey*) que pode ser aplicado em diversos grupos de pacientes ou da população em geral, com objetivo de avaliar a saúde geral do indivíduo e a gravidade dos problemas e, sobretudo, a melhora do paciente (CICONELLI, FERRAZ, SANTOS et al, 1999).

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, quantitativa que fará uso de ferramentas qualitativas de avaliação, pois o construto de QV é subjetivo e multidimensional, exigindo o emprego de ambas às abordagens, foi utilizada a triangulação metodológica. Segundo Minayo et al (2006), a triangulação pretende ir além das duas formas clássicas de abordagem que são a positivista e a compreensiva.

Os métodos quantitativos sobre QV predominam na literatura especializada e estão voltados para construção de instrumentos, visando estabelecer o caráter multidimensional do construto, sua validade e confiabilidade (SEIDL; ZANNON, 2004). Tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática, permite selecionar e especificar as características que delimitam a população por meio dos critérios de seleção para a inclusão nos estudos (POLIT; HUNGLER, 2004).

Este estudo foi realizado em uma unidade de hemodiálise e unidades de internação de um hospital público localizado em Fortaleza-CE.

A totalidade de 28 pacientes compôs o grupo de sujeitos que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Foi postulado como critério de delimitação dos participantes dessa pesquisa a seguinte condição: pacientes com insuficiência renal, atendidos na unidade de hemodiálise definida como Local da Pesquisa durante o período de janeiro/2012 e fevereiro/2012. Foram excluídos do estudo aqueles que não possuíam capacidade cognitiva para responderem ao instrumento utilizado e/ou não tivesse 18 anos completos.

O instrumento de QV utilizado no estudo será o SF- 36, traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1997, seguindo todos os passos exigidos pelo comitê de especialistas. O referido instrumento foi criado com objetivo de ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, sendo menos extenso que o anterior.

A coleta de dados se dará por meio de entrevista realizada durante as sessões de hemodiálise neste setor no período de novembro a dezembro nos turnos manhã e tarde.

Desse modo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, sendo aprovado sob o número de protocolo 201005/11. Sendo assim, foram preservadas as preconizações da Resolução do 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantida a privacidade, o anonimato e confidencialidade das informações (BRASIL, 1996).

Resultados e Discussão

A Avaliação da Qualidade de Vida dos participantes demonstrou valores de média, mediana e Desvio Padrão para cada Domínio que compõe o SF-36, que são expressos na Tabela 1.

Tabela 1. Escore de Qualidade de Vida, avaliada pelo Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36, em 28

pacientes de uma clínica especializada renal de um Hospital Terciário de Fortaleza – CE.

Domínios do SF-36	Média	Mediana (a. i.)	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	27, 86	27, 50 (5 - 65)	12, 869
Limitações por Aspectos Físicos	3, 57	0,00 (0 - 50)	11, 210
Dor	28, 57	22, 00 (12 - 74)	13, 914
Estado Geral de Saúde	18, 71	15, 00 (0 - 55)	13, 907
Vitalidade	28, 21	25, 00 (5 - 75)	16, 056
Limitações por Aspectos Sociais	33, 53	25, 00 (12,50 – 62,50)	16, 026
Limitações por Aspectos Emocionais	5, 95	0,00 (0 – 66,67)	18, 266
Saúde Mental	37, 00	34, 00 (16 - 80)	15, 149

Pode-se observar a seguinte relação Média \pm Desvio Padrão em cada Domínio: Capacidade Funcional (27,86 \pm 12,869); Limitações por Aspectos Físicos (3,57 \pm 11,210); Dor (28,57 \pm 13,914); Estado Geral de Saúde (18,71 \pm 13,907); Vitalidade (28,21 \pm 16,056) Limitações por Aspectos Sociais (33,53 \pm 16,026); Limitações por Aspectos Emocionais (5,95 \pm 18,266); Saúde Mental (37,00 \pm 15,149).

A relação entre Mediana e Amplitude Interquartil (a. i.) de cada domínio se comportou da seguinte forma: Capacidade Funcional (27,50; a. i.: 5 - 65); Limitações por Aspectos Físicos (0,00; a. i.: 0 - 50); Dor (22,00; a. i.: 12 - 74); Estado Geral de Saúde (15,00; a. i.: 0 - 55); Vitalidade (25,00; a. i.: 5 - 75); Limitações por Aspectos Sociais (25,00; a. i.: 12,50 – 62,50); Limitações por Aspectos Emocionais (0,00; a. i.: 0 – 66,67); Saúde Mental (34,00; a. i.: 16 - 80).

Diante dos resultados encontrados neste estudo, pode-se observar que todos os domínios apresentaram escore de QV abaixo de 40,00. Este fato revela que a QV das pacientes portadoras de Insuficiência Renal, atendidas no referido local, vem sendo afetada, uma vez que o Escore de Raw oferece a possibilidade de auto-avaliação da QV com a atribuição de um valor de 0 a 100, onde os valores mais próximos de 0 são piores enquanto que os mais próximos de 100 indicam melhores níveis de QV. Os valores bastante reduzidos encontrados neste estudo podem estar relacionados ao gênero da amostra escolhida, uma vez que Barros et al. (2011) ponderaram que pacientes renais do sexo feminino tem pior QV, se comparado ao sexo masculino.

Segundo uma revisão bibliográfica realizada por Martins e Cesarino (2004), vem sendo estudados métodos sistemáticos de otimização da qualidade de vida dos pacientes em Hemodiálise, ganhando destaque os programas de intervenções educativas e de reabilitação específica, a fim de promover a promoção da saúde desses pacientes.

Para isso, é indispensável que os educadores em saúde conheçam a realidade para uma promoção da saúde efetiva. A visão de mundo e as expectativas de cada sujeito, para que possam priorizar as necessidades dos clientes e não apenas as exigências terapêuticas. Deve-se partir de seu conhecimento preexistente, pois desvalorizar suas experiências e expectativas desencadeia uma série de consequências, como a não-adesão ao tratamento, descrédito em relação à terapêutica, deficiência no auto-cuidado, adoção de hábitos prejudiciais à saúde, distanciamento da equipe multiprofissional, cultivo da concepção que apenas os outros são responsáveis pelos seus cuidados, comportamento desagregador e entre outros (QUEIROZ, 2008).

Nota-se que dentre os Domínios estabelecidos pelo SF – 36, os mais afetados foram Limitações por Aspectos Físicos (3,57 \pm 11,210) e Limitações por Aspectos Emocionais (5,95 \pm 18,266). Estes dados são semelhantes aos resultados encontrados no estudo de Martins e Cesarino (2005), no qual observam que os domínios do SF – 36 mais acometidos em pacientes renais foram os aspectos físicos e

emocionais.

Para Trentini et al. (2004), a capacidade física de pessoas que dependem de hemodiálise é comumente reduzida em decorrência dos sinais de cansaço e tonturas ocasionadas pela doença renal. Contudo, em relação a questões sócio-emocionais, seus resultados evidenciaram heterogeneidade da auto-percepção dos indivíduos do estudo.

A relação entre Mediana e Amplitude Interquartil (a. i.) de cada domínio se comportou da seguinte forma: Capacidade Funcional (27,50; a. i.: 5 - 65); Limitações por Aspectos Físicos (0,00; a. i.: 0 - 50); Dor (22,00; a. i.: 12 - 74); Estado Geral de Saúde (15,00; a. i.: 0 - 55); Vitalidade (25,00; a. i.: 5 - 75); Limitações por Aspectos Sociais (25,00; a. i.: 12,50 – 62,50); Limitações por Aspectos Emocionais (0,00; a. i.: 0 – 66,67); Saúde Mental (34,00; a. i.: 16 - 80).

Diante dos resultados encontrados neste estudo, pode-se observar que todos os domínios apresentaram escore de QV abaixo de 40,00. Este fato revela que a QV das pacientes portadoras de Insuficiência Renal, atendidas no referido local, vem sendo afetada, uma vez que o Escore de Raw oferece a possibilidade de auto-avaliação da QV com a atribuição de um valor de 0 a 100, onde os valores mais próximos de 0 são piores enquanto que os mais próximos de 100 indicam melhores níveis de QV.

Santos (2011) observa que é mais comuns escores de QV mais baixos em pacientes em hemodiálise que não possuem expectativa de transplante renal, sobretudo em relação aos domínios referentes à aspectos emocionais e físicos. Na ocasião, é sugerido amparo psicológico e reabilitação física para os pacientes sem expectativa de transplante, como meio de reduzir o risco de estes vivenciarem reduzidos níveis de QV.

Apenas dois domínios atingiram valores de média acima de 30,00, são eles: Limitações por Aspectos Sociais (33,53 ± 16,026) e Saúde Mental (37,00 ± 15,149), todavia estes resultados são considerados valores baixos. Mortari et al. (2010) identifica, em seu estudo, que os aspectos sociais foram os menos afetados na QV de pacientes submetidos à hemodiálise. Enquanto inúmeros estudos internacionais realizados na última década concordam que aspectos mentais são menos afetados na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, cabendo citar as investigações de Kunter e Jassal (2002).

Conclusão

O SF – 36 consistem em um instrumento genérico de avaliação da QV de diferentes populações. É incontestável que instrumentos específicos para avaliação da QV em pacientes renais, tais como o KDQOL-SF (Kidney Disease Quality of Life Short Form), podem ser mais eficazes. Entretanto, o SF – 36 tem sido amplamente utilizado e apresentado relevante eficácia.

A aplicação do referido instrumento revelou os seguintes domínios de QV com seus respectivos valores (Média ± Desvio Padrão) na população estudada: Capacidade Funcional (27,86 ± 12,869); Limitações por Aspectos Físicos (3,57 ± 11,210); Dor (28,57 ± 13,914); Estado Geral de Saúde (18,71 ± 13,907); Vitalidade (28,21 ± 16,056) Limitações por Aspectos Sociais (33,53 ± 16,026); Limitações por Aspectos Emocionais (5,95 ± 18,266); Saúde Mental (37,00 ± 15,149).

A análise e discussão literária dos dados obtidos demonstraram que comumente encontram-se na literatura vernácula e internacional resultados semelhantes, apresentando os aspectos físicos e emocionais como os maiores campos afetados na QV dos pacientes em hemodiálise. Corroborando ainda que os campos menos afetados sejam aqueles relacionados à saúde mental e aspectos sociais. Apesar de menos afetados, indicam QV potencialmente reduzida.

Na discussão literária foi possível identificar estratégias de melhoria da QV desses pacientes, podendo ser destacados as intervenções educativas, psicologia, reabilitação física, hidroterapia, atenção interdisciplinar e fisioterapia motora, a fim de proporcionar a promoção da saúde desses pacientes dialíticos.

Referências

BARROS, B. P. et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 196/96**: diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**, v.39, n.3, p. 143-50, 1999.

FERMI, M. R. V. **Diálise para enfermagem - guia prático**. 2º edição, 2010.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMIVICH, E.; VEIRA, G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p.19-28, 1999.

- KUTNER, N. G.; JASSAL, S. V. Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients. **Semin Dial**, v.15, n.2, pp.107-12, 2002.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v.13, n.5, pp.670-676, 2005.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário 2000. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.5, pp.7-18,2000.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- QUEIROZ, M. V.O; DANTAS, M. C. Q; Ramos, I. C; JORGE, M. S. B. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n. 1, p. 55-63, Jan-Mar, 2008.
- SANTOS, P. R. Comparação da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise aguardando e não aguardando transplante renal em uma região pobre do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2011.
- TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.13, n.1, pp.74-82, 2004.
- WHOQOL Group. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. v.10, p. 1403-1409, 1995.

Agradecimentos

À equipe que se dispôs a dialogar e expor superações para a realização do trabalho, bem como às pessoas que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. José Tadeu de Oliveira Filho- Acadêmico de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA - tadeuoliveira.jtof@gmail.com
- 2.Elaine Cristina Marques Sabóia -Enfermeira Graduada pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA
3. Keila Maria de Azevedo Ponte - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – UECE; Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem – UECE Membro do GRUPEESS-CNPQ – Orientadora.

Palavras-chave: Enfermagem. Qualidade de Vida. Saúde do trabalhador.

Resumo

A qualidade de vida é um conceito que vem sendo debatido em diversas áreas, estando relacionada com a saúde do trabalhador e sua vida cotidiana. Associa-se a produtividade e desempenho profissional com sua qualidade de vida estando inter-relacionada com a satisfação laboral. Objetivou-se analisar a produção científica sobre a qualidade de vida dos enfermeiros, caracterizar os estudos quanto ao local da pesquisa, ano de publicação e revista, identificando os descritores usados nos estudos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada por meio do acesso na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) com o descritor: enfermagem e assunto principal qualidade de vida. O período de corte utilizado compreendeu nos anos de 2004 a 2012, usou-se como critério de inclusão texto completo, disponível na íntegra e em português. Após aplicar estes critérios ficaram-se dez artigos e uma tese que foram analisados nesta pesquisa. A análise ocorreu por meio de figuras e tabelas. Verificamos a predominância de pesquisa na região sudeste do Brasil, tendo sido publicadas nas revistas específicas de enfermagem, como descritor mais usado foi qualidade de vida e enfermagem. Conclui-se que é de suma importância para a enfermagem que haja estudos relacionados com a qualidade de vida dos enfermeiros, para que haja melhorias tanto na vida profissional como na vida pessoal.

Introdução

A enfermagem é uma profissão voltada para o cuidado, tendo como principal objetivo realizar uma assistência humanizada e holística com dada paciente para que possa proporcionar uma assistência de qualidade. Diante do exposto esses profissionais acabam esquecendo que também necessitam de cuidados e que as atividades que realizam no seu dia-a-dia podem trazer desgastes tanto na vida profissional como na vida pessoal influenciando diretamente em sua qualidade de vida (SOARES et al., 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida de acordo com o

contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2011 apud PADILLA; KAGAWA-SINGER, 1998, p.180). Salientamos que ter qualidade de vida não é apenas ter saúde física e mental, mas sim o bem-estar pessoal que engloba a família, nível sócio econômico, estado de saúde, satisfação no trabalho e estilo de vida. Em várias instituições de saúde em que esses profissionais estão expostos a forma de trabalho é inaceitável, fugindo de todas as regras básicas para um ambiente de trabalho saudável. Existem enfermeiros que trabalham em condições inadequadas em ambientes intensamente insalubres, com longas jornadas de trabalho gerando insatisfação profissional (MAYNARDES; SARQUIS; KIRCHHOF, 2009). Portanto, independe da vontade do enfermeiro cuidar de si, em virtude da falta de tempo, pois necessitam de melhores condições de trabalho e salarial para desempenhar suas funções com qualidade e possam ter qualidade de vida satisfatória. Tem sido noticiado através dos meios de comunicação um aumento significativo de erros em procedimentos de enfermagem envolvendo profissionais da categoria colocando em risco a integridade física dos pacientes. Erros estes, que podem estar relacionados com o excesso de jornada e sobrecarga de trabalho, devido às poucas horas para descanso fazendo com que muitas vezes os profissionais cometam erros devido ao cansaço físico e mental. Salientamos que a insatisfação profissional resulta em desgaste físico-emocional fazendo com que eles tenham uma baixa qualidade de vida e muitas vezes prejudicando sua própria saúde. Devido à busca por melhores condições de trabalho e uma melhor qualidade de vida, está tramitando no Congresso Nacional um projeto de Lei de nº 2.295/2000 que tem como objetivo reduzir a carga horária dos profissionais de enfermagem (enfermeiras (os), técnicas (os) e auxiliares) de trinta e seis horas para 30 horas semanais, para que possam ter uma qualidade de vida satisfatória e melhorar cada vez mais a assistência prestada aos pacientes (ABEN, 2008). Portanto, há várias discussões sobre as longas jornadas de trabalho dos enfermeiros devido às implicações que podem ocasionar durante a assistência e na qualidade de vida dos mesmos. De acordo com Silva, Rotenberg, Fischer (2011) as condições de trabalho podem refletir bruscamente no bem – estar desses profissionais, devido a jornadas excessivas acabam esquecendo que necessitam de descanso e de realizar atividades que possam proporcionar momento de lazer. Objetivou-se analisar a produção científica sobre a qualidade de vida dos enfermeiros, caracterizando os estudos quanto ao local da pesquisa, ano de publicação e revista e identificar os descritores usados para apresentar os estudos.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que de acordo com Gil (2009) a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto. A coleta das informações ocorreu de agosto a novembro de 2012. A coleta das informações foi realizada no banco de dados na internet: BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Foram consultados dez artigos e uma tese publicada sobre qualidade de vida de enfermeiros que estavam disponíveis na internet. Para coleta das informações foram usadas as palavras-chaves que possui relação com o tema da pesquisa quais sejam: enfermagem e qualidade de vida. Estas palavras são descritores em ciências da saúde e estão cadastrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados e indexados no referido banco de dados; artigos disponíveis na íntegra; publicados em língua portuguesa, publicados de 2004 a 2010. Como critérios de exclusão: artigos que apresentavam somente o resumo disponível; artigos escritos em língua estrangeira. Ao iniciar a busca com o descritor “enfermagem” foram identificados 410.922, disponível na íntegra na internet 20.790 artigos, destes 8706 artigos publicados em português ao selecionar o descritor “qualidade de vida” como assunto principal 95 artigos. Deste modo foram selecionados 10 artigos e uma tese após a leitura na íntegra dos textos que discutiam a temática, com adequação ao objetivo do presente estudo. Foram respeitados os direitos autorais dos autores dos artigos analisados, respeitando os princípios éticos nesse estudo. Destes 95 artigos foram excluídos 84 artigos por não responderem a questão norteadora deste estudo ou pelo fato do site da internet estar definitivamente indisponível. Para coleta das informações foi formulado um instrumento (Apêndice A) com as seguintes informações: Título do artigo, ano de publicação, local da realização da pesquisa (cidade-Estado), revista que está publicado o artigo, os descritores usados. A análise das informações ocorreu por meio da tabulação dos dados contidos no instrumento de coleta de dados. Depois foram organizados em tabelas e figuras, sendo discutidos com a literatura pertinente sobre o assunto.

Resultados e Discussão

Os resultados foram apresentados em duas categorias quais sejam: caracterização dos estudos e descritores usados nos artigos .

Caracterização dos estudos: revista, ano e local de realização da pesquisa.

Será discutido acerca da caracterização dos estudos conforme a revista em que foi publicado, o ano da publicação e os descritores utilizados pelos autores correspondentes.

A Tabela 1 apresenta acerca das revistas o qual os artigos foram publicados, conforme segue:

Revista	nº	%
Revista Latino-americana de Enfermagem	4	40
Revista Escola de Enfermagem USP	2	20
Arquivos de Ciências da Saúde	1	10
Revista de Enfermagem. UERJ	1	10
Revista Eletrônica de Enfermagem	1	10
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	1	10
Total	10	100

Tabela 1 – Distribuição dos artigos publicados acerca de qualidade de vida de enfermeiros quanto à revista. Sobral-CE, 2012.

A tabela 1 mostra que a maioria dos artigos publicados acerca deste assunto foram publicados na Revista Latino – Americana de Enfermagem. Vale ressaltar que todos os artigos foram publicados em revista de enfermagem, percebendo-se uma preocupação dos próprios enfermeiros com sua qualidade de vida sendo uma aspecto bastante relevante.

Quanto aos artigos publicados, a figura 2 mostra a distribuição dos artigos de acordo com a região do Brasil em que foi realizada a pesquisa. Sobral-CE, 2012

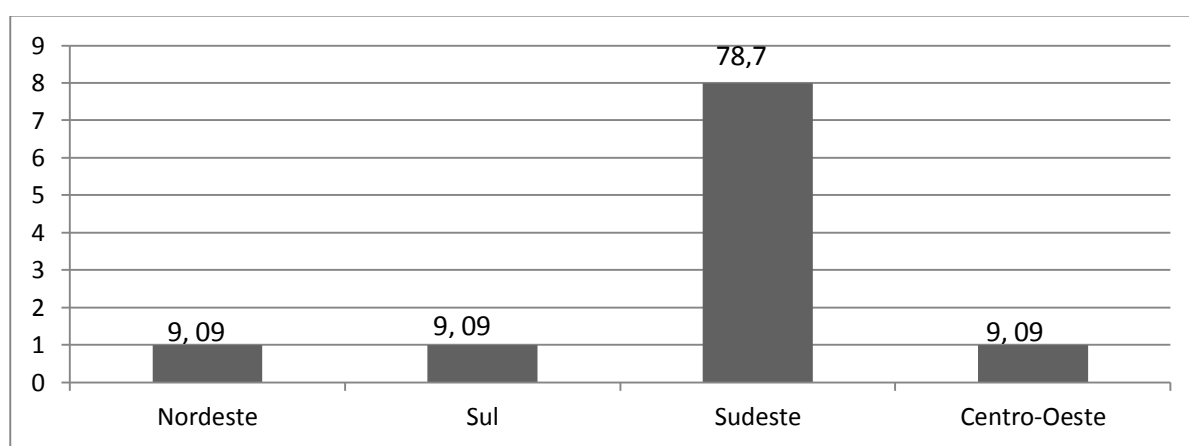


FIGURA 2: Distribuição dos artigos de acordo com a região do Brasil em que foi realizada a pesquisa. Sobral-CE, 2012.

Após realizar a pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), pode-se observar que na região Sudeste é a que mais realiza estudos sobre a qualidade de vida dos enfermeiros, as outras regiões realizaram poucos estudos e na região Norte do país não houve nenhuma publicação o que nos deixa um questionamento será que na referida região essa problemática inexistente ou significa baixo interesse em publicar sobre a qualidade de vida dos enfermeiros?

Quanto ao ano de publicação dos artigos, a figura 3 mostra a distribuição dos artigos de acordo com o ano:

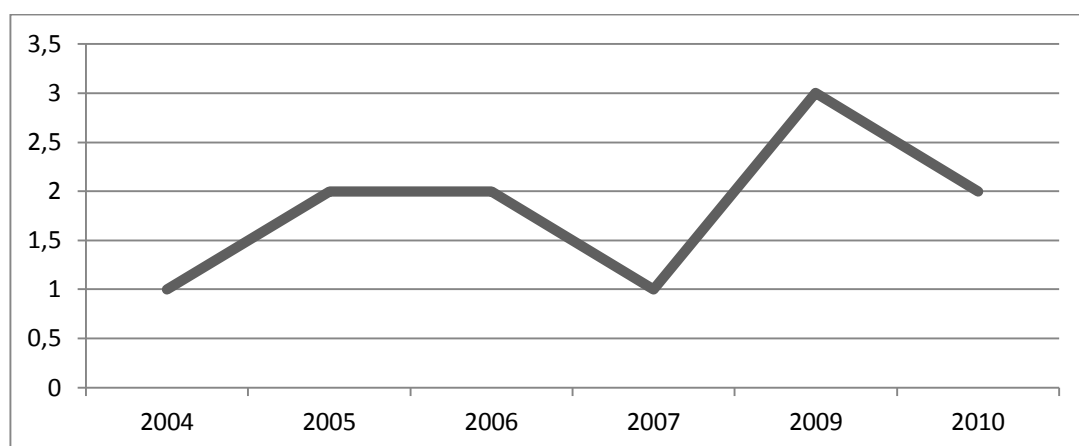


FIGURA 3: Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação das pesquisas realizadas. Sobral-CE, 2012.

A figura 2 mostra que os artigos acerca deste assunto foram publicados entre os anos de 2004 a 2010, sendo observado um maior número em 2009, onde foram publicados três artigos. Nos anos de 2005, 2006 e 2010 apenas dois artigos em cada ano. Nos anos de 2004 e 2007 houve apenas um artigo publicado em cada ano falando sobre a qualidade de vida dos enfermeiros. Então, percebemos que houve um aumento de publicações em 2009, com declínio no ano de 2010, culminando em poucas publicações sobre o tema em estudo.

DESCRITORES USADOS NOS ESTUDOS

Quanto aos descritores utilizados na realização das pesquisas, a tabela 2 mostra a distribuição dos artigos de acordo com seu descritor:

Descritores	nº	%
Qualidade de Vida	8	19,04
Enfermagem	7	16,67
Saúde do trabalhador	3	7,14
Saúde ocupacional	3	7,14
Condições de trabalho	2	4,76
Equipe de enfermagem	2	4,76
Outros	17	40,47
Total	42	100

Tabela 2 – Distribuição dos descritores que foram utilizados nos artigos. Sobral-CE, 2012.

De acordo com os artigos analisados foi identificado que o descritor “qualidade de vida” e “enfermagem” foram os mais utilizados para realização de buscas na literatura pertinente dessas pesquisas. Conforme Brandau (2005) os descritores são organizados de maneira hierárquica que facilita as pesquisas e posteriormente recuperação do artigo. Sendo fundamental que os autores realizem uma pesquisa ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e coloquem os termos que melhor se adequem ao seu artigo. De acordo com o DeCS, “Qualidade de vida” é conceito genérico que reflete um interesse com a modificação e a aprimoramento dos componentes da vida, ex. ambiente físico, político, moral e social; a condição geral de uma vida humana. Já a definição de “Enfermagem” segundo o DeCS é campo da enfermagem voltado para a promoção, manutenção e restauração da saúde. Contudo o DeCs define “saúde do trabalhador” e “saúde ocupacional” como promoção e manutenção no mais alto grau do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus labores, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e conservação dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados a suas aptidões fisiológicas e psicológicas. Para o DeCS as condições de trabalho são fatores físicos, sociais e administrativos que afetam o ambiente de trabalho. No entanto a equipe de enfermagem é definida como coordenação dos serviços prestados pelos diferentes profissionais de enfermagem sob a supervisão de uma enfermeira profissional. A equipe consiste de enfermeira universitária, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem.

Conclusão

Diante do exposto verificou-se através de produção científicas que as pesquisas relacionadas com a qualidade de vida dos enfermeiros ainda são bastante restritas, apesar de ser um tema que vem ganhando espaço e bastante difundido. Há poucos estudos relacionados com a referida temática, pois estas pesquisas servem de parâmetros tanto para as instituições de saúde como para os enfermeiros, sendo uma alternativa de bastante relevância que trará benefícios tanto para os profissionais como para a população assistida por eles. Portanto através dessa pesquisa percebemos que o labor influencia diretamente na qualidade de vida dos enfermeiros, pois esses profissionais são submetidos a desgastes físicos, psíquicos e emocionais motivo pelo qual o tema em estudo ganha destaque. Ressaltamos que é de grande importância para a enfermagem que haja mais estudos relacionados com a qualidade de vida dos enfermeiros para que possam identificar quais fatores influenciam negativamente na vida nesses profissionais e através desses estudos as instituições de saúde possam proporcionar um ambiente favorável para trabalhar, com salários dignos e diminuição das jornadas excessivas para desenvolver suas funções de maneira satisfatória.

Referências

ABEN- Associação Brasileira de Enfermagem. Campanha pela jornada de trabalho de 30 horas para a enfermagem. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/index.php?path=95>. Acessado em: 23/mar/2012.

MAYNARDES, D; SARQUIS, L; KIRCHHOF, A. Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. v14, nº 4, p.703-8. Paraná: Ed. Universidade Federal do Paraná, out-dez/2009.

SACCOMANN, I; CINTRA, F, GALLANI, M. Qualidade de vida relacionada à Saúde em Idosos com Insuficiência cardíaca: avaliação com instrumento específico. *Acta Paulista de Enfermagem*. v 24, nº 2, p.179-84, São Paulo: Ed. Universidade Federal de São Paulo, fev/2011.

SILVA, A; ROTENBERG, L; FISCHER, F. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Revista de Saúde Pública*. v45, nº 6, p.1117-26. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, dez/2011.

SOARES, R; ZEITOUNE, Re; LISBOA, Márcia; MAURO, Maria. Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. Ano 20, nº 4, p.758-65. Florianópolis: Ed. Universidade Federal de Santa Catarina, out-dez/2011.

QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE TRABALHAM EM SETORES FECHADOS

JORGE, Herla Maria Furtado (Apresentador)

Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Tocoginecologia/UNICAMP

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

e-mail: herlafurtado@gmail.com

HIPÓLITO, Maíza Claudia Vilela

Faculdade de Educação Física/UNICAMP

RIBEIRO, Rafael Lustosa

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/UNICAMP

MASSON, Valéria Aparecida

Faculdade de Enfermagem/UNICAMP

Palavras-chave: Trabalho. Qualidade de vida. Enfermagem.

Resumo

Os setores fechados por insinuarem isolamento e aprisionamento fazem com que os profissionais de enfermagem sintam-se num mundo distante, além de ter que conviver com a realidade de trabalho cansativo, a diversidade de atividades e os imprevistos; fatores estes, que propiciam uma qualidade de vida aquém do ideário da maioria dos trabalhadores. Objetivou-se tecer algumas considerações sobre a qualidade de vida e promoção da saúde de profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados, bem como refletir sobre intervenções para melhoria da qualidade de vida no trabalho. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo elaborado com base em pesquisas de capítulos de livros e artigos de enfermagem publicados nas bases de dados SCIELO e LILACS no período de 1998 a 2010, totalizando 18 trabalhos analisados. Os resultados foram discutidos em três categorias, tais como: qualidade de vida no trabalho, profissionais de enfermagem atuantes em setores fechados e propostas para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde. Concluiu-se que os profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados enfrentam no cotidiano a sobrecarga de trabalho, o que gera insatisfação e a exposição progressiva a fatores estressantes, levando ao esgotamento físico e emocional que interfere na qualidade de vida. Faz-se necessário destacar algumas propostas de intervenções que podem ser realizadas no âmbito do trabalho, incluindo a promoção da saúde e melhorias no ambiente de trabalho.

Introdução

O trabalho exerce um papel fundamental na vida do homem, pois é por meio dele que o homem constitui-se como ser humano. As vivências no ambiente de trabalho refletem na vida cotidiana, no contexto profissional, doméstico e social interferindo diretamente na qualidade de vida (SILVEIRA, MONTEIRO, 2010).

Para compreensão do cotidiano do trabalho nota-se a importância de refletir sobre o termo qualidade de vida no trabalho (QVT), que de acordo com Chiavenato (2008) é a “percepção do indivíduo dos pontos favoráveis e desfavoráveis de um ambiente laboral, aspectos físicos e ambientais, aspectos psicológicos do local de trabalho, sendo utilizado com frequência como um importante indicador da qualidade das experiências humanas na organização e do grau de satisfação dos funcionários quanto à sua capacidade produtiva em um ambiente de trabalho seguro, de respeito recíproco, com oportunidades de treinamento e aprendizagem e com o equipamento e facilidades adequadas para o desempenho de suas atribuições.”

No contexto dos profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados Shimisu e Ciampone (1999, p.95), caracterizam o trabalho como “desgastante principalmente pela necessidade de conviver com sofrimento, dor e morte de modo tão frequente”. Nesta perspectiva, não podemos desconsiderar a importância de promover a saúde dos profissionais, que segundo Czeresnia e Freitas (2003) a promoção da saúde consiste no processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua saúde por meio de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à manutenção e aquisição dela em diferentes enfoques teóricos e práticos

Este trabalho tem por objetivo discutir a qualidade de vida (QV) dos profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados, dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho e propostas de melhoria da qualidade de vida desses profissionais.

Metodologia

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo que buscou articular o termo qualidade de vida com profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados, destacando pontos positivos e negativos do cotidiano desses profissionais e propostas de intervenções para melhorar a qualidade de vida no trabalho.

A obtenção dos dados realizou-se por meio de pesquisas em capítulos de livros e artigos de enfermagem publicados nas bases de dados do SCIELO e LILACS, no período de 1998 a 2010, totalizando em 18 estudos. Utilizou-se como critério de inclusão os capítulos e

artigos que contemplassem o tema de qualidade de vida no trabalho em setores fechados.

Resultados e Discussão

CONTEXTUALIZANDO A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

As pesquisas em QVT foram difundidas pelo mundo, ao longo dos anos e ainda incorpora uma imprecisão conceitual e nem sempre é utilizada de forma correta. A dificuldade de conceituação talvez esteja ligada ao fato de se tratar de uma expressão abrangente e dotada de grande subjetividade (LACAZ, 2000).

O conceito de QVT passa por noções de auto estima, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve recentes discussões sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias (LACAZ, 2000). Huse e Cummings (1985) explicitam ainda dimensões que trariam ao indivíduo melhor qualidade de vida como: remuneração justa, segurança e saúde no trabalho, desenvolvimento das capacidades humanas, crescimento e segurança profissional, integração social, direito dos trabalhadores, espaço de vida no trabalho e fora dele e relevância social.

Os estudos em QVT preocupam-se em tornar o ambiente de trabalho acolhedor, humanizado visando sobretudo a saúde coletiva. Buscam satisfação a nível gerencial e em saúde do trabalhador. Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. Sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Seidl e Zannom (2004) relatam ainda que o termo QV têm sido amplamente utilizado nas últimas décadas em duas vertentes: (1) linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos; (2) no contexto da pesquisa científica, como economia, medicina, enfermagem e demais especialidades da saúde.

A promoção da qualidade de vida não consiste somente na promoção da saúde, e sim em um contexto abrangente, pois a qualidade de vida é entendida como todas as condições do meio ambiente, socioeconômicas, educacionais, psicossociais e políticas dignas do ser humano viver bem, e que as vivências do trabalhador repercutem em sua vida cotidiana (SILVEIRA, MONTEIRO, 2010).

Os estudos em QV tiveram início na área da saúde e diversas outras áreas foram dando a sua contribuição, sendo assim, os conceitos foram um tanto modificados no decorrer dos tempos. Em decorrência das contribuições, muitas vezes há a diminuição da abrangência que o conceito abarca ou ainda a utilização do termo para definir o indivíduo.

Já os estudos em QVT surgiram com o intuito de valorizar o indivíduo no ambiente de trabalho, fazendo com que o ambiente seja acolhedor, humano e que traga satisfação tanto para o trabalhador quanto para o empregador. Diante dos termos citados acima, QV e QVT, pode-se pensar na dificuldade de conceituar tais termos devido a abrangência dos mesmos e influência de fatores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais dificultando a busca pela ótima qualidade. Nos deparamos com problemas estruturais, pessoais, financeiros no cotidiano, que dificultam a busca por uma qualidade digna ou muitas vezes a “qualidade” nos é oferecida e não conseguimos segurar.

Diante dessa busca por QV, buscou-se refletir sobre os profissionais de enfermagem que atuam em ambientes que proporcionam isolamento, dor, sofrimento, duplas jornadas, conseguem encontrar qualidade de vida nesses ambientes e como ela pode ser conceituada.

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM SETORES FECHADOS

O próprio local de trabalho dos profissionais de enfermagem requer múltiplas demandas de atenção. Essas demandas são decorrentes da complexidade do próprio cuidado prestado, do ambiente de trabalho e das exigências provenientes tanto da prestação de cuidados aos pacientes, quanto da própria instituição de saúde, requerindo atenção e capacidade para direcionar e lidar com situações cruciais que envolvem agilidade e precisão nas decisões a serem tomadas, porém, varia de unidade para unidade no local de trabalho.

Em se tratando de setores fechados, nessa reflexão vamos adotar as seguintes unidades: Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI NEO), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidades do Bloco Cirúrgico. Segundo Perlini e Severo (2006), são unidades que possuem rotinas diferenciadas das demais, sendo apontadas como rígidas e inflexíveis, uma vez que afastam o paciente do convívio com seus familiares e do seu ambiente. Esse fato acaba fazendo com que o paciente sinta-se, mesmo que rodeado pela equipe nas vinte e quatro horas do dia, sozinho, pois a ruptura do convívio social e familiar os incomoda, exatamente por se verem sozinho, pois a ruptura do convívio social e familiar os incomoda, exatamente por se verem sozinhos, em um ambiente desconhecido, sem contato maior com aqueles que, na maioria das vezes, são fontes de apoio para superar as dificuldades que a vida impõe.

Pesquisas com profissionais de enfermagem atuantes em setores fechados dos hospitais, demonstraram que os mesmos sofrem com as demandas no trabalho, dupla jornada, situações de urgências, riscos ocupacionais, precariedade de recursos materiais, falta de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

pessoal qualificado, sobrecarga de trabalho, relações interpessoais conflituosas. A exposição progressiva a estes fatores considerados estressores, levam ao esgotamento físico e emocional, interferindo na qualidade de vida (FERREIRA, 2006; CARVALHO, 2004).

Setores fechados propiciam um maior desgaste dos profissionais de enfermagem. Pereira e Bueno (1997) afirmam que a UTI, tanto a adulto quanto a neonatal, contém um nível de ansiedade e tensão alta, provocadas pela alta responsabilidade que a enfermagem enfrenta em seu cotidiano profissional nesta unidade. Ambiente extremamente seco, refrigerado, fechado, iluminação artificial, ruído interno contínuo e intermitente, inter-relacionamento constante entre as mesmas pessoas da equipe durante todo o turno, bem como a exigência de segurança, respeito e responsabilidade para o paciente em sofrimento, dor e morte iminente e garantia da qualidade da assistência. Esses indicadores certamente resultam em um clima de trabalho exaustivo e tenso, provocando desmotivação, conflito entre os membros da equipe e estresse ao grupo de trabalho e em particular ao trabalhador individualmente.

De acordo com o ambiente, pode ser encarado como altamente estressante, em virtude da alta movimentação de pessoas, sons de equipamentos, correria na realização dos cuidados a pacientes graves, aumento de tecnologias empregadas, que às vezes não estão acompanhadas de treinamento adequado. Em UTI neonatal observa-se ainda, momentos de intensa pressão por lidar com seres completamente frágeis e indefesos, que estão lidando tão de perto com a vida e a morte. Sendo assim, o enfermeiro deve conservar uma estabilidade mental e emocional para que consiga enfrentar com sucesso estes indicadores (MACHADO, JORGE, 2005).

Destaca-se o bloco cirúrgico como possuidor de características próprias de um setor fechado com rigorosas técnicas assépticas, exercendo atividades de responsabilidades fundamentais, que vão desde a aquisição, manuseio e manutenção de equipamentos específicos à assistência ao paciente no pré, intra e pós operatório. Observa-se que os profissionais de enfermagem desse setor têm suportado cargas de trabalho cada vez maiores, com proporção inadequada de pacientes por profissionais qualificados, turnos rotativos, baixa remuneração, manipulação de substâncias tóxicas e presença de fatores de risco pertinentes ao ambiente; levando a uma situação conhecida como sobrecarga de trabalho. Como consequência dessa situação tem-se um alto grau de frustração e descontentamento em relação à responsabilidade e exercício profissional, podendo desencadear os transtornos físicos e psicológicos, afetando sua saúde e levando a um comprometimento de sua qualidade de vida (OLER et al., 2005).

Em um estudo realizado em um hospital do interior do estado de São Paulo, que teve como objetivo estudar a percepção da QV dos profissionais de enfermagem de uma UTIP, perceberam como boa sua qualidade de vida e que embora o trabalho é considerado desgastante, gostavam do que faziam e consideravam que o trabalho não afetava suas vidas (SILVEIRA, MONTEIRO, 2010).

Diante das constatações sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados, iremos destacar algumas propostas de intervenções que podem ser realizadas para melhorar a QVT desses profissionais. Ressaltando que as intervenções irão refletir positivamente não somente no cotidiano do trabalho, mas na vida pessoal desses trabalhadores e a maioria das propostas possuem baixo custo.

PROPOSTAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Silveira e Monteiro (2010) destacam algumas propostas de melhoria da QVT como: ampliação de atividades de promoção à saúde e melhoria no ambiente de trabalho, promovendo pausa programadas, visando aliviar a tensão e o estresse; atividades laborais no início ou no final da jornada de trabalho; exame médico periódico anual para levantamento de problemas; atividades com profissionais que atuam na área do estresse e do trabalho.

Podemos citar ainda: reestruturação e acompanhamento do processo de trabalho e criação do serviço de saúde do trabalhador para acompanhamento do processo saúde e doença; gerência participativa para que consiga verificar as dificuldades cotidianas e levante propostas para minimizá-las e o acompanhamento psicológico na Instituição hospitalar devido as constantes perdas.

Vale ressaltar que o lazer, atividades junto a família são de grande valia para a QV, refletindo positivamente na QVT. As mudanças podem e devem acontecerem a nível institucional, porém o profissional deve aceitar e acatar as modificações, uma vez que elas acontecerão para a sua QV e promoção da saúde, resultando em melhores atendimentos ao cliente.

Conclusão

Este trabalho objetivou discutir a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados bem como as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho e propostas de intervenção da qualidade de vida desses profissionais. Nessa reflexão pode-se observar o quanto o trabalho é importante na vida do ser humano e caracteriza grande relevância na atualidade refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem, uma vez que os mesmos lidam com o cuidado de outras pessoas.

Os profissionais de enfermagem que trabalham em setores fechados enfrentam no cotidiano a sobrecarga de trabalho, o que gera insatisfação e a exposição progressiva a fatores estressantes, levando ao esgotamento físico e emocional, que por sua vez, interfere na qualidade de vida desses profissionais, por tanto cabe destacar algumas propostas de intervenções que podem ser realizadas no âmbito do trabalho, incluindo promoção da saúde e melhorias no ambiente de trabalho. As intervenções irão refletir positivamente, não somente no cotidiano do trabalho, mas na vida pessoal desses trabalhadores, além de contribuir para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde no trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam em setores fechados.

Referências

CZERESNIA D; FREITAS C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 176, 2003.

CHIAVENATO, I. *Gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

FERREIRA, L.R.C.; MARTINO, M.M.F. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. *Rev. Ciênc. Méd. Campinas*, v.15, n.3, 2006.

HUSE, E.F.; CUMMINGS, T.G. *Organization development and change*. St Paul: Minn, 1985.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v.5, n.1, 2000.

MACHADO, C. E.; JORGE, M. S. B. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, 2005.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ. 2000. p. 7-18.

OLER, et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Rev Ciênc Saúde*, São José do Rio Preto, abr-jun, 2005.

PERLINI, G. N.; SEVERO, G. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Scientia Médica*, Brasília, v. 15, n. 1, 2006.

SEIDL, E.M.F.; ZANNOM, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.580-588, 2004.

SILVEIRA, V.A.; MONTEIRO, M.I. Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G.L.; MONTEIRO, M.I. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas do século XXI. Campinas, SP: IPES Editorial, 2010.

SHIMISU, H.E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital escola. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.33, n.1, p.95-106, 1999.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM FUNCIONÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO

Ítala Alencar Braga Victor (apresentadora) – Faculdade Vale do Salgado, italaalencar@hotmail.com

Jadna Mony Gregório Freitas – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará.

Miselane da Silva Araujo – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará

Sara Jeyme Pinheiro – Faculdade Vale do Salgado

Maria Cláudia Paes Feitosa Jucá (Orientadora) – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Qualidade de vida. Promoção da saúde.

RESUMO

TENDO POR BASE A CRENÇA QUE A EDUCAÇÃO ABRANGE TODOS OS ASPECTOS DO SER HUMANO, SEJA ELE EDUCADOR OU EDUCANDO, E VALORIZANDO O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL PROPUSEMO-NOS A REALIZAR ATIVIDADES A FIM DE CONTRIBUIR COM A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE DOS SERVIDORES DO IFCE – CAMPUS CEDRO. O PRESENTE TRABALHO OBJETIVOU IDENTIFICAR FUNCIONÁRIOS COM RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO. DAS 36 PESSOAS ESTUDADAS, A MAIORIA DO SEXO MASCULINO, ENTRE 24 E 60 ANOS, 91,7% TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR. QUANTO A OBESIDADE, 33,3% DA AMOSTRA TÊM PARENTES SOBREPESO E 33,3% DOS ESTUDADOS TEM ANTECEDENTES DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL. JÁ EM RELAÇÃO A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, 69,5% DAS PESSOAS MANTÊM UM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO, APENAS 30,5% PRATICAM EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE, ASSOCIADO A ISSO 72,2% DECLARAM NÃO TER HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO, 66,7% DA AMOSTRA FOI CONSIDERADA SOBREPESO, 22,2% NORMAIS E 11,1% OBESAS. QUANTO AOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA CAPILAR, 38,9% APRESENTARAM BONS NÍVEIS DE PRESSÃO E GLICEMIA, 19,4% ESTAVAM COM A PRESSÃO CONSIDERADA LÍMITROFE, 5,5% APRESENTOU GLICEMIA ELEVADA, 5,5% APRESENTOU NÍVEIS MUITO ELEVADOS DE PRESSÃO ISOLADA E APENAS 2,7% NÍVEIS ELEVADOS TANTO DE PRESSÃO COMO DE GLICEMIA. NO QUE SE REFERE AO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E TABAGISMO, 61,1% NÃO CONSOMEM ÁLCOOL E NÃO FUMAM, 33,3% SÃO ETILISTAS EVENTUAIS, APROXIMADAMENTE 2,8 É ETILISTA E 2,8% ETILISTA E TABAGISTA. INDAGADAS QUANTO AO ESTRESSE, 61,1% DECLARAM NÃO APRESENTAR E 38,9% SE CONSIDERAM PESSOAS ESTRESSADAS. DESTAS 21,4% REFEREM NÃO TER UM BOM PADRÃO DE SONO E REPOUSO.

INTRODUÇÃO

A OMS DEFINE QUE SAÚDE É O COMPLETO ESTADO DE BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL E NÃO A SIMPLES AUSÊNCIA DE DOENÇAS (WHO, 1946). A RECONSTRUÇÃO DESTES CONCEITOS NOS REMETE A REFLETIR SOBRE A COMPLEXIDADE DO ASSUNTO E A NECESSIDADE DE TRAZERMOS À BAILA A DISCUSSÃO SOBRE TEMAS QUE SABEMOS RELEVANTES NO TOCANTE AO CUIDADO COM A SAÚDE FÍSICA E MENTAL.

A GARANTIA À SAÚDE É UM DIREITO INALIENÁVEL ASSEGURADO PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL EM SEU ARTIGO 196 QUE DIZ QUE “A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, GARANTIDO MEDIANTE POLÍTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS QUE VISEM À REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇA E DE OUTROS AGRAVOS E AO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PARA SUA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO.” (BRASIL, 1988).

NECESSITAMOS DE AÇÕES QUE NÃO APENAS GARANTAM A RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MAS TAMBÉM SUA PROMOÇÃO. A CARTA DE OTTAWA PRECONIZA QUE “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 DESTES PROCESSOS. 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” (WHO, 1986: P. 19).

AO LONGO DOS DOIS ÚLTIMOS SÉCULOS A REVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E INDUSTRIAL, COM CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS E SOCIAIS, RESULTARAM EM UMA MUDANÇA DRÁSTICA DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA POPULAÇÃO COM GRANDE PREDOMÍNIO DAS DOENÇAS E MORTES DEVIDAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

DENTRE ESTAS DESTACAM-SE AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV) QUE SEGUNDO O MANUAL DE PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CEREBROVASCULARES E RENAS (BRASIL 2006A, P.8) REPRESENTAM HOJE NO BRASIL A MAIOR CAUSA DE MORTES; O NÚMERO ESTIMADO DE PORTADORES DE DIABETES E DE HIPERTENSÃO É DE 23 MILHÕES. AINDA DE ACORDO COM O REFERIDO MANUAL, TAIS TAXAS TENDEM A CRESCER NOS PRÓXIMOS ANOS, NÃO SOMENTE PELO CRESCIMENTO E ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO, MAS, SOBRETUDO, PELA PERSISTÊNCIA DE HÁBITOS INADEQUADOS DE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA, ALÉM DO TABAGISMO.

DADOS ESTATÍSTICO DO SISTEMA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS), SOBRE OS INTERNAMENTOS POR DCV NO BRASIL ENTRE JANEIRO DE 2013 ATÉ JUNHO DE 2014, MOSTRAM QUE 1.597.992 FORAM HOSPITALIZADAS EM DECORRÊNCIA DE ALGUMA DESSAS DOENÇAS (BRASIL, 2014).

TAIS DOENÇAS EXIGEM UMA ABORDAGEM MULTISSETORIAL, INTEGRAL, COMPARTILHADA COM DIFERENTES PROFISSIONAIS. NESTA PERSPECTIVA, A REFERIDA ABORDAGEM VEM FAVORECER UMA MUDANÇA NO OLHAR DOS PROFISSIONAIS PROFESSORES E TÉCNICOS DO IFCE SOBRE A SUA SAÚDE, A QUALIDADE DE VIDA E OS IMPACTOS QUE O ESTILO DE VIDA TRAZ PARA O AMBIENTE DE TRABALHO E PARA A VIDA DE CADA UM.

SEGUNDO CARVALHO, ACIOLY & STOTZ (2001) APUD CARVALHO (2007, P.95) “A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO IMPLICA UMA INTERAÇÃO COMUNICACIONAL, ONDE SUJEITOS DE SABERES DIFERENTES, PORÉM NÃO HIERARQUIZADOS, SE RELACIONAM A PARTIR DE INTERESSES COMUNS. ESSES SUJEITOS CONVIVEM EM SITUAÇÕES DE INTERAÇÃO E COOPERAÇÃO QUE ENVOLVE O RELACIONAMENTO ENTRE PESSOAS OU GRUPOS COM EXPERIÊNCIAS DIVERSAS, INTERESSES, DESEJOS E MOTIVAÇÕES COLETIVAS.”

TENDO POR BASE A CRENÇA QUE A EDUCAÇÃO ABRANGE TODOS OS ASPECTOS DO SER HUMANO, SEJA ELE EDUCADOR OU EDUCANDO, E VALORIZANDO O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL PROPUSEMO-NOS A REALIZAR ATIVIDADES A FIM DE IDENTIFICAR FUNCIONÁRIOS COM RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO, COM A FINALIDADE DE CONTRIBUIR COM A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.

METODOLOGIA

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PESQUISA DE CAMPO, EXPLORATÓRIA, DE ABORDAGEM QUANTITATIVA, COM TRATAMENTO ESTATÍSTICO E DISTRIBUIÇÃO DE PERCENTUAL DAS VARIÁVEIS ABORDADAS.

O PÚBLICO-ALVO CONSTOU DE SERVIDORES, PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS TERCEIRIZADOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO, OS QUAIS TOTALIZAM 145 PESSOAS. AS ATIVIDADES PARA COLETA DE DADOS FORAM DIVULGADAS PREVIAMENTE POR E-MAIL DE FUNCIONÁRIOS, VERBALMENTE E COM CARTAZES. TAIS ATIVIDADES ACONTECERAM ENTRE JULHO E AGOSTO DE 2014. NA OPORTUNIDADE FORAM PRESTADAS ORIENTAÇÕES DE AUTOCUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE. PARTICIPARAM DA PESQUISA UM CONTINGENTE DE 36 PESSOAS ENTRE 24 E 60 ANOS.

A COLETA DE DADOS FOI REALIZADA ENTRE OS MESES DE JULHO E AGOSTO DE 2014, POR UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR, COMPOSTA POR ASSISTENTE SOCIAL, ENFERMEIRA E ESTAGIÁRIAS DE ENFERMAGEM E NUTRICIONISTA, ATRAVÉS DE VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL COM ESFIGMOMANÔMETRO ANALÓGICO ADULTO CONFORME AS ORIENTAÇÕES DE BRASIL (2006B), VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL ($IMC = \text{PESO} / \text{ALTURA}^2$), APLICAÇÃO DE ENTREVISTA TENDO COMO INSTRUMENTO FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO, A QUAL INDAGOU SOBRE A IDADE, RAÇA, RELIGIÃO, HÁBITOS DE VIDA, HISTÓRIA PREGRESSA E HISTÓRIA FAMILIAR.

OS FATORES DE RISCO ESTUDADOS FORAM OS MUTÁVEIS: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS), DIABETES MELLITUS, TABAGISMO/ETILISMO, DISLIPIDEMIA, SOBREPESO E OBESIDADE, HÁBITOS ALIMENTARES, SEDENTARISMO, ESTRESSE, USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS E IMUTÁVEIS: IDADE E HEREDITARIEDADE.

ANALISOU-SE OS DADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO CONSAGRADO NA LITERATURA. QUANTO AOS ÍNDICES DE PA, CLASSIFICOU-SE COMO NORMAIS AQUELAS EM QUE OS VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICAS (PAS) FORAM MENORES A 120MMHG E PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD) MENORES QUE 80MMHG. CONSIDERA-SE LÍMITROFES QUANDO A PAS VARIOU ENTRE 120 A 139 E A PAD ENTRE 80 A 89 E HAS AQUELAS EM QUE AS MEDIDAS FORAM SUPERIORES A 140 PARA PAS E A 90 PARA PAD (BRASIL, 2006B).

PARA GLICEMIA DE JEJUM É NORMAL AQUELE ÍNDICE MENOR DO QUE 99 MG/DL, MAIORES DO QUE 100 MG/DL E MENORES DO QUE 126 MG/DL CONSIDERA-SE GLICEMIA ALTERADA E QUANDO MAIOR OU IGUAL A 126 MG/DL TRATA-SE COMO DIABETES MELLITUS (SBD, 2014).

JÁ NO QUE SE REFERE AO IMC É CONSIDERADO NORMAL QUANDO É INFERIOR A 25 KG/M², SOBREPESO ENTRE 25 E 30 KG/M² E OBESIDADE QUANDO FOR SUPERIOR OU IGUAL A 30KG/M² (BRASIL, 2006C).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DAS 36 PESSOAS ESTUDADAS, APROXIMADAMENTE 83,3% ERAM DO SEXO MASCULINO E 16,7% DO FEMININO. DESTAS 66,7 UTILIZAM MÉTODO CONTRACEPTIVO HORMONAL ORAL. CERCA DE 66,7% TINHAM ENTRE 24 E 35 ANOS, 22,2% ENTRE 36 E 45 ANOS E 11,1% MAIOR DE 45 ANOS. 83,3% SE DECLAROU CATÓLICO, 11,1% EVANGÉLICO E 5,6% ATEUS. 52,8% ERAM CASADOS, 41,7% SOLTEIROS, E 5,5% DIVORCIADOS. 52,8% SÃO BRANCOS, 41,7% PARDOS E 5,5% NEGROS.

UM PERCENTUAL SIGNIFICATIVO DE PESSOAS TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE ALGUMA OU VÁRIAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, 91,7% E 33,3% DOS ESTUDADOS TEM ANTECEDENTES DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL.

DAS PESSOAS ESTUDADAS 33,3% DA AMOSTRA TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE OBESIDADE E SOBREPESO. ESTUDO MOSTROU QUE A OBESIDADE EM UM OU AMBOS OS PAIS PROVAVELMENTE INFLUENCIA O RISCO DE OBESIDADE EM SEUS FILHOS POR CAUSA DE GENES COMPARTILHADOS E FATORES AMBIENTAIS DE ALIMENTAÇÃO E INATIVIDADE FÍSICA NO SEIO DAS FAMÍLIAS (WHITAKER, WRIGHT & PEPE, 1997).

SÃO DESCONHECIDOS OS MECANISMOS PELOS QUAIS OS EXERCÍCIOS FÍSICOS INFLUEM SOBRE O INFARTO. SABE-SE QUE A ATIVIDADE FÍSICA BENEFICIA POR MELHORAR A CAPACIDADE CARDIORRESPIRATÓRIA E ATUAR SOBRE VÁRIOS FATORES DE RISCO IMPORTANTES PARA DESENCADEAMENTO DA ATEROSCLEROSE CORONÁRIA (FALUDI, 1996). DA AMOSTRA, 69,5% DAS PESSOAS MANTÊM UM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO, APENAS 30,5% PRATICAM ALGUM EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE. ESTA FOI UMA INCIDÊNCIA MUITO ELEVADA. ESTUDO COM FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA DE SEGURO-SAÚDE MOSTROU UMA INCIDÊNCIA DE 59% DE PREVALÊNCIA DE PESSOAS SEDENTÁRIAS, FOI FREQUENTE A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ASSOCIADA A ESTE FATOR (MOLENA-FERNANDES ET AL, 2006).

ASSOCIADO A ISSO 72,2% DECLARAM NÃO TER HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO. DE ACORDO COM COELHO (2005) EM PESQUISA REALIZADA COM 153 ESTUDANTES DE MEDICINA DESTACARAM-SE ENTRE OS FATORES DE RISCO SEDENTARISMO (43,1%) E ANTECEDENTES FAMILIAIS PARA DCV, PARTICULARMENTE HIPERTENSÃO ARTERIAL (74,5%). OUTRO ESTUDO MOSTRA TENDÊNCIAS DESFAVORÁVEIS DO PADRÃO ALIMENTAR, VISTO QUE TRÊS DOS QUATRO PADRÕES DE CONSUMO IDENTIFICADOS (CAFETERIA, TRADICIONAL E ATEROGÊNICO) ASSOCIAM-SE DE FORMA SIGNIFICATIVA COM FATORES DE RISCO PARA DCV (NEUMANN ET AL, 2007).

PESQUISA BRASILEIRA MOSTROU QUE A HIPERTENSÃO ARTERIAL FOI ASSOCIADA COM O EXCESSO DE PESO (JARDIM ET AL, 2007). NO PRESENTE ESTUDO 66,7% DA AMOSTRA FOI CONSIDERADA SOBREPESO, 22,2% NORMAIS E 11,1% OBESAS. UMA PORCENTAGEM IMPORTANTE DA TOTALIDADE DE PARTICIPANTES DO ESTUDO ESTÁ ACIMA DO PESO.

COM RELAÇÃO AOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL (PA) E GLICEMIA CAPILAR, 38,9% APRESENTARAM BONS NÍVEIS DE PA E GLICEMIA, 19,4% ESTAVAM COM A PA CONSIDERADA LÍMITROFE. 5,5% APRESENTOU GLICEMIA ELEVADA, 5,5% APRESENTOU NÍVEIS MUITO ELEVADOS DE PA ISOLADA E APENAS 2,7% NÍVEIS ELEVADOS TANTO DE PA COMO DE GLICEMIA.

NO QUE SE REFERE AO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICA E TABAGISMO, 61,1% NÃO CONSOMEM ÁLCOOL E NÃO FUMAM, 33,3% SÃO ETILISTAS EVENTUAIS, APROXIMADAMENTE 2,8 É ETILISTA E 2,8% ETILISTA E TABAGISTA.

INDAGADAS QUANTO AO ESTRESSE, 61,1% DECLARAM NÃO APRESENTAR E 38,9% SE CONSIDERAM PESSOAS ESTRESSADAS. DESTAS 21,4% REFEREM NÃO TER UM BOM PADRÃO DE SONO E REPOUSO.

CONCLUSÃO

UM ÍNDICE CONSIDERÁVEL DE PESSOAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE DCV, SENDO ESTE O FATOR DE RISCO MAIS FREQUENTE, SEGUIDO POR HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS E DO EXCESSO DE PESO. ESTES NÚMEROS MOSTRAM QUE HÁ NECESSIDADE DE BUSCAREM HÁBITOS DE VIDA CADA VEZ MAIS SAUDÁVEIS.

O RECONHECIMENTO PRECOCE DE FATORES DE RISCO PARA DCV E DO PERFIL DAS POPULAÇÕES PODE SERVIR DE BASE PARA AÇÕES E PROJETOS LIGADOS À PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, ALERTANDO-A AOS RISCOS ASSOCIADOS ÀS DCV.

TODOS ESSES ÍNDICES PODEM SER REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO DO CAPITALISMO, GERANDO COMPETITIVIDADE E MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA DAS PESSOAS, QUE CADA VEZ TÊM MENOS TEMPO PARA O AUTOCUIDADO.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL: VERSÃO ATUALIZADA ATÉ A EMENDA N. 83/2014. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.TEIAJURIDICA.COM/CF88.HTM](http://www.teiajuridica.com/CF88.htm)>. ACESSO EM: 11 AGO. 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. INFORMAÇÕES DE SAÚDE. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E MORBIDADE. MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS GERAL POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, 2014. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://TABNET.DATASUS.GOV.BR/CGI/TABCGI.EXE?SIH/CNV/NRUF.DEF](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def)>. ACESSO EM: AGO. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CEREBROVASCULARES E RENAS / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006A. 56 P. - (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA; 14) (SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). DISPONÍVEL EM <[HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD14.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD14.PDF)>. ACESSO EM: JUNHO DE 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006B. 56 P. - (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA; 15) (SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). DISPONÍVEL EM: <[HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD15.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD15.PDF)>. ACESSO EM: AGO. DE 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. OBESIDADE / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006C. 56 P. - (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA; 12) (SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). DISPONÍVEL EM: <[HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD12.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD12.PDF)>. ACESSO EM: AGO. DE 2014.

CARVALHO, M.A.P. CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO IN BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. CADERNO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. BRASÍLIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007.

COELHO, V.G. ET AL. PERFIL LIPÍDICO E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESTUDANTES DE MEDICINA. ARQ. BRAS. CARDIOL., SÃO PAULO, V. 85, N. 1, JULHO DE 2005.

FALUDI, A. A; MASTROCOLLA, L. E; BERTOLAMI, M. C. ATUAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES. REV. SOC. CARDIOL. ESTADO DE SÃO PAULO. VOL 6. N. 1. 1-5, JAN.-FEV. 1996.

JARDIM, P.C.B.V. ET AL. HIPERTENSÃO ARTERIAL E ALGUNS FATORES DE RISCO EM UMA CAPITAL BRASILEIRA. ARQ. BRAS. CARDIOL., SÃO PAULO, V. 88. N. 4, ABR. 2007.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. BASIC DOCUMENTS. WHO. GENEVA. 1946.

WHO 1986. CARTA DE OTTAWA, PP. 11-18. IN MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. PROMOÇÃO DA SAÚDE: CARTAS DE OTTAWA, ADELAIDE, SUNDSVALL E SANTA FÉ DE BOGOTÁ. MINISTÉRIO DA SAÚDE/IEC, BRASÍLIA, 2002. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/CARTAS_PROMOCAO.PDF](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. ACESSO EM AGO. 2014.

WHITAKER RC; WRIGHT JA; PEPE MS. PREDICTING OBESITY IN YOUNG ADULTHOOD FROM CHILDHOOD AND PARENTAL OBESITY. N. ENGL J MED. VOL. 337. 869-73. 1997. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.NEJM.ORG/DOI/FULL/10.1056/NEJM199709253371301#T=ARTICLE](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301#T=ARTICLE)>. ACESSO EM: AGO 2014.

MOLENA-FERNANDES, C.A. ET AL. ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBREPESO E OBESIDADE E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA DE SEGURO-SAÚDE. R. DA EDUCAÇÃO FÍSICA/UEM. MARINGÁ, V. 17. N. 1, 75-83, 2006.

MONTEIRO, C.A. ET AL. MONITORAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS. REV SAUDE PUBLICA. VOL. 39. N. 1. 47-57, 2005.

NEUMANN, A.I.C.P. ET AL. PADRÕES ALIMENTARES E RISCO CARDIOVASCULAR. REV PANAM SALUD PUBLICA. VOL. 22. N. 5. 2007.

OLIVEIRA, L. P. M. ET AL. FATORES ASSOCIADOS A EXCESSO DE PESO E CONCENTRAÇÃO DE GORDURA ABDOMINAL EM ADULTOS NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL. CAD. SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, V. 25. N. 3, MAR. 2009.

SBD. DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014/SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. ORG OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. SÃO PAULO: AC FARMACÊUTICA, 2014. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.SGC.GOIAS.GOV.BR/UPLOAD/ARQUIVOS/2014-05/DIRETRIZES-SBD-2014.PDF](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf)>. ACESSO EM AGO. 2014.

AGRADECIMENTOS

AGRADECEMOS AOS PARTICIPANTES E COLABORADORES DA PESQUISA E À INSTITUIÇÃO DE ENSINO ONDE A MESMA SE DEU.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM FUNCIONÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO

Ítala Alencar Braga Victor (apresentadora) – Faculdade Vale do Salgado, italaalencar@hotmail.com

Jadna Mony Gregório Freitas – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará.

Mislane da Silva Araujo – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará

Sara Jeyme Pinheiro – Faculdade Vale do Salgado

Maria Cláudia Paes Feitosa Jucá (Orientadora) – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Qualidade de vida. Promoção da saúde.

RESUMO

TENDO POR BASE A CRENÇA QUE A EDUCAÇÃO ABRANGE TODOS OS ASPECTOS DO SER HUMANO, SEJA ELE EDUCADOR OU EDUCANDO, E VALORIZANDO O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL PROPUSEMO-NOS A REALIZAR ATIVIDADES A FIM DE CONTRIBUIR COM A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE DOS SERVIDORES DO IFCE – CAMPUS CEDRO. O PRESENTE TRABALHO OBJETIVOU IDENTIFICAR FUNCIONÁRIOS COM RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO. DAS 36 PESSOAS ESTUDADAS, A MAIORIA DO SEXO MASCULINO, ENTRE 24 E 60 ANOS, 91,7% TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR. QUANTO A OBESIDADE, 33,3% DA AMOSTRA TÊM PARENTES SOBREPESO E 33,3% DOS ESTUDADOS TEM ANTECEDENTES DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL. JÁ EM RELAÇÃO A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, 69,5% DAS PESSOAS MANTÊM UM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO, APENAS 30,5% PRATICAM EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE, ASSOCIADO A ISSO 72,2% DECLARAM NÃO TER HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO, 66,7% DA AMOSTRA FOI CONSIDERADA SOBREPESO, 22,2% NORMAIS E 11,1% OBESAS. QUANTO AOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA CAPILAR, 38,9% APRESENTARAM BONS NÍVEIS DE PRESSÃO E GLICEMIA, 19,4% ESTAVAM COM A PRESSÃO CONSIDERADA LÍMITROFE, 5,5% APRESENTOU GLICEMIA ELEVADA, 5,5% APRESENTOU NÍVEIS MUITO ELEVADOS DE PRESSÃO ISOLADA E APENAS 2,7% NÍVEIS ELEVADOS TANTO DE PRESSÃO COMO DE GLICEMIA. NO QUE SE REFERE AO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E TABAGISMO, 61,1% NÃO CONSOMEM ÁLCOOL E NÃO FUMAM, 33,3% SÃO ETILISTAS EVENTUAIS, APROXIMADAMENTE 2,8 É ETILISTA E 2,8% ETILISTA E TABAGISTA. INDAGADAS QUANTO AO ESTRESSE, 61,1% DECLARAM NÃO APRESENTAR E 38,9% SE CONSIDERAM PESSOAS ESTRESSADAS. DESTAS 21,4% REFEREM NÃO TER UM BOM PADRÃO DE SONO E REPOUSO.

INTRODUÇÃO

A OMS DEFINE QUE SAÚDE É O COMPLETO ESTADO DE BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL E NÃO A SIMPLES AUSÊNCIA DE DOENÇAS (WHO, 1946). A RECONSTRUÇÃO DESTES CONCEITOS NOS REMETE A REFLETIR SOBRE A COMPLEXIDADE DO ASSUNTO E A NECESSIDADE DE TRAZERMOS À BAILA A DISCUSSÃO SOBRE TEMAS QUE SABEMOS RELEVANTES NO TOCANTE AO CUIDADO COM A SAÚDE FÍSICA E MENTAL.

A GARANTIA À SAÚDE É UM DIREITO INALIENÁVEL ASSEGURADO PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL EM SEU ARTIGO 196 QUE DIZ QUE “A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, GARANTIDO MEDIANTE POLÍTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS QUE VISEM À REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇA E DE OUTROS AGRAVOS E AO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PARA SUA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO.” (BRASIL, 1988).

NECESSITAMOS DE AÇÕES QUE NÃO APENAS GARANTAM A RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MAS TAMBÉM SUA PROMOÇÃO. A CARTA DE OTTAWA PRECONIZA QUE “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 DESTES PROCESSOS. 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” (WHO, 1986: P. 19).

AO LONGO DOS DOIS ÚLTIMOS SÉCULOS A REVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E INDUSTRIAL, COM CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS E SOCIAIS, RESULTARAM EM UMA MUDANÇA DRÁSTICA DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA POPULAÇÃO COM GRANDE PREDOMÍNIO DAS DOENÇAS E MORTES DEVIDAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

DENTRE ESTAS DESTACAM-SE AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV) QUE SEGUNDO O MANUAL DE PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CEREBROVASCULARES E RENAIS (BRASIL 2006A, P.8) REPRESENTAM HOJE NO BRASIL A MAIOR CAUSA DE MORTES; O NÚMERO ESTIMADO DE PORTADORES DE DIABETES E DE HIPERTENSÃO É DE 23 MILHÕES. AINDA DE ACORDO COM O REFERIDO MANUAL, TAIS TAXAS TENDEM A CRESCER NOS PRÓXIMOS ANOS, NÃO SOMENTE PELO CRESCIMENTO E ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO, MAS, SOBRETUDO, PELA PERSISTÊNCIA DE HÁBITOS INADEQUADOS DE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA, ALÉM DO TABAGISMO.

DADOS ESTATÍSTICO DO SISTEMA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS), SOBRE OS INTERNAMENTOS POR DCV NO BRASIL ENTRE JANEIRO DE 2013 ATÉ JUNHO DE 2014, MOSTRAM QUE 1.597.992 FORAM HOSPITALIZADAS EM DECORRÊNCIA DE ALGUMA DESSAS DOENÇAS (BRASIL, 2014).

TAIS DOENÇAS EXIGEM UMA ABORDAGEM MULTISSETORIAL, INTEGRAL, COMPARTILHADA COM DIFERENTES PROFISSIONAIS. NESTA PERSPECTIVA, A REFERIDA ABORDAGEM VEM FAVORECER UMA MUDANÇA NO OLHAR DOS PROFISSIONAIS PROFESSORES E TÉCNICOS DO IFCE SOBRE A SUA SAÚDE, A QUALIDADE DE VIDA E OS IMPACTOS QUE O ESTILO DE VIDA TRAZ PARA O AMBIENTE DE TRABALHO E PARA A VIDA DE CADA UM.

SEGUNDO CARVALHO, ACIOLY & STOTZ (2001) APUD CARVALHO (2007, P.95) “A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO IMPLICA UMA INTERAÇÃO COMUNICACIONAL, ONDE SUJEITOS DE SABERES DIFERENTES, PORÉM NÃO HIERARQUIZADOS, SE RELACIONAM A PARTIR DE INTERESSES COMUNS. ESSES SUJEITOS CONVIVEM EM SITUAÇÕES DE INTERAÇÃO E COOPERAÇÃO QUE ENVOLVE O RELACIONAMENTO ENTRE PESSOAS OU GRUPOS COM EXPERIÊNCIAS DIVERSAS, INTERESSES, DESEJOS E MOTIVAÇÕES COLETIVAS.”

TENDO POR BASE A CRENÇA QUE A EDUCAÇÃO ABRANGE TODOS OS ASPECTOS DO SER HUMANO, SEJA ELE EDUCADOR OU EDUCANDO, E VALORIZANDO O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL PROPUSEMO-NOS A REALIZAR ATIVIDADES A FIM DE IDENTIFICAR FUNCIONÁRIOS COM RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO, COM A FINALIDADE DE CONTRIBUIR COM A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.

METODOLOGIA

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PESQUISA DE CAMPO, EXPLORATÓRIA, DE ABORDAGEM QUANTITATIVA, COM TRATAMENTO ESTATÍSTICO E DISTRIBUIÇÃO DE PERCENTUAL DAS VARIÁVEIS ABORDADAS.

O PÚBLICO-ALVO CONSTOU DE SERVIDORES, PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS TERCEIRIZADOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO, OS QUAIS TOTALIZAM 145 PESSOAS. AS ATIVIDADES PARA COLETA DE DADOS FORAM DIVULGADAS PREVIAMENTE POR E-MAIL DE FUNCIONÁRIOS, VERBALMENTE E COM CARTAZES. TAIS ATIVIDADES ACONTECERAM ENTRE JULHO E AGOSTO DE 2014. NA OPORTUNIDADE FORAM PRESTADAS ORIENTAÇÕES DE AUTOCUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE. PARTICIPARAM DA PESQUISA UM CONTINGENTE DE 36 PESSOAS ENTRE 24 E 60 ANOS.

A COLETA DE DADOS FOI REALIZADA ENTRE OS MESES DE JULHO E AGOSTO DE 2014, POR UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR, COMPOSTA POR ASSISTENTE SOCIAL, ENFERMEIRA E ESTAGIÁRIAS DE ENFERMAGEM E NUTRICIONISTA, ATRAVÉS DE VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL COM ESFIGMOMANÔMETRO ANALÓGICO ADULTO CONFORME AS ORIENTAÇÕES DE BRASIL (2006B), VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL ($IMC = \text{PESO} / \text{ALTURA}^2$), APLICAÇÃO DE ENTREVISTA TENDO COMO INSTRUMENTO FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO, A QUAL INDAGOU SOBRE A IDADE, RAÇA, RELIGIÃO, HÁBITOS DE VIDA, HISTÓRIA PREGRESSA E HISTÓRIA FAMILIAR.

OS FATORES DE RISCO ESTUDADOS FORAM OS MUTÁVEIS: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS), DIABETES MELLITUS, TABAGISMO/ETILISMO, DISLIPIDEMIA, SOBREPESO E OBESIDADE, HÁBITOS ALIMENTARES, SEDENTARISMO, ESTRESSE, USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS E IMUTÁVEIS: IDADE E HEREDITARIEDADE.

ANALISOU-SE OS DADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO CONSAGRADO NA LITERATURA. QUANTO AOS ÍNDICES DE PA, CLASSIFICOU-SE COMO NORMAIS AQUELAS EM QUE OS VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICAS (PAS) FORAM MENORES A 120MMHG E PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD) MENORES QUE 80MMHG. CONSIDERA-SE LÍMITROFES QUANDO A PAS VARIOU ENTRE 120 A 139 E A PAD ENTRE 80 A 89 E HAS AQUELAS EM QUE AS MEDIDAS FORAM SUPERIORES A 140 PARA PAS E A 90 PARA PAD (BRASIL, 2006B).

PARA GLICEMIA DE JEJUM É NORMAL AQUELE ÍNDICE MENOR DO QUE 99 MG/DL, MAIORES DO QUE 100 MG/DL E MENORES DO QUE 126 MG/DL CONSIDERA-SE GLICEMIA ALTERADA E QUANDO MAIOR OU IGUAL A 126 MG/DL TRATA-SE COMO DIABETES MELLITUS (SBD, 2014).

JÁ NO QUE SE REFERE AO IMC É CONSIDERADO NORMAL QUANDO É INFERIOR A 25 KG/M², SOBREPESO ENTRE 25 E 30 KG/M² E OBESIDADE QUANDO FOR SUPERIOR OU IGUAL A 30KG/M² (BRASIL, 2006C).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DAS 36 PESSOAS ESTUDADAS, APROXIMADAMENTE 83,3% ERAM DO SEXO MASCULINO E 16,7% DO FEMININO. DESTAS 66,7 UTILIZAM MÉTODO CONTRACEPTIVO HORMONAL ORAL. CERCA DE 66,7% TINHAM ENTRE 24 E 35 ANOS, 22,2% ENTRE 36 E 45 ANOS E 11,1% MAIOR DE 45 ANOS. 83,3% SE DECLAROU CATÓLICO, 11,1% EVANGÉLICO E 5,6% ATEUS. 52,8% ERAM CASADOS, 41,7% SOLTEIROS, E 5,5% DIVORCIADOS. 52,8% SÃO BRANCOS, 41,7% PARDOS E 5,5% NEGROS.

UM PERCENTUAL SIGNIFICATIVO DE PESSOAS TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE ALGUMA OU VÁRIAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, 91,7% E 33,3% DOS ESTUDADOS TEM ANTECEDENTES DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL.

DAS PESSOAS ESTUDADAS 33,3% DA AMOSTRA TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE OBESIDADE E SOBREPESO. ESTUDO MOSTROU QUE A OBESIDADE EM UM OU AMBOS OS PAIS PROVAVELMENTE INFLUENCIA O RISCO DE OBESIDADE EM SEUS FILHOS POR CAUSA DE GENES COMPARTILHADOS E FATORES AMBIENTAIS DE ALIMENTAÇÃO E INATIVIDADE FÍSICA NO SEIO DAS FAMÍLIAS (WHITAKER, WRIGHT & PEPE, 1997).

SÃO DESCONHECIDOS OS MECANISMOS PELOS QUAIS OS EXERCÍCIOS FÍSICOS INFLUEM SOBRE O INFARTO. SABE-SE QUE A ATIVIDADE FÍSICA BENEFICIA POR MELHORAR A CAPACIDADE CARDIORRESPIRATÓRIA E ATUAR SOBRE VÁRIOS FATORES DE RISCO IMPORTANTES PARA DESENCADEAMENTO DA ATEROSCLEROSE CORONÁRIA (FALUDI, 1996). DA AMOSTRA, 69,5% DAS PESSOAS MANTÊM UM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO, APENAS 30,5% PRATICAM ALGUM EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE. ESTA FOI UMA INCIDÊNCIA MUITO ELEVADA. ESTUDO COM FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA DE SEGURO-SAÚDE MOSTROU UMA INCIDÊNCIA DE 59% DE PREVALÊNCIA DE PESSOAS SEDENTÁRIAS, FOI FREQUENTE A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ASSOCIADA A ESTE FATO (MOLENA-FERNANDES ET AL, 2006).

ASSOCIADO A ISSO 72,2% DECLARAM NÃO TER HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO. DE ACORDO COM COELHO (2005) EM PESQUISA REALIZADA COM 153 ESTUDANTES DE MEDICINA DESTACARAM-SE ENTRE OS FATORES DE RISCO SEDENTARISMO (43,1%) E ANTECEDENTES FAMILIAIS PARA DCV, PARTICULARMENTE HIPERTENSÃO ARTERIAL (74,5%). OUTRO ESTUDO MOSTRA TENDÊNCIAS DESFAVORÁVEIS DO PADRÃO ALIMENTAR, VISTO QUE TRÊS DOS QUATRO PADRÕES DE CONSUMO IDENTIFICADOS (CAFETERIA, TRADICIONAL E ATEROGÊNICO) ASSOCIAM-SE DE FORMA SIGNIFICATIVA COM FATORES DE RISCO PARA DCV (NEUMANN ET AL, 2007).

PESQUISA BRASILEIRA MOSTROU QUE A HIPERTENSÃO ARTERIAL FOI ASSOCIADA COM O EXCESSO DE PESO (JARDIM ET AL, 2007). NO PRESENTE ESTUDO 66,7% DA AMOSTRA FOI CONSIDERADA SOBREPESO, 22,2% NORMAIS E 11,1% OBESAS. UMA PORCENTAGEM IMPORTANTE DA TOTALIDADE DE PARTICIPANTES DO ESTUDO ESTÁ ACIMA DO PESO.

COM RELAÇÃO AOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL (PA) E GLICEMIA CAPILAR, 38,9% APRESENTARAM BONS NÍVEIS DE PA E GLICEMIA, 19,4% ESTAVAM COM A PA CONSIDERADA LÍMITROFE. 5,5% APRESENTOU GLICEMIA ELEVADA, 5,5% APRESENTOU NÍVEIS MUITO ELEVADOS DE PA ISOLADA E APENAS 2,7% NÍVEIS ELEVADOS TANTO DE PA COMO DE GLICEMIA.

NO QUE SE REFERE AO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICA E TABAGISMO, 61,1% NÃO CONSOMEM ÁLCOOL E NÃO FUMAM, 33,3% SÃO ETILISTAS EVENTUAIS, APROXIMADAMENTE 2,8 É ETILISTA E 2,8% ETILISTA E TABAGISTA.

INDAGADAS QUANTO AO ESTRESSE, 61,1% DECLARAM NÃO APRESENTAR E 38,9% SE CONSIDERAM PESSOAS ESTRESSADAS. DESTAS 21,4% REFEREM NÃO TER UM BOM PADRÃO DE SONO E REPOUSO.

CONCLUSÃO

UM ÍNDICE CONSIDERÁVEL DE PESSOAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO TÊM HISTÓRIA FAMILIAR DE DCV, SENDO ESTE O FATOR DE RISCO MAIS FREQUENTE, SEGUIDO POR HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS E DO EXCESSO DE PESO. ESTES NÚMEROS MOSTRAM QUE HÁ NECESSIDADE DE BUSCAREM HÁBITOS DE VIDA CADA VEZ MAIS SAUDÁVEIS.

O RECONHECIMENTO PRECOCE DE FATORES DE RISCO PARA DCV E DO PERFIL DAS POPULAÇÕES PODE SERVIR DE BASE PARA AÇÕES E PROJETOS LIGADOS À PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, ALERTANDO-A AOS RISCOS ASSOCIADOS ÀS DCV.

TODOS ESSES ÍNDICES PODEM SER REFLEXOS DA GLOBALIZAÇÃO DO CAPITALISMO, GERANDO COMPETITIVIDADE E MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA DAS PESSOAS, QUE CADA VEZ TÊM MENOS TEMPO PARA O AUTOCUIDADO.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL: VERSÃO ATUALIZADA ATÉ A EMENDA N. 83/2014. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.TEIAJURIDICA.COM/CF88.HTM](http://www.teiajuridica.com/CF88.htm)>. ACESSO EM: 11 AGO. 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. INFORMAÇÕES DE SAÚDE. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E MORBIDADE. MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS GERAL POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, 2014. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://TABNET.DATASUS.GOV.BR/CGI/TABCGI.EXE?SIH/CNV/NRUF.DEF](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def)>. ACESSO EM: AGO. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CEREBROVASCULARES E RENAS / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006A. 56 P. - (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA; 14) (SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). DISPONÍVEL EM <[HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD14.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD14.PDF)>. ACESSO EM: JUNHO DE 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006B. 56 P. - (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA; 15) (SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). DISPONÍVEL EM: <[HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD15.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD15.PDF)>. ACESSO EM: AGO. DE 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. OBESIDADE / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006C. 56 P. - (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA; 12) (SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). DISPONÍVEL EM: <[HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD12.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/CADERNOS_AB/ABCAD12.PDF)>. ACESSO EM: AGO. DE 2014.

CARVALHO, M.A.P. CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO IN BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. CADERNO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. BRASÍLIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007.

COELHO, V.G. ET AL. PERFIL LIPÍDICO E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESTUDANTES DE MEDICINA. ARQ. BRAS. CARDIOL., SÃO PAULO, V. 85, N. 1, JULHO DE 2005.

FALUDI, A. A; MASTROCOLLA, L. E; BERTOLAMI, M. C. ATUAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES. REV. SOC. CARDIOL. ESTADO DE SÃO PAULO. VOL 6. N. 1. 1-5, JAN.-FEV. 1996.

JARDIM, P.C.B.V. ET AL. HIPERTENSÃO ARTERIAL E ALGUNS FATORES DE RISCO EM UMA CAPITAL BRASILEIRA. ARQ. BRAS. CARDIOL., SÃO PAULO, V. 88. N. 4, ABR. 2007.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. BASIC DOCUMENTS. WHO. GENEVA. 1946.

WHO 1986. CARTA DE OTTAWA, PP. 11-18. IN MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. PROMOÇÃO DA SAÚDE: CARTAS DE OTTAWA, ADELAIDE, SUNDSVALL E SANTA FÉ DE BOGOTÁ. MINISTÉRIO DA SAÚDE/IEC, BRASÍLIA, 2002. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://BVSMIS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/CARTAS_PROMOCAO.PDF](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. ACESSO EM AGO. 2014.

WHITAKER RC; WRIGHT JA; PEPE MS. PREDICTING OBESITY IN YOUNG ADULTHOOD FROM CHILDHOOD AND PARENTAL OBESITY. N. ENGL J MED. VOL. 337. 869-73. 1997. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.NEJM.ORG/DOI/FULL/10.1056/NEJM199709253371301#T=ARTICLE](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301#T=ARTICLE)>. ACESSO EM: AGO 2014.

MOLENA-FERNANDES, C.A. ET AL. ASSOCIAÇÃO ENTRE SOBREPESO E OBESIDADE E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA DE SEGURO-SAÚDE. R. DA EDUCAÇÃO FÍSICA/UEM. MARINGÁ, V. 17. N. 1, 75-83, 2006.

MONTEIRO, C.A. ET AL. MONITORAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS. REV SAUDE PUBLICA. VOL. 39. N. 1. 47-57, 2005.

NEUMANN, A.I.C.P. ET AL. PADRÕES ALIMENTARES E RISCO CARDIOVASCULAR. REV PANAM SALUD PUBLICA. VOL. 22. N. 5. 2007.

OLIVEIRA, L. P. M. ET AL. FATORES ASSOCIADOS A EXCESSO DE PESO E CONCENTRAÇÃO DE GORDURA ABDOMINAL EM ADULTOS NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL. CAD. SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, V. 25. N. 3, MAR. 2009.

SBD. DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014/SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. ORG OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. SÃO PAULO: AC FARMACÊUTICA, 2014. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.SGC.GOIAS.GOV.BR/UPLOAD/ARQUIVOS/2014-05/DIRETRIZES-SBD-2014.PDF](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf)>. ACESSO EM AGO. 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos participantes e colaboradores da pesquisa e à instituição de ensino onde a mesma se deu.

Qualidade de vida de pessoas estomizadas: uma revisão integrativa

Antonio Dean Barbosa Marques – Universidade de Fortaleza - UNIFOR. E-mail: antonio-dean@hotmail.com
Nara Borges Gonçalves Lima – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
Rochelle da Costa Cavalcante – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
Marina Frota Lopes – Universidade de Fortaleza - UNIFOR.
Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
Rosendo Freitas de Amorim – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Promoção da Saúde; Estomia; Enfermagem.

RESUMO

A realização de um estoma ocasiona inquietação, dúvida e questionamentos sobre suas novas possibilidades de bem-estar, interação social e qualidade de vida (QV), frente a essa nova condição física a qual resulta também em alteração da imagem corporal. Objetivou-se analisar a produção científica sobre a QV de pessoas estomizadas. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta em bases de dados indexadas na base 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 Brasileira de Enfermagem (BDEnf) e Scientific Eletronic Librari Online (SciELO). Foram utilizados para a busca os seguintes descritores: “Qualidade de vida”, “Enfermagem”, “Estomia” e “Estoma cirúrgico”. A QV em estomizados vem sendo estudada através de diversos instrumentos ao longo do tempo. Em geral a QV para os estomizados é considerada satisfatória, sofrendo variação dependendo do tipo de estoma, tempo de permanência e orientações recebidas antes e após o procedimento cirúrgico. Os domínios mais afetados foram o psicológico, social e físico. As evidências apontam que os estomizados apresentam mudanças significativas em todo seu estilo de vida, como físicas, psicológicas e sociais, e que estas exigem diferentes estratégias de enfrentamento para adaptar-se a sua nova condição de vida. O apoio de familiares e enfermeiro estomaterapeuta é indispensável para o processo de aceitação e reabilitação, repercutindo diretamente na QV de estomizados.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as causas externas vêm se constituindo um problema de grande magnitude e modificando o perfil epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011), dessa forma contribuem com o risco de surgimento de maior número de pessoas com estomas de eliminação intestinal, uma vez que estes consistem em uma alternativa terapêutica cirúrgica relacionada à melhores prognósticos, conforto e QV.

A confecção de um estoma é representada de maneira ambígua pelos indivíduos estomizados que, de certo modo, são beneficiados pela obtenção da cura ou melhoria de uma doença ou acidente. Entretanto, esse procedimento ocasiona inquietação, dúvida e questionamentos sobre suas novas possibilidades de bem-estar, interação social e qualidade de vida (QV), frente a essa nova condição física a qual resulta também em alteração da imagem corporal (NASCIMENTO, 2010).

Dessa forma, indivíduos estomizados se deparam com inúmeras dificuldades de natureza física, psíquica, emocional e social. A pessoa não aceita com facilidade o ato de conviver com uma estomia, principalmente as de caráter definitivo, que resultam em alterações drásticas no modo de viver, devido a sua nova condição de dependência contínua do uso do equipamento coletor (SILVA; SHIMUZU, 2012).

Segundo os autores supracitados, em geral os estomizados sentem-se muito diferentes e até mesmo excluídos do convívio com outros, por causa da desconstrução da imagem corporal que todo ser humano constrói ao longo da vida de seu próprio corpo. Este se adequa aos costumes, ao ambiente que vive, atendendo as necessidades para se sentir ambientado em seu próprio mundo. O corpo modificado e a alteração da própria imagem ocasionam diversas reações emocionais no paciente, principalmente o sentimento de rejeição.

A modificação da imagem corporal do estomizado pode levá-lo ao isolamento social e até mesmo a dificuldades relacionadas com sua sexualidade, já que seu corpo passa por modificações e ficará exposto frente a seu parceiro. Essas condições contribuem para prejudicar a QV do estomizado (SILVA; SHIMIZU, 2006).

Cascais et al. (2007) apontam que os serviços de saúde e os profissionais de saúde por meio de um adequado planejamento da assistência que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, que desenvolva as aptidões da pessoa para o autocuidado, podem ter um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa estomizada e de seus familiares ao processo de viver com estomia, contribuindo para a melhoria significativa da QV destas pessoas.

Baseado nesse contexto, estudar a QV de pessoas estomizadas mostra-se oportuno, a identificação de necessidades afetadas pela confecção do estoma serve de subsídios para melhorar a realidade, elaborar e desenvolver estratégias de intervenções que visem à promoção da saúde, repercutindo diretamente na qualidade de vida de pessoas estomizadas.

Levando em consideração que o estoma intestinal de eliminação interfere diretamente na QV de pessoas estomizadas, surgiu o seguinte questionamento: Quais os domínios da QV são afetados pelo estoma?

Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica sobre a qualidade de vida de pessoas estomizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura. “A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 105).

A revisão integrativa da literatura sugere o estabelecimento de critérios delimitados sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, logo ao início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Adotaram-se as seguintes etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta em bases de dados indexadas na base 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 Brasileira de Enfermagem (BDEnf) e Scientific Eletronic Librari Online (SciELO).

Foram utilizados para a busca os seguintes descritores: “Qualidade de vida”, “Enfermagem”, “Estomia” e “Estoma cirúrgico”.

Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, espanhol e em inglês, entre os anos de 2000 a 2013. Aqueles que não atenderam aos critérios adotados foram automaticamente excluídos.

Do material obtido, 59 artigos foram selecionados, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Para a organização e tabulação dos dados, as pesquisadoras elaboraram instrumento de coleta de dados contendo: título, autor, ano, objetivo, método/cenário, sujeitos e conclusões. Seguindo os critérios de inclusão, 09 estudos foram selecionados para análise, os quais são referenciados no presente texto. Procedeu-se à análise bibliométrica para caracterização dos estudos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse dos pesquisadores.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A QV DAS PESSOAS COM ESTOMAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL PREFERENCIALMENTE DEVE SER AVALIADA POR MEIO DA APLICAÇÃO DO COH-QOL-OQ, QUE É UM INSTRUMENTO ESPECÍFICO DE MEDIDA DE QV DE PESSOAS ESTOMIZADAS. ESSE INSTRUMENTO FOI DESENVOLVIDO POR GRANT ET AL., EM 1983 E PUBLICADO EM 2004, SENDO ADAPTADO CULTURALMENTE E VALIDADO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA, NO BRASIL, EM 2010 (GOMBOSKI, 2010).

OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAR A QV DE PESSOAS ESTOMIZADAS NOS ESTUDOS FORAM: SHORT HEALTH SCALE (SHS), STOMAQOL. QUESTIONNAIRES THE EUROPEAN ORGANIZATION OF RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE - C30, THE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, AND THE ILLNESS COGNITION QUESTIONNAIRE, ESTABLISHED QUESTIONNAIRE, EORTC QLQ-C30 AND THE EORTC, SHORT-FORM 36 (SF-36) AND THE GASTROINTESTINAL QUALITY OF LIFE INDEX (GLQI), QLQ-CR38, SF-36 VERSÃO 2.0, CUESTIONARIO DE MONTREUX. WHOQOL-BREF (SJÖDAHL ET AL., 2012, PEREIRA ET AL. 2012; SOULBY ET AL., 2011; BOSSEMA ET AL., 2010; 2010; MAHJOUBI; GOODARZI; MOHAMMAD-SADEGHI, ET AL., 2009; SIASSI ET AL. 2009). A QV TAMBÉM FOI AVALIADA ATRAVÉS DA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ POR UMPIÉRREZ EM 2013. OBSERVA-SE EM UMA MESMO ESTUDO A ADOÇÃO DE MAIS DE UMA ESCALA. ESSE FATO JUSTIFICA-SE POR SER A PERCEPÇÃO DE QV DIFERENTE ENTRE INDIVÍDUOS QUE VIVENCIAM EM COMUM UM MESMO PROCESSO. SEGUNDO PATRICK (2008), A QV PODE SER ANALISADA COM ABORDAGEM INDIVIDUAL, ABORDAGEM MODULAR (VARIAÇÕES CULTURAIS) E ABORDAGEM NAS NECESSIDADES. A QV PARA ESTOMIZADOS PODE VARIAR DE ACORDO COM O TIPO DE ESTOMA E O TEMPO DE PERMANÊNCIA. SJÖDAHL ET AL. (2012) APONTAM QUE ESSA AVALIAÇÃO VAI DEPENDER DE COMO OS SINAIS E SINTOMAS INTERFEREM NA VIDA DIÁRIA DESSAS PESSOAS. A MAIORIA DOS PACIENTES COM COLOSTOMIA SIGMÓIDE PERMANENTE REFEREM POSSUIR UMA BOA QUALIDADE DE VIDA COMPATÍVEL COM ESTUDOS REALIZADOS ANTERIORMENTE. NO ENTANTO, ESTA É REDUZIDA EM UM SUBGRUPO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL.

A PERFEITA LOCALIZAÇÃO DO ESTOMA INTESTINAL ESTÁ FORTEMENTE CORRELACIONADOS COM BOA QV PARA OS PACIENTES DO ESTOMA, EM CONTRASTE, UM ESTOMA EM LOCAL INAPROPRIADO AFETARÁ NEGATIVAMENTE QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE (MAHJOUBI; GOODARZI; MOHAMMAD-SADEGHI, 2009).

SIASSI ET AL., (2008) COMPROVARAM QUE APÓS O ENCERRAMENTO DE UMA ILEOSTOMIA TEMPORÁRIA NÃO CONDUZ NECESSARIAMENTE A UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA. EMBORA DO PONTO DE VISTA DO CIRURGIÃO A REVERSÃO TEM UM IMPACTO SIGNIFICATIVO NEGATIVO NA VIDA DIÁRIA DO PACIENTE. ESSE FATO OCORRE DEVIDO OS PACIENTES NÃO ESTAREM PREPARADOS PARA AS DIFICULDADES QUE SURGEM APÓS O FECHAMENTO DO ESTOMA.

EM UM ESTUDO REALIZADO NO REINO UNIDO QUE AVALIOU A INTERFERÊNCIA DA ETNIA NA QV, APONTOU UMA PIOR QV EM PACIENTES ESTOMIZADOS QUE NASCERAM FORAM DO REINO UNIDO, OS FATORES QUE CONTRIBUEM A UMA PIOR QUALIDADE DE VIDA, FORAM AS SEGUINTE: NASCER FORA DO REINO UNIDO, À NECESSIDADE DE UM TRADUTOR E NÃO SER AVALIADO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO PELA ENFERMEIRA ESTOMATERAPEUTA. A QV NO ESTUDO DE CHARÚA-GUINDIC ET AL., (2011) FOI CLASSIFICADO COMO BOM. O MEDO DE VAZAMENTOS ESTOMA E DA FUNÇÃO SEXUAL ASPECTOS QUE FORAM OS MAIS AFETADOS OS PACIENTES, E AQUELES SÃO RESPONSÁVEIS POR UMA DIMINUIÇÃO DA QV NO ESTUDO.

BOSSEMA ET AL., (2011) COMPAROU A QV E O FUNCIONAMENTO EMOCIONAL E DOENÇAS COGNITIVAS ENTRE PESSOAS COM E SEM UM ESTOMA APÓS O TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO HÁ CERCA DE 8 ANOS ATRÁS E EXAMINOU A RELAÇÃO ENTRE COGNIÇÕES DE DOENÇA E SAÚDE RELACIONADOS COM QV E FUNCIONAMENTO EMOCIONAL, APONTOU NÃO HAVER DIFERENÇAS NA QV, MAS UM FORTE RELAÇÃO ENTRE A ACEITAÇÃO DA DOENÇA E QUALIDADE DE SAÚDE DE VIDA DAS PESSOAS SEM UM ESTOMA DO QUE PARA AS PESSOAS COM UM ESTOMA. SE ESSA RELAÇÃO É CAUSAL, PESSOAS COM COGNIÇÃO NEGATIVA DA DOENÇA APÓS O TRATAMENTO DO CÂNCER RETAL PODENDO SER IDENTIFICADO E OFERECER AJUDA.

PACIENTES COM CÂNCER RETAL QUANDO ESTÃO PRESTES A PASSAR POR UMA CIRURGIA VIVENCIAM SENTIMENTOS DE DESAMPARO E DE ACEITAÇÃO DA DOENÇA, QUE ESTÃO RELACIONADOS COM QV APÓS O TRATAMENTO DO CÂNCER RETAL PODENDO INDICAR A IMPORTÂNCIA DE IDENTIFICAR AS PESSOAS COM COGNIÇÕES NEGATIVAS DOENÇA E OFERECER-LHES AJUDA, POR EXEMPLO, O TRATAMENTO PSICOLÓGICO (BOSSEME ET AL.,2011).

EM UM ESTUDO BRASILEIRO POR PEREIRA ET AL. (2012) A MÉDIA DA QV PARA OS ESTOMIZADOS FOI DE 75,00, SENDO CONSIDERADA SATISFATÓRIA. OS DOMÍNIOS MAIS AFETADOS FORAM O PSICOLÓGICO, SOCIAL E FÍSICO. O DOMÍNIO PSICOLÓGICO FOI MAIS AFETADO NO GÊNERO FEMININO, NAS PESSOAS QUE POSSUÍAM MENOR RENDA E QUE NÃO TIVERAM ORIENTAÇÃO SOBRE O ESTOMA. O DOMÍNIO SOCIAL FOI MAIS AFETADO NOS PACIENTES QUE NÃO TINHAM PARCEIROS SEXUAIS E QUE APRESENTAVAM METÁSTASE. JÁ O DOMÍNIO FÍSICO FOI MAIS AFETADO NAS PESSOAS QUE NÃO FORAM ORIENTADAS ANTES DA CIRURGIA SOBRE O ESTOMA E OS QUE NÃO TINHAM PARCEIROS SEXUAIS.

SEGUNDO FERREIRA UMPIÉRREZ (2013) EXISTEM IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO ESTABELECIDADA ENTRE O ENFERMEIRO, PACIENTE E FAMÍLIA E VÁRIAS DIMENSÕES DO CUIDADO. O CUIDADO DE ENFERMAGEM E GESTÃO É DESEJÁVEL QUE SE DESTINAM PARA A ENFERMEIRA PARA SER HABILITADA NO SEU PAPEL DE CONSULTOR, COM ATENÇÃO ESPECIAL PARA PROMOVER A ADAPTAÇÃO DO PACIENTE AO SEU NOVO MODO DE VIDA, RESTABELECER E REFORÇAR OS SEUS PONTOS FORTES, E AJUDANDO A SUPERAR SUAS FRAQUEZAS. CUIDADOS GESTÃO, RELACIONADA COM A REINTEGRAÇÃO NO MEIO SOCIAL E PROFISSIONAL DO PACIENTE, SÃO OBJETIVOS IMPORTANTES DO PLANO DE CUIDADOS, ENQUANTO AS AÇÕES PARA ESTABELECER UM CUIDADO HOLÍSTICO HUMANIZADO, NÃO É MAIS FOCADO NA REDUÇÃO DE BIOLOGICISTA. O ENFERMEIRO ATUA COLABORANDO COM O ESTOMIZADO E SUA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO E ENFRENTAMENTO DE DESAFIOS.

NESSE CONTEXTO, EMBASADO NOS PRINCÍPIOS DE ATENÇÃO INTEGRAL E INDIVIDUALIZADA PRECONIZADO PELO SUS, DESTACA-SE QUE O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO ESTOMIZADO DEVE DIRECIONAR-SE PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SUAS NECESSIDADES E ESTABELECIMENTO DE METAS DE ASSISTÊNCIA ADEQUADAS À SUA REABILITAÇÃO. EMERGEM COMO PRINCÍPIOS NORTEADORES DESSE CUIDADO: A COMPETÊNCIA ESPECIALIZADA DOS PROFISSIONAIS, ESPECIALMENTE DO ENFERMEIRO; A REABILITAÇÃO E A QV COMO SUPORTE PARA O DESENVOLVIMENTO DO AUTOCUIDADO E DO CUIDADO COMPARTILHADO; O EMPODERAMENTO DO PACIENTE E FAMÍLIA PARA TOMADA DE DECISÕES; E A ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE FORMA HOLÍSTICA, SINGULAR E UNIVERSAL (SANTOS, 2000).

PARA PROMOVER SAÚDE EM INDIVÍDUOS ESTOMIZADOS SE FAZ NECESSÁRIO O RECONHECIMENTO DE NECESSIDADES ESPECÍFICAS, QUE PRECISAM DE ACOMPANHAMENTO CONTÍNUO, DEVENDO SER ASSEGURADOS CUIDADOS DE SAÚDE EFICAZES, DESENVOLVENDO-SE PROGRAMAS E PROJETOS DE INTERVENÇÃO COM VISTA À SUA CAPACITAÇÃO, A NÍVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR E NA COMUNIDADE.

CONCLUSÃO

As evidencias apontam que os estomizados apresentam mudanças significativas em todo seu estilo de vida, como físicas, psicológicas e sociais, e que estas exigem diferentes estratégias de enfrentamento para adaptar-se a sua nova condição de vida.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os estomizados enfrentam modificações físicas, emocionais e de convívio social com a confecção da estomia. A imagem corporal sofre drásticas alterações em decorrência de cicatrizes cirúrgicas e a presença do estoma, como também a mesma não é mais a mesma e não se enquadra nos padrões culturais de beleza impostos pela sociedade.

Surtem sentimentos como repugnância de si mesmo, desprestígio diante da sociedade, medo, insegurança, vergonha, inferioridade, depressão e auto-exclusão, entre outros. Os portadores de estomia intestinal evitam atividade como sair de casa e viajar, para evitar constrangimentos com odores e ruídos provocados pela bolsa coletora.

A família da pessoa estomizada sofre bastante com esse processo, pois se encontra presente desde os primeiros sinais e sintomas da doença até a confecção do estoma.

A educação em saúde para o autocuidado e a participação em grupos de apoio parecem ser estratégias que contribuem para o equilíbrio emocional do paciente e de sua família, melhorando sua QV.

A enfermagem durante o restabelecimento da QV do estomizado, por meio de um plano de cuidados abrangente e contínuo, focalizado no atendimento de suas necessidades humanas básicas, objetiva a promoção de estratégias que resultem uma melhor reinserção social, elaboração de estratégias de enfrentamento e adaptação que propicie o autocuidado, conforme as percepções de recuperação e bem-estar do estomizado.

REFERÊNCIAS

BOSSEMA, ERCOLIE R. ET AL. THE RELATION BETWEEN ILLNESS COGNITIONS AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH AND WITHOUT A STOMA FOLLOWING RECTAL CANCER TREATMENT. PSYCHO-ONCOLOGY, N. 20. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. DISPONÍVEL EM: <HTTP://PORTAL.SAUDE.GOV.BR/PORTAL/ARQUIVOS/PDF/CARTILHA_PLANO.PDF>. ACESSO EM 20/04/14.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. EPIDEMIOLOGIA DAS CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL: MORBIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS. IN: SAÚDE BRASIL 2010: UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE EVIDÊNCIAS SELECIONADAS DE IMPACTO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. DISPONÍVEL EM: <HTTP://PORTAL.SAUDE.GOV.BR/PORTAL/ARQUIVOS/PDF/CAP_10_SAUDE_BRASIL_2010.PDF>. ACESSO EM: 20/04/14.

CASCAIS, ANA FILIPA MARQUES VIEIRA; MARTINI, JUSSARA GUE; ALMEIDA, PAULO JORGE DOS SANTOS. O IMPACTO DA OSTOMIA NO PROCESSO DE VIVER HUMANO. TEXTO CONTEXTO - ENFERM., FLORIANÓPOLIS, V. 16, N. 1, MAR. 2007. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-07072007000100021&LNG=EN&NRM=ISO>. ACESSO EM 04/05/14.

CHARÚA-GUINDIC ET AL. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO. CIRUGÍA Y CIRUJANOS. V. 79, N. 2, MAR-ABR. 2011.

FERREIRA UMPIERREZ, AUGUSTO HERNÁN. VIVIENDO CON UNA OSTOMÍA: PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DESDE LA FENOMENOLOGÍA SOCIAL. TEXTO CONTEXTO - ENFERM., FLORIANÓPOLIS, V. 22, N. 3, SET. 2013. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-07072013000300015&LNG=PT&NRM=ISO>. ACESSO EM 13/08/14.

GOMBOSKI, G. ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO CITY OF HOPE – QUALITY OF LIFE – OSTOMY QUESTIONNAIRE PARA A LÍNGUA PORTUGUESA NO BRASIL. [DISSERTAÇÃO]. SÃO PAULO (SP): ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; 2010.

MENDES, KARINA DAL SASSO; SILVEIRA, RENATA CRISTINA DE CAMPOS PEREIRA; GALVAO, CRISTINA MARIA. REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. TEXTO CONTEXTO - ENFERM., FLORIANÓPOLIS, V. 17, N. 4, DEC. 2008. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-07072008000400018&LNG=EN&NRM=ISO>. ACESSO EM 23/03/14.

MAHJOUBI, B; GOODARZI, K. KIANI; MOHAMMAD-SADEGHI, M. QUALITY OF LIFE IN STOMA PATIENTS: APPROPRIATE AND INAPPROPRIATE STOMA SITES. WORLD J SURG, N. 34. 2009.

NASCIMENTO, C. M. F. S. A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE PELO ESTOMIZADO: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA. 2010. 90F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM ENFERMAGEM). UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA, 2010.

PATRICK, DONALD L. FLECK, M. P. A. PROBLEMAS CONCEITUAIS EM QUALIDADE DE VIDA. IN: FLECK, M. P. A. ET AL. A AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA: GUIA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2008. P. 19-28.
PEREIRA, ADRIANA PELEGRINI DOS SANTOS ET AL. ASSOCIAÇÃO DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS À QUALIDADE DE VIDA DOS ESTOMIZADOS. REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM, RIBEIRÃO PRETO, V. 20, N. 1, FEV. 2012. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-11692012000100013&LNG=PT&NRM=ISO>. ACESSO EM 13/08/14.

SANTOS, VERA LÚCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA; SAWAIA, BADER BURIHAN. A BOLSA NA MEDIAÇÃO "ESTAR OSTOMIZADO" - "ESTAR PROFISSIONAL": ANÁLISE DE UMA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA. REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM, RIBEIRÃO PRETO, V. 8, N. 3, JUL. 2000. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-11692000000300007&LNG=PT&NRM=ISO. ACESSO EM 10/06/14.

SILVA, ANA LÚCIA DA; SHIMIZU, HELENA ERI. ESTOMAS INTESTINAIS: DA ORIGEM À ADAPTAÇÃO. 1ª ED. SÃO CAETANO DO SUL, SP: DIFUSÃO EDITORA; RIO DE JANEIRO: EDITORA SENAC RIO, 2012.

_____. O SIGNIFICADO DA MUDANÇA NO MODO DE VIDA DA PESSOA COM ESTOMIA INTESTINAL DEFINITIVA. REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM, RIBEIRÃO PRETO, V. 14, N. 4, AUG. 2006. DISPONÍVEL EM:

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

<[HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-11692006000400003&LNG=EN&NRM=ISO](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400003&lng=en&nrm=iso)>. ACESSO EM 28/03/14.

SIASSI, MICHAEL ET AL. QUALITY OF LIFE AND PATIENT'S EXPECTATIONS AFTER CLOSURE OF A TEMPORARY STOMA. INT J COLORECTAL DIS, N. 23. 2008.

SJÖDAHL R. ET AL. LONG-TERM QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERMANENT SIGMOID COLOSTOMY. COLERECTAL DIS. V. 14, N. 6, JUN. 2012.

SOULSBY, R. E. ET AL. STOMAS: ETHNICITY AND QUALITY OF LIFE. COLORECTAL DISEASE, N. 13. 2011.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. REVISÃO INTEGRATIVA: O QUE É E COMO FAZER. EINSTEIN, SÃO PAULO, V. 8, N. 1, P. 102-106, JAN./MAR. 2010. DISPONÍVEL EM: [HTTP://APPS.EINSTEIN.BR/REVISTA/INDEX.ASP](http://apps.einstein.br/revista/index.asp). ACESSO EM 23/03/14.

AGRADECIMENTOS

AGRADECEMOS PRIMEIRAMENTE A DEUS POR SER SUSTENTÁCULO E NOSSA FAMÍLIA PELO APOIO INCONDICIONAL EM TODOS OS MOMENTOS. AOS COLEGAS, AMIGOS E PROFESSORES DO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA PELAS EXPERIÊNCIAS E IDEIAS COMPARTILHADAS E A UNIVERSIDADE DE FORTALEZA PELA GRANDIOSIDADE DESSE EVENTO.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

V Seminário Internacional em
Promoção da Saúde