



Temas em
Saúde



Temas em **Saúde**

Volume 14 Número 2

NESTA EDIÇÃO

Cuidados Paliativos

Hipertensão Arterial

Obesidade Gestacional

Automedicação

Qualidade de Vida no Trabalho

Refluxo Gastresofágico

Saúde do Homem

ISSN: 1519-0870

João Pessoa – PB

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de
França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da Costa
Santos
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo
Filho
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira
UFMG - Belo Horizonte - MG

Dr. Luciano Augusto de Araújo
Ribeiro
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues de
Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira
Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de
Miranda Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da
Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros
Germano
UFRN - Natal - RN

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da
Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor

Dr. Carlos Bezerra de Lima

FIP – Patos – PB

Contatos

www.temasemsaude.com

contato@temasemsaude.com



Temas em Saúde

Índice

Editorial	4
Artigos	6
Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro nos cuidados paliativos	6
Fatores predisponentes de hipertensão arterial nos alunos de uma faculdade na Paraíba ..	24
Obesidade gestacional: percepção de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família	35
Perfil da automedicação no município de Patos - PB	53
Qualidade de vida no trabalho: um estudo reflexivo baseado na literatura	74
Avaliação dos fatores relacionados ao refluxo gastro-esofágico em estudantes do curso de biomedicina de uma instituição de ensino superior	82
Avaliação da saúde do homem no cotidiano dos serviços de saúde	92



Editorial

Humanização na assistência em saúde

O tema humanização vem marcando presença em discussões na área de saúde, sobretudo nas últimas duas décadas. Em essência, um tema cuja abordagem vai de encontro a um conjunto de elementos de nossa contemporaneidade, tais como desvalorização da vida, banalização da violência, mecanicização das relações interpessoais, individualismo soberbo, prepotência, entre outros. Tais elementos comprometem a relação entre duas pessoas, esfria os sentimentos e transforma as relações interpessoais em apenas ligações apáticas de palavras técnicas. A saúde é uma esfera diretamente atingida por esse estado decadente de significado, exigindo que o profissional reveja a questão da humanização em sua atividade assistencial. Implica a perspectiva de mudança nas características da relação profissional versus paciente.

A primeira impressão que o tema **humanização na assistência** causa é de estranheza, pois a assistência realiza-se através de uma relação que se estabelece entre dois seres humanos. Essa temática deve ser abordada com cautela, exigindo fundamentação teórica. Uma leitura analítica e crítica da humanização na assistência pode ser feita sob o aspecto etimológico da palavra humanizar, que significa criar ou oferecer condição humana. Isso levaria a inferir que a relação entre o profissional e a pessoa por ele cuidada não apresenta condições humanas, o que justificaria tais discussões. Apelando para sua forma adjetivada - **humanitário**, o significado do termo qualifica aquele que se dedica a seus semelhantes.

Assim, a relação entre o profissional de saúde e a pessoa por ele cuidada sob o conceito de humanização na assistência poderia ser concebida como um ato de cuidar que se materializa em condições humanas, desenvolvida com amor. Talvez assim se explique a inquietação em torno do tema **humanização na assistência**, que atualmente coloca nessa relação a condição de paciente, sendo possível compreender que a discussão é pertinente. A condição de ser paciente coloca a pessoa como objeto e não como sujeito no processo de cuidar em saúde.

Na realidade atual do processo de cuidar coloca-se de um lado o profissional que sabe, decide e age, e do outro a pessoa sob seus cuidados, que se entrega passivamente, coisificada, objetivada, paciente. Nessa relação, submete-se a todas as possibilidades que o termo permite.



Assim, a humanização na assistência só será possível desconstruindo a condição de paciente para construir um novo personagem-sujeito ativo, participativo no processo de cuidar, sendo respeitado e valorizado em seus sentimentos, valores, conhecimentos, medos, insegurança, vontade e tomada de decisão.

A visão que o profissional tem do cuidar necessita ser modificada, fazendo-o perceber que essa relação não é de dualidade, mas de unidade. Não é mais o trabalho de fazer uso de uma técnica direcionada ao objeto que é o paciente, indiferentemente à técnica e ao próprio objeto. É muito mais que isso, é pensar a técnica tendo como pressuposto o sujeito, que recepcionará a técnica de determinado modo. É pensar que a profissão que cuida da saúde tem como requerimento fundamental não só o conhecimento e a técnica, mas a empatia pela parte do profissional, até porque o conceito de saúde tem esse entendimento como muito caro.

A relação cartesiana de sujeito objeto é substituída pela relação intersubjetiva, que age não mais como um distanciamento de dois elementos, mas como um organismo que tem ânimo próprio. Nessa unidade, a esfera profissional deixa de ser entendida como isolada da pessoal, mas sim como algo inseparável e, portanto, elementar. Nela, humanização na assistência exige destruir a atual relação de poder unilateral e construir uma relação em condições humanas. Implica que o profissional se coloque na dimensão da pessoa sob seus cuidados, e construa uma relação de conhecimento recíproco, de compromisso, de afeto, de respeito à dignidade do outro, e de valorização. Uma relação que possa promover bem-estar físico, mental, social e espiritual.

Ana Karla Bezerra da Silva Lima



Artigo

Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro nos cuidados paliativos

Difficulties faced by the nursing palliative

Mónica Linhares Diniz Sousa²
Maria Jose Cavalcanti de Andrade³
Maria Magdala da Nobrega⁴
Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues⁵

RESUMO - O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos vai além de um simples gesto, como também identificar as necessidades de cada doente de modo que ofereça apoio e conforto necessário nesse momento. Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi averiguar as principais dificuldades que os profissionais de enfermagem tem em relação aos cuidados paliativos. O referido estudo foi realizado no Hospital Municipal Maria Paulino de Lúcio da Silva, na cidade de São Bento-PB. A população alvo foi composta por 10 (dez) enfermeiro e amostra foi constituída por todos os profissionais que aceitaram a participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os dados foram coletados através de um questionário no período de fevereiro de 2013 e os resultados mostraram que a grande maioria pertence ao sexo feminino e têm entre 24 e 30 anos de idade; 60% encontram-se capacitados para realização dos cuidados paliativos; e 40% não estão capacitados para exercer os cuidados paliativos: 80% dos profissionais da saúde trabalham dando assistência e apoio a família enquanto apenas 20% não oferecem devido apoio. Observamos também que as principais dificuldades que os profissionais tem em relação aos cuidados paliativos e criar um vinculo de confiança e segurança ao paciente. Espera-se que esse trabalho possa contribuir para subsidiar a pratica dos cuidados paliativos no contexto da Enfermagem.

UNITERMOS: Cuidados Paliativos. Enfermeiro. Paciente Terminal

¹Artigo originado do trabalho e conclusão do curso de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos-PB em 2013

²Aluna Concluinte do curso de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos-PB.

³Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Decente das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos-PB

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP) Patos-PB

⁵Enfermeira, Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras - PB e das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos-PB



ABSTRACT - The role of the nurse in palliative care goes beyond a simple gesture, but also identify the needs of each patient in order to provide support and comfort needed at this time. This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, whose goal was to examine the main difficulties that nursing professionals have in relation to palliative care. The study was conducted at Hospital Municipal Maria Paulino Lucio da Silva in Sao Bento-PB. The target population was composed of ten (10) nurse and sample comprised all professionals who have agreed to participate in the study by signing the consent form. Data were collected through a questionnaire from February 2013 and the results showed that the vast majority are female and have between 24 and 30 years old, 60% are qualified to perform palliative care, and 40 % are not able to exert palliative care: 80% of health professionals work giving assistance and support to families while only 20% do not offer proper support. We also observed that the main difficulties that professionals have in relation to palliative care and create a bond of trust and confidence to patient, that this work can contribute to support the practice of palliative care in the context of nursing.

UNITERMS: Palliative Care. Nurse. Patient Terminal

INTRODUÇÃO

Houve um tempo em que nosso poder sobre a morte era muito pequena e hoje, que poder aumentou, o óbito foi definido como inimigo logo fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque, e como isso a sociedade moderna, tornou-se conhecedora de que esse fator foi decorrente das modificações sociais e tecnológicas, as quais, permearam a área da saúde, com sofisticadas tecnologias diagnosticas e terapêuticas. Porém esses desenvolvimentos fizeram aumentar as expectativas tanto dos pacientes / clientes como também dos profissionais da saúde, a ponto de conseguir o adiamento das questões que se correlacionam a fase terminal.

Por esse ângulo ressalta-se que os cuidados paliativos ao contrário do que se pensa, não representam uma omissão de tratamentos desvelos, mais sim, tem uma filosofia baseada na responsabilidade e prestação de cuidados que poderão ser atribuídas a esses pacientes e familiares de modo a lhes oferecer conforto e alívio necessário para o seu bem estar.



Então para isso, compete ao profissional de saúde, ser alguém ouvinte, que com destreza procure aproximar-se sem nenhuma possibilidade de cura, ou seja, é considerado um paciente terminal. Ainda ao profissional de saúde cabe ter consciência de que pacientes e familiares precisam meramente do seu apoio, o qual, em algumas circunstancia é humanizada, demonstram ansiedade e medo diante da situação apresentada.

Portanto para Carraro (1997, p. 28) define que:

Enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte face a usar criatividade habilidade, imaginação e sensibilidade e outros recursos ao aplicar a ciência na sua pratica assistencial.

Por este prisma, evidencia-se que a enfermagem é uma profissão, a qual, confere assistência o ser humano, coerentemente trazendo assim, à parte teoria para prática, e neste contexto o profissional de saúde possa encontrar-se aportado de um amplo conhecimento podendo assim fazer um intercâmbio onde estarão envolvidos a este, vários fatores, tais como, ética, especificidade, responsabilidade, assistência e outros.

Sabe-se que o trabalho dos enfermeiros ao longo dos anos, vem sendo algo questionável, e de muitas reflexões por estudiosos desta área. Uma vez que as práticas utilizadas por estes, determina a situação da saúde na totalidade social. Torna-se conveniente trazer à tona, a morte de muitas pessoas nos hospitais, a acontecimentos escondidas e isolados dos familiares, o que em algumas dimensões falta a presença de um profissional acolhedor e disponível que possa solidariamente prestar assistências ao paciente na sua dor e solidão. Em relação a dor evidencia-se que grande parte dos profissionais da saúde não sabem o que significa tal sentimento, para estes o paciente está apresentando uma situação neurológica e exagerado. Logo os principais cuidados paliativos têm uma definição deste quadro como cuidar, integralmente da pessoa,



levando em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (MORENGO 2009).

Posto isto, é observando a ocorrência de semelhante situação decidiu por trabalhar a temática objetivando averiguar as principais dificuldades que os profissionais de enfermagem tem em relação aos cuidados paliativos.

A partir desse contexto, busca-se analisar, por tanto, a especificidade e aperfeiçoamento do profissional de enfermagem, enfatizando as suas peculiaridades atuais e a permanência dos velhos costumes ainda adotados por alguns, ou seja, aqui pretende verificar a assistência prestada pelos enfermeiros aos pacientes em fase terminal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descrito, com abordagem quantitativa, realizada no Hospital Maria Paulino Lúcio da Silva, na cidade de São Bento-PB.

A população alvo foi composta por 10 (dez) enfermeiros profissionais nesta unidade de saúde e a amostra foi constituída por todos esses enfermeiros, os quais, aceitaram participarem da evidenciada pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Teve como critério de inclusão para referida pesquisa: ser enfermeiro,prestar assistência direta aos pacientes e trabalhar no mencionado hospital, há pelo menos um ano, entretanto foram excluído aqueles que prestam serviço a menos de um ano

A coleta de dados foi realizada através de questionários estruturados com questões fechadas e uma entrevista por meio de questões abertas. No primeiro caso, elaborou-se dois tipos de questionários: um destinado a colher dados sócios demográficos dos participantes, e um segundo destinado a colher dados específicos aos objeto do estudo.

A pesquisa procedeu-se após a aprovação do Comitê de Ética em consonância com as Faculdades Integradas de Patos, e a previa autorização da diretora do hospital em estudo.



A coleta foi feita pela própria pesquisadora em um local reservado em um ambiente hospitalar, durante o mês de fevereiro de 2013 em dias que os enfermeiros compareceram ao trabalho. A mesma foi feita individualmente, com um tempo médio previsto de 15 minutos para cada entrevistado.

Após a coleta dos dados, estes, foram tabelados e analisados estatisticamente, utilizando-se números absolutos e relativos e os resultados foram apresentados em forma de tabela, quadros e gráficos.

No que se refere ao posicionamento ético, a pesquisa foi realizada considerando o que preceitua a Resolução nº 196/96 de 16 de outubro de 1996, a qual, envolve os aspectos éticos em pesquisa que envolve seres humanos.

No entanto foi esclarecido aos participantes o direito de aceitar ou não e desistir em qualquer momento sem que haja nenhum prejuízo, além de assegurar-lhes que sua privacidade será mantida (BRASIL, 1996).

Por último espera-se que as conclusões ensejadas pelo presente trabalho, destacando-se, entre outras coisas, a dinamicidade, sirva como instrumento de auxílio na transformação do atendimento da enfermagem sobre os pacientes e familiares

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Distribuição dos Dados

CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEIS	F	%
Gênero	Feminino	9	90%
	Masculino	1	10%
Faixa etária	24 – 30 anos	6	60%
	31 – 40 anos	3	30%
	41 anos e mais	1	10%
Total	-	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013

De acordo com a tabela 1, observa-se que 9(90%) dos participantes desse estudo pertencem ao sexo feminino e apenas 1(10%) do sexo masculino. Embora, atualmente, a enfermagem tenha uma grande parcela de profissionais do gênero masculino, a

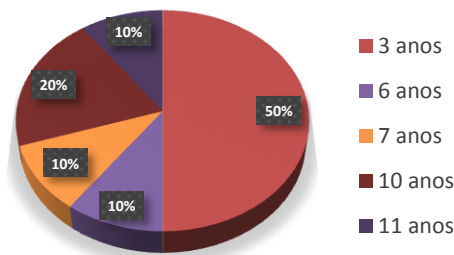


população feminina ainda é considerada majoritária nesta profissão o que está demonstrado no resultado desta pesquisa.

Ainda na tabela 1 observa-se que em relação a faixa etária 6 (60%) dos entrevistados encontra-se com a idade entre 24 a 30 anos; 3 (30%) com idade entre 31 e 40 anos; apenas 1 (10%) com idade de 41 anos. Observa-se através do resultado desse estudo que a maioria dos entrevistados encontra-se na faixa etária de 24 e 30 anos e isto certamente está associado ao fato de que as pessoas com menos idade estão com mais disposição e habilidades para enfrentar um paciente em fase terminal.

Para Moritz et al (2008): a assistência paliativa requer dos profissionais da saúde principalmente dos enfermeiros, um cuidar competente, qualificado e diferenciado.

Gráfico 1– Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o tempo de conclusão do curso.



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

O gráfico 1 apresenta o tempo de conclusão dos participantes deste estudo onde mostra-se que 50% disseram ter concluído o curso a 3 anos; 20% a 10 anos; e as demais tiveram seu curso concluído a 6, 7, e 11 anos respectivamente 10%.

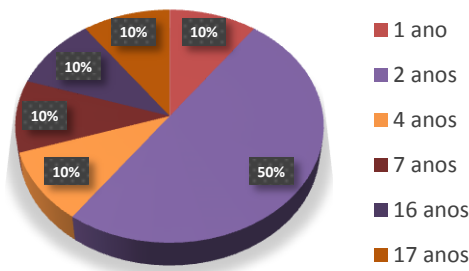
Neste estudo mostra que a maioria dos profissionais da saúde é formado enquanto os outros são há muito tempo graduados.

Barros (2007) para que os passem a mensagem aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares buscam-se “desde a qualidade de vida experimentada pela pessoa humana num momento de fragilidade”. De acordo com o autor enfatiza-se que



o enfermeiro categoricamente, devera encontra-se capacitado e conhecedor do seu cuidados paliativo procurando neste caso acompanhar com sensibilidade a humanização de paciente o qual encontra-se debilitado e frágil pela doença.

Gráfico 2 – Distribuição numérica e percentual da amostrasegundo o tempo em que o profissional trabalha na instituição



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

O gráfico 2 demonstra o tempo em que os entrevistados prestam seus serviços profissionais na instituição em estudos, dessa forma observa-se que a maioria prestam serviços a 2 anos e o restante a 1, 4, 7, 16 e 17 anos respectivamente

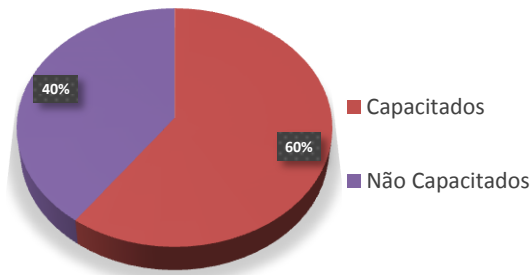
De acordo com os achados dessa pesquisa, observa-se que a maioria dos entrevistados presta serviços por apenas 2 anos na instituição o que deixa claro que este possui, pouco tempo de convívio com paciente em fase terminal.

Torna-se pertinente observar que estes profissionais demonstra mais interesse com os cuidados paliativos com os pacientes do que os demais enfermeiros que se encontra a muito tempo em exercício de sua profissão.

Para isso, Barros (2007) nos reverencia que os cuidados paliativos são relevantes para promover uma assistência humanizada ao paciente acometido por doenças incuráveis ou fase terminal.



Gráfico 3– Distribuição numérica e percentual da amostra em relação a ser capacitado para assistência



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

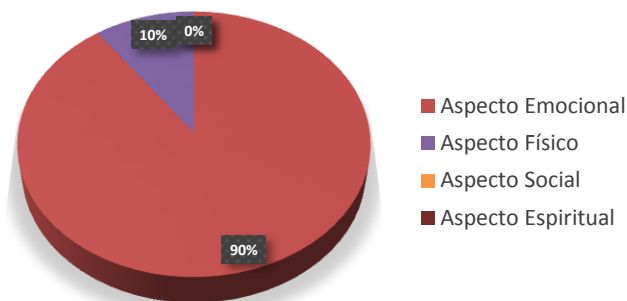
O gráfico3demonstra que os profissionais foram capacitados para exercer esse tipo de assistência onde a pesquisa mostra que 6 (60%) foram capacitados de alguma forma para realização de cuidados paliativos; e 4 (40%) não foram capacitados.

Ressalta-se que o profissional de saúde, em meio a tantos avanços, vem procurando aperfeiçoar-se cada vez mais no exercício de sua profissão, logo bem sabemos que atualmente o mundo anda competitivo, oportunizando apenas aqueles que demonstram interesse e assiduidade no que confere um bom desenvolvimento junto a sua profissão. E nessa tangente a área de ecologia vem despertando a capacitação de muitos enfermeiros na sua respectiva necessidade. Porém diversas instituições tem procurado capacitar com treinamentos e palestras a respeito dos cuidados paliativos com proposto a fornecer melhorias para pacientes e familiares.

Segundo Waldow (2001) os profissionais de saúde, em particular, o enfermeiro, contam com uma importante ferramenta para promoção de uma assistência humanizada, que são os cuidados paliativos, onde estão voltados para a atenção na qualidade de vida do paciente sem possibilidade terapêutica e de cura e naterminalidade, como também, como foco cuidar dos familiares do doente, visto que precisam de suporte para enfrentar todo o processo da doença, entretanto e necessária que haja qualificação dessa conduta assistencialista e realização de programas educação continuada para os profissionais.



Gráfico 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo assistência em que o profissional oferece ao paciente, levando em considerações aos diversos aspectos.



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

Nesta gráfico mostra assistência em que o profissional oferece ao paciente levando em consideração os aspectos físicos 1(10%); aspectos social 0(0%); aspectos emocional 9 (90%) e aspectos espiritual 0(0%).

Diversos profissionais de enfermagem demonstram dificuldades em estados emocionais em diversas devido o apego psicológico e emocional.

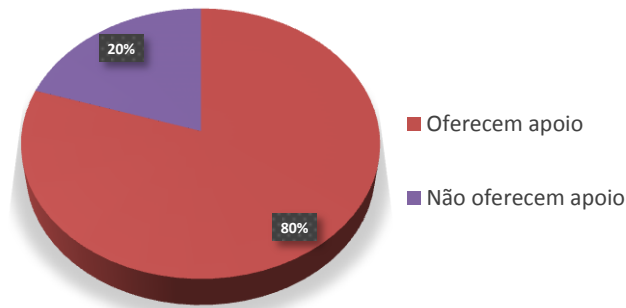
Segundo Kovac (2010, p. 420):

Os profissionais de saúde vivenciam situações de luto em seu cotidiano, na prática profissional, e trazem consigo sua forma pessoal de passar pelo processo de dor e perda, de modo que lidam com essas questões dependera de diversos fatores, como: história pessoal de experiência, perdas e processos de luto.

Por esta tangente cabe aqui evidenciar que ao profissional de saúde compete intermediar o seu conhecimento prévio à situação apresentado, de forma que este venha equilibradamente ajudar no desempenho de seu papel, junto aos cuidados paliativos com pacientes de familiares a respeito da lida com a situação de óbito, uma vez que este encontra-se aportado de um amplo conhecimento, e uma das principais características a esta performance e a concepção humanística, permeada obviamente pela compaixão, sensibilidade e valorização à vida.



Gráfico 5 – Distribuição numérica e percentual da amostra em relação assistência e apoio aos familiares de paciente.



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

No gráfico mostra que 8 (80%) dos profissionais de enfermagem trabalham dando apoio e assistência à família do paciente; e 2 (20%) não oferecem apoio e nem assistência as famílias.

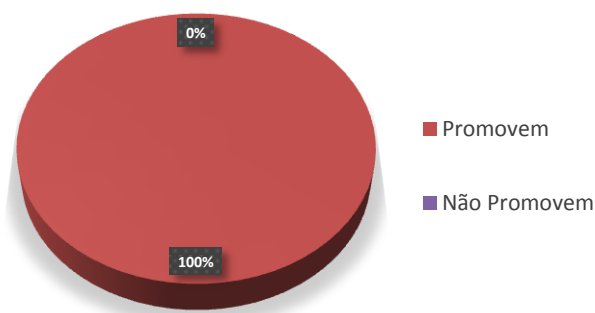
As maiorias dos profissionais prestam bastante apoio às famílias dos pacientes devido vê-los sofrendo e amargurados pela debilitação ou perda do ente querido.

Fonseca e Rebelo (2011) ressalta que os profissionais prestem cuidados não apenas ao paciente que se encontra em fase terminal, mas também acompanham o binômio família/cuidador que estejam aptos a amparar a pessoa que está no processo da terminalidade.

Concordando com autor, enfatiza-se que atualmente muitos profissionais mudaram o seu comportamento e concepção a respeito aos cuidados paliativos. Obviamente tal dádiva atribui-se as necessidades e as cobranças vindas dos novos princípios éticos e sociais, que valorizam o paciente como um ser humano e digno de uma ampla assistência.



Gráfico 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra em relação a promoção de autonomia e dignidade ao paciente.



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

No gráfico mostra que todos os profissionais de enfermagem responderam que promovem a autonomia e a dignidade do paciente 10 (100%).

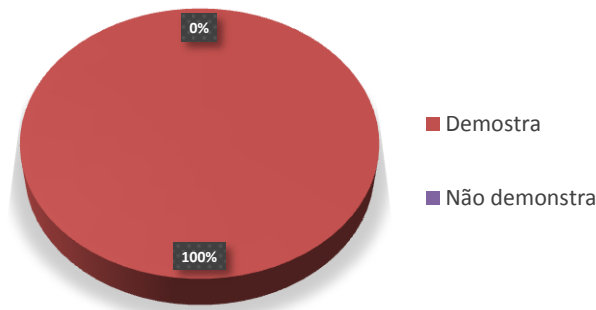
Hoje os profissionais da saúde oferecem a autonomia do paciente em relações de diversas decisões no seu tratamento, onde a dignidade torna ser um papel fundamental para sua melhoria e seu tratamento, levando em conta o respeito pelos pacientes e familiares.

Segundo Girond; Waterkemper (2006) oferecer um cuidado competente, diferenciado e qualificado, na fase terminal de um indivíduo, e responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Como antes comentado nesta pesquisa, ao profissional compete: conhecimento, valorização ao ser humano, compaixão, ética e o desenvolvimento de suas habilidades junto ao processo paliativo.



Gráfico 7 – Distribuição numérica e percentual da amostra em relação a terapia de medicamentos no tratamento



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

No gráfico demonstra que o 10 (100%) dos participantes promovem a terapia medicamentosa mostrando a necessidade que o paciente preciso para receber o tratamento, mesmo estando em fase terminal.

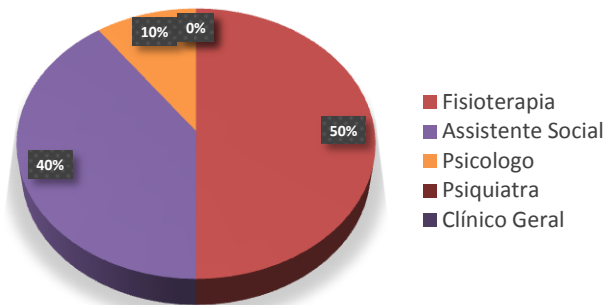
Diante disso, Clemente e Santos (2007, p. 223) afirmam que:

Os profissionais da área de enfermagem estão mais ligados a esse paciente, pois durante que os profissionais da área de enfermagem são mais ligados a esse paciente, pois durante seu período de plantão, estão juntos do seu jeito, promovendo procedimentos necessários para o conforto, o diagnóstico e tratamento.

Temos por essa, deixa a evidencia que os profissionais diante dessa situação precisam, entender sobre a garantia da qualidade de vida de, onde a esta implica o conforto e a minimização do sofrimento do paciente. Para esta situação como nos diz os autores, o enfermeiro deverá chegar ao leito do enfermo, de forma, a garantir a este, uma estabilidade psicológica no decorrer do sua trajetória dentro da unidade hospitalar.



Gráfico 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra se o profissional de enfermagem conta com o trabalho de outros profissionais no atendimento ao paciente.



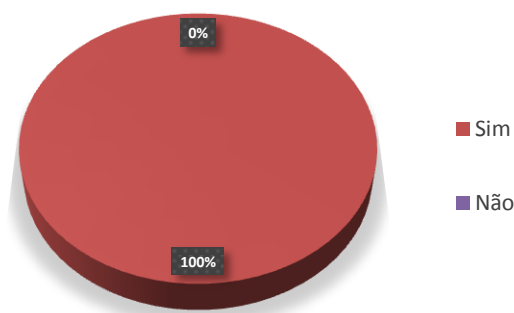
Fonte: Dados da Pesquisa 2013

Nesta gráfico mostra com que os profissionais de enfermagem tem o apoio de outros profissionais na referida instituição onde a maioria teve apoio fisioterapeuta com 5(50%); assistente social com 4 (40%); psicólogos com 1(10%) e psiquiatra e clinico geral não dão assistência necessária a equipe de enfermagem segundo mostra os dando acima.

Devemos entender com essas estatísticas, que lamentavelmente na saúde ainda encontra-se algumas deficiências, as quais, permeiam o aperfeiçoamento do profissional desta área, dificultando assim, o desenvolvimento do seu trabalho junto as unidades hospitalares. Mesmo sabendo que o nosso país, como outros países, enfrenta sérios problemas financeiros, vários pesquisadores constataram que isto vem sobressaindo a todas as perspectivas. O que neste caso emite uma certa confiança, em termos de uma melhoria no que se concerne assistência à saúde.



Gráfico 9 – Distribuição numérica e percentual da amostra com relação a importância da integração da espiritualidade da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos.



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

A amostra transparece que 100% dos entrevistados, concordaram que a integração da espiritualidade, no que se confere aos cuidados paliativos, é de fundamental importância, logo quando o paciente encontra-se em estado crônico, ou seja, fase terminal, palavras de encorajamento, força e fé concernentemente fluirão a uma autoajuda, possibilitando assim a uma rápida recuperação ou até mesmo a aceitação do inevitável óbito.

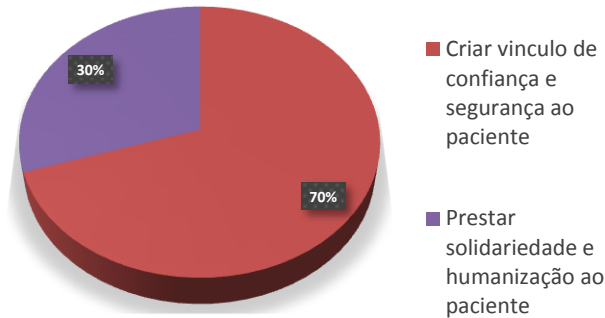
Segundo Peres et al. (2007, p. 82 - 87) afirma que:

[...] abordagem de pacientes com dores crônicas, baseadas na literatura científica, enfatizando medidas relacionadas à espiritualidade e à religiosidade, verificou-se que essas medidas com portam-se como fatores preditivos de bem-estar e apoio social no âmbito do controle da dor.

Com base nessa assertiva o envolvimento espiritual tende a facilitar no processo de auto recuperação, amortizando alguns fatores destrutivos, tais como: ansiedade, intolerância, mal humor e outros que possam causar ou até mesmo piorar, o quadro diagnóstico. Sem falar que a espiritualidade viabiliza o ato de pedido de perdão e desprendimento das más lembranças.



Gráfico 10 – Distribuição numérica e percentual da amostra em relação as principais dificuldades em que os profissionais de enfermagem em relação aos cuidados paliativos.



Fonte: Dados da Pesquisa 2013

De acordo com esta figura, verifica-se que 70% dos profissionais conseguem formar vínculo de segurança e confiança para com os pacientes. E que nos leva a uma reflexão a respeito dos enfermeiros que estão engajando nesta profissão, ou seja, temos por estar circunstâncias pessoas habilitadas que estão saindo dos cursos superiores, preparados para lidarem com os seres humanos dentro e fora das unidade hospitalares.

Segundo Carraro (1997, p. 28) define o enfermeiro como:

Um ser humano com todos os suas peculiaridades, portador de uma formação universitária que lhe concede o título de profissional diante da lei e da ética. Possui direitos e deveres e está comprometido com o desenvolvimento da enfermagem.

Como se pode ver, um profissional habilitado está coerentemente aportado de direitos e deveres que lhe são concedidos a partir do momento que encontra-se engajado no universo da área de saúde. Para tanto, cabe a este profissional, entender o seu papel mediante as mais respectivas situações. Sem falar que a enfermagem é uma ciência, cuja a proposta, é cuidar do ser humano de um modo integral, singular e hostílico, procurando promover neste sentido proteção, prevenção e recuperação dos pacientes.



Voltando para o gráfico, observa-se que 30% dos entrevistados são veteranos e infelizmente delegam não conseguirem prestar solidariedade e humanização para com os pacientes. Entende-se por esta via que tais profissionais, encontram-se aleatórios aos novos avanços, ou melhor, não estão sendo submetidos a novos cursos e capacitações que venham convenientemente, prepará-los.

Para Susaki, Silva e Possari, (2006, p. 144).

Proporcionar palestra e treinamento do pessoal visando a mudança de comportamento [...] E1. Integração da equipe, conhecimentos adquiridos através de educação e saúde [...] E5. Capacitar os profissionais de saúde com todos os recursos existentes atualizados neste tipo de atendimento [...] M8. Mudança ética profissional de todos os cursos relacionados com cuidados à terceiros, com mudança de grades curriculares [...] M7.

Conseqüentemente à saúde, há uma necessidade de uma previa e ampla preparação de profissionais, pois estas são pessoas atuantes que se encontram à frente de um povo. E isto implica muita responsabilidade e ética, que não se delimita apenas ao ato de atender o paciente, e sim, saber prestar assistência com humanização adequando-se aos cuidados paliativos. Reitera-se que a prática humanística encontra-se em pauta, na valorização da vida.

Para isso à saúde deverá continuamente submeter os enfermeiros a novos cursos e capacitações que venham alicerçá-los junto a sua profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou as principais dificuldades que os profissionais de enfermagem têm em relação aos cuidados paliativos mostrando o fundamental papel do profissional enfermeiro, junto aos cuidados paliativos, destacado por este ângulo o avanço das ciências e tecnologias que permeiam o nosso meio. Com isso proporciona a



novos pensamentos e aquisições de novo idéias em relação a forma de pensar, agir e até mesmo conceituar o ser humano.

Em meio a tantas mudanças, surge aqui uma reflexão a respeito das quais adotarem novas práticas que venham condizer com as novas perspectivas evidenciadas no presente artigo.

Com base no que foi exposto, podemos considerar uma significância relevante a um novo olhar e respeito de novas pratica a respeito do conhecimento do tema em pauta.

O enfermeiro, como profissional central dessa profissão necessita de ampliar os seus horizontes a respeito do que se conserve à saúde.

Com realização da exposta pesquisa observou-se que 60% dos entrevistados foram capacitados para realização dos cuidados paliativos, e logo após foi realizada uma outra pesquisa, onde 70% dos entrevistados evidenciaram que encontravam dificuldades em prestar solidariedade e humanização ao paciente.

Constata-se por meio destes dados que os nosso profissionais mesmo sendo conhecedores do que se concerne a humanização e a necessidade dos cuidados paliativos ainda, infelizmente estão negligenciando o conhecimento adquirido.

Observamos no evidenciado estudo, algumas dificuldades encontradas por alguns profissionais de enfermagem. Espera-se que esta pesquisa venha subsidiar a novas perspectivas.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24p.

BARROS, E.N. Aspectos psicológicos relacionados ao cuidador/família. In :CAMARGO, B.de; KURASHIMA, A. Y. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar**. São Paulo: Lemar,

CARRARO, T.E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiania: AB, 1997.



CLEMENTE, R. P.D.S.; SANTOS, E. H. A não-ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em um unidade de cuidados paliativos oncológicos. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v.53, n.2, p.223-231, abr./jun. 2007.

FONSECA, J.V.C.; REBELO, T. Necessidades cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Ver. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v.64, n.1, p.180-184, jan./fev.2011.

FONSECA, R.M.P. **Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após SAEP.** 2008. 132f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

GIL, A, C, **como elaborar projeto de pesquisa** 4º Ed. São Paulo Atlas, 2002.

GIROND, J.B.R.; WATERKEMPER, R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. **Cogitare Enferm.**, Florianópolis, v.11, n.3, p.258-263, set./dez.2006.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p.420-429,2010.

MORITZ,R.D.et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.**Rev.Bras.Ter.Intensiva.**,São Paulo, v20,n.4,p.422-428,out./dez.2008.

MORENGO,Flavio Da,Silva RHA. **Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde;**2009.

PERES,M.F.P. et al.Aimportânciada integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos.**Rev.Psiq Clin.**,v.34,n1,p.82-87,2007.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M.J.P.; POSSARI, J.F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.19, n.2, p.144-149, abr./jun.2006.

WALDOW,V.R.**CuidadoHumano:**o resgate necessário.PortoAlegre:SagraLuzzatto, 2001.



Artigo

Fatores predisponentes de hipertensão arterial nos alunos de uma faculdade na Paraíba

Predisposing factors of hypertension in students from a college in Paraíba

Jônatas Bezerra Cavalcante¹

Aline Gomes de Azevêdo²

Itamar Bezerra Cavalcante³

Mayra Vieira Pereira Targino⁴

Resumo - A detecção de fatores de risco para a Hipertensão tem se mostrado um desafio para a área da saúde, em especial na população jovem. Esta pesquisa teve como objetivo relacionar a exposição do grupo em estudo a fatores conhecidos que predisponham a Hipertensão, com o aparecimento da condição clínica tanto no presente bem como no futuro. O estudo apresentou caráter exploratório descritivo envolvendo levantamentos bibliográficos, entrevistas com abordagens nas experiências práticas com a Hipertensão, estabelecendo relações entre variáveis. Foi realizada avaliação antropométrica e aferição da PA. A amostra foi composta por 50 acadêmicos (100% do previsto) com idade de 19-32 anos, predominando o gênero feminino (62%). De acordo com a classificação nutricional baseada no IMC, 64% do grupo se apresentou eutrófico, enquanto que 24% do grupo mostrou perfil pré-obeso e 8% do grupo em obesidade Grau I e Grau II. Nos valores pressóricos correlacionados com o uso do sal 07 alunos estavam com a PA Limítrofe e 71% deles fazem uso do sal à gosto. Já no que diz respeito ao alcoolismo 72% faz uso. Com relação à história familiar e ao exercício físico 48% da amostra relataram ter hipertensos na família, e 50% dos alunos se exercita menos de uma vez por semana. Alguns fatores predisponentes de HAS estiveram presentes de maneira bem definida no estudo. Dessa forma, é importante o desenvolvimento de medidas preventivas para reeducar esses indivíduos visando uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chaves: Hipertensão, fatores de risco, jovens.

¹ Bacharelado em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP. Rua Floriano Peixoto, 852 – Centro Catolé do Rocha-PB, CEP. 58.884 -000, Email: jonatascavalcante@live.com

² Bacharelado em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP

³ Bacharelado em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP

⁴ Nutricionista. Mestre em Ciências e tecnologia de alimentos. Docente nas Faculdades Integradas de Patos - FIP



Abstract - The detection of risk factors for hypertension has been shown to be a challenge for the health sector, particularly in young people. This research had as objective to relate the exposure of the group to study the factors that willingness hypertension, with the appearance of clinical condition both in the present and in the future. The study presented exploratory descriptive character involving bibliography, interviews with approaches in practical experiences with hypertension, establishing relationships between variables. Anthropometric evaluation was performed and verification of PA. The sample was composed by 50 academics (100 of) aged 19-32 years, with female gender (62%). According to nutritional rating based on IMC group .64% performed eutrophic, while the Group's 24% showed pre-obese profile and group 8% in grade I and grade II obesity. Pressure values correlated with the use of salt 07 students were with the Borderline PA and 71% of them make use of salt to taste. Already with regard to alcoholism 72% makes use. With respect to family history and physical exercise 48% of the sample reported having hypertension in the family, and 50% of the students exercise less than once per week. Some predisposing factors of HAS attended in a well-defined manner. Thus, it is important to the development of preventive measures to re-educate these individuals aiming at an improvement in the quality of life.

Keywords: Hypertension, risk factors, young people.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), também podendo ser conhecida e caracterizada pela pressão arterial elevada, é conceituada pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão como uma condição clínica em virtude de uma série de fatores onde há um aumento sustentado da Pressão Arterial (PA). Frequentemente está ligada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos que acometidos (vasos sanguíneos, rins, coração e cérebro), e a alterações metabólicas com aumento da probabilidade de acidentes cardiovasculares, quer sejam fatais ou não (NOBRE et al., 2010).

Os dados estatísticos sobre a HAS são preocupantes, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que há no mundo cerca de 600 milhões de pessoas com HAS. Só no continente americano existem cerca de 140 milhões de pessoas afetadas, onde metade delas não tem conhecimento de que são portadoras. Isso ocorre pelo quadro assintomático da doença e pela falta da procura ao serviço de saúde. Ainda assim, dentre os



Fatores predisponentes de hipertensão arterial

diagnosticados, 30 % não cumprem o tratamento adequado devido à situação financeira precária e/ou baixa motivação. Há estimativas de que na América latina e no Caribe algo em torno de 8 a 30 % da população seja portadora da HAS (OMS, 2002).

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão, segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil. A hipertensão arterial é responsável, segundo o documento, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais (NEVES; OIGMAN, 2009; DBH, 2010).

No estado da Paraíba, segundo dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), só do período de Janeiro a Agosto de 2012 foram inscritos no sistema 6.171 pessoas diagnosticadas com HAS (DATASUS, 2012).

Ao fazer uma análise sobre os casos de hipertensão primária juvenil, alguns indicadores de risco parecem mais presentes, como a obesidade relacionada à ingestão inadequada de alimentos e a hereditariedade (SILVA et al., 2005). Outros autores consideram, também, como fatores determinantes para a elevação da pressão arterial em crianças e adolescentes, além dos já citados, a idade, sexo, ingestão de sal, etilismo, tabagismo, sedentarismo e interação genético-ambiental. Entretanto, em relação ao consumo de sal, ingestão de bebida alcoólica e tabagismo, a literatura consultada não fornece informações suficientes para esta faixa etária (ARAÚJO et al., 2008).

Esse novo paradigma na compreensão da hipertensão na faixa etária juvenil ressalta a necessidade de estudos que investiguem os indicadores associados a níveis elevados de pressão arterial. A identificação de possíveis indicadores de risco propicia uma oportunidade para que haja uma intervenção mais precoce possível em uma sequência de eventos sabidamente associados com significativa morbidade e mortalidade em adultos.



Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, visando proporcionar maior interação com o problema tornando explícito ou construindo hipóteses, envolvendo levantamentos bibliográficos, entrevistas com abordagens nas experiências práticas com o problema pesquisado, descrevendo as características da população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. A população do estudo é composta por cerca de 400 alunos do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos – Patos PB. A amostra foi composta por 50 alunos, correspondendo a 25 por cento da população total.

Os participantes foram escolhidos aleatoriamente e receberam informações sobre a pesquisa, ficando ciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o mesmo foi assinado em duas vias. Estiveram inclusos no estudo somente alunos devidamente matriculados no curso de Biomedicina da presente instituição, e que aceitaram participar. Quanto à critérios de exclusão, não participaram apenas aqueles que não quiseram contribuir para a pesquisa e o público que não estava matriculado.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário previamente elaborado contendo perguntas objetivas e subjetivas. Os participantes da pesquisa foram submetidos a uma avaliação antropométrica e responderam o questionário do estudo. Os dados foram coletados somente após autorização da presidência da Instituição de Nível Superior Mantenedora, aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos – FIP e aceitação do participante da pesquisa.

A pesquisa obedeceu aos critérios contidos na Resolução Nº 196/96 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (CNS – MS) (BRASIL, 1996), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e assegura a garantia de privacidade e anonimato ao entrevistado. Garante ainda, a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento e de receber todos os esclarecimentos desejados. Estes Direitos estão assegurados aos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi entregue também junto ao CEP das FIP e a Secretária Geral (responsável pela instituição) uma solicitação de



autorização para a pesquisa e um termo de compromisso do pesquisador, que declaram a responsabilidade do cumprimento das normas vigentes.

Resultados e Discussão

Foram avaliados nesse estudo 50 estudantes do curso Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos / Patos-PB, com idade entre 19 e 32 anos, sendo 19 do gênero masculino (38%) e 31 do gênero feminino (62%).

Na Tabela 1, estão expressas as informações referentes a classificação do estado nutricional dos estudantes de acordo com o IMC (Índice de Massa Corpórea). Podemos observar que 64% do grupo estudado foi classificado como Eutrófico, 24% encontravam-se no quadro de Pré-obesos e 8% enquadravam-se como obesos (Grau I e Grau II).

Tabela 1. Classificação do Estado Nutricional de Adultos segundo o IMC.

CLASSIFICAÇÃO	IMC	ALUNOS	(%)
Magreza Grau III	<16	0	0
Magreza Grau II	16 a 16,9	2	4
Magreza Grau I	17 a 18,4	0	0
Eutrofia	18,5 a 24,9	32	64
Pré-obeso	25 a 29,9	12	24
Obesidade Grau I	30 a 34,9	2	4
Obesidade Grau II	35 a 39,9	2	4
Obesidade Grau III	≥ 40	0	0
TOTAL	--	50	100

Segundo Araújo et al. (2008), afirmam que um fator de risco importante para o desenvolvimento da hipertensão é a obesidade, que constitui um problema de saúde crescente na população jovem mundial.



Fatores predisponentes de hipertensão arterial

Koezuka et al. (2006) relatam em seus estudos que existe uma associação positiva entre o Índice de Massa Corporal elevado e a prevalência da hipertensão arterial. O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial.

De acordo com Chaves e Araújo (2009), a redução do peso corporal, mesmo quando na faixa de sobrepeso, diminui consideravelmente a pressão arterial. No Brasil, embora a desnutrição ainda seja frequente, os índices de pré-obesos e obesidade também vêm aumentando consideravelmente entre os jovens.

Fica subentendido no decorrer do estudo que há uma relação direta do uso de sal com a elevação da PA (Pressão Arterial), na Tabela 2 podemos observar um resultado comprobatório desse conceito. Adotamos os parâmetros pressóricos da Sociedade Brasileira de Cardiologia e cruzamos os dados com o questionário e a aferição da PA dos estudantes somados ao parâmetro do consumo de sal, onde apenas usamos a opção “Sal à gosto”. Tivemos 60% dos alunos pesquisados que se encaixaram na classificação Ótima, sendo que 53,3% deles fazem uso de sal à gosto. Outros 22% tiveram o valor pressórico Normal, onde 63,6% fazem também uso do sal à gosto.

Um dado importante a ser observado é que 14% da amostra se enquadrou na classificação Limítrofe, e desses 71,4% fazem uso do sal à gosto. Enquanto que, 100% dos que já apresentam um quadro de HAS de Estágio I, também fazem o uso do sal à gosto.

Tabela 2. Correlação da Pressão Arterial com o uso de sal.

Classificação da Pressão Arterial	Sistólica	Diastólica	% alunos/ categoria	Idade (anos)	Sal à gosto (%)
Ótima	<120	<80	60	19-27	53,3
Normal	120-129	80-84	22	19-32	63,6
Limítrofe	130-139	85-89	14	21-25	71,4
Hipertensão Estágio I	140-159	90-99	4	21-24	100,0
Hipertensão Estágio II	160-179	100-109	-	-	-
Hipertensão Estágio III	≥180	≥140	-	-	-
TOTAL	-	-	100,00	-	-



Gordon-Larsen, Page e Popkin (2006), abordam em seus estudos que a hipertensão arterial apresenta alta prevalência na população brasileira, influenciando na gênese de doenças cerebrovasculares, coronarianas, doença de retina, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares. Segundo Williams (2010) o reconhecimento do aumento da prevalência da hipertensão arterial na população jovem e de suas possíveis complicações na vida adulta tem implicações importantes para a prevenção de doenças crônicas, em especial as cardiovasculares. Ações de promoção da saúde relacionadas com mudanças de estilo de vida representam a possibilidade de prevenção mais efetiva da ocorrência de eventos cardiovasculares. Os estudos relativos à detecção dos indicadores de risco em populações jovens são essenciais para o acompanhamento dos indivíduos que apresentam maior risco de alterações na idade adulta.

De acordo com Lessa (2010), a prevalência da hipertensão arterial em jovens situa-se entre 0,8% e 9%, com média de 5%; com significativa elevação na população obesa. Quanto menor a idade é maior a probabilidade de a hipertensão ser secundária e originar hipertensão crônica. A hipertensão arterial essencial predomina acima dos dez anos, com níveis pressóricos não muito elevados, no percentil 95 ou discretamente acima dele.

Zambuja et al. (2008), afirmam que a ingestão de sódio é um fator associado ao aumento da pressão arterial. A dieta rica em sódio desde o período neonatal, com a utilização de fórmulas lácteas, propicia um teor de sódio três vezes maior do que o leite humano. Há, porém diferente risco à ingestão de sódio, com maior impacto em algumas famílias de hipertensos, nos negros, nos pacientes com hiperaldosteronismo e obesos.

Para Helena, Nemes e Eluf-Neto (2009) a recomendação da redução da ingestão de sal não é fácil de ser seguida, pois além dos produtos industrializados, tem-se elevado consumo de peixes e mariscos, os quais já possuem grandes quantidades de sal. Chaves et al. (2009) acrescenta que a magnitude do efeito do consumo de sal sobre a pressão arterial, no entanto, é diluída pelo fato de existirem respostas individuais da pressão, de acordo com o consumo deste produto.

Outro fator que o grupo em estudo encontra-se exposto é o uso de bebidas alcoólicas. Observam-se na Figura 1 as respostas obtidas no questionário quanto aos critérios do uso do



álcool pelos estudantes, onde observamos que 72% fazem uso do álcool. Apenas 28% dos estudantes entrevistados não fazem uso e 8% da amostra usa o álcool de maneira frequente.

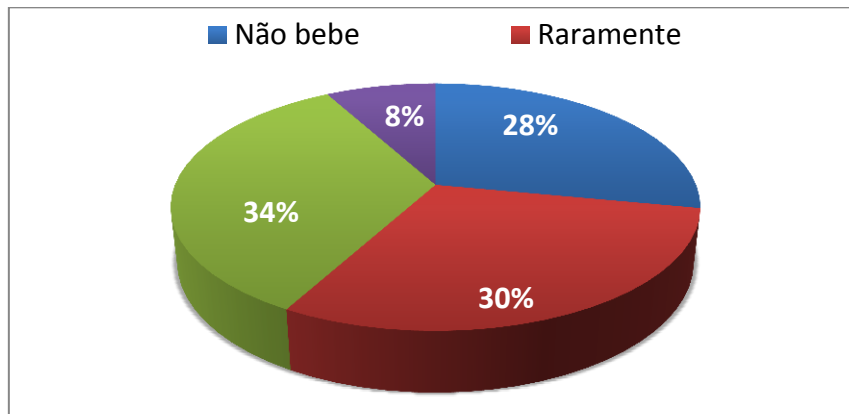


Figura 1. Uso do álcool pelos estudantes entrevistados.

Pires e Mussi (2008) enfatizam que por outro lado, estudos que correlacionam a pressão arterial em jovens com o etilismo são raros. É conhecido que a ingestão elevada e crônica do álcool, na população adulta, pode contribuir para o desenvolvimento da esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose, gastrite, síndrome de má absorção, pancreatite, hipertensão e problemas cardiovasculares.

De acordo com a tabela 3, foi observada uma correlação da história familiar relacionado à prática de exercícios físicos, podendo ser constatado que grande parte dos alunos entrevistados pela pesquisa (48%) tem histórico de HAS na família e um dado preocupante é que no total de estudantes 50% deles faz menos que <1 exercício físico por semana.



Tabela 3. Correlação da História familiar com a prática de exercícios dos estudantes.

Histórico familiar e relatos de problemas cardiovasculares		
Problemas cardiovasculares	Estudantes	Percentual (%)
Hipertensão	24	48
Arritmia	2	4
Outros	4	8
Inexistente	20	40
TOTAL	50	100,00

Prática de atividade Física por semana		
Quantidade de exercício	Estudantes	Percentual (%)
<1	25	50
1	6	12
2	6	12
>2	13	26
TOTAL	50	100,00

Thomas, Nelson e Silverman (2007) ressaltam que ao analisar os casos de hipertensão primária juvenil, alguns indicadores de risco parecem mais presentes, como a obesidade e a hereditariedade.

Para Ceschini (2007) em virtude da concomitância de vários familiares hipertensos, sem causa determinada, levou à formulação da hipótese genética para este grupo. Nesta hipótese, a modificação gênica única ou múltipla provocaria alteração no transporte de eletrólitos, no tônus simpático ou no sistema endócrino, gerando a hipertensão.

Segundo Araújo et al. (2008) além da diminuição do peso corpóreo, o controle da pressão arterial está relacionado à prática regular de atividades físicas. Um estudo de meta-análise concluiu que o exercício físico aeróbico, contribuiu para uma redução de 3 mmHg da pressão arterial sistólica e diastólica em indivíduos normotensos, 6 mmHg da pressão arterial sistólica e 7 mmHg da pressão arterial diastólica em hipertensos limítrofes, e 10 mmHg da pressão sistólica e 8 mmHg da diastólica em indivíduos com hipertensão severa.



Chaves e Araújo (2009) acrescentam que outra iniciativa favorável à redução da pressão arterial é a prática de atividade física. Tal prática demonstra não só influir na redução de valores de pressão arterial como diminuir o risco cardiovascular, e ajudar na redução do peso corporal. Koezuka et al. (2006) são unânimes em afirmar que, para a atividade física ser benéfica, tem de ser realizada, no mínimo, três vezes por semana, durante trinta minutos. A ocorrência familiar da hipertensão arterial, confirmada por vários estudos é um dos motivos de interesse em se avaliar populações jovens em relação à pressão arterial.

Conclusões

Foi observada no presente estudo a evidente confirmação do aparecimento da Hipertensão Arterial em pessoas cada vez mais jovens. A combinação de fatores ou a ação de cada fator de maneira direta ou indireta contribui para o aparecimento do quadro patológico da Hipertensão Arterial. A ausência da atividade física, aliada a uma alimentação desbalanceada são evidenciados na população estudada, proporcionando uma condição favorável para que haja esse aparecimento nas pessoas, cada vez mais precoce.

É importante desenvolver programas de promoção à saúde, principalmente de caráter educativo, no intuito de atenuar esse aparecimento da doença, melhorando assim a qualidade de vida das pessoas.

Referências

ARAÚJO, T.L.; LOPES, M.V.O.; CAVALCANTE, T.F.; GUEDES, N.G.; MOREIRA, R.P.; CHAVES, E.S.; SILVA, V.M.; Análise dos indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2008;42(1):120-6.



CESCHINI, L.F. Análise descritiva do nível de atividade física em adolescentes de uma escola pública do distrito da Vila Nova Cachoeirinha em São Paulo – SP.[Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2007.

CHAVES, E.S.; ARAÚJO, T.L. Crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão arterial: indicadores de risco cardiovasculares. **Acta Paulista de Enfermagem** 2009; 22(6):793-9.

GORDON-LARSEN, P.; NELSON C.M.; PAGE, P.; POPKIN, M.B. Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity and Obesity. **Pediatrics**. 2006; 117 (2): 417-424.

HELENA, E.T.S.; NEMES, M.I.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoa com hipertensão arterial em unidade de estratégia da família. **Saúdesoc**.v.19 n.3, 2009.

KOEZUKA N.; KOO M.; ALLISON, K.R.; ADLAF, E.M.; DWYER, J.J.M.; FAULKNER, G. The Relationship between Sedentary Activities and Physical Inactivity among Adolescents: Results from the Canadian Community Health Survey. **J Adolescents Health**.2006; 39: 515-22.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Caderno de saúde publica**. v.26, n.3,2010.

PIRES, C.G.S; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência saúde coletiva**. v.13 n.2,2008.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S.J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. São Paulo: Artimed, 2007.

WILLIAMS, S.M. Endophenotypes, heritability, and underlying complexity in hypertension. **Am J Hipertens**.v.23, n.8, 2010.

ZAMBUJA, M.I.; FOPPA, M.; MARANHÃO, M.F.; ACHUTTI, A.C. Economic burden of severe cardiovascular diseases in Brazil: an estimate based on secondary data. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.91, n.3, 2008.



Artigo

Obesidade gestacional: percepção de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família¹

Gestational obesity: perception of users of a Family Health Unit

Daniele Barbosa do Nascimento²

Juliane de Oliveira Costa³

Kilmara Melo de Oliveira Sousa

Maria Sulene Fernandes de Sousa

3

3

RESUMO - A obesidade é o acréscimo excessivo de gordura corpórea, sendo um desafio para saúde pública, é durante a gravidez que o aumento do peso pode vir a ser de forma descontrolada chegando a obesidade, e podendo trazer risco durante a gestação. Assim, realizou-se esta pesquisa com o objetivo de Observar o conhecimento das gestantes sobre os riscos de obesidade gestacional. Esse estudo é do tipo exploratório- descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvida na unidade de saúde da família Vitorino Gomes na cidade de Tabira-PE no período de Março de 2013. A amostra foi composta de 30 gestantes todas dentro dos critérios de inclusão que é: Esta cadastrada no Pré-Natal, esta com o ganho de peso excessivo, ser gestantes, ser maior de 18 anos. A coleta dos dados foi elaborada por um questionários com pergunta objetivas e subjetivas aplicada de forma de entrevista, para obter informações sobre a percepção das gestantes quanto o ganho de peso. A pesquisa mostra que 22 das gestantes sabem a importância de ter uma alimentação saudável, 18 tem uma alimentação saudável, 19 tiveram orientação quanto o ganho de peso, durante a consulta de enfermagem no Pré- Natal, Das 30 apenas 10 adquiriram alguma doença devido ao ganho de peso sendo elas : 06 Hipertensão Arterial e 04 Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, 11 Mudaram seu hábito alimentar. Pode-se observar que as entrevistadas tinham conhecimento sobre o tema discutido segundo o relato das mesmas não faziam uso de uma boa alimentação por não ter condições financeiras.

Palavras Chaves: Gravidez. Obesidade. Percepção

ABSTRACT - Obesity is the excessive increase of body fat, and a challenge to public health, it is during pregnancy that the increased weight can become uncontrollably coming obesity, and may pose a risk during pregnancy. Given the above facts was held this research with the

¹ Trabalho de conclusão de curso apresentado no curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades de Patos –FIP

² Bacharel em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP. Email: Danielly_veras@hotmail.com.

³ Enfermeiras. Professoras Especialistas da Faculdades Integradas de Patos -FIP



objective to observe the knowledge of pregnant women about the risks of gestational obesity. This study is an exploratory and descriptive, using a quantitative approach, developed at health unit Vitorino Gomes in the town of Tabira-PE from March 2013. The sample consisted of 30 pregnant women in all of the inclusion criteria which is: This registered in Prenatal this with excessive weight gain, be pregnant, be 18years. Data collection was carried out by a questionnaire with objective and subjective question applied interview, for information on the perception of pregnant women as weight gain. research shows that 22 of the women know the importance of having a healthy, 18 have a healthy, 19 had orientation as weight gain during nursing consultation in the pre-Christmas from 30 only 10 acquired illness due to weight gain which were: 06 and 04 Hypertension Hypertension and Diabetes Mellitus, 11 changed their abitoabito food. It can be observed that the respondents had knowledge about the topic discussed according to the account of the same did not use good nutrition for failing financial condition.

Key-words:Pregnancy,Obesity, Perception

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença de alta prevalência com importantes implicações sociais, psicológicas e médicas. Esta patologia associa-se com grande frequência a condições tais como dislipidemia (DL), diabetes (DM) (e hipertensão arterial (HA),que favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares, principal causa de morte em nosso país(SOUSA et al., 2003).

De fato a mulher tem que aumentar o seu peso e esse é distribuído entre o conteúdo feto-placentário e mais os tecidos da mulher que também aumentam como coração, mamas, líquidos, e é claro, a gordura (MONTEIRO,2012).

Sendo de etiologia multi-causal, a obesidade sofre influência de fatores orgânicos, psíquicos e/ou sociais, que podem atuar isoladamente ou em conjunto sobre o indivíduo. Fatores genéticos associados com fatores ambientais, tais como maior disponibilidade de alimentos industrializados, e vida sedentária facilitam o desencadeamento da obesidade. Alguns autores afirmam que fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais exercem ação sobre a ingestão excessiva de alimentos e, com isto, provocam no indivíduo um elevado aumento de peso. Resumindo, pode-se dizer que a obesidade resulta de um excesso relativo de ingestão calórica para o gasto energético necessário de um dado organismo levando, com isso, a um aumento na síntese de gordura ou a uma diminuição de mobilização da mesma (TANAKA, 2001).



Obesidade gestacional

A gestação é um período delicado na vida da mulher e requer alguns cuidados especiais, principalmente quando se trata de alimentação, que nesta fase assume uma relação direta com a saúde não só da mãe, mas também do bebê. A obesidade na gravidez é um problema perigoso e ainda comum, onde segundo o Ministério da Saúde cerca de 45% das mulheres obesas no mundo ganha peso após engravidarem (REIS,2007,10 .p)

O ganho de peso durante a gestação expressa tanto o crescimento fetal quanto a expansão de tecidos maternos (placenta, tecido adiposo, útero e mamas), o aumento de líquido extracelular e do volume sanguíneo e a formação de líquido amniótico. Institute of Medicine, World Health Organization (1995 apud, MARQUES et al., 2006)

A única alternativa eficaz é o tratamento da obesidade como prevenção de suas complicações, verificação do IMC (índice de massa corpórea) por isso é muito importante a esta sempre informando às pacientes os grandes riscos de sua gestação.As pacientes obesas devem ser esclarecidas dos potenciais riscos de sua gravidez e serem acompanhadas por equipe multidisciplinar com obstetra, nutricionista, educador físico e outros especialistas,dependendo das complicações que se fizeram presentes (Gadelha et al., 2009).

A escolha desse tema surgiu quando uma gestante me falou que estava triste porque depois que parisse não poderia comer em excesso, pois as pessoas iriam perceber que ela estava gorda, segundo ela durante a gravidez deviam comer muito , e ficar acima do peso era normal. Diante disso surgiu a pergunta qual a percepção das gestantes sobre a obesidade gestacional e seus riscos?

Sabendo que a obesidade gestacional é um problema de saúde publica de grande importância e que requer uma serie de cuidados para não evoluir, é muito importante a percepção das gestantes obesas sobre os riscos do ganho de peso, assim as mesmas estando cientes dos riscos podendo vir a prevenir futuras complicações.

Diante disso surgiu a necessidade de se fazer esse estudo tentando elucidar e enfatizar a importância da percepção do ganho de peso e os riscos que traz para a saúde da gestante, também como abordagem dos hábitos nutricionais saudáveis , bem como o reconhecimento dos riscos que a obesidade gestacional gera, assim esse estudo mostrara útil no esclarecimento



do padrão alimentar subsidiando na promoção, proteção e intervenção de saúde, Portanto essa pesquisa trará grande benefício para a USF Vitorino Gomes, estas poderão compreender a situação que estão vivenciando e poderão praticar hábitos alimentares saudáveis e reduzir a ocorrência das complicações gestacionais. Servirá de guia de consulta para os profissionais da área especificamente aos enfermeiros e ampliará o conhecimento sobre a temática discutida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório- descritiva, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da família Vitorino Gomes localizada no município de Tabira-PE no sertão do alto Pajeú. A pesquisa foi realizada em março 2013.

A população foi constituída por 60 gestantes e a amostra foi constituída por 30 (50%) daquelas que aceitaram participar da pesquisa e que obtiveram os seguintes critérios de inclusão: está cadastrada no SIS Pré-Natal , esta com o ganho de peso excessivo, ser gestantes; , maior de 18 anos . Critérios de Exclusão não aceita a assinar o termo de consentimento, não aceitarem participar da pesquisa. Os dados empíricos foram coletados através de um questionário contendo perguntas objetivas e subjetivas

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, foi dada inicio a coleta de dados na Unidade de Saúde Vitorino Gomes .A coleta de dados foi realizadas com uma previa autorização do secretario de saúde do município através do termo de autorização. Os dados que foram obtidos com o questionário foram analisados estatisticamente e os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas para facilitar compreensão e abordagem em questão com o intuito de identificar o conhecimento e discutidos a luz da literatura pertinente.

A pesquisa foi realizada com a autorização de Secretária Municipal de Saúde, mediante ofício elaborado pela coordenação do curso de Enfermagem das FIP, levando em consideração os aspetos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ,que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.



Após apreciação do comitê, juntamente com o termo de autorização institucional foram entregues os questionários aos participantes da pesquisa, explicando seu objetivo: observar o conhecimento das gestantes sobre os risco da obesidade gestacional ,onde as mesma assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para autorização da pesquisa .

RESULTADOS E DISCUSSÕES

TABELA 1- Caracterização da amostra com relação à faixa etária ,raça ,estado civil,escolaridade ,profissão e renda familiar .

VARIÁVEL	N	%
IDADE		
18 a 20	03	10
21 a 30	17	56
31 a 40	10	34
RAÇA		
Parda	12	40
Branca	10	33
Morena	08	27



ESTADO CIVIL

Solteiro	10	30
Casado	20	70

ESCOLARIDADE

Ensino fundamental incompleto	01	04
Ensino fundamental completo	07	23
Ensino médio completo	10	33
Ensino Médio incompleto	07	23
Nível Superior	05	17

PROFISSÃO

Do lar	09	30
Domestica	04	14
Vendedora	02	06
Agricultora	09	30
Comerciante	02	06
Professora	04	14

RENDA FAMILIAR

Menor que 1 salário	13	44
Igual a 1 salário	11	36
Maior que 1 salário	06	20

Total	30	100
--------------	-----------	------------

Fonte: Dados da pesquisa,2013

A **tabela1**- mostra que 17 (56%) das gestantes tem entre 21 e 30 sendo a maioria do total. Pode-se observar que teve um índice 10 (34%) de 31 a 40, um pouco alto.



Obesidade gestacional

De modo geral, o universo feminino mudou muito a partir de 1960. As mulheres foram para as universidades e passaram a disputar espaço no mercado de trabalho. Além disso, o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais seguros lhes permitiu definir o momento oportuno para engravidar. Diante dessas novas possibilidades de desenvolvimento pessoal e carreira profissional, algumas passaram a optar por ter filhos mais tarde, depois dos 35 anos (VARELLA, 2013)

Também na tabela observa-se que 12 (40%) e de raça parda 10 (33%) branca e 08(27%) de raça negra. Ainda na tabela pode-se observa que 10(30%) das gestantes são solteira e 20(70%) são casadas.

Na tabela 1 o nível de escolaridade apresenta 10 (33%) tem o ensino médio completo.

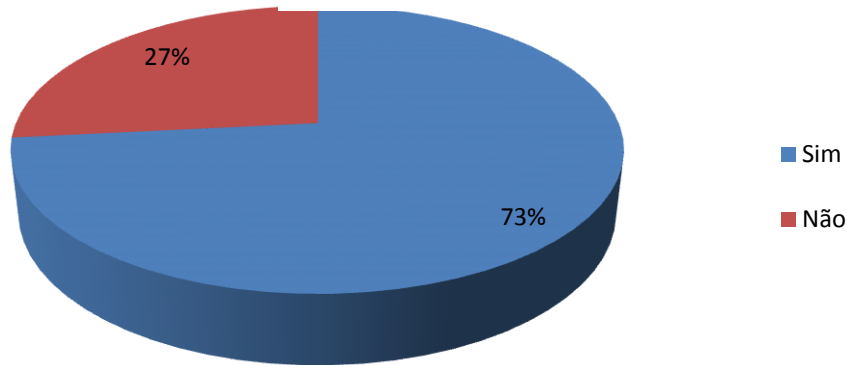
Quando melhor for o grau de escolaridade do indivíduo será a sua capacidade de assimilar, compreender e colocar em pratica os conhecimento adquiridos,principalmente aqueles direcionados para a melhoria de sua saúde (VICTORA:BARROS, 2008)

Ainda na tabela observa-se que o índice maior e de 13(44%) onde as famílias tem uma renda menor de 1 salário por mês .

Segundo o EUFIC (Conselho Europeu de Informação alimentar) Estudos populacionais mostraram claras diferenças entre as classes sociais e o consumo relativo dos alimentos e nutrientes. Os grupos de nível econômico baixo especificamente têm uma maior tendência para realizar uma dieta desequilibrada e consumir uma quantidade menor de frutas e verduras. Esta situação pode conduzir por um lado a uma carência em micronutrientes e simultaneamente a um excesso de consumo energético que resulta em excesso de peso e obesidade, entre os membros de uma mesma comunidade, dependendo da idade, sexo e nível de privação do grupo. Os grupos mais desfavorecidos também desenvolvem doenças crônicas mais cedo do que os grupos com maior nível sócio-econômico, habitualmente identificados pelos níveis educativo e profissional.



Gráfico 1- Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com a Importância de ter uma alimentação saudável durante a gestação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013

O gráfico 1 - mostra que 22 (73%) das gestantes sabem a importância de ter uma boa alimentação e 08 (27%) não sabem a importância. Pode-se avaliar que a maior parte das gestantes entrevistadas estão cientes que uma boa alimentação contribui para uma gravidez saudável .

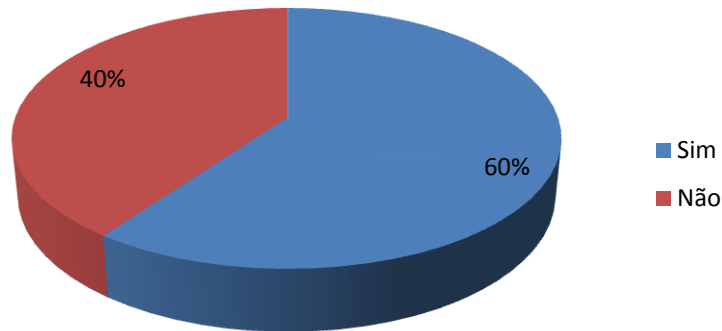
Durante a gestação a mulher precisa ter uma alimentação equilibrada para que possa suprir suas necessidades energéticas e do bebê, por isso que há a necessidade de uma dieta rica em vitaminas e sais minerais, proteína, ferro e entre outros. Levando em consideração os excessos alimentares, pois muitas vezes as gestantes acabam comendo em grande quantidade, sem levar em consideração a qualidade do alimento consumido um alimentos ricos em calorias e pobre em vitaminas.

Segundo o Portal da saúde do Ministério de saúde a adoção de uma alimentação saudável previne o surgimento de doenças crônicas e melhora a qualidade de vida. Frutas, verduras, legumes e cereais integrais contêm vitaminas, fibras e outros compostos, que auxiliam as defesas naturais do corpo e devem ser ingeridos com frequência, evitando o ganho de peso.



Segundo o programa “você cada vez melhor “A dieta saudável de uma grávida segue os mesmos princípios básicos da dieta de um adulto normal. Ela necessita de apenas mais 300 calorias por dia para nutrir adequadamente o bebê que está carregando, desde que venham de alimentos nutritivos. Então o cardápio deve ter: Grãos integrais, Derivados do leite, Proteínas, Vegetais , Frutas.

Gráfico 2- Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com as gestantes que apresentam uma alimentação saudável durante o período gravídico .



Fonte: Dados da Pesquisa, 2013

Gráfico 2–Mostra que 18 (60%) das entrevistadas afirmam que tem uma alimentação saudável 12 (40%)afirmam que não terem uma alimentação saudável, pode-se observa que mesmo sabendo a importância de ter uma boa alimentação o índice de ter um alimentação, inadequada foi bastante grande .Algumas gestantes afirmaram não ter uma boa alimentação justificaram sua resposta dizendo que para se alimentar adequadamente custa caro uma vez que as mesmas relataram não possuem condições financeiras .

Obesidade cresce mais rapidamente na faixa mais pobre da população. Quando se leva em conta o custo dos alimentos é fácil entender por que isso acontece. Mais dinheiro garante



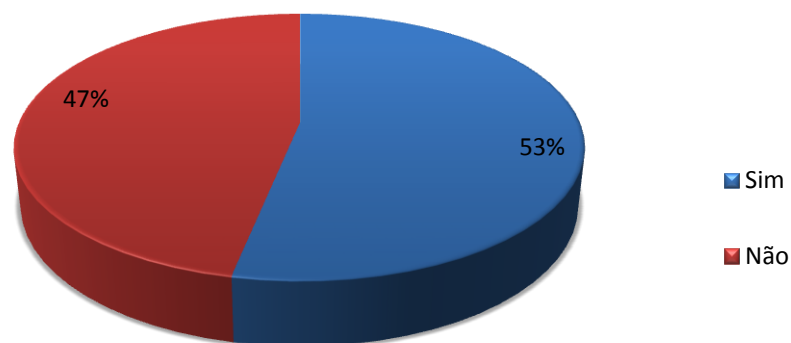
Obesidade gestacional

acesso a alimentos menos calóricos (que não são baratos), como leite e iogurtes desnatados, queijos e carnes mais magras, saladas e frutas. Os menos abonados, quando têm fome, recorrem a alimentos de menor preço, mas com excesso de calorias, como a gordura e o açúcar (VARELLA, 2013).

Segundo o CRN (Conselho Regional dos Nutricionistas) normalmente mantém uma alimentação inadequada, pobre em vitaminas e minerais, exceto o sódio, que normalmente é consumido em demasia, voluntariamente (introduzido nas preparações caseiras) ou através dos alimentos industrializados. Além disso, há um consumo excessivo de gorduras e carboidratos simples que podem comprometer a saúde materna e a gestação, visto sua relação com a ocorrência de Diabetes Gestacional”.

A escolha alimentar de determinados segmentos da sociedade é fruto das condições socioeconômicas que possuem. Estas opções sobre determinados alimentos é que determinarão uma população mais ou então menos saudável, em virtude dos hábitos alimentares que adotaram (LIMA,2012)

Gráfico 3- Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com o conhecimento sobre os riscos da obesidade durante a gestação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013

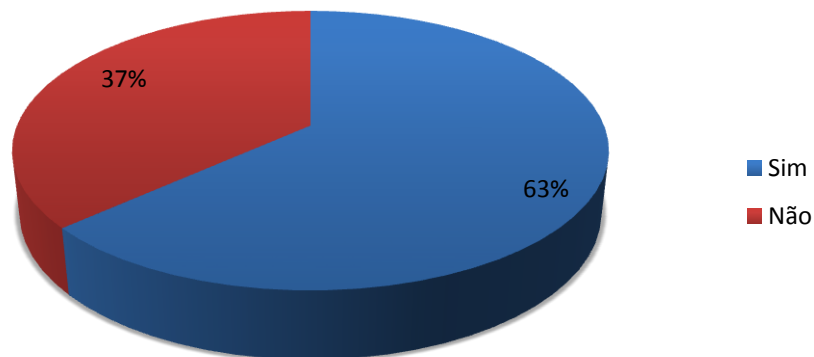


Obesidade gestacional

No gráfico 3- revela que 16 (53%) conhecem os riscos que a obesidade pode trazer. Demonstraram através das respostas que possuem conhecimento e diferenciaram as patologias referente os riscos da obesidade já 14 (47%) desconhecem esses risco isso mostra que ainda existe uma grande quantidade de pessoas leigas sobre risco da obesidade gestacional.

A obesidade na gravidez é um problema comum e perigoso, pois ganhar peso excessivo no período gestacional ou iniciar esse período com sobrepeso é fator de risco para complicações como diabetes, hipertensão e pré-eclâmpsia, principalmente no final da gestação. A obesidade durante a gestação está associada ao alto índice de mortalidade dos recém-nascidos, é de grande importância que as mães tenha um conhecimento do seu estado ,e dos risco que obesidade apresenta(LOBO,2011) .

Gráfico 4-Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com a orientação durante o Pré-Natal quanto o ganho de peso excessivo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013

O gráfico4- mostra que 19 (63%) das gestantes afirmam que foram orientadas sobre o ganho de peso durante a gestação e 11 (37%) que não foram orientadas. A orientação da enfermeira durante o Pré-Natal é de suma importância, pois a mesma poderá ampliar o conhecimento das gestantes sobre os riscos da obesidade gestacional.



Obesidade gestacional

A avaliação nutricional de gestantes na rede básica de saúde é realizada durante as consultas de pré-natal por enfermeiros e médicos, que seguem diretrizes recomendadas pelo ministério da saúde, ao utilizar medidas ou em combinação dessa forma é feito o diagnóstico do estado nutricional da gestante, possibilitando intervenções que à manutenção da saúde materna e do conceito (BERLAMINO et al., 2009).

É necessário que as orientações quando dadas sejam claras incluindo informação bem precisas sobre uma nutrição saudável e sobre os riscos da obesidade durante a gestação.

Percebe-se que é um desafio para saúde enfrentar o avanço da obesidade pois, vale salientar que o enfermeiro dentre suas atividades diárias na promoção, prevenção e tratamento e reabilitação da saúde dos usuários do SUS, tem desenvolvido um papel de muita importância e de grande relevância para a Saúde Pública especialmente no acompanhamento pré-natal das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde da Família.

A avaliação do peso corporal e o levantamento de hábitos alimentares, durante o pré-natal, são importantes para a identificação do estado nutricional das gestantes, sendo possível, dessa forma, a orientação nutricional individualizada, visando a melhoria das condições maternas para o parto e a adequação do peso do recém-nascido (SANTOS et al., 2009)

Tabela 2- Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com as doenças adquiridas durante a gestação decorrente do ganho de peso.

VARIÁVEL	N	%
Patologia adquirida	10	33
Hipertensão Arterial	06	20
Hipertensão e Diabetes Mellitus	04	13
Nenhuma doença	20	77
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.



Obesidade gestacional

Na tabela 2- Mostra que 10(33%) das 30 entrevistadas adquiriram alguma doença sendo elas: 06(20%) Hipertensão Arterial e 04(13%) Hipertensão e Diabestes Mellitus e 20(77%) não adquiriu nenhuma doença.

O excesso de peso aumenta o risco da intolerância à glicose em gestantes. Mesmo em mulheres com sobrepeso moderado a incidência de diabetes gestacional é de 1,8 a 6,5 vezes maiores do que naquelas com peso normal, além disso afeta diretamente o tamanho do feto.(FIALHO et al . , 2010)

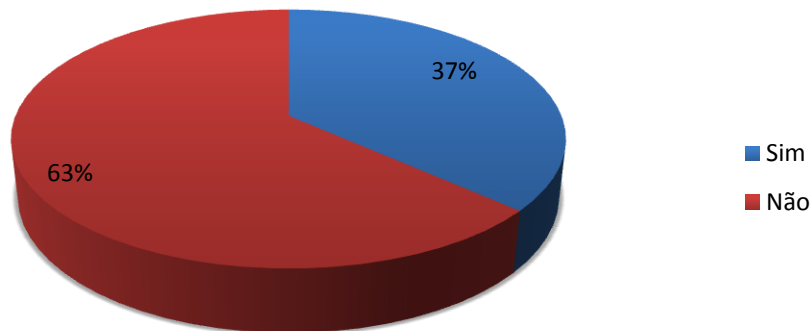
Segundo a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) A incidência de Diabetes Melito gestacional (DMG) em gestantes obesas é três vezes maior que na população geral. No período gestacional as mulheres, mesmo com peso adequado, apresentam fisiologicamente aumento da resistência à insulina. Nas grávidas obesas essa característica fisiológica ocorre de forma exacerbada, favorecendo o desenvolvimento de DMG.

A hipertensão arterial na gestação define com a presença de hipertensão arterial transitória na gravidez , sem proteinúria e normalmente da pressão alta após 12 semana de gestação ,está sendo mais correlacionada com a recorrência em futuras gestações e com um risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares.(CARVALHO 2005).

A obesidade pode causar várias doenças físicas e psíquicas, como o diabetes mellitos, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemia, cálculo biliar, gota, alguns tipos de neoplasias, osteoartrite, problemas respiratórios, alterações endócrinas, distúrbios psicológicos e até levar o indivíduo à morte. É muito importante a percepção das gestantes dos riscos da obesidade para assim poder reverter esse quadro. É importante também a orientação dos profissionais principalmente da enfermeira sobre os risco do ganho de peso durante a gestação.(VALLE et al., 2008)



Gráfico 5-Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com a mudança de hábito alimentar após descobrir que adquiriu obesidade gestacional.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013

O gráfico 5- mostra que 19 (63%) não mudaram os hábitos alimentares já 11 (37%) passaram a ter uma alimentação saudável.

Várias atitudes podem transformar seus maus hábitos alimentares, em bons e saudáveis. A primeira atitude é fazer de 4 a 6 refeições diárias, todas com alimentos saudáveis e leves. Com isso, seu organismo consegue gastar toda essa energia reserva, e você não precisa “beslicar” porções de comida durante o dia todo (OLIVEIRA, 2013).

É de grande importância que as gestantes obesas que não tem uma boa alimentação, mude seus hábitos como uma boa dieta e até com acompanhamento de uma nutricionista .

Segundo o Portal de ministério da saúde (2012) algumas mudanças nos nossos hábitos alimentares podem nos ajudar a reduzir os riscos de agravar as doenças obtidas durante a gestação ou reduzir as já existentes. A adoção de uma alimentação saudável contribui não só para a prevenção de uma gestação saudável, mas também de doenças cardíacas e outras enfermidades crônicas como diabetes.



É importante comer diferentes tipos de alimentos. Deve-se privilegiar a diversidade. A moderação também é importante. Não se deve comer nem mais, nem menos do que o organismo precisa. É importante estar atento à quantidade certa. (GENTIL, 2010)

As escolhas que fazemos, de hora em hora, dia a dia, determinam em grande escala o estado de nossa saúde, as doenças que adquirimos: o desafio está em educar e inspirar as pessoas a substituir os seus hábitos que destroem a saúde por um estilo de vida que a promova (VIDAL,2009).

A conscientização da gestante juntamente com o acompanhamento eficiente da nutricionista contribui para a diminuição do excesso de peso ao final da gravidez, reduzindo, assim, ao mínimo os riscos (LIMA et al., 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer do estudo pode-se perceber que as gestantes tinham um conhecimento sobre obesidade gestacional, sabiam a importância de ter uma boa alimentação e os riscos que poderiam vir a ter com a obesidade, o que mais chama atenção no estudo que muitas das gestantes não podiam ter uma alimentação saudável segundo elas por não ter condições financeira .

As gestantes que tinham condições de uma reeducação alimentar mudaram seus hábitos, e tentam ter uma vida mais saudável para evitar os riscos da obesidade, já aqueles que contraíram alguma patologia estão em tratamento.

Destacamos nessa pesquisa a importância da orientação da enfermeira sobre a obesidade gestacional durante as consultas de Pré-Natal, pois durante a pesquisa as gestantes não tiveram dificuldades de responder os questionamentos, percebendo que as orientações sobre a obesidade gestacional foram absorvidas no decorrer da consulta, pois podia perceber que já estavam orientadas sobre a obesidade gestacional.



Este estudo contribuirá de um modo geral, na ampliação dos conhecimentos sobre a obesidade gestacional, onde despertarão nas gestantes as reais necessidades de adquirir uma boa alimentação prevenindo futuros complicações.

Dessa forma estudo é de grande importância para nós acadêmicos de enfermagem, para a pesquisa, onde despertou uma reflexão sobre o conhecimento das gestantes sobre a obesidade gestacional e a importância de uma consulta de enfermagem durante o Pré-Natal com uma boa assistência, promovendo a educação em saúde e contribuindo para prevenção da obesidade e seus futuros riscos .

REFERÊNCIAS

ABESO: **Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica** .

Alimentação saudável na gravidez, EDIÇÃO DE 201024 .MARÇO. Disponível em : http://www.admixconsultoria.com.br/pdfs/EDICAO_%20ALIMENTACAO_SAUDAVEL_GRAVIDEZ_2P.pdf .

BELARMINO GO, MOURA ERR et al. **Risco nutricional entre gestantes adolescente**. Actaaul Enfermagem.2009. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a09v22n2.pdf> . Acesso em: 10 de Abril de 2013.

CRN (conselho Regional Nutricionistas, 5ª edição ,2010 ,Disponível em :<http://www.crn5.org.br/compos.php?m=site.item&item=448&idioma=br>Acesso em ::02 de Março de 2013..

CARVALHO,F .**atlores preditivos de hipertensão gestacional em adolescentes :analise do pre natal das MAPAS e da Microalbuminuria.arq.BrasCardiol** 2005.Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n4/14.pdf>.Acesso em : 16 de Março 2013.

EUFIC. **Porque comemos o que comemos: determinantes sócio-econômicos nas escolhas alimentares**. Conselho Europeu de Informação alimentar.2013Disponível em :<http://www.eufic.org/article/pt/artid/Porque-comemos-que-comemos-determinantes-socio-economicos-nas-escolhas-alimentares/> Acesso em: 03 de março 2012

FIALHO et al. **Bioquímica da Obesidade** ,2010.Disponível em :<http://bioquimicadaobesidade.blogspot.com.br/2010/12/consequencias-da-obesidade-na-gestacao.html>. Acesso em ; 06 de Abril de 2013

GADELHA PS,Costa AG, Fernandes AKS, Farias MA. **Obesidade e gestação: aspectos obstétricos e perinatais**.Resvita FEMINA | Janeiro 2009 | vol 37 | nº 1.

GENTIL, P. Nutrição em Pauta. São Paulo, 2010. Disponível em : http://http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=297 acesso em : 02 de Março de 2013.



Obesidade gestacional

LIMA, F. M. Nutrição em foco. **A influência dos fatores socioeconômicos na alimentação.** Sergipe.2012.Disponível em:<http://www.nutricaoemfoco.com/2012/06/08/a-influencia-dos-fatores-socioeconomicos-na-alimentacao/> Acesso em : 03 de Março

LIMA, G., S., P.; SAMPAIO, H., A., C. **Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí.** Revista

Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.4, n. 3, p. 253-261. Jul/Set. 2008

LOBO, CR **.Obesidade: Uma Análise Sobre Obesidade Pós-Gestacional.**portal educação em Nutrição.2011. Disponível em:<http://www.portaleducacao.com.br/nutricao/artigos/14214/obesidade-uma-analise-sobre-obesidade-pos-gestacional#ixzz2MR5ohoa> Acesso em :02 de Março 20

MARQUES, et al **.Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade** de Recife, Pernambuco, Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2401-2409, nov, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf>.>Acesso em 29 Abril 2012

MONTEIRO, G. Obesidade na gestação. Disponível em: <http://metodomaisvida.com.br/gestantes/category/obesidade-e-gestacao/>. Acesso em :01 de Setembro de 2012.

OLIVEIRA,PH. Portais da Moda - Dicas de Saúde e Beleza.>Acesso em :03 Março de 2013

OLIVEIRA,HP. Portais da Moda - Dicas de Saúde e Beleza
Disponível em :
<http://www.portaisdamoda.com.br/noticiaInt~id~19080~n~habitos+alimentares+corretos.htm> Acesso em : 07 Março de 2013

Portal da saúde do Ministério de saúde (Brasil) alimentação saudável Disponível em :http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=18 Acesso em : 07 de Março de 2013.

Portal Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em : <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/cuidados-e-prevencao> Acesso em : 01.03.13 .21:56.

REIS. Obesidade Materna. Dr.. jornal Nutrição 2007 ,p.10.

SANTOS, A, L. et al. **Orientação Nutricional do pré-natal em Serviços Públicos de saúde no Município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial.** Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n 5, p. 2009

SOUSA L J, GICOVAT C, CHALITA FEB, REIS AFF, BASTOS EA, FOLHO JTD, SOUSA TE, CÔTES V. **Prevalência de Obesidade e Fatores de Risco Cardiovascular em Campos,** Rio de Janeiro. Arq Bras Endocrinol Metab vol 47 n° 6 Dezembro 2003 .

TANAKA, A. C. d'A. **A importância da associação obesidade e gravidez.** Rev. Saúde públ., S. Paulo, 15:291-307, 2012. <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf>.>Acesso em : 29 de maio de 2012



Temas em Saúde

Volume 14 Número 2

ISSN 1519-0870

VALLE,etal.**Conseqüências fetais da obesidade gestacional**,O Mundo da Saúde São Paulo 2008; 32(4):537-541. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/16_Consequencias_baixa.pdf acesso em : 02 de março de 2012.

VARELLA.,D. GRAVIDEZ APÓS OS 35 ANOS,Dr. Drauzio Varella Artigos e livros .2012 Disponível em <http://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez-apos-os-35-anos/> acesso em : 03 de Março de 2013.

VARELLA, D. **Alimentação saudável**, Dr Drauzio Varella Artigos e livros acesso em :03 de Março de 2013. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/wiki-saude/alimentacao-saudavel->

VICTORA, L. E. Epidemiologia da saúde infantil. 3 ed. São Paulo. HUCITEE UNICEF,2008.

VIDAL, L. **Saúde com sabor. Receita para uma vida saudável**.4ed,Tatuí-SP:casa Publicadora Brasileira 2009.



Obesidade gestacional

Artigo

Perfil da automedicação no município de Patos - PB

Self-medication profile in the city of Patos - PB

Ednaldo Queiroga de Lima¹

Rui Pontes Filho²

Ednaldo Queiroga Filho³

Brisa Garcia da Nobrega⁴

Rayssa Mendes Cavalcanti⁴

Vicente Jadson Gregório Freitas⁴

Layanne Soyara Bidô Alves⁴

Alana Sonaly Benicio do Nascimento⁴

RESUMO - A automedicação tal como a prescrição errônea de medicamentos, pode acarretar muitos prejuízos e consequências, como efeitos indesejáveis, iatrogenias e o mascaramento de doenças evolutivas, representando um importante problema a ser prevenido. Os dados apresentados fazem parte de uma pesquisa traçada na cidade de Patos-PB em escolas da rede pública de ensino, tendo como objetivo traçar um perfil da automedicação e dos medicamentos mais utilizados por adolescentes, na faixa etária de 15 e 20 anos. Os analgésicos, antiinflamatórios não esteroides e antibióticos estão entre as drogas mais utilizadas na prática odontológica. Havendo assim uma relação direta com os resultados alcançados, em que além dos xaropes pra tosse (19%), antiinflamatórios (16%), analgésicos (13%) e antibióticos (12%) são os mais consumidos pela amostra. Sugerindo assim que a automedicação reflete as características e hábitos da população, e é consideravelmente influenciada por prescrições antigas, que tem na reutilização ou utilização incorreta sua qualidade prejudicada, pela

¹ Farmacêutico Bioquímico, D.Sc., Professor Associado da Universidade Federal de Campina Grande. Caixa Postal 064, CEP 58700-970, Patos (PB). equeiroga.lima@gmail.com

² Médico clínico geral, Patos (PB). ruypontes@gmail.com

³ Acadêmico de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB). naldo.q@hotmail.com

⁴ Acadêmicos de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande, Patos (PB).



seletividade bacteriana, podendo causar resistência a determinados micro-organismos, aumentando assim o risco de infecção e dificultando o trabalho curativo e preventivo possivelmente necessários por cirurgiões dentistas.

Palavras-chave: Medicamentos, drogas, toxicidade medicamentosa.

ABSTRACT - Self-medication, as well as erroneous medical prescriptions, may cause several damages and losses, along with undesired effects, iatrogenies, and it also may hide evolutionary illnesses, thus becoming an important problem to be prevented. The data presented in this paper are part of a research done in the city of Patos-PB in public schools with the objective of running a profile on teenagers' self-medication and the most commonly used medicines among them, between the ages of 15 and 20. The painkillers, non-steroidal anti-inflammatory drugs and antibiotics are the top drugs used by dentists. There is, then, a direct link with the attained results, where cough medicines (19%), anti-inflammatory drugs (16%), painkillers (13%) and antibiotics (12%) were found to be the most consumed types of drug among the samples. This suggests that self-medication is a reflex of the population's characteristics and habits, and it is considerably influenced by old prescriptions, in which its reuse or incorrect use affects its quality, due to bacterial selectivity. This may cause resistance to some microorganisms, therefore increasing the risk of infection and encumbering any possible curative or preventive measures that dentists might need to employ.

Keywords: Medicines, drugs, medicine toxicity.

INTRODUÇÃO

De acordo com Paulo e Zanine (1998), “a automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas” ou ainda a prescrição ou orientação de medicamentos por pessoas não habilitadas (ARRAIS et al., 1997; VILARINO et al., 1998). Para tal, podem ser utilizados medicamentos industrializados ou remédios caseiros (HAAK, 1989).

A automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, colaterais acentuados e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido. É evidente que o risco dessa prática está correlacionado com o grau de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos, bem



como com a acessibilidade dos mesmos ao sistema de saúde. Certamente a qualidade da oferta de medicamentos e a eficiência do trabalho das várias instâncias que controlam este mercado também exercem papel de grande relevância nos riscos implícitos na automedicação (HAAK, 1989, PAGÁN et al., 2006).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a saúde também se inicia na escola, e dessa forma o estímulo ao protagonismo infanto-juvenil dos escolares, orientando para estilos de vida saudável e informando sobre fatores de riscos para a saúde devem ser estimulados. Assim a escola pode ser uma grande referência e influenciar atitudes de alunos, familiares e profissionais de educação, sendo um espaço estratégico para a promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Barba et al. (2003) corroboram com Buss (2003) ao mencionar que para se trabalhar a promoção de saúde na escola é necessária uma visão intersetorial. Os setores educação e saúde devem estar aliados na promoção de saúde nas escolas, principalmente, porque esta questão se insere na constituição do conhecimento crítico, no estímulo a autonomia, no exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida.

Fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento e a difusão da automedicação no mundo, tornando-a um problema de saúde pública. Mais disponibilidade de produtos no mercado gera maior familiaridade do usuário leigo com os medicamentos. Além disso, o processo de globalização da economia desvincula o Estado da condição de força motriz do desenvolvimento socioeconômico, e o ajustamento das contas internas resulta numa redução dos investimentos sociais, entre eles, os gastos com saúde. Para os países pobres, o acesso da população aos serviços de atenção formal à saúde é dificultado, e os gastos com a produção e distribuição de medicamentos essenciais são contidos. Nos países desenvolvidos, cresce a pressão para a conversão de medicamentos POM (Prescribed Only Medicines), de venda condicionada à apresentação da receita, em medicamentos OTC (Over the Counter), vendidos livremente (LOYOLA FILHO et al., 2002).

A automedicação é um fenômeno potencialmente nocivo à saúde individual e coletiva, pois nenhum medicamento é inócuo ao organismo. O uso indevido de substâncias e até mesmo



drogas consideradas “banais” pela população, como os analgésicos, pode acarretar diversas consequências como resistência bacteriana, reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, sintomas de retirada e ainda aumentar o risco para determinadas neoplasias. Além disso, o alívio momentâneo dos sintomas encobre a doença de base que passa despercebida e pode, assim, progredir ao óbito (VILARINO et al., 1998).

A automedicação, bem como o crescente e, muitas vezes, abusivo, errôneo e indiscriminado número de prescrições, está ocorrendo mundialmente. No Brasil, a partir de 1980, tem-se tentado mudar a política de medicamentos pelas medidas adotadas pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos. Dentre as principais medidas que de imediato foram adotadas, temos a rígida restrição do licenciamento de associações medicamentosas e a implantação de normas que cobrem as principais necessidades do Brasil na área de medicamentos como formulário de cadastro de produtos, nomes genéricos de substâncias farmacologicamente ativas, bula padrão, entre outros (SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988).

Estudos de base populacional sobre a Prevalência e os fatores associados à automedicação são raros. Em dois povoados do Sul da Bahia, verificou-se uma prevalência de automedicação igual a 74,0%, tendo sido os antibióticos, antihelmínticos

e antimicóticos os medicamentos não prescritos mais consumidos. Em um município de médio porte do Rio Grande do Sul (Santa Maria), encontrou-se uma prevalência de 53,3% de automedicação, tendo sido os analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não esteróides os medicamentos mais consumidos (49,2%), (LOYOLA FILHO et al., 2002).

Segundo Tourino et al. (2008) armazenar medicamentos nos domicílios é uma prática comum no Brasil e em outras partes do mundo, podendo representar um potencial risco para o surgimento de agravos à saúde. A farmácia domiciliar, frequentemente depositada em ambientes e recipientes inadequados, propicia diversas possibilidades de consumo irracional e desperdício, incluindo a facilitação da automedicação não responsável, bem como o aumento do risco de exposições tóxicas não intencionais (principalmente em crianças pequenas) e intencionais. Embora a “automedicação responsável” (consumo de medicamentos que não requer prescrição médica para tratamento sintomático) possa, eventualmente, reduzir a “pressão” no sistema de saúde onde ele é de difícil acesso, tal procedimento é contestado e não isento de riscos.



Segundo Simões et al. (2000) a planta medicinal utilizada em medicamentos é um xenobiótico, isto é, um produto estranho ao organismo humano, nele introduzido com finalidades terapêuticas. Como todo corpo estranho, os produtos de sua biotransformação são potencialmente tóxicos e assim devem ser encarados até

prova em contrário.

Segundo Pierce (1975) que “a sociedade de consumo, ao mesmo tempo em que promove, por todos os seus canais de comunicação, a idéia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético; por outro lado, oferece a solução mágica na ponta dos dedos: os comprimidos”.

O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil da automedicação de adolescentes na faixa etária de 15 a 20 anos das escolas da rede estadual de ensino médio e fundamental da cidade de Patos-PB, bem como promover a conscientização e a formação de um senso crítico a respeito do tema abordado.

MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi desenvolvido no município de Patos – PB, tendo como público alvo alunos do ensino fundamental e médio da rede pública, restringindo-se a zona urbana. Havendo dois momentos, o primeiro consistiu na coleta de dados em farmácias e mercados populares que teve como instrumento um questionário fechado e aberto no qual recolhia informações sobre a procura de medicamentos sem prescrição médica, quais os fármacos mais solicitados, o motivo do uso, a origem da recomendação do medicamento solicitado e se estes estabelecimentos realizavam a comercialização nestas condições.

No segundo momento, foram incluídos 131 alunos de três escolas da rede municipal de patos, sendo 78 mulheres e 53 homens para os quais foram apresentadas palestras educativas em uma linguagem simples e adequada ao nível sócio-cultural dos mesmos, utilizando um aparelho data show e um notebook para que assim ocorresse uma maior interação entre os alunos extensionistas e os ouvintes, culminando em um melhor resultado de trabalho. Foram abordados



temas como os riscos da automedicação, enfatizando os principais efeitos colaterais dos medicamentos mais consumidos nas farmácias da cidade.

Concomitantemente, foram aplicados 131 questionários a todos os integrantes das palestras. Os questionários foram compostos também de perguntas fechadas e abertas para mensuração das variáveis dependentes (automedicação) e independente (sexo, idade e motivação), além de apresentar questões de verificação para a checagem da qualidade das informações prestadas.

A análise dos dados foi realizada manualmente mediante as estatísticas recolhidas, de forma isolada as respostas foram quantificadas e comparadas por sexo.

RESULTADOS

Num total de 131 entrevistados, realizados em três escolas da rede pública de Patos-PB, 78 foram respondidos por mulheres com média de idade de 19,8 e 53 por homens com média de idade de 17,5.

Dentre as perguntas feitas obteve-se que 95% das mulheres já usaram ou compraram medicamentos sem receita médica, resultado bastante semelhante para os homens que foi de 96%, conforme pode ser visto no Gráfico 1 e 2.



Gráfico 1: Percentual de mulheres que usaram ou compraram medicamentos sem receita médica

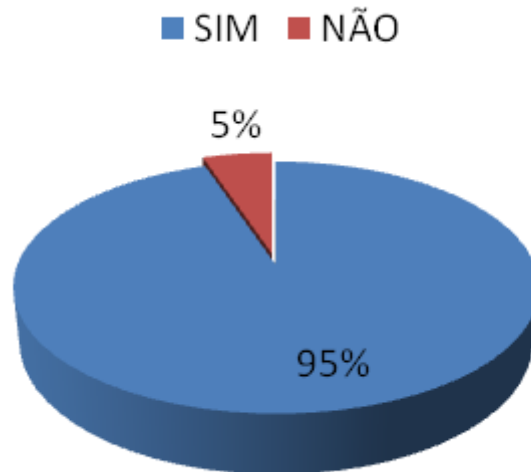
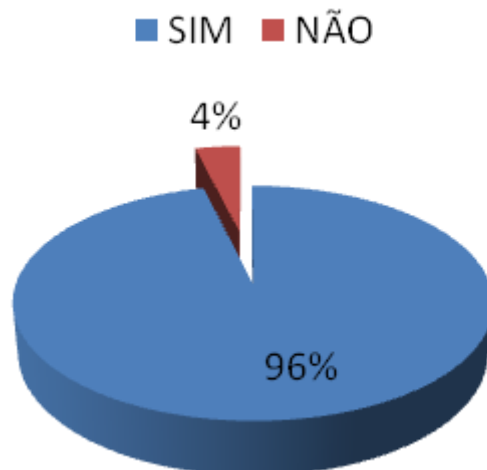


Gráfico 2: Percentual de homens que usaram ou compraram medicamentos sem receita médica



Observou-se também que 60% das mulheres aconselharam-se com o farmacêutico ou balconista e 62% dos homens igualmente optaram por uma instrução do vendedor do medicamento, seja esta em relação ao preço ou outra marca comercial (Gráfico 3 e 4).

Gráfico 3: Percentual de mulheres que já aconselharam-se com o farmacêutico ou balconista

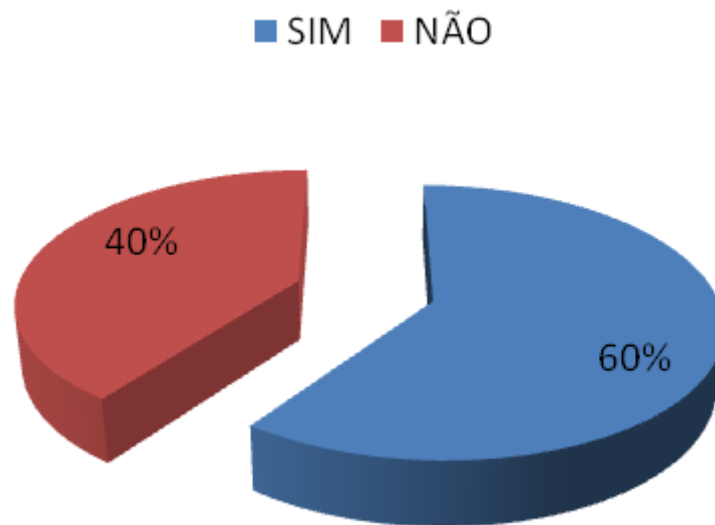
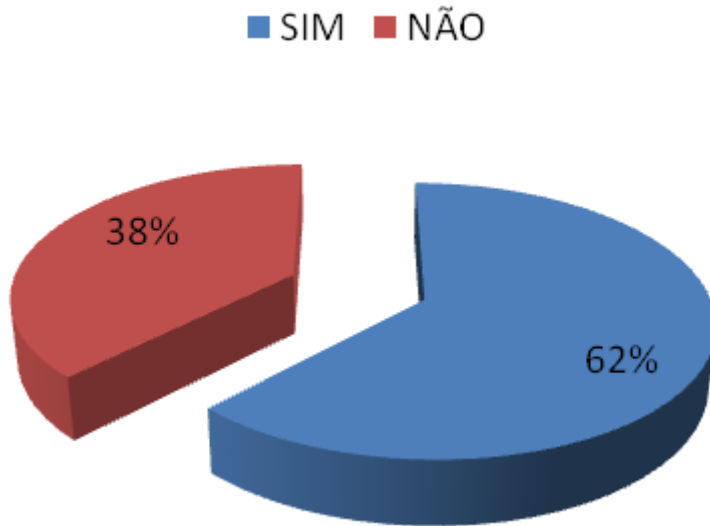


Gráfico 4: Percentual de homens que já aconselharam-se com o farmacêutico ou balconista



No entanto 60% dos homens e mulheres receberam conselhos não solicitados (Gráfico 5 e 6).

Gráfico 5: Percentual de homens que já receberam conselhos não solicitados na farmácia

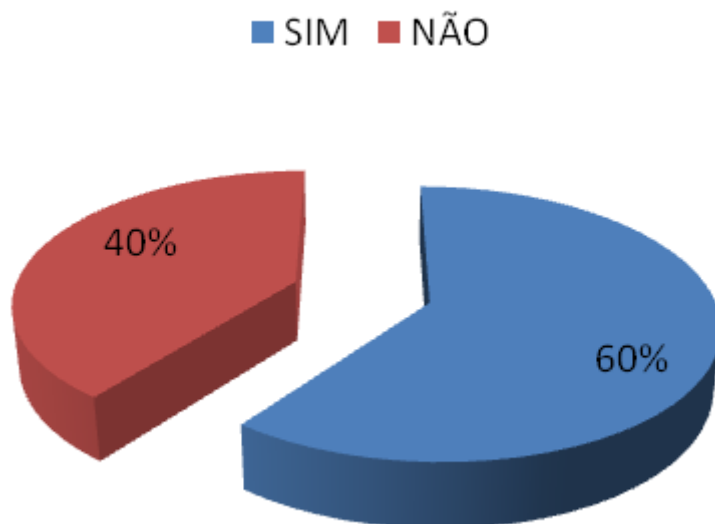
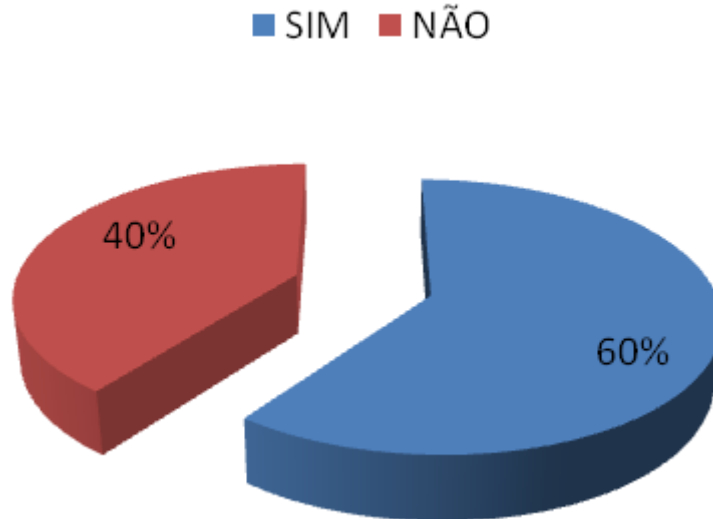


Gráfico 6: Percentual de mulheres que já receberam conselhos não solicitados na farmácia



Em relação a parâmetros como o uso de receitas antigas, 52% das mulheres fizeram uso desta, com uma diminuição de 10% em relação aos homens que foi de 42% (Gráfico 7 e 8).



Gráfico 7: Percentual de mulheres que já se basearam em receitas antigas

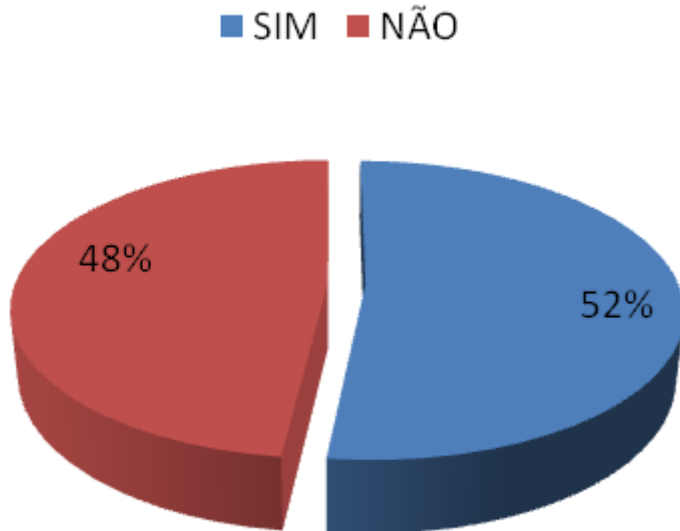
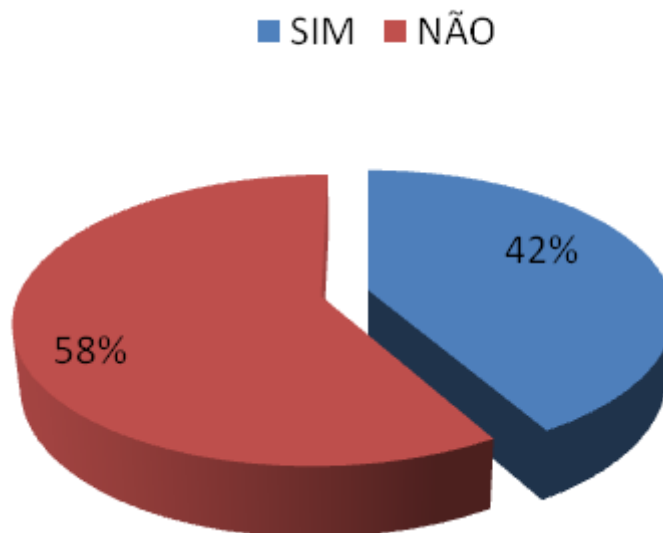


Gráfico 8: Percentual de homens que já se basearam em receitas antigas



Sendo a bula um importante apoio de orientação, quanto a utilização destas as repostas obtidas foram positivas, 53% dos homens e 64% das mulheres seguem as instruções da bula (Gráfico 9 e 10).

Gráfico 9: Percentual de homens que seguem as instruções da bula

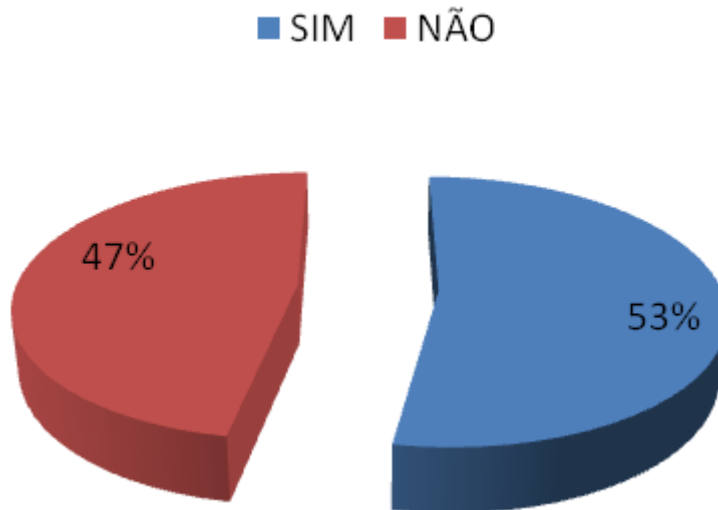
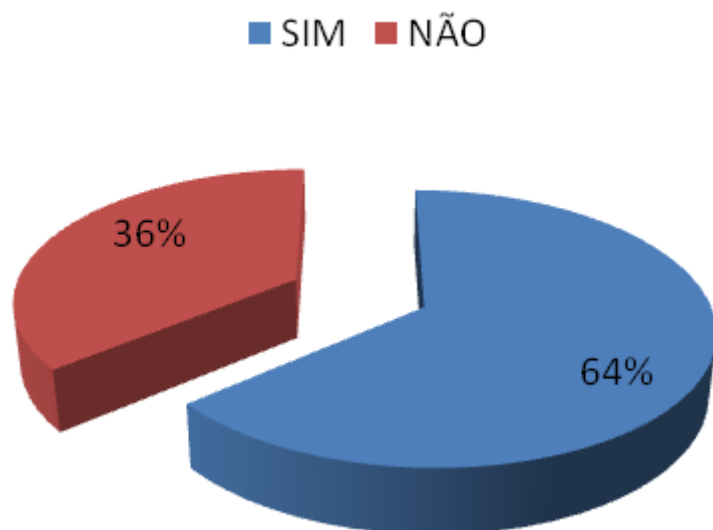


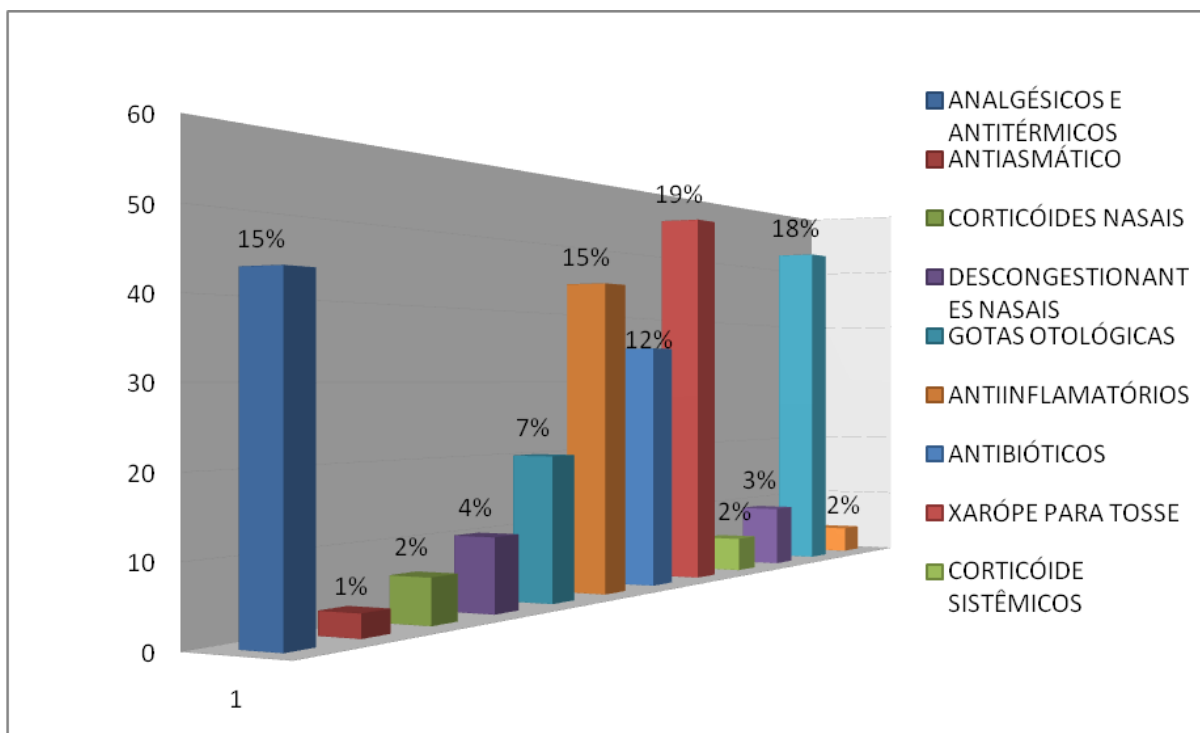
Gráfico 10: percentual de mulheres que seguem as instruções da bula



Quanto aos medicamento mais utilizados pelas mulheres foram que 19% era xarope para tosse, 18% remédios para resfriados, 15% analgésicos e antitérmicos, 15% antiinflamatórios, 12% antibióticos, 7% gotas otológicas, 4% descongestionante nasal, 3% antialérgicos, 2% corticóides nasais, 2% corticóides sistêmicos, 2% outros medicamentos e 1% antiasmático (Gráfico11).



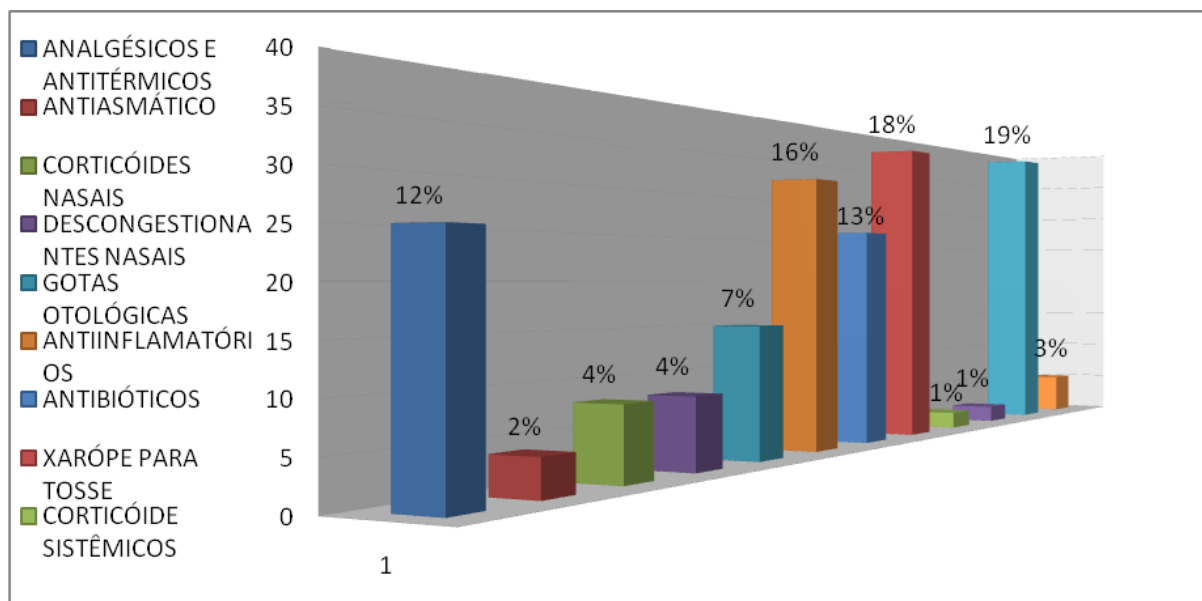
Gráfico 11: Percentual de medicamentos mais utilizados por mulheres



Os medicamentos mais utilizados pelos homens são 19% remédios resfriados, 18% xarope para tosse, 16% antiinflamatórios, 13% antibióticos, 12% analgésicos e a antitérmicos, 7% gotas otológicas, 4% corticóides nasais, 4% descongestionantes nasais, 3% outros medicamentos, 2% antiasmáticos, 1% corticóides sistêmicos e 1% antialérgicos (Gráfico 12).



Gráfico 12: Percentagem de medicamentos mais utilizados por homens



Além do aconselhamento com o farmacêutico ou balconista, 68% dos homens e 63% das mulheres pediram opinião a terceiros. Quanto aos homens 19% aconselharam-se com o vizinho, 38% com algum parente, 23% com um amigo e 6% outras pessoas. Das mulheres 24% optaram pelo vizinho, 19% com o parente, 23% com um amigo e 5% com outras pessoas.

Outro fator avaliado foi a duração do uso dos medicamentos, quanto aos homens 21% usaram por um dia, 15% durante 2 dias, 30% de 3 à 5 dias e 32% mais de 5 dias. As mulheres 19% por um dia, 9% durante 2 dias, 28% de 3 à 5 dias e 30% mais de 5 dias.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que a automedicação no município de Patos é praticada principalmente por homens (96%). Entre estes, observou-se que 62% já se aconselharam com o balconista ou farmacêutico. Com relação as mulheres, os valores apresentados foram semelhantes ao dos homens, correspondendo a 95% as que praticavam



automedicação, sendo que 60% destas já receberam orientação. O referente estudo apresentou resultado diferente do apresentado em pesquisas realizadas por Arrais et al. (1997) e Vilarino et al. (1998) em que a prática da automedicação foi mais prevalente em mulheres.

A escolha de medicamentos foi baseada na recomendação de pessoas leigas, como parentes ou conhecidos, vizinhos, amigos e outros. Os homens foram aconselhados principalmente por parentes (38%), seguido de amigos (23%), já as mulheres foram influenciadas basicamente por vizinhos (24%) e por amigos (23%). Segundo Simões e Farache Filho (1988) uma automedicação de (19,8%) foi atribuída à orientação de pessoas do relacionamento do paciente (9,1%) ou a uma escolha pessoal (10,7%). Estas constituem, na realidade, fontes secundárias, ficando encoberta a fonte original que gerou o conhecimento e influenciou sobre a seleção do remédio (médico, farmacêutico ou meio de comunicação de massa).

Esses resultados podem estar relacionados a fatores econômicos, políticos e culturais que têm contribuído para o crescimento e a difusão da automedicação no mundo, tornando-a um problema de saúde pública, haja visto, que a disponibilidade de produtos no mercado gera maior familiaridade do usuário leigo com os medicamentos, além de que, compartilhar medicamentos com outros membros da família ou outros moradores do domicílio e utilizar sobras de medicamentos (prescritos ou não) guardados no domicílio são duas modalidades de automedicação que podem ser favorecidas por um maior número de moradores do domicílio (Alexandri et al., 2012).

Outro dado relevante que foi avaliado consistiu na influência de prescrições anteriores, 42% para homens e 52% para mulheres, dados superiores aos encontrados por (SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988). Leite et al., (2008) citam que uma das formas mais relatadas pelos usuários de "indicação" do medicamento para sua utilização é uma prescrição médica para um episódio anterior, com 47% das prescrições atendidas em farmácias na Argentina. O uso de receitas antigas pode estar relacionado á dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, bem como a falta de disponibilidade á procura dos devidos serviços. No entanto, um estudo realizado no Canadá, verificou que a automedicação era mais frequente entre aqueles que usavam serviços de saúde com mais frequência, ao passo que em outro trabalho o oposto foi observado. Alguns autores consideram que a existência de associação negativa entre a automedicação e o uso de



serviços de saúde seria um indicador de que o consumo de medicamentos sem receita substituiu a atenção formal à saúde (Alexandri et al., 2012).

Grande parte dos medicamentos foram adquiridos para uso familiar, o que é compreensível do ponto de vista econômico, mas possibilita problemas tais como inadequação e incompletude dos tratamentos, resistência bacteriana e contaminação cruzada de pessoas da família pelo uso de colírios, gotas nasais e outros (ARRAIS et al., 1997; VILARINO et al., 1998)

Quanto ao tipo de medicamento utilizado pelos homens, houve uma predominância do uso de gotas oftálmicas (19%) que possui forma farmacêutica de difícil uniformização e apresenta a necessidade de lavagem das mãos antes e após o uso para evitar o risco de contaminação cruzada, o que é desconhecido pela maioria dos pacientes que se automedicam. Os antiasmáticos corresponderam a 18%, sendo bastante preocupante, pois segundo recomendações atuais, o tratamento da asma leva em conta dois domínios: limitação funcional e risco. Em seguida os analgésicos e antitérmicos representam 13%, o que é um fato comum tanto na automedicação praticada no Brasil como em outros países (ARRAIS et al., 1997; BI et al., 2000; LOYOLA FILHO et al., 2002), devido a ocorrência de sintomas considerados simples como a presença de cefaléia, que requerem rápida resolução. Já as mulheres, apresentaram uma maior procura por antiasmáticos (19%), seguido de analgésicos e antitérmicos (18%), que está relacionado principalmente a queixa de sintomas como cólicas abdominais durante o período menstrual, cefaléia, dor no corpo e outros. Vilarino et al. (1998) citam que dos medicamentos utilizados na automedicação 49,2% pertenciam ao grupo de analgésicos/antitérmicos/antiinflamatórios não esteroides (AINES) e que a cefaleia foi a principal queixa motivadora da automedicação (28,8%), seguida por sintomas respiratórios (14,7%) e digestivo (9,6%). Com relação a duração dos medicamentos utilizados, 32% dos homens e 29% das mulheres fizeram uso da automedicação por mais de 5 dias.

Em alguns países, a prática da automedicação é vista como forma de reduzir os custos com o sistema de saúde. Ações são necessárias para avaliar cuidadosamente a relação risco/benefício dessa prática e os medicamentos passíveis de serem disponibilizados sem prescrição, objetivando a promoção e a proteção à saúde individual e comunitária. Entre os profissionais de saúde, o farmacêutico tem o papel de orientar a população quanto ao uso



correto dos medicamentos sendo desta forma um profissional de extrema importância na elaboração e implementação de medidas que tenham como objetivo este fim. Nascimento (2003) lista que os prejuízos e riscos mais frequentes da automedicação são: gastos supérfluos, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequada, reações alérgicas, intoxicação, agressões ao sistema digestivo, entre outros.

López e Kroeger (Apud ARRAI, 1998) em estudo com intervenções educativas, demonstraram a dificuldade de modificar os hábitos da população em relação aos medicamentos, enfatizando a necessidade de conhecer o valor simbólico e expectativas associadas ao medicamento. Mudanças no modo de utilizar medicamentos somente são viáveis quando se radicam em ações educativas prolongadas, uma vez que o desmonte e reestruturação da carga simbólica vinculada aos medicamentos exige tempo.

Tais resultados reforçam a necessidade de se informar a população sobre o uso adequado de medicamentos, além de medidas cabíveis que garantam a oferta de produtos necessários, eficazes, seguros e de preço acessível.

CONCLUSÕES

A automedicação é uma prática extremamente nociva à saúde, sendo utilizada entre os povos desde a antiguidade. Esse fato se dá devido à impossibilidade de acesso aos atendimentos médicos, questões financeiras, hábito de querer solucionar os problemas de saúde, ainda que tenham poder aquisitivo para tal. Outro fato que pode estar fortemente associado é a falta de estrutura no sistema de saúde. As propagandas também contribuem decisivamente no que refere à automedicação, ocasionando problemas de saúde para as pessoas.

A desinformação com relação aos riscos que podem ser desenvolvidos em decorrência da prática da automedicação é um fator bastante considerável, pelo fato de que são diversas as complicações que podem ser desenvolvidas, como reações alérgicas de grande proporção que podem levar o paciente à óbito. Essa desinformação a respeito da automedicação contrasta com as propagandas excessivas que estimulam desenfreadamente esta prática.



Com relação ao grau de escolaridade, observou-se que os indivíduos com baixo grau de escolaridade têm pouco ou nenhum conhecimento sobre os riscos da automedicação. No entanto, atualmente há uma tendência da prevalência da automedicação entre pessoas com maior grau de escolaridade, levando em conta que o conhecimento pode dar maior segurança a esta prática.

Pacientes hipocondríacos, poliqueixosos e sibercondríacos estão muito mais propensos a se envolverem com a automedicação e autoprescrição, principalmente com o advento da internet e as informações que esta contém sobre os mais variados tipos de doenças e tratamentos.

Portanto, conclui-se que não há como acabar com a automedicação, talvez pela própria condição humana de testar e arriscar decisões. Há, contudo, meios para minimizá-la, sendo esta a proposta do projeto.

Conseguimos proporcionar uma maior conscientização dos adolescentes, que por sua vez se mostraram bastante interessados nas atividades realizadas, apresentando muitas dúvidas, sendo o diálogo ferramenta importante no aprendizado dos mesmos. Alguns professores se interessaram pelo tema, e assim como os alunos faziam muitas perguntas, o que fica nítido a necessidade de capacitação destes para contribuir com a elucidação deste tema frente aos alunos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRI, A.M.; FOPPA, A.A.; ELTER, A.C.; CAMPOS, C.M.T.; CUNHA, H.P.; SCHERER, M.L.S.; ROVER, M.R.M.; ZANNIN, M. Atividades de educação em saúde envolvendo o uso racional de medicamentos. Escola de educação básica José Boiteux, município de Florianópolis. **Rev. Infarma**, v.24, n 4/6, p. 36-41, 2012.

ARRAIS, P.S.D.; COELHO, H.L.L.; BATISTA, M.C.D.S.; CARVALHO, M.L.; RIGHE, R.E.; ARNAL, J.M. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista Saúde Pública**, n.31, (1):71-7, 1997.



Temas em Saúde

Volume 14 Número 2

ISSN 1519-0870

BARBA, P.C.S.D; MARTINEZ, C.M.S.; CARRASCO, B.G. Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento. **Paidéia (Ribeirão Preto) [online]**. vol.13, n.26. 2003

BI, P.; TONG, S.; PARTON, K. A. Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. **Social Science Medicine**, New York, v. 50, p.1445-1450, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERASNIA, Dina.(org.) **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.15-38.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, p.143-161, 1989.

LEITE SN, VIEIRA M, VEBER AP. Drug utilization studies: a synthesis of articles published in Brazil and Latin America. **Ciência e Saúde Coletiva** v.13, p.793-802, 2008.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; GUERRA, H. L., LIM A-COSTA M.F. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.55-62, 2002.

NASCIMENTO, M.C. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?: vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003, 200p.

PAGÁN, J. A.; ROSS, S.; YAU, J.; POLSKY, D. Self-medication and health insurance coverage in Mexico. **Health Policy**, Armsterdam, v. 75, p.170-177, 2006.

PAULO LG, ZANINE AC. Automedicação no Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v.34, p.69-75, 1988

PIERCE, C.S. *Semiótica e filosofia*. Sao Paulo: Cultrix; 1975.



Perfil da automedicação no município de Patos – PB

Temas em Saúde

Volume 14 Número 2

ISSN 1519-0870

SIMÕES, C.M.O.; SCHENKEL, E. P.; GOSMANN, G.; MELLO, J. C. P.; MENTZ, L. A.; PETROVICK, P. R **Farmacognosia, da planta ao medicamento**. 2 edição. Ed, Da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000. 182p.

SIMÕES, M. J. S; FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 06, p.494-9, 1988.

TOURINO, F. S. V.; BUCARETCHI, F.; STEPHAN, C.; CORDEIRO, R. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**. 84 (5): 416-422, 2008.

VILARINO, J.F; SOARES, I.C; SILVEIRA, C.M.; RÖDEL, A.P.P.; BORTOLI, R.; LEMOS, R.R. Perfil da Automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 32 , nº 1, p. 43-9, 1998.



Perfil da automedicação no município de Patos – PB

Artigo

Qualidade de vida no trabalho: um estudo reflexivo baseado na literatura

Quality of life at work: a reflective study based on literature

Francisco de Assis Félix da Silva

Francisco de Assis Félix da Silva Filho

Fábio Formiga Nitão

Mayara Rachel Queiroga da Cunha

Resumo - Qualidade de vida no trabalho é o grande anseio do ser humano, que através dos tempos, vem sempre buscando aprimorar seus métodos e práticas de trabalho. No atual cenário das organizações, esta é uma realidade constante e várias inovações estão sempre sendo desenvolvidas, consolidadas e aplicadas visando melhorar cada vez mais as práticas organizacionais e a relação entre o homem e seu trabalho. Para que o indivíduo tenha qualidade de vida no trabalho, é necessária uma busca constante no equilíbrio de sua satisfação pessoal, do fator motivacional e de segurança no ambiente de trabalho, bem como na realização dos anseios de aquisição do bem estar material de cada trabalhador. Porém, para ser feliz, o trabalhador precisa ter saúde, satisfação consigo próprio e com seu trabalho, e tudo isso compreende qualidade de vida.

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

Abstract - Quality of Life at work is the great yearning of the human being. That through the ages, is always seeking to improve their methods and working practices. In the scenario of organizations, this is a constant reality and many innovations are always being developed, consolidated and applied increasingly to improve organizational practices and the relationship between man and his work. For the individual has quality of life at work, you need a constant search for balance in your personal satisfaction and the motivational factor of safety in the workplace as well as in achieving the aspirations of acquiring the material welfare of every worker. However, to be happy, you must have health, satisfaction with himself and his work, and all that comprises quality of life.



Qualidade de vida no trabalho

Keywords: Quality of life, work, health

Introdução

A sociedade vive uma época de transição. As modificações que ocorrem nos tempos atuais são precedidas por tumultuosas variações de costumes do indivíduo e no estabelecimento de suas prioridades pessoais e organizacionais. A qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida do indivíduo. Vida sem trabalho não tem significado. Assim sendo, na sociedade contemporânea, o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem, mais especificamente o trabalho organizacional. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é um conjunto de percepções individuais de vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vivem, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações.

Alcançar qualidade de vida esse é o grande anseio do ser humano, o que o leva buscar constantemente tudo que possa proporcionar-lhe maior bem estar, equilíbrio físico, psíquico e social, regra para se obter uma vida mais satisfatória. Profissionais de diversos segmentos dedicam-se a arte de descobrir novas formas e maneiras de obter-se o objeto deste anseio. A saúde, hoje, é determinada pelas várias condições do meio ambiente, pelas próprias condições de vida dos indivíduos e pelo equilíbrio entre fatores externos e internos do ser humano.

A qualidade de vida no trabalho, por sua vez, pode ser vista como um indicador da qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho. Trata-se de um conceito estreitamente relacionado à satisfação dos trabalhadores quanto à sua capacidade produtiva em um ambiente de trabalho seguro, de respeito mútuo, com oportunidades de treinamento e aprendizagem e com o equipamento e facilidades adequadas para o desempenho de suas funções. Um programa de qualidade de vida gera estratégias com o intuito de promover um ambiente que estimule e dê o



Qualidade de vida no trabalho

suporte necessário ao indivíduo e à empresa, conscientizando sobre como sua saúde está diretamente relacionada à sua qualidade e produtividade. Não é suficiente ter em mente mudar relevantemente o estado de saúde dos profissionais, mas também, encorajá-los a cuidarem e gerenciarem sua própria saúde, adquirindo um ganho substancial na sua satisfação e crescimento, assim como no aumento de produção e redução de custos para a empresa tais como: Melhoria da produtividade, empregados mais alertas e motivados, melhoria da imagem corporativa, menor absenteísmo, melhoria das relações humanas e industriais, baixas taxas de enfermidade, melhoria da moral da força de trabalho, redução em letargia e fadiga.

Observando o contexto anterior as mudanças provocadas no mundo competitivo e moderno empurra o trabalhador para conviver com estresse tão comum nos dias de hoje, e assim adquirir com facilidade as denominadas doenças ocupacionais, caminho adverso a qualidade de vida, portanto, o que se pretende neste artigo clínico escolhido, diante de uma temática convidativa aos problemas de saúde pública é encontrar subsídios necessários e respostas a essa grande problemática, daí a opção pelo conteúdo, mediante a preocupação dos autores surge o seguinte questionamento: Diante das condutas de qualidade de vida exposta por alguns autores, que reflexão podemos realizar alusivas a qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Para orientar o processo de desenvolvimento do estudo foi elaborado como objetivo discutir a partir de artigos científicos atuais a qualidade de vida no ambiente ocupacional.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de material já elaborado, construído principalmente a partir de leituras em livros, revistas, artigos científicos e jornais impressos (GIL, 2002). A pesquisa bibliográfica é que se efetiva tentando-se resolver um problema ou adquirir conhecimento a partir do emprego



Qualidade de vida no trabalho

predominante de informações provenientes de material gráfico, sonoro ou informatizado (PRESTES, 2003).

Foram realizados buscas de textos, monografias, dissertações, teses e artigos científicos nos principais sítios da internet como Scielo, Portal CAPES, SCIRUS e a biblioteca da Faculdade Santa Emília de Rodat. Sempre seguindo os padrões propostos para uma revisão bibliográfica, caminhamos a priori buscando fontes, sequencialmente, selecionando o material lido, realizando fechamentos, resenhas críticas, coadunar idéias, se esquecer evidentemente as anotações nas referências.

Análise e Discussão

De acordo com estudos de (Rodrigues, 1994) a qualidade de vida no trabalho teve início na década de 50 com estudos de *Eric Trist* na Inglaterra, cujo objetivo era tornar a atividade dos trabalhadores menos penosa. Para tanto, utilizou-se da tríade indivíduo-trabalho-organização. Nos Estados Unidos o tema ganhou dimensão nos anos 70. No entanto, esta época foi tomada por uma grande crise mundial, obrigando as empresas a deslocarem para segundo plano os anseios dos trabalhadores, visto que tinham que manterem-se vivas. Já no Brasil, os programas de Qualidade de Vida no Trabalho tiveram seu reconhecimento na década de 90, juntamente com abertura do mercado brasileiro.

A preocupação com a qualidade de vida tem se tornado crescente nas últimas décadas. A visão holística do homem como ser biopsicossocial passa a ganhar espaço, inclusive no ambiente empresarial. Esta reflexão se fortalece a partir da percepção de que o desempenho dos trabalhadores está fortemente relacionado com a sua qualidade de vida. Vivemos numa sociedade em mudanças e num momento excitante para as organizações. A sociedade percebe



Qualidade de vida no trabalho

que a qualidade de vida e a saúde são ativos importantes, envolvendo dimensões física, intelectual, emocional, profissional, espiritual e social. Práticas inadequadas no ambiente de trabalho geram impacto negativo na saúde física e emocional dos trabalhadores e na saúde financeira das empresas. Baixa motivação, dispersão, redução de produtividade e alta rotatividade, criam uma energia negativa que repercute na família, na sociedade e no sistema médico. Ressalte-se que, vivemos e trabalhamos numa sociedade do futuro, mas continuamos a usar instrumentos do passado.

O mundo está mudando, transformando-se, evoluindo e a tão decantada globalização da economia está se processando, estimulando a livre concorrência, impondo novas regras ao mercado. O desenvolvimento tecnológico impulsiona a todo instante o aumento da produtividade com maior qualidade e menor custo e a sobrevivência das empresas depende da capacidade de absorver e processar essas mudanças transformando-as em insumo competitivo com rapidez. No setor público o funcionário é impelido a buscar outro perfil, mais flexível e rearticulado. Através dos tempos, o homem vem sempre buscando aprimorar os seus métodos e práticas de trabalho. No cenário das organizações, esta é uma realidade constante e várias inovações estão sempre sendo desenvolvidas, consolidadas e aplicadas visando melhorar cada vez mais as práticas organizacionais e a relação entre o homem e seu trabalho. No entanto, estas mudanças não ocorreram somente neste âmbito.

Conforme (RODRIGUES, 1995). O interesse do homem em melhorar sua qualidade de vida no trabalho (QVT) não é recente, essa aspiração vem ocorrendo desde os primórdios da humanidade. Com outros títulos, outras justificativas, porém sempre visando a facilitar, satisfazer e trazer bem-estar ao trabalho no desenvolvimento de suas atividades. Isto não ocorre ao acaso, já que o ser humano passa a maior parte de suas horas úteis do dia no trabalho, e que umas boas ou más qualidades das experiências aí vivenciadas repercutem no próprio trabalho e se expandem para as demais dimensões da vida.



Qualidade de vida no trabalho

De acordo com (BUENO, 1999) é fato que o ser humano possui sentimentos, ambições; cria expectativas, buscando sempre o melhor para si e para o seu ambiente de trabalho. Além de que não trabalha pelo simples fato de receber seu salário no fim do mês, o ser humano busca integridade, reconhecimento e crescimento. Para isso um ambiente de trabalho agradável e que supere suas expectativas são fundamentais para que a sua qualidade de vida seja adequada. Isto se traduz em humanismo e não em apenas produtividade.

A qualidade de vida no trabalho para (KANAANE, 1999) apresenta forte vínculo com o desenvolvimento organizacional e dirigido aos aspectos de satisfação no cargo e valorização do trabalho. Considera que as condições indicadoras da QVT são: compensação justa e clara, crescimento e segurança, autenticidade (autonomia, autocontrole), relevância social, total espaço de vida do indivíduo (vida fora da organização), e meta para a auto-realização.

Os trabalhadores cada vez mais encontram-se frente a frente com uma realidade, onde o ritmo das transformações se intensifica a cada dia, as mudanças são implantadas rapidamente e o tempo de adaptação a estes processos se torna menor. Isto faz com que eles se encontrem diante de diferentes situações, que incluem um ambiente com novas demandas e atividades no âmbito de muitas profissões estas, geralmente definidas como estratégicas, passam agora a investir cada vez mais na capacidade de produção de inovações e soluções rápidas para os possíveis imprevistos e para as mais diversas situações. Os profissionais devem procurar aumentar a sua capacidade de assimilar conhecimentos de diversas áreas, possuir rapidez tanto na análise dos problemas, como na tomada de decisão e soluções, em sistemas mais complexos constituídos de máquinas e pessoas. (DUBAR, 1998).

O investimento no capital humano, além de uma exigência, traz um enorme retorno ao nível da qualidade e produtividade da empresa. A organização do ambiente de trabalho é um dos fatores importantes para a melhor da qualidade de vida do trabalhador, o qual vive grande parte de sua vida voltada a funções operacionais, que de alguma forma interfere no seu estado de saúde. O modo operatório deve obedecer a determinadas normas, assim a NR 17 do Ministério



Qualidade de vida no trabalho

do Trabalho, veio estabelecer que o empregador necessitasse realizar análises ergonômicas do posto de trabalho avaliando as características psicofisiológicas do indivíduo frente ao ambiente de trabalho. É verdade que a qualidade de vida não inclui somente os fatores diretamente relacionados à saúde, tais como bem estar físico, funcional, emocional, bem-estar mental, mas, também, elementos como trabalho, amigos e outras circunstâncias de vida.

A legislação vigente, certamente, não é suficiente para garantir qualidade de vida ou produzir um ambiente mais humanizado. As necessidades mais básicas e aspirações mais altas do trabalhador devem ser atendidas, coisa que apenas uma análise ergonômica do trabalho não permitirá. Com essa análise é possível identificar o trabalho, descrever os modos operatórios, os agravantes, as comunicações, o coletivo do trabalho, as competências requeridas pelas funções e as competências empregadas. Qualidade de vida é mais que o cumprimento de uma norma. Apregoa-se que as organizações devem humanizar o trabalho. Todavia os indícios não convergem para tal revolução.

Conclusão

Conclui-se, que a qualidade de vida está ligada a vários fatores que influenciam o lado físico e psicossocial do ser humano pode-se destacar ainda, que, para o indivíduo ter qualidade de vida no trabalho é necessário uma busca constante no equilíbrio de sua satisfação pessoal, do fator motivacional e de segurança no ambiente de trabalho, bem como na realização dos anseios de aquisição do bem estar material de cada trabalhador. Porém, para ser feliz, é necessário ter saúde, satisfação consigo próprio e com seu trabalho, e todo esses fatores convergentes.

Referências

CAMPOS, V. F. **TQC - Controle de qualidade total**. 2. ed. São Paulo: Bloch Editores, 1992.



Qualidade de vida no trabalho

COLEMAN, V. **Técnicas de controle de estresse:** como administrar a saúde das pessoas para aumentar os lucros. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNEN). **Apostila educativa:** radiações ionizantes e a vida. Rio de Janeiro, 2004.

COUTO, Hudson de Araújo. Ergonomia aplicada ao trabalho: o manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: Ergo, 1995.

DEJOURS, Cristophe et al. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia.** 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERNANDES, Eda Conte. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

NASCIMENTO, Nivalda Marques do; MORAES, Roberta de Azevedo Sanches. Fisioterapia nas empresas: saúde x trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Taba Cultural, 2000.



Artigo

**Avaliação dos fatores relacionados ao refluxo gastro-esofágico em estudantes do curso de
biomedicina de uma instituição de ensino superior**
**Evaluation of factors related to gastro-esophageal reflux in life sciences course students of
a higher education institution**

Diego Oliveira Melo¹

Tarcio C. B. Amaral²

Jorge Luis S. Araújo-Filho³

Resumo - O refluxo gastro-esofágico (RGE) é uma patologia que apresenta como característica marcante a passagem involuntária do conteúdo gástrico para o esôfago resultando em agressões no trato gastrointestinal superior, além de alterações no sistema respiratório gerando não só um desconforto a curto prazo, e podendo evoluir para graves problemas no decorrer da vida. A alimentação exerce grande influência na saúde dos indivíduos, assim uma alimentação adequada além de um estilo de vida saudável, é comprovadamente um dos fatores que influenciam no desenvolvimento de patologias, como o refluxo gastro-esofágico. Diante da importância dessa patologia, buscamos obter informações sobre a incidência do refluxo gastro-esofágico, especificamente nos alunos do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos- PB, para traçar estratégias de medidas preventivas, visando à diminuição dessa alteração. A partir dos resultados obtidos na pesquisa pode-se observar que houve uma incidência de 68% em relação ao sintoma clássico da Doença do Refluxo Gastro-esofágico, onde este sintoma está sendo provocado tanto por uma má alimentação, (ingestão de frituras, álcool, café e refrigerante), como também pelo hormônio do estresse (o cortisol que é liberado por pessoas estressadas, nervosas e agitadas), associado à falta de um descanso acima de 8 horas o que é recomendado para uma vida saudável.

Palavras-chaves: Trato Gastro-intestinal; Educação em Saúde Refluxo; Gastro-esofágico.

¹ Bacharel em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP Email: diegoliveira_06@hotmail.com

² Bacharel em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP

³ Biólogo. Doutor em Biologia. Docente do Curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos - FIP



Abstract - Gastro-oesophageal reflux (GERD) is a condition that presents as a hallmark to involuntary passage of gastric contents into the esophagus resulting in assaults on upper GI tract, in addition to changes in the respiratory system generating not only a short-term discomfort, and can develop into serious problems in the course of life. The food has great influence on the health of individuals, so a proper nutrition and a healthy lifestyle, has proven to be one of the factors that influence the development of diseases such as gastrointestinal reflux esophagi. Given the importance of this pathology, we seek information about the incidence of gastro-oesophageal reflux, specifically in the life sciences students of the Faculdades Integradas de Patos-PB, to plot strategies for preventive measures, in order to decrease this change. From the results obtained in the research it can be observed that there was a positive result for the risk factors of GERD, with an incidence of 68%, being that these risks are being caused by a poor diet, intake of fried foods, alcohol, coffee and soda, but also by stress hormone cortisol that is released by stressed, nervous and agitated people, associated with the lack of a break up 8h what is recommended for a healthy life.

Keywords: Gastro-intestinal tract; Health education; Gastro-oesophageal Reflux.

Introdução

A alimentação exerce grande influência na saúde dos indivíduos, assim uma alimentação adequada além de um estilo de vida saudável, é comprovadamente um dos fatores que influenciam no desenvolvimento de patologias, como o refluxo gastro-esofágico. (MADRUGA et al., 2012).

O refluxo gastro-esofágico (RGE) é uma patologia que apresenta como característica marcante a passagem involuntária do conteúdo gástrico para o esôfago resultando em agressões no trato gastrointestinal superior, além de alterações no sistema respiratório gerando não só um desconforto a curto prazo, e podendo evoluir para graves problemas no decorrer da vida. É uma patologia muito freqüente, sendo a afecção orgânica mais comum no tubo digestivo (LOBO et al., 2010).



Podendo ser do tipo fisiológico (RF) denominado benigno, onde qualquer pessoa sadia poderá apresentar principalmente no período pós-prandial e não acarreta desenvolvimento de patologias secundárias, e o patológico (RP) se não tratado acarretará complicações graves de longa evolução. Essas complicações podem ser: Digestivas, Como Pirose, Regurgitação, Disfagia, Saciedade precoce, Odinofagia, Dor torácica, Náuseas, Vômitos entre outras. Respiratórias, Dispnéia, Tosse, Broncospasmo, Morte súbita infantil, Asma, Fibrose pulmonar, Apnéia do sono entre outras (CAMBOIM et al., 2012).

A DRGE pode ser desenvolvida de inúmeras formas como: Uma má alimentação, alimentos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas, refrigerantes, Repouso menor que 8 horas diária, Ansiedade, agressividade, stress (DUAILIBI et al., 2008). Sabe-se que a DRGE é uma anormalidade clínica que cada vez mais assume importância na saúde coletiva, e sua incidência aumenta exponencialmente, é uma afecção que causa diversas complicações, que vem intrigando os pesquisadores, na busca de elucidar alguns questionamentos, como: porque a incidência da DRGE esta em uma escala crescente, e quais fatores estarão provocando esta afecção?

Diante da importância dessa patologia, buscamos obter informações sobre a incidência do refluxo gastro-esofágico, especificamente nos alunos do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos- PB, para traçar estratégias de medidas preventivas, visando à diminuição essa alteração.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa de opinião relacionada aos fatores desencadeadores do refluxo gastro-esofágico nos estudantes de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos, localizado na cidade de Patos no Estado da Paraíba.



Avaliação dos fatores relacionados ao refluxo gastro-esofágico

A população foi constituída por estudantes de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos – FIP, onde totalizam em 400 estudantes e a amostragem foi constituída por 100 voluntários que aceitarem fazer parte da pesquisa, considerando tal amostragem equivalente a 25% do total da população.

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi ser aluno do curso de Biomedicina das FIP, e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (. Já como critérios de exclusão usou-se; não ser matriculado no curso, ou não aceitar participar da pesquisa.

Para coleta de dados foram aplicados questionários (APENDICE C) para os estudantes de Biomedicina das Faculdades integradas de Patos-PB, contendo 7 perguntas objetivas.

Os dados da amostra foram analisados, e confeccionados gráficos utilizando o software Microsoft Excel.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa ser preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos.

Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinarem o TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.



Resultados e Discussão

No curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos – PB existem aproximadamente 400 alunos matriculados onde a pesquisa foi feita por meio de um questionário analisando a opinião de 100 alunos, questionário este contendo perguntas objetivas sobre, o sexo do entrevistado, se apresenta sinais de azia e com qual frequência, se possui uma alimentação saudável, qual a frequência que se alimenta ou ingeri frituras, bebidas alcoólicas, café e refrigerante, quantas horas dorme por dia, se considera uma pessoa calma, nervosa, agressiva, esses fatores podem desenvolver com o passar do tempo o RGE.

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma das afecções mais frequentes na prática médica. A enfermidade agrupa, sob a mesma denominação, apresentações clínicas tão distintas como a pirose ocasional, a tosse crônica e a asma (CARVALHAES et al., 2012). Sendo que quase a metade dos pesquisados conheciam possuir a DRGE, mas não sabiam os efeitos que a mesma poderia desencadear além das doenças secundárias.

No estudo foram entrevistados 100 estudantes, onde 68% afirmaram possuir o sintoma clássico do RGE que é a presença de Azia.

A azia é a sensação de queimação, que tem início na parte posterior do [esterno](#) e que se propaga, até a [faringe](#), fazendo-se acompanhar de [eructação](#) com acidez e aumento da [salivação](#) (PEREIRA, 2009).

Quanto ao relato de azia, entre os sexos, observou que o sexo feminino apresentou uma incidência maior em relação ao sexo masculino, foram entrevistados 53 mulheres e 47 homens sendo que das 53 mulheres entrevistadas 71,6% delas relataram apresentar azia, e dos 47 homens 63,8% deles relataram esse sintoma.

O RGE é uma patologia sem predisposições por raça, cor ou sexo. Estudos apontam que ela está mais presente em crianças, na presente pesquisa, aponta um alto índice predominante do sexo feminino, no qual a classe não é um fator de risco, podendo assim está relacionada com a alimentação e o estilo de vida (MADRUGA et al., 2012).



Os resultados mostraram que 33% dos entrevistados relataram sentir azia esporadicamente e também confirmaram não fazer um tratamento adequado (figura 1).

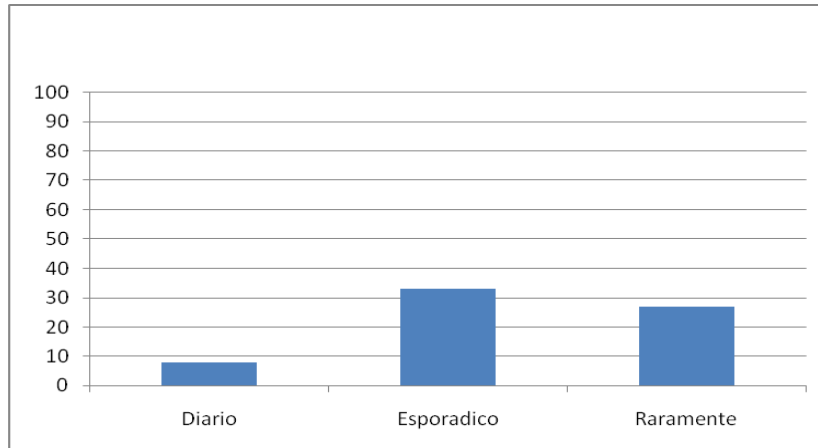


Figura 1: Frequência da presença de azia nos estudantes.

Hábitos alimentares, não saudáveis, adquiridos e consolidados na adolescência, possuem forte potencial de perpetuação na vida adulta. Uma alimentação adequada e atividade física regular são comprovadamente fatores protetores contra diversas doenças crônicas, sendo que a manutenção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância e ao longo da vida é um dos requisitos para uma vida saudável (NEUTZLING et al., 2007).

Alimentos como chocolate, refrigerantes, bebidas alcoólicas, frituras e café, podem influenciar no desenvolvimento do RGE, por exemplo, o chocolate é uma ameaça, pois ele contém cafeína que causam refluxo, é rico em gordura que provoca refluxo. Os refrigerantes e outras bebidas gaseificadas são algumas das principais causas de refluxo ácido. As bolhas de carbonatação expandem dentro do estômago, e o aumento da pressão intragástrica contribui para o refluxo. Já as frituras por sua vez são as causas mais reconhecidas do refluxo. Também é o alimento mais frequentemente associado com azia, isso tudo por seu alto teor de gordura, pois não só a gordura como a cafeína compromete a mucosa gástrica causando assim o refluxo (CAMBOIM et al., 2012).



Entre o esôfago e o estômago, existe uma válvula que se abre para dar passagem aos alimentos e se fecha imediatamente para impedir que o suco gástrico penetre no esôfago, pois a mucosa que o reveste não está preparada para receber uma substância tão irritante. O álcool causa o refluxo porque ele relaxa a válvula, impedindo-a de fazer sua função (MADRUGA et al., 2012).

Também foi pesquisado sobre a ingestão de alimentos como frituras, bebidas alcoólicas, café e refrigerantes, e qual a frequência semanal que ingere esses alimentos (Figura 2), além de questionado também sobre uma alimentação saudável.

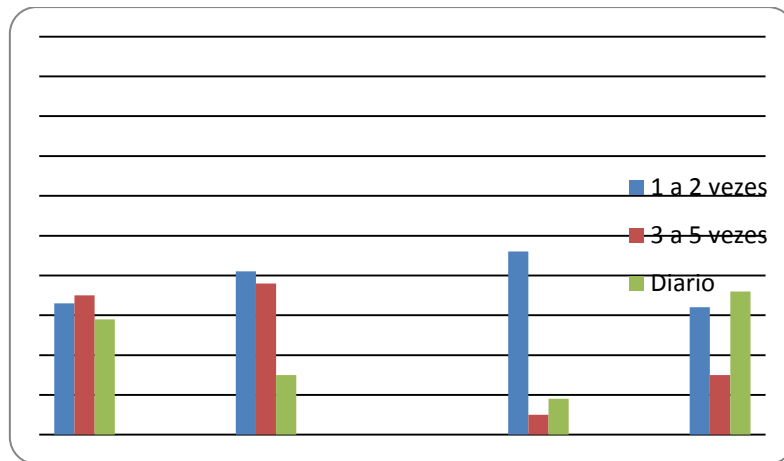


Figura 2: Incidência semanal do consumo de frituras, refrigerante, bebidas alcoólicas e café nos estudantes pesquisados.

Observamos que 97% dos entrevistados dizem se alimentar de frituras, onde 35% delas ingerem frituras de 3 a 5 vezes na semana, 33% ingerem de 1 a 2 vezes na semana e 29% dizem se alimentar diariamente de frituras, já com relação à ingestão de refrigerante 94% dos entrevistados afirmam ingerir, 41% dos pesquisados tomam refrigerante de 1 a 2 vezes semanalmente, já 38% delas afirmam que de 3 a 5 vezes semanalmente tomam refrigerante e somente 15% dizem ingerir diariamente, ainda no mesmo gráfico analisamos o consumo de bebidas alcoólicas onde das 100 pessoas 60% delas afirmam consumir bebidas alcoólicas onde



46% dizem beber bebida alcoólicas pelo menos 1 a 2 vezes na semana, já outras 9 pessoas dizem beber diariamente entretanto 5% bebem de 3 a 5 vezes na semana.

E por ultimo analisamos a ingestão do café, onde a cafeína pode aumentar o ácido do estômago e assim reduzir a pressão sobre a válvula do estômago, que libera ácido do estômago para o esôfago (ARRUDA et al., 2009; GARCIA et al., 2012). Então 83% dos entrevistados afirmam tomar café, sendo que 32% dizem ingerir este liquido de 1 a 2 vezes na semana, de 3 a 5 vezes semanalmente 15% afirmam tomar este liquido e por ultimo 36% assumem tomar café diariamente.

O stress é capaz de provocar um aumento da produção do cortisol, um hormônio que é de extrema importância para o funcionamento perfeito do nosso corpo. Onde no início do stress, a adrenal aumenta a produção de cortisol, mas com a permanência do estímulo à própria glândula se dessensibiliza e a produção de cortisol começa a diminuir. Quando os níveis de cortisol estão baixos, sentimos dores constantes, inflamamos por qualquer motivo (CREMA et al., 2006).

Quanto ao comportamento dos entrevistados, se ele é calmo, agitado, nervoso ou agressivo, os resultados demonstram que 48% dos pesquisados afirmam ser calmos, no entanto 29% se consideram ser agitadas, 22% se dizem nervosos e 1% relata ser agressiva.

O mais freqüente mecanismo causador do refluxo gastro-esofágico é o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago, a freqüência deste relaxamento é diminuída durante o sono, o que explica a menor ocorrência de episódios de refluxo durante a noite, neste período o principal causador de refluxo é a pressão baixa do esfíncter e o refluxo nestas condições é mais grave porque o paciente geralmente está na posição supina, portanto a gravidade não contribui para a retirada do material refluído do esôfago, a salivação está diminuída, dificultando a neutralização do ácido, e as contrações primárias do esôfago também estão diminuídas (DURANTE et al., 2007).



Estudos já demonstraram que a pessoa deve dormir mais que 8 horas por dia, o presente projeto mostra a quantidade de horas que os entrevistados dormem por dia, onde no geral 79% pessoas afirmam dormir menos que 8 horas por dia e apenas 21% pessoas passam das 8 horas de descanso diário.

Conclusões

A partir dos resultados obtidos na pesquisa pode-se observar que houve uma incidência de 68% em relação ao sintoma clássico da Doença do Refluxo Gastro-esofágico, onde este sintoma está sendo provocado tanto por uma má alimentação, (ingestão de frituras, álcool, café e refrigerante), como também pelo hormônio do estresse (o cortisol que é liberado por pessoas estressadas, nervosas e agitadas), associado à falta de um descanso acima de 8 horas o que é recomendado para uma vida saudável.

Referências

ARRUDA, A. C.; MINIM, V. P. R.; FERREIRA, M. A. M.; MINIM, L. A.; SILVA, N. M. S.; SOARES, C. F. Justificativas e motivações do consumo e não consumo de café. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 29, n. 4, p. 754-763, dez, 2009.

CAMBOIM, E. D.; SCHARLACH, R. C.; ALMEIDA, M. C. O.; VASCONCELOS, D.; AZEVEDO, M. F. Análise da compliância e gradiente timpanométrico em lactentes com refluxo. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 17, n. 2, p. 156-160, São Paulo, jun, 2012.

CARVALHAES, A.; EISIG, J. N.; BERNARDO, W. M. Atualização em doença do refluxo gastroesofágico (DRGE): diagnóstico. **Revista de Associação Médica do Brasil**. v. 57, n. 6, p. 629, São Paulo, Jan, 2012.

CORSI, P. R.; GAGLIARDI, D.; HORN, M.; POCHINI, C. C.; OLIVEIRA NETO, R. M. Presença de refluxo em pacientes com sintomas típicos de doenças do refluxo gastroesofágico. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 2, p. 152-7, São Paulo, abri, 2007.



CREMA, E.; SILVA, P. L.; SILVA, G. M.; JUNIOR, V. R.; GOMES, R. A.S. Operação do refluxo gastro-esofágico isolada ou associada à colecistectomia: avaliação do estresse cirúrgico pela dosagem hormonal e de citocinas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 33, n.3, p. 151-155, Rio de Janeiro, jun, 2006

DUAILIBI, K.; LOURENÇO, R. B.; MELLO, E. P.; MAGALHÃES, M. G.; NETTO, G. T. M.; DIAZ, M. C.N.; TANNOUS, T. S. Refluxo gastroesofágico participando da cascata cognitiva do pânico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 57, n. 4, p. 280-282, Rio de Janeiro, out, 2008.

DURANTE, A. P.; SCHETTINI, S. T.; FAGUNDES, D. J.; Plicatura gástrica vertical versus plicatura a Nissen no tratamento do refluxo gastroesofágico em crianças com paralisia cerebral. **São Paulo Medical Journal**. v. 125, n. 1, p. 15-21, São Paulo, 2007.

GARCIA, P. F.; SALVADOR, K. K.; MORAES, T. F. D.; FENIMAN, M. R.; CRENITTE, P. A. P. Processamento auditivo, leitura e escrita na síndrome de Silver-Russell: relato de caso. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 17, n. 1, p. 101-105, São Paulo, mar, 2012.

LOBO, S. M.; MIRANDA, A. L. D. Disfunção do trato gastrointestinal prolongada em pacientes na terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 22, n. 2, p. 118-124, São Paulo, jun, 2010.

MADRUGA, S. W.; ARAÚJO, C. L. P.; BERTOLDI, A. D.; NEUTZLING, M. B. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 2, p. 376-386, São Paulo, abr, 2012.

NEUTZLING, M. B.; ARAÚJO, C. L. P.; VIEIRA, M. F. A.; HALLAL, P. C.; MENEZES, A. N. B. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. v. 41, n. 3, p. 336-342, São Paulo, jun. 2007.

PEREIRA, J. C. B. Pneumopatias e doença de refluxo gastroesofágico. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. v. 15, n. 5, p. 899-921, Lisboa, out, 2009.



Artigo

Avaliação da saúde do homem no cotidiano dos serviços de saúde

Evaluation of men's health in everyday health services

Breno Rafael de Souza Ferraz²

Sílvia Ximenes de Oliveira³

Marcelo Alves Barreto⁴

Priscilla Costa Melquíades Menezes⁵

RESUMO - Este estudo tem por objetivo investigar os determinantes que influenciam os homens na adesão aos serviços de saúde, e descobrir as causas da pouca procura aos serviços de saúde pelo público masculino. Ao iniciar este estudo tinha-se a idéia que, mesmo com a implementação da política de saúde do homem nas unidades de saúde da família, o homem nem sempre procurava a atenção básica. Na realização do mesmo, observou-se que essa premissa se manteve e que principalmente o público adolescente/adulto não freqüentava o Programa Saúde da Família. Os resultados apontam que falta capacitação dos profissionais para este atendimento, divulgação sobre o assunto e as unidades de atenção à saúde necessitam de adequações. O distanciamento dos homens dos serviços da atenção primária à saúde é um dos desafios enfrentado por equipes do Programa Saúde da Família ao atuarem na prevenção e promoção da saúde do homem. É necessário adotar medidas que sensibilizem esse segmento populacional para reversão da atenção secundária e terciária como porta de entrada no Sistema Único de Saúde. Aponta-se o envolvimento da população masculina no planejamento da oferta da atenção à saúde como meio para adesão do homem às ações de Promoção da Saúde.

Palavras chave: Saúde do homem; Programa Saúde da Família; Promoção da Saúde.

ABSTRACT- This study aims to investigate the determinants affecting men in adherence to health services, and discover the causes of low demand for health services by the male audience. Into this study had the idea that even with the implementation of health policy

Artigo retirado do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado às Faculdades Integradas de Patos - FIP, visando à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

² Acadêmico do curso de Bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos- FIP.

³ Enfermeira. Mestra. Professora das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

⁴ Enfermeiro. Mestre. Professor das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

⁵ Enfermeira. Mestranda em Ciências da saúde pela UNICSUL. Professora nas FIP.



health units of the family, the man is not always looking for basic care. In implementing the same, it was observed that this premise has remained mainly the public and adult / teen did not attend the Family Health Program. The results indicate that lack of professional training for this service, bragging about it, and the units of health care need to be adjusted. The separation of men from the offices of primary health care is one of the challenges faced by teams of the Family Health Program to work in the prevention and promotion of human health. It is necessary to adopt measures to sensitize this population segment for reversal of secondary and tertiary care as an entry in the Unified Health System. Pointing the involvement of the male population in planning the provision of health care as a means for man to membership Health Promotion actions.

Keywords: Man's Health, Family Health Program, Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Homens e mulheres são o foco principal das políticas públicas de saúde, independente da faixa etária, porém quando pensamos no homem como adolescente/adulto, encontramos uma grande fragilidade na assistência à saúde, fato que não acontece com o grupo feminino, que tem políticas que atendam a saúde da mulher, desde 1984. Percebendo estas arestas apenas em 2008 foi criada a política nacional de atenção integral a saúde do homem e desta forma a população masculina passa então a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas: além das mulheres, adolescentes e jovens, idosos, pessoas com deficiência, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos privados de liberdade (BRASIL, 2008).

O Programa Saúde da Família representa uma estratégia para reverter a forma atual de prestação da assistência à saúde. Trata-se de uma busca pela reorganização do Sistema Único de Saúde – SUS, com ênfase na Atenção Básica, porta de entrada do referido sistema. Alinhada a esta, foi instituída, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com intuito de promover, entre outros aspectos, ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, visando estimular o auto-cuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Vários estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar das taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção



Avaliação da saúde do homem no cotidiano dos serviços de saúde

primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

De acordo com Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), várias doenças acometem mais os homens, traduzindo-se por maior mortalidade desse sexo, sendo essa uma questão que precisa ser levada em conta quando se pensa em saúde da família e, por extensão, em uma comunidade saudável.

Quer seja por preconceitos, quer seja por questões culturais, o que se percebe é que apenas uma minoria da população masculina está preocupada em fazer uma avaliação contínua do seu estado de saúde. Muitas vezes o homem tem dificuldade em reconhecer suas necessidades e seu machismo faz com que rejeite a possibilidade de adoecer, esquecendo os riscos aos quais está exposto.

A partir desta percepção, surgiu o interesse em pesquisar os motivos que levam os homens, na sua maioria, a não procurarem os serviços de saúde, privilegiando a atenção especializada em detrimento à prevenção dos agravos que podem ser evitáveis, caracterizando um maior custo aos cofres públicos.

Após avaliar a saúde do homem nos serviços de saúde, foi possível observar a pouca procura dos mesmos e a resistência em procurar a atenção básica, ocorrendo assim o agravamento de doenças. Nesse sentido, convém questionar: Com que frequência o senhor procura o serviço de saúde? O senhor acha que os homens devem fazer a prevenção de doenças? Qual o principal motivo que o leva a pouco procurar o serviço de saúde? Como o senhor avalia os serviços existentes para atender a saúde do homem?

Nessa perspectiva, este trabalho pretende contribuir com as discussões acerca da temática em foco, adesão dos homens aos serviços de atenção à saúde, visto que, embora haja um aumento significativo na abordagem do assunto, ainda existe uma insuficiência de estudos sobre as práticas masculinas voltadas para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde. Entende-se que, dentre outros aspectos, se faz necessário realizar uma escuta qualificada acerca da percepção masculina sobre suas necessidades de saúde, uma vez que os homens têm demonstrado dificuldade de verbalizá-las, para que a partir das contribuições dos mesmos, os gestores, profissionais de saúde e a sociedade possam melhor compreender as questões envolvidas na pouca adesão aos serviços de saúde.

Socialmente este estudo terá como relevância a possibilidade de trazer uma proposta aos gestores em saúde quanto à busca de melhorias na qualidade de vida da população masculina, a fim de promover uma diminuição da morbimortalidade dessa população.



Aos homens, o presente estudo pretende trazer uma compreensão acerca da construção de sua masculinidade, procurando desmistificar essa identidade de superioridade e invulnerabilidade que foi sendo construída ao longo dos tempos, ao mesmo tempo em que procura lhe trazer uma reflexão sobre a importância do cuidado com saúde.

O presente estudo tem por objetivo investigar os determinantes que influenciam os homens na adesão aos serviços de saúde e descobrir as causas da pouca procura aos serviços de saúde pelo público masculino.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa. Foi realizado no município de Princesa Isabel – PB no período de abril a maio de 2013. A população alvo foi constituída por 40 homens da área de abrangência do PSF do Cruzeiro, que compreendessem a faixa etária dos 18 aos 65 anos de idade. A escolha da faixa etária se justificou por nessa fase da vida os homens serem mais independentes e não sofrerem influências externas para a procura dos serviços. A amostra será constituída por 20 homens do grupo escolhido, selecionados de forma intencional, sem critério de cor, religião, condição econômica ou grau de instrução. Serão utilizados como critérios de inclusão a faixa etária dos entrevistados, que deveria estar de acordo com a sugerida, assim como a aceitação em participar da pesquisa, respondendo a todos os questionamentos. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro contendo perguntas previamente elaboradas pela pesquisadora, em articulação com os objetivos, e para a obtenção das informações, procederemos usando a técnica da entrevista semiestruturada. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das FIP, mediante certidão de protocolo número 114/2012, os dados foram coletados no mês de abril do ano 2013, em um ambiente apropriado, em data e horários definidos com a pessoa entrevistada. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde M/S que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Em seu desenvolvimento, foram atendidas as exigências éticas e legais fundamentais, tais como: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das FIP. Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Espera-se que a pesquisa amplie os conhecimentos específicos que detemos acerca da temática. Que sirva de subsídio à reflexão e que embase o planejamento de ações da atenção básica,



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram apresentados em tabela e gráficos, discutidos em articulação com a literatura revisada.

TABELA 01: Distribuição da amostra de acordo com variáveis sócio demográficas e grau de escolaridade.

Variáveis	N	%
18 a 30 anos	09	45
31 a 43 anos	08	40
44 a 56 anos	03	15
57 a 65 anos	0	0
Escolaridade	N	%
Analfabeto	0	0
Ens. Fundamental Completo	01	5
Ens. Fundamental Incompleto	09	45
Ens. Médio Completo	09	45
Ens. Médio Incompleto	01	5

Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.



Quanto à variável da faixa etária, vemos na tabela 01, que 09 (45%) entrevistados tem de 18 a 30 anos, 08 (40%) tem de 31 a 43 anos e 03 (15%) tem de 44 a 46 anos.

Vemos que a população entrevistada são adolescente/adulto, com idade entre 18 e 30 anos. É nessa faixa etária onde ocorre uma maior resistência dos homens na prevenção da saúde.

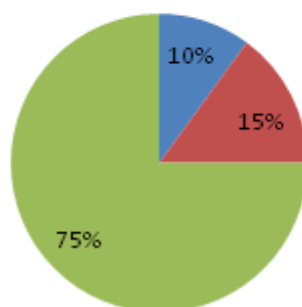
Quanto à variável do grau de escolaridade, 09 (45%) desses participantes tem o ensino fundamental incompleto, outros 09 (45%) tem o ensino médio completo, 01 (5%) tem o ensino fundamental completo e 01 (5%) tem o ensino médio incompleto.

Observou-se que a maioria dos participantes tem o nível de escolaridade médio, onde são mais os trabalhadores do campo, agricultores.

A promoção à saúde traduz-se em uma forma de empowerment, constituída como uma estratégia mediadora entre o ambiente e a sociedade, visando aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida. O Estado tem a responsabilidade de reduzir as diferenças, assegurando a igualdade de oportunidades e promovendo meios que permitam a todos desenvolverem um melhor controle sobre sua saúde (AYRES, 2004).

GRÁFICO 01: Com que frequência o senhor procura o serviço de saúde?

- SEMPRE, MESMO SEM SINTOMAS APARENTES DE ALGUMA DOENÇA
- APENAS QUANDO SURGE ALGUMA DOENÇA
- RARAMENTE PROCURA UM SERVIÇO DE SAÚDE



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.



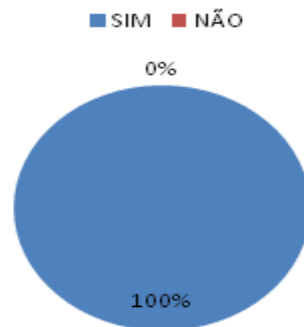
Avaliação da saúde do homem no cotidiano dos serviços de saúde

No gráfico 01 observa-se que 15 (75%) dos participantes, raramente procuram um serviço de saúde, 03 (15%) procuram apenas quando surge alguma doença e 02 (10%) sempre procuram o serviço, mesmo sem sintomas aparentes de alguma doença.

Observou-se que raramente os homens procuram um serviço de saúde, isso ocorre devido a um perfil traçado pela sociedade antiga e pelos próprios homens, por o mesmo ter a imagem de um ser forte e que não precisa cuidar da saúde.

Vários estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar das taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

GRÁFICO 02: O senhor acha que os homens devem fazer a prevenção de doenças?



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

Analisando o gráfico 02 observa-se que os 20 (100%) entrevistados acham que é de suma importância a prevenção de doenças. Quando questionados sobre o porquê, responderam na maioria, "Evitar o agravamento das doenças".

Vemos que mesmo com a pouca procura dos serviços de saúde, os próprios entrevistado tem conhecimento da importância quanto a prevenção, mas não fazem por onde prevenir-se.

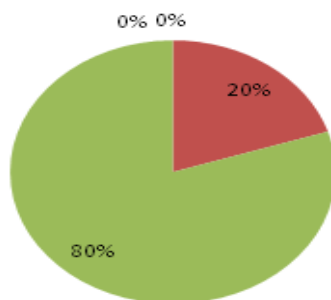
Saúde é muito mais que ausência de doença, é o resultado das condições, objetivas e subjetivas, que propiciam uma vida digna. Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto das políticas públicas, as quais procuram trazer um conjunto de melhorias



que visem atender as necessidades de cada setor da população. (BRASIL, 2007).

GRÁFICO 03: Qual o principal motivo que o leva a pouco procurar o serviço de saúde?

■ MEDO DE DESCOBRIR ALGUMA DOENÇA ■ VERGONHA DE SE EXPOR
■ NÃO VER NECESSIDADE ■ OUTRAS



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

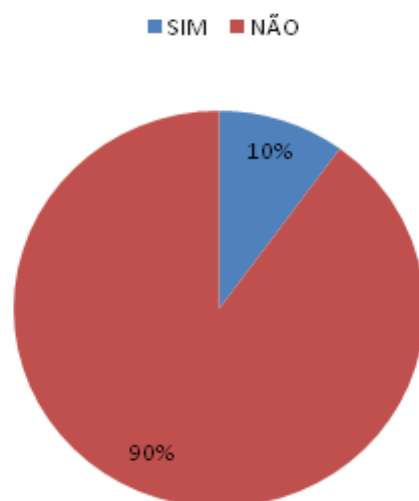
Analisando os dados do gráfico 03, vemos que 16 (80%) dos entrevistados não veem necessidade de procurar o serviço de saúde e outros 04 (20%) tem vergonha de se expor.

Nesse questionamento, a maioria dos entrevistados não veem necessidade de procurar o serviço de saúde, por isso ocorre o agravante nas suas doenças, e outra parte tem vergonha de se expor por causa do ambiente da atenção básica ser muito feminino, por conta dos profissionais, na sua grande maioria mulheres.

O menino cresce e é educado para ser forte e proteger. Isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica já que não pode admitir que possa ser frágil ou que possa adoecer, o que o torna susceptível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitada. O processo de adoecimento é considerado como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).



GRÁFICO 04: Já teve ou tem alguma doença?



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

No gráfico 04, observa-se que 18 (90%) dos entrevistados não tiveram e não tem nenhuma doença e 02 (10%) tem alguma doença, os quais relataram ter hipertensão arterial.

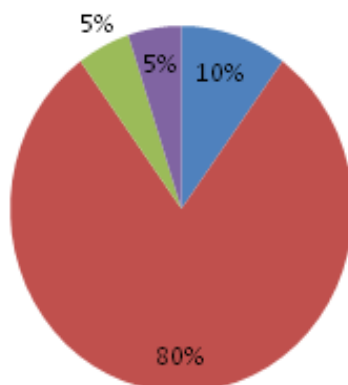
Esse resultado mostra que a grande maioria dos homens não tem nenhuma doença, isso acontece por que o homem tem o auto-cuidado com si próprio, mesmo sem utilizar o serviço saúde.

Ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para homens e mulheres. Em grande parte dos estudos é feita uma constatação da influência de certas construções da masculinidade em condutas que não promovem a saúde dos homens, já que expor-se a riscos e até crer em uma certa invencibilidade são características tidas como naturais para a maioria dos seres deste sexo. (SCHRAIBER; GOMES, 2005).



GRÁFICO 05: Quando sente necessidade, qual(is) o(s) serviço(s) de saúde mais utilizados pelo senhor?

■ POSTO DE SAÚDE ■ HOSPITAL ■ FARMÁCIA ■ CLÍNICAS PARTICULARES



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

Analisando os dados do gráfico 05, constata-se que 16 (80%) dos entrevistados quando sentem necessidade procuram o hospital, 02 (10%) procuram o posto de saúde, 01 (5%) procura a farmácia e 01 (5%) procura clínicas particulares.

Observando esses dados, vemos que o homem prefere procurar o hospital para o tratamento de suas doenças do que a atenção básica, para preveni-las. O público masculino espera acontecer algo mais grave para poder procurar o serviço de saúde.

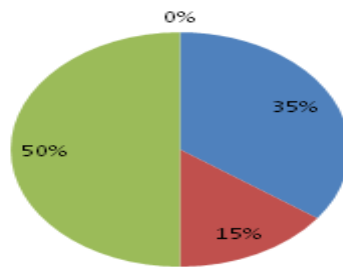
A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade verifica-se a existência de barreiras institucionais e socioculturais como fator de resistência masculina na atenção de sua saúde. Os homens não buscam como fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (Figueiredo, 2005), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.



Avaliação da saúde do homem no cotidiano dos serviços de saúde

GRÁFICO 06: Qual o principal motivo que o leva a procurar esse tipo de atendimento?

■ QUALIDADE DO ATENDIMENTO ■ RAPIDEZ DO ATENDIMENTO
■ FACILIDADE DE ACESSO ■ OUTRO



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

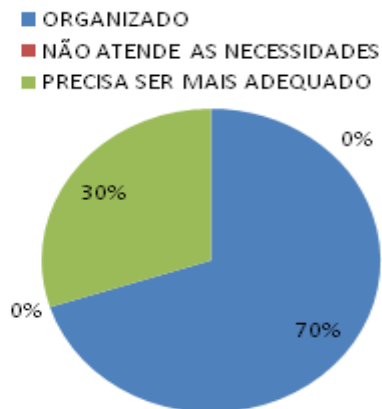
No gráfico 06 nota-se que 10 (50%) entrevistados procuram o hospital porque tem facilidade de acesso, 07 (35%) procuram o hospital por causa da melhor qualidade no atendimento e 03 (15%) procuram o hospital por causa da rapidez do atendimento.

Analisando esses dados, vemos que o homem busca a facilidade no acesso aos serviços e mesmo assim continuam a procurar mais os hospitais do que a atenção básica.

O que se pode constatar é que antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que havia era um atendimento médico-hospitalar voltado para aqueles que possuíam condições financeiras pra pagar um atendimento ou ainda para os que, em função de suas atividades trabalhistas, tinham convênios com algumas empresas de saúde responsáveis pelos atendimentos. O restante da população, ou seja, os pobres ficavam a mercê da sorte ou, como muitos, condenados a uma vida cronicamente enferma (BRASIL, 2007).



GRÁFICO 07: Como o senhor avalia os serviços existentes para atender a saúde do homem?



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

Analisando os dados do presente gráfico, 14 (70%) dos entrevistados dizem que o serviço que atende a saúde do homem é organizado e 06 (30%) dizem que o atendimento a saúde do homem precisa ser mais adequado.

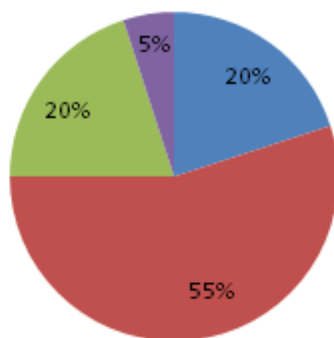
Observou-se que os programas voltados para a saúde do homem, atendem as suas necessidades, sendo que os mesmos não visam à atenção primária, no caso o PSF.

Acredita-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de ter um caráter de assistência universal tem o potencial de estimular à organização comunitária e à autonomia do homem, visto que o modelo assistencial proposto é o da promoção da saúde que tem como eixo central o conceito/estratégia de “empowerment” (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).



GRÁFICO 08: Poderia citar algum tipo de serviço que fosse ofertado, que pudesse levar os homens a procurar mais as unidades de saúde?

■ MÉDICO ESPECIALISTA ■ SEM IDEIAS ■ PRESENÇA MAIOR DO MÉDICO NO PSF ■ OUTROS



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

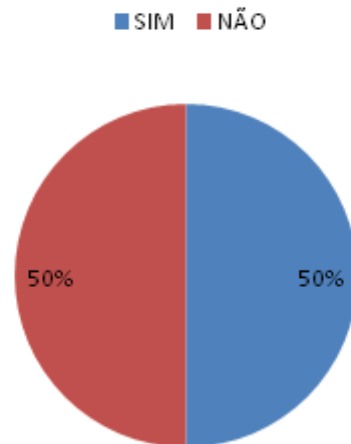
Analisando o gráfico 08, constatou-se que 11 (55%) dos entrevistados não tem ideias para citar algum tipo de serviço que fosse ofertado, 04 (20%) dizem que a presença de médico especialista é imprescindível, 04 (20%) dizem que é importante uma maior presença do médico na atenção básica e 01 (5%) citou outro tipo de serviço.

Observou-se que os mesmos não têm ideia nenhuma que possa incentivar os homens a procurar mais os serviços de saúde. Isso se explica pelo fato do público não ter um alto grau de escolaridade, por isso ficaram meio disperso após a pergunta e não souberam responder, em sua maioria.

Estudos apontam o fato de homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas se dirigir quase que exclusivamente para mulheres (SCHRAIBER, 2005). Assim os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminizado, frequentado principalmente por mulheres, e composto em sua maioria por uma equipe profissional do sexo feminino. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).



GRÁFICO 09: O senhor já viu alguma campanha sobre a saúde do homem?



Fonte: pesquisa realizada em Princesa Isabel- PB em 2013.

Analisando o gráfico 09, observa-se que 10 (50%) dos participantes já viram algum tipo de campanha relacionada à saúde do homem e os outros 10 (50%) nunca viram nenhuma campanha a respeito da saúde do homem.

Vemos que há um empate na questão de campanhas sobre a saúde do homem. Isso implica dizer que as divulgações feitas e programas voltados para os mesmos não vem sortido muito efeito, pouco atendendo seu público alvo.

O Ministério da Saúde em parceria com gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, implementaram a Política Nacional de Atenção Integral a saúde do Homem (PNAISH) com o propósito de suprir as necessidades do mesmo. Esta política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2008).

Desta forma, o Ministério da Saúde visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Fazendo com que esta população acesse o sistema de saúde por meio da atenção primária, que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação, para que a assistência à saúde não se



Avaliação da saúde do homem no cotidiano dos serviços de saúde

restringa à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo tinha-se a idéia que, mesmo com a implementação da política de saúde do homem nas unidades de saúde da família, o homem nem sempre procurava a atenção básica. Na realização do mesmo, observou-se que essa premissa se manteve, os resultados apontam que falta capacitação dos profissionais para este atendimento, divulgação sobre o assunto e as unidades de atenção à saúde necessitam de adequações.

Analisando os resultados, vemos que a maioria dos homens entrevistados eram adolescente/adultos, com um nível escolar de fundamental incompleto a médio, os mesmos, pouco procuravam os serviços de saúde, mas achavam importante a prevenção de doenças, sendo que não viam a necessidade de procurar os serviços de saúde, pois quase nunca adoeceram. Quando adoeciam procuravam os hospitais, por terem mais facilidade no acesso e atender melhor suas necessidades. Foi observado que o serviço de saúde do homem é organizado, porém os participantes deram poucas ideia para que o serviço pudesse melhorar e se adequar as suas necessidades, visto que pouco se vê divulgações de campanhas sobre a saúde do homem.

Através do estudo realizado, conseguimos responder nossa problemática e atingir nossos objetivos de investigar os determinantes que influenciam os homens na adesão aos serviços de saúde e descobrir as causas da pouca procura aos serviços de saúde pelo público masculino.

REFERÊNCIAS

AYRES, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Comunicação**. Botucatu, v.8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>.



Avaliação da saúde do homem no cotidiano dos serviços de saúde

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>.

CAMPOS, L. WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia saúde da família. **Rev. texto contexto e enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 271-9, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>>.

GOMES, R; NASCIMENTO, EF, ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>.

LAURENTI, R. JORGE, MHPM. GOTLIEB, SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>.

SCHRAIBER, LB. GOMES, R. COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Rev. Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a02v10n1.pdf>>.





Temas em
Saúde