

Volume 6, Número 1
1º semestre de 2019

ISSN: 2237-3756

lifestyle

JOURNAL

UNASPRESS

Imprensa Universitária Adventista

UNASP

Centro Universitário Adventista de São Paulo



Centro Universitário Adventista de São Paulo
Fundado em 1915 — www.unasp.edu.br

Missão: Educar no contexto dos valores bíblicos para um viver pleno e para a excelência no serviço a Deus e à humanidade.

Visão: Ser uma instituição educacional reconhecida pela excelência nos serviços prestados, pelos seus elevados padrões éticos e pela qualidade pessoal e profissional de seus egressos

| | |
|---|--|
| Administração da Entidade Mantenedora (IAE) | Diretor Presidente: Domingos José de Souza Diretor Administrativo: Edson Medeiros Diretor Secretário: Emmanuel Oliveira Guimarães Diretor Depto. de Educação: Ivan Góes |
| Administração Geral do Unasp | Reitor: Martin Kuhn Vice-Reitor Executivo Campus EC: Antônio Marcos da Silva Alves Vice-Reitor Executivo Campus HT: Afonso Ligório Cardoso Vice-Reitor Executivo Campus SP: Douglas Jeferson Menslin Pró-Reitor Administrativo: Telson Bombassaro Vargas Pró-Reitor Acadêmico: Lélío Maximino Lellis Pró-Reitor de Educação a Distância: José Prudencio Júnior Pró-Reitor de Pesquisa e Desenvolvimento Institucional: Allan Macedo de Novaes Pró-Reitor de Desenvolvimento Espiritual, Comunitário e Estudantil: Jael Enéas de Araújo Secretário Geral: Marcelo Franca Alves |
| Faculdade Adventista de Teologia | Diretor: Reinaldo Wenceslau Siqueira Coordenador de Pós-Graduação: Vanderlei Dorneles da Silva Coordenador de Graduação: Adriani Milli Rodrigues |
| Órgãos Executivos Campus Engenheiro Coelho | Pró-Reitor Administrativo Associado: Murilo Marques Bezerra Pró-Reitor Acadêmico Associado: Francislé Neri de Souza Pró-Reitor de Desenvolvimento Estudantil Associado: Rui Manuel Mendonça Lopes Pró-Reitor de Desenvolvimento Espiritual e Comunitário Associado: Edson Romero Marques |
| Órgãos Executivos Campus Hortolândia | Pró-Reitor Administrativo Associado: Claudio Valdir Knoener Pró-Reitor Acadêmico Associado: Suzete Araújo Águas Maia Pró-Reitor de Desenvolvimento Estudantil Associado: Daniel Fioramonte Costa Pró-Reitor de Desenvolvimento Espiritual e Comunitário Associado: Wanderson Paiva |
| Órgãos Executivos Campus São Paulo | Pró-Reitor Administrativo Associado: Denilson Paroschi Cordeiro Pró-Reitor Acadêmico Associado: Silvia Cristina de Oliveira Quadros Pró-Reitor de Desenvolvimento Estudantil Associado: Ricardo Bertazzo Pró-Reitor de Desenvolvimento Espiritual e Comunitário Associado: Antônio Braga de Moura Filho |



Imprensa Universitária Adventista

Editor: Rodrigo Follis

Editor associado: Richard Valença

Conselho editorial e artístico: Martin Kuhn, Telson Vargas, Antônio Marcos, Afonso Cardoso, Douglas Menslin, Rodrigo Follis, Lélío Lellis, Allan Novaes, Jael Enéas, José Júnior, Reinaldo Siqueira, Fábio Alfieri, Gildene Lopes, Edilson Valiante, Diogo Cavalcante, Adolfo Suárez



revista lifestyle journal

Editor chefe Editores associados

Prof. Dr. Elias Ferreira Pôrto (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Fabio Marcon Alfieri (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Antônio Adolfo Mattos de Castro (Universidade Federal do Pampa)

Corpo editorial e Conselho

Prof. Dr. Vinicius Carlos Iamonti (Universidade de São Paulo - USP)
Prof. Dr. Leonardo Tavares Martins (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Claudia Kumpel (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Maria Cecília Leite de Moraes (Universidade de São Paulo - USP)
Prof. Dra. Maria Dyrce Dias Meira (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Gina Abdala (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Marcia M. H. de Oliveira Salgueiro (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Isaac Rosa Marques - (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Natália Oliveira Vargas e Silva (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Marcia Cristina Teixeira Martins (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Luiz Fernando de Oliveira Moderno (Hospital Edmundo Vasconcelos)
Prof. Dr. Eduardo Filoni (Universidade de Mogi das Cruzes)
Prof. Dr. Felipe Cortopassi (Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UNERJ; Boston Institute)
Prof. Dr. Adriano C. Rodrigues (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo)
Prof. Dra. Marilza Henrique Amaral de Souza (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Esdras Ferreira Gonsalves - (Universidade de Buenos Aires)
Prof. Dr. José Renato de Oliveira Leite (Universidade São Camilo e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo)
Prof. Dra. Glória Lúcia Alves Figueiredo (Universidade de Franca - Unifran)
Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci (Unicesumar)
Prof. Dra. Cléria Maria Lôbo Bittar (Universidade de Franca - Unifran)
Prof. Dra. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini (Unicesumar)
Prof. Ma. Nyvian Alexandre Kutz (Universidade de São Paulo - USP)
Prof. Me. Anselmo Cordeiro de Souza (Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia - FAM)

Unaspress

Editoração:
Revisão e Normatização:
Projeto gráfico:
Diagramação:

Rodrigo Follis e Nathália Lima
Nathália Lima
Edimar Veloso
Kenny Zukowski

FICHA CATALOGRÁFICA

L7227 LifeStyle Journal — Centro Universitário Adventista de São Paulo, v. 6, n. 1 (1º semestre de 2019). São Paulo: Unaspress — Imprensa Universitária Adventista, 2019.

Semestral

ISSN: 2237-3756 (online)

1. Interdisciplinar
2. Ciências da Saúde
3. Promoção da Saúde



Sumário

7

INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE: DESAFIOS
PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Submissão: 15/02/2018
Aceite: 28/11/2019

*Maria Dyrce Dias Meira, Lorena
Guimarães Ferreira Honorato, Telma
Suanne Rocha dos Santos, Gina Andrade
Abdala, Cristina Zukowsky-Tavares*

16

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E
NUTRICIONAL COM PAIS EM CRECHES:
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Submissão: 06/03/2018
Aceite: 27/05/2019s

*Camila Cristina Cruz Oshiyawa,
Karina Juliana Menin Triches, Nyvian
Alexandre Kutz, Natália Miranda
da Silva, Taís Miotto, Marcia Maria
Hernandes Abreu Oliveira Salgueiro*

24

INCIDÊNCIA DOS FUMANTES PASSIVOS
NA REGIÃO DE SÃO PAULO

Submissão: 07/09/2018
Aceite: 18/02/2019

*Bianca Veríssimo da Silva, Cláudia
Kümpel, Elias Pôrto, Antônio
Adolfo Mattos de Castro*

31

QUALIDADE DE VIDA DO
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
QUE ATUA EM UMA INSTITUIÇÃO
HOSPITALAR DE REDE PÚBLICA

Submissão: 02/12/2018
Aceite: 28/05/2019

*Bruna Rafaela Santos de Queiróz,
Maria da Graças Ferreira,
Oswalcir Almeida de Azevedo*

47

TIPOS DE ALEITAMENTO ADOTADOS
POR UM GRUPO DE MÃES DE
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE IDADE

Submissão: 28/01/2019
Aceite: 16/04/2019

*Léia Araújo Bonfim, Beatriz de
Souza Costa Croêlhas, Raquel
Silva Bicalho Zunta*

57

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE STRESS
EM PACIENTES PRÉ-CIRÚRGICOS

Submissão: 14/03/2019
Aceite: 28/05/2019

*Elen Gasparin Crestani Vieira,
Polyana de Castro Oliveira, Elias
Ferreira Pôrto, Vivian Araújo*



Artigos

Life Style

INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DESAFIOS PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL



Lorena Guimarães Ferreira Honorato¹
Telma Suanne Rocha dos Santos²
Gina Andrade Abdala³
Cristina Zukowsky-Tavares⁴
Maria Dyrce Dias Meira⁵

Resumo: Introdução: as políticas públicas tratam-se do conjunto de programas e atividades desenvolvidas pelo poder público e são executadas com o patrimônio público acumulado. O termo "integralidade" tem sido empregado para indicar um dos princípios do Sistema Único de Saúde e os atributos desejáveis dos preceitos da saúde e das técnicas que nelas são desempenhadas. Objetivo: refletir criticamente sobre a aplicação das políticas públicas de saúde no Brasil no que tange ao princípio da integralidade e sua atual condição na execução das práticas de saúde. Método: ensaio crítico a partir de revisão histórica e conceitual da literatura. Resultados: o texto abrange o histórico das políticas públicas de saúde e a Integralidade no contexto dessas políticas e sua aplicação na prática. Conclusão: a integralidade está em plen desenvolvimento e transformação, pois a cada dia, os atores envolvidos nesse processo se apropriam da necessidade de concretizar este princípio.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde; Integralidade em saúde.

COMPREHENSIVENESS IN THE PUBLIC HEALTH POLICIES: CHALLENGES FOR ASSISTANCE PRACTICE

Abstract: Introduction: the public policies are the set of programs and activities undertaken by the Government and are executed with the accumulated public assets. The term integrality (or comprehensiveness) has been used to indicate one of the Health Unic System principles and indicates desirable attributes of health principles and techniques that are performed on it. Objective: To reflect critically on the implementation of public health policies in Brazil with regard to the principle of comprehensiveness and its current condition in the implementation of health practices. Method: historical and conceptual review with a critical essay. Results: The text covers history of public health policies and the Comprehensiveness in the context of these policies

.....
¹ Assistente social e mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: loreskot@hotmail.com
² Assistente social e mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: as_suanne@hotmail.com
³ Enfermeira e doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: gina.abdala@unasp.edu.br
⁴ Pedagoga e pós-doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: cristina.tavares@unasp.edu.br
⁵ Enfermeira, mestre e doutora em Ciências. Docente do Programa do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: dyrcem@yahoo.com.br

and their application in practice. Conclusion: comprehensiveness is in a full development and transformation, because every day, the actors involved in this process are appropriating of the need to implement this principle.

Keywords: Public Policy; Health; Integrality in health.

Introdução

O direito à saúde é considerado um princípio fundamental do ser humano, e esse direito é descrito Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), na qual foram estabelecidos os princípios fundamentais inerentes aos cidadãos, dentre eles, a dignidade da pessoa humana e a garantia do direito à saúde. Como forma de resguardá-lo, foi instituído que competia ao “Poder Público” o dever de zelar pela proteção à saúde da população e garantir a efetivação desse direito, por meio de políticas públicas criadas com essa finalidade (BARROSO, 2009, p. 10; NUNES, 2016).

Para a execução das políticas de saúde que visavam a garantia desses direitos, tornou-se necessária a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe o acesso igualitário a todos os cidadãos, na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990; MARQUES, 2008, p. 8).

A integralidade, enquanto princípio norteador das ações de saúde, foi defendida no Movimento de Reforma Sanitária do Brasil, o qual nas décadas de 1970 e 1980, mobilizou inúmeras iniciativas de luta para garantir a qualidade nas condições de vida e de trabalho da população. A integralidade passou a ganhar evidência e resolubilidade junto às equipes de saúde por meio de constantes reuniões de capacitação para a organização dos serviços de saúde.

Deste modo, foi necessário reconhecer que, com as estratégias de melhoria de acesso somado com as práticas de acolhimento e o vínculo de responsabilização, a integralidade foi se estabelecendo de forma mais concreta. A partir desse contexto, foi ocorrendo, paulatinamente, a transição do modelo de atenção à saúde, historicamente centrado na oferta de serviços e no profissional médico, para uma atenção mais centrada no usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; AYRES, 2009; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Foram ordenados três sentidos para a integralidade a partir desses movimentos, quais sejam: a “integralidade como traço de boa medicina”, a “integralidade como modo de organizar as práticas” e a “integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde”. Cada um dos sentidos atribuídos à integralidade não esgota o aprofundamento conceitual da temática frente a sua complexidade (MATTOS, 2009, p. 48-61; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Vale ressaltar que a concepção de integralidade apresentada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) prevê intervenções “pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletividades, construindo processos de trabalho articulados e integrais” (BRASIL, 2015, p. 27).

Abordar a integralidade é defender as ações práticas do SUS, as quais são sempre intersubjetivas, pois os profissionais de saúde se relacionam com pessoas e não com objetos. A temática evoca para o debate uma reflexão de como se apresentavam as práticas de saúde, visando a integralidade nos diferentes momentos de atenção os usuários que, segundo defendia Merhy (1997), deviam ser pautadas em uma relação humanizada, acolhedora e resolutiva na qual os trabalhadores e o serviço, como um todo, deviam estabelecer vínculos empáticos com os diferentes

tipos de usuários. Defendia, ainda, que a forma de abordagem seria o diferencial para o êxito do tratamento, pois quando o paciente se sente acolhido e respeitado, se estabelecem vínculos de confiança e ele passa a aceitar o tratamento e as intervenções propostas pelos profissionais de saúde, favorecendo a prática da integralidade.

O presente artigo tem como objetivo refletir criticamente, em uma perspectiva histórica, sobre a integralidade nas políticas públicas de saúde no Brasil e sua aplicação na prática assistencial.

Método

O artigo foi estruturado como um “Ensaio Reflexivo” a partir de uma revisão narrativa da literatura com a finalidade de analisar a integralidade, como princípio do SUS, e suas repercussões nas ações assistenciais de saúde.

O material foi buscado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no Google acadêmico, bem como textos relacionados à Legislação Federal. Utilizou-se como critério de inclusão os textos que abordavam os elementos históricos e conceituais referentes à integralidade desde os anos 1980, incluindo a implantação do SUS e as mudanças importantes que foram sendo instituídas nas políticas de saúde.

Resultados

Nos tópicos a seguir se apresentam um breve histórico das políticas públicas de saúde e como a integralidade se insere no contexto dessas políticas, incluindo os desafios para a sua aplicação nas práticas de saúde.

Integralidade nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil

As políticas públicas tratam do conjunto de programas e atividades desenvolvidas pelo poder público, cujas ações são executadas com o patrimônio público acumulado e administrado por ele (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

As primeiras políticas públicas de saúde no Brasil foram elaboradas no século 16 com a vinda da família real de Portugal para o País. A implementação dessas políticas enfrentou os obstáculos da carência de profissionais médicos para uma assistência estruturada. Isso fez com que proliferassem no país os chamados “Boticários”, nome atribuído aos profissionais manipuladores dos medicamentos e outros produtos com fins terapêuticos vendidos nas boticas, no período colonial do Brasil (POLIGNANO, [s. d.], p. 3).

Em uma ampla contextualização cita-se o ano de 1892, em que foram criados os primeiros laboratórios bacteriológicos, já com objetivo de melhorar as condições sanitárias para as cidades urbanas. Surgem, então, nas primeiras décadas do século 20, as caixas beneficentes. Foram pensadas como uma espécie de poupança coletiva, depositada pelos trabalhadores, que funcionava como seguro para suas famílias. No entanto, apenas quem contribuía tinha cobertura para algum auxílio (BEHRING; BOSCHETII, 2006).

Com o crescente aumento no processo de industrialização e o fortalecimento das forças produtivas, para garantir o crescimento dos centros urbanos, foi preciso cuidar da atenção à saúde da população. Houve nesta época a implementação de programas e serviços auxiliares de assistência médica, realizados por meio de práticas “clientelistas” típicas do regime populista,

caracterizado pelo que foi chamado de “Era Vargas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 20).

Em maio de 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS) que, contando com verbas irrisórias, confirmou o descaso para com a saúde da população. No ano de 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com o intuito de promover a educação sanitária da população rural (LEITE, 1981, p. 10).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que originou um sistema previdenciário para todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho, foi criado em 1966. Mais uma vez se observou a negligência para com aqueles que não tinham algum tipo de contribuição e que, na verdade, sempre foram os mais necessitados (MOTA, 2007, p. 46).

Na década de 1980, período da democratização política, a sociedade brasileira foi marcada por inúmeros conflitos e a participação de novos indivíduos na discussão das condições de vida da população. Essas pessoas, no coletivo, eram representadas por profissionais de saúde que iniciaram o movimento sanitário com apoio dos partidos políticos de oposição ao Estado. Propuseram a universalização do acesso em uma concepção de saúde como direito social e dever do Estado (SARRETA, 2009).

Somente a partir de 1988 que esse direito foi reconhecido concretamente como responsabilidade do Estado, que toma para si o dever de universalizar a saúde. Assim, o sistema, antes restrito ao trabalhador segurado, passa à totalidade da população. A Constituição Federal passa, então, a garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, o que, de acordo com Sarreta (2009, p. 19), representou um marco para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no país.

A partir desse marco, a saúde foi inserida nas políticas de proteção social e passou a fazer parte da Seguridade Social. Criou-se então o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação tornou o acesso à saúde universal para todos os cidadãos. Como princípios doutrinários norteadores, o SUS adotou a universalidade, a equidade e a integralidade. No tocante às diretrizes, pode-se citar: o controle, a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a territorialização. Destaca-se, em seus princípios e diretrizes, que todos têm direito à saúde e cabe ao Estado garantir esse direito aos brasileiros. Também há de se incluir o princípio de justiça social que trata do aspecto que assegura a todos oportunidades iguais quanto a usar os recursos disponibilizados pelo sistema de saúde bem como um atendimento integral, que contempla as necessidades da população (MARQUES, 2008; SOUZA; COSTA, 2010)

O SUS trouxe nova concepção de saúde e atenção quanto aos aspectos da prevenção, proteção e recuperação da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2001) Contudo, considera-se que o SUS ainda está longe de ser um sistema constitucional, pois com a política neoliberal, o acesso à saúde torna-se cada vez mais distante da população. O que deveria ser “dever do Estado” é passado adiante e vai para o terceiro setor com a alegação de melhorar o atendimento à população. Assim, o Estado vai deixando de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador.

Nesse contexto, a afirmação da hegemonia neoliberal é o principal responsável pelo sucateamento da saúde. A negligência no atendimento, a falta de financiamento, a fiscalização inoperante e a falta de estrutura e investimento são fatores que refletem na vida dos usuários que sofrem a precariedade nos atendimentos hospitalares. O que foi construído na década de 1980 passa a ser desconstruído. A atenção à saúde como preconizada na Constituição Federal, que deveria ser pública e de qualidade, está se amarrando em entraves institucionais (ALMEIDA *et al.*, 2001, p. 35).

A 15ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, apontou as estratégias de reforma estrutural do Estado e defendeu que as reformas democráticas e populares seriam um eixo transversal das políticas. Estabelece-se, então, uma agenda de mobilização em torno do enfrentamento das desigualdades e iniquidades na saúde com propostas de ação que defendiam deliberadamente os princípios constitucionais do SUS (DOMINGUEZ, 2015).

O tema da conferência não tratava apenas de princípios, mas de como fazer chegar ao “dia a dia” da rede, no atendimento integral para todos que usam o SUS. Cuidar bem não se restringe à humanização do atendimento. Florentino, relator-geral da 15ª Conferência, professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e ex-secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde, citado por Dominguez (2015, p. 10), enfatizou que os profissionais de saúde deveriam “criar vínculos” com o usuários do SUS considerando o seu contexto de vida e “cuidar bem das pessoas mediante a realização e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar”.

O desafio, então, passou a ser o de manter a saúde universal garantida na Constituição Brasileira como direito de todos, presumindo que cabe ao Estado o papel de provedor de uma assistência integral à saúde de todos.

Desafios para inserção da integralidade nas práticas de saúde

A integralidade nas políticas públicas de saúde traz à baila o debate do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e as modificações de compreensão do que é saúde, de ideologias de Estado e de atores dessa história que evidenciam a heterogeneidade com que se depara o SUS (BRASIL, 2001, p. 15). Para Merhy (2004), esse espaço tem se tornado de intensa e permanente disputa, em que se atribui como cultura o atendimento individualizado à saúde em um modelo neoliberal e privatista.

A abordagem integradora se faz necessária, pois está pautada na articulação do processo do cuidado e na melhora dos serviços de saúde. Para tanto, a integralidade da assistência deveria ser acompanhada, em todos os níveis que administram o cuidado, para evitar a sua fragmentação. Cada paciente deveria ser avaliado e ter um projeto terapêutico instituído, norteado e acompanhado por um processo de trabalho e não por uma lógica mercadológica de consumo (MALTA *et al.*, 2004).

A baixa capacidade de articulações políticas ou o pouco repasse de investimento público aos municípios tornava inviável prover uma assistência hospitalar ou de serviços especializados com a qualidade requerida para garantir a saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2002, p. 15). Essa lógica chega a se confrontar com o cotidiano da saúde, em que os profissionais atuam, ou deveriam atuar, com o objetivo de promover o bem-estar do cliente/paciente e o desenvolvimento de ações curativas e preventivas no processo saúde/doença e na promoção de uma saúde integral (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Assim, se evidencia a necessidade da construção de redes articuladas regionais que atuem na superação da desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores, promovendo a integralidade na Atenção à Saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

As instituições de saúde possuem um papel estratégico na assimilação de conhecimentos quanto às novas formas de agir e produzir a integralidade no contexto da saúde pública (PINHEIRO; MATTOS, 2003). Isso é protagonizado no momento em que se reúnem, em um mesmo espaço, diferentes profissionais com objetivos, saberes e interesses distintos. As instituições de saúde

são privilegiadas por possuírem um campo de observação e análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja por meio de práticas terapêuticas prestadas aos pacientes ou das práticas de saúde difundidas na coletividade em uma perspectiva de promoção da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2016; BRASIL, 2015).

Outro importante aspecto que se descortina, para a efetivação da integralidade, é a inserção da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) nas políticas públicas e na assistência à saúde prestada em todos os níveis, especialmente, na Atenção Básica (CASTILHO; CARDOSO, 2015).

Em pesquisa desenvolvida em uma regional da Estratégia Saúde da Família (ESF), na Zona Sul de São Paulo (BR), os profissionais de saúde, participantes do estudo, reconheceram o importante papel dessa dimensão do ser humano para integrar a assistência à saúde, com resultados mais efetivos. Destacaram que o modo como os profissionais estão lidando com a complexidade e a diversidade de facetas da integralidade demonstra o desafio que se impõe para a inserção desse princípio na prática assistencial (COLIMOIDE *et al.*, 2017; WRUCK, 2016; SENS, 2016).

Por fim, há de se considerar que, a despeito dos avanços e retrocessos das políticas públicas de saúde para uma assistência pautada na integralidade, o momento social, econômico e estrutural do país tem interferido na condução de políticas mais assertivas e adequadas ao que é demandado pelas necessidades de saúde das pessoas. Destaca-se que a última revisão da política que define as diretrizes para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006) gerou críticas contundentes quanto aos possíveis prejuízos à assistência prestada na ESF. As alterações propostas poderão atingir uma população majoritariamente carente e dependente de uma assistência à saúde que precise interferir nos condicionantes e determinantes de saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

Considerações finais

Para um SUS consolidado em seus princípios e diretrizes e para que todos tenham um atendimento que viabilize a integralidade, faz-se necessária a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, bem como ações concretas de enfrentamento às iniquidades que afetam constantemente e de forma diferenciada a população brasileira. Destaca-se que foram considerados como práticas inovadoras alguns aspectos como: tomada de decisão, definição de prioridades, elaboração de orçamento, políticas setoriais e intersetoriais, compras de bens e serviços, entre outras. Essas práticas envolvem processos de mudanças voltados à solução de problemas e enfrentamento dos desafios em relação ao uso dos recursos disponibilizados para uma prática integradora.

Assim, percebe-se que a integralidade nas políticas públicas de saúde está em pleno desenvolvimento. No entanto, a prática assistencial, com essa perspectiva, se mostra complexa e desafiadora devido ao número de atores envolvidos com a saúde e o fato de que se renovam a cada dia.

Depreende-se da reflexão, possibilitada por este ensaio, que o SUS e, muito mais, os seus usuários, só têm a ganhar com políticas que propiciem a inserção da dimensão da Religiosidade/Espiritualidade na Integralidade voltada à prática assistencial. E ainda, que existem meios de se construir políticas públicas mais focadas nas necessidades de saúde dos pacientes, menos burocráticas, de mais fácil acesso, estruturadas na intersetorialidade e fortalecidas pela participação popular nas tomadas de decisão do Estado.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc**, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009.
- BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, v. 34, n. 11, 2009.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/22uqOY4>>. Acesso em: 30 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2rLwuSz>>. Acesso em: 23 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Revisão da portaria MS/GM nº 687, 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015, Disponível em: <<https://bit.ly/2wGfLR3>>. Acesso em: 07 dez. 2018.
- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/1FieR0R>>. Acesso em: 04 out. 2017.
- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Sub chefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/1UVpr2U>>. Acesso em: 04 mai. 2017.
- CASTILHO, C. N.; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **REFACS** (online), v. 3, n. 1, p. 28-39, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2Qlml5n>>. Acesso em: 03 mai. 2019.
- COLIMOIDE, F. P.; MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; OLIVEIRA, S. L. S. S. Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Bioética**, v. 25, n. 3, p. 611-617, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2YRwxuW>>. Acesso em: 04 out. 2018.
- DOMINGUEZ, B. **Um tema, múltiplos sentidos qualidade, bom cuidado, direito**: relator-geral e documento da 15ª Conferência Nacional de Saúde orientam debate. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2HN6lw4>>. Acesso em: 02 out. 2017.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 15, p. 345-353, 1999.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de Atenção à Saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad.**

Saúde Pública, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2JOEEoy>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

LEITE, C. **A crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MARQUES, L. S. A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XI, n. 59, nov. 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2Kb3fn7>>. Acesso em: 04 out. 2017.

MALTA, D. C.; CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Cienc. Saúde Coletiva**. v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 43-68. Disponível em: <<https://bit.ly/2XjUyKQ>>. Acesso em: 04 out. 2017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L. C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTA, A. E. S. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. In: MOTA, A. E. S.; GOMES, L.; BRAVO, M. I. S.; TEIXEIRA, M.; MARSIGLIA, R. M. G.; UCHOA, R. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 40-48.

NUNES, L. C. Intersetorialidade, atenção primária e formação em saúde. **Rev. APS**. v. 19, n. 2, p. 180, 2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão, [s. d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/2Qly4Rr>>. Acesso em: 21 out. 2013.

RODRIGUES, T. F.; BRANDALISE, C. L.; SOUZA, R. N. M.; MORIYAMA, I. Processos de trabalho na Atenção Básica. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. A. V. (Orgs.). **Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora Unesp; Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2XbOAeW>>. Acesso em: 29 set. 2016.

SENS, G. R. **Estilo de vida, religiosidade e a prática médica**: dilemas e desafios. São Paulo, 2016. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Programa de Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, 2016.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **AATR**, Bahia, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/30TXv75>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

WRUCK, J. **Representação dos profissionais de saúde de um núcleo de apoio à saúde da família quanto à assistência espiritual para integralidade da atenção à saúde.** São Paulo, 2016. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Programa de Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, 2016.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL COM PAIS EM CRECHES: RELATO DE EXPERIÊNCIA



Camila Cristina Cruz Oshiyawa¹

Karina Juliana Menin Triches²

Nyvian Alexandre Kutz³

Natália Miranda da Silva⁴

Taís Miotto⁵

Marcia Maria Hernandez Abreu Oliveira Salgueiro⁶

Resumo: Estudo de intervenção com o objetivo de sensibilizar 44 pais de alunos de três creches de Carapicuíba (SP) quanto à adoção de uma alimentação saudável. O tema foi abordado em roda de conversa, usando a metodologia proposta no "meu pratinho saudável" para crianças acima de dois anos de idade. Alguns participantes relataram que a família consumia alimentos com alto teor de gordura e açúcares, como salgadinhos e refrigerantes, pela praticidade de aquisição e preparo. Nas creches 1 e 2, o fator econômico foi usado como justificativa para o consumo desses alimentos. A roda de conversa foi útil para discutir o assunto proposto e a metodologia usada facilitou o processo de aprendizagem. A ação foi positiva, pois apesar das dificuldades observou-se interesse dos pais em discutir o tema e pensar na possibilidade de adotar hábitos mais saudáveis em casa, além de reconhecerem a boa alimentação que os filhos recebem nas creches.

Palavras-chave: Consumo alimentar; Alimentação escolar; Estudo de intervenção.

FOOD AND NUTRITIONAL EDUCATION WITH PARENTS IN DAY CARE CENTERS: EXPERIENCE REPORT

Abstract: This is an intervention study that aimed at sensitizing 44 parents of students from three-day care centers in Carapicuíba (SP) regarding the adoption of healthy food. The theme was approached in a round of conversation, using the methodology proposed in "my healthy plate", for children over two years of age. Some participants reported that the family consumed foods high in fat and sugars, such as snacks and soft drinks, for the convenience of acquisition and preparation. In day care centers 1 and 2, the economic factor was used as justification for

.....
¹ Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: milacristinacruz@gmail.com

² Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: karinamenin@gmail.com

³ Mestranda em Nutrição Humana Aplicada pelo Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada (Pronut) da Universidade de São Paulo e graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Adventistas de São Paulo (Unasp). E-mail: ny_adv@hotmail.com

⁴ Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: naymiranda24@hotmail.com

⁵ Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: kica_mio@hotmail.com

⁶ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (PUC-SP). Docente do Mestrado em Promoção da Saúde, do Curso de Nutrição e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Nutrição Clínica Ambulatorial do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br

the consumption of these foods. The conversation round was useful to discuss the proposed subject and the methodology employed facilitated the learning process. The action was positive, because despite the difficulties, parents were interested in discussing the topic and thinking about the possibility of adopting healthier habits at home, in addition to recognizing the good nutrition that the children receive in day care centers.

Keywords: Food consumption; School feeding; Clinical trial.

Introdução

No Brasil, assim como nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o sobrepeso e a obesidade vêm crescendo aceleradamente. Desta maneira, aumentam os casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), levando assim cada vez mais pessoas à morte. A principal causa de DCNT é a alimentação inadequada da população (DUTRA *et al.*, 2012).

A influência dos pais na alimentação das crianças é um aspecto relevante e importante para que os bons hábitos alimentares sejam formados desde cedo. A socialização proporcionada pela família e pela escola permite o embasamento e a modelação, que constituem uma das formas de desenvolvimento do comportamento humano e alimentar (MORAES, 2014). O indivíduo utiliza o processo cognitivo, que envolve percepção, linguagem, memória, atenção, sensações e pensamentos, além de experiências vividas, para construir suas atitudes e comportamentos alimentares (MORAES, 2014).

Sabe-se que, na fase pré-escolar, as crianças começam a formar os principais hábitos alimentares. O convívio em família é importante na construção da cultura familiar e, conseqüentemente, das relações sociais que envolvem a alimentação (BRASIL, 2008). Com o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, houve modificação na constituição da família, sendo um dos principais fatores dessas mudanças o aumento do número de crianças frequentado creches em período integral, seja em grandes ou pequenas cidades (SEADE, 2002).

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) orienta e direciona as questões que envolvem a criança e a escola em relação à alimentação escolar, bem como as ações de educação alimentar e nutricional no âmbito das escolas públicas (BRASIL, 2008). O governo federal repassa a estados, municípios e escolas federais, valores pagos em 10 parcelas mensais (de fevereiro a novembro) para a cobertura de 200 dias letivos (BRASIL, 2014). Esse programa é acompanhado e fiscalizado diretamente pela sociedade, por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público (BRASIL, 2014).

Do mesmo modo, é um Programa que pode contribuir para produzir a comunicação entre a comunidade local e escolar acerca dos fatores que influenciam suas práticas alimentares diárias, possibilitando aos interessados a construção de cardápios saudáveis respeitando a diversidade cultural e econômica de cada região (BRASIL, 2014).

Entender a situação nutricional é de grande importância para acompanhar a saúde da população em geral. Os pré-escolares em suas unidades de ensino recebem uma alimentação adequada, mas podem não ter a mesma oferta de alimentos em seus domicílios (BERNARDI *et al.*,

2010), com evidências de que aos finais de semana o consumo de leguminosas, frutas e legumes é reduzido quando comparado ao consumido nas creches, caracterizando muitas vezes uma dieta inadequada nos domicílios (PEREIRA et al., 2013).

A escola se destaca como espaço privilegiado para ações de promoção da alimentação saudável com a participação crítica de pais, professores, alunos e colaboradores, visando torna-los responsáveis pela manutenção da sua própria saúde (OPAS, 1998). Por isso, este trabalho teve por objetivo sensibilizar pais de alunos de três creches de Carapicuíba (SP) quanto à adoção de uma alimentação saudável.

Método

Trata-se de um estudo de intervenção que teve como intuito provocar a modificação intencional em algum aspecto do conhecimento ou do estado de saúde de indivíduos (HOCHMAN *et al.*, 2005). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp) sob CAAE 59219716.9.0000.5377 e pela Secretaria Municipal de Educação de Carapicuíba (SP).

Foram convidados aproximadamente 400 pais de três creches, que contavam com 438 alunos (233 na creche 1, 84 na 2 e 121 na 3), para um encontro sobre alimentação saudável. A amostra se deu por conveniência e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

A ação educativa ocorreu por meio de uma roda de conversa, um tipo de estratégia que se caracteriza pela produção de informações, onde o pesquisador é um sujeito da pesquisa que partilha experiências e auxilia no desenvolvimento de reflexões, facilitando a interação do grupo (MOURA, 2014). Os participantes se sentaram em círculo para que pudessem se aproximar e assim iniciar a conversa, que durou 45 minutos.

Nas três creches, a roda de conversa começou com uma pergunta inicial sobre como os participantes entendiam a alimentação saudável. Os participantes, em duplas, tiveram 15 minutos para representar, por meio de um prato descartável e figuras de alimentos, refeições que demonstrassem o almoço ou jantar habituais deles. Os pratos e as figuras de alimentos estavam dispostos em uma mesa.

O tema "alimentação saudável" foi abordado em roda, usando a metodologia proposta no "meu pratinho saudável", para crianças com mais de dois anos de idade, onde metade do prato corresponde ao grupo das hortaliças (verduras e legumes); na outra metade, $\frac{1}{4}$ ao grupo de alimentos fontes de carboidratos como: arroz, batata, massas, raízes, tubérculos, farinha entre outros; $\frac{1}{4}$ para os alimentos fontes de proteínas animais, como carnes e ovos e proteínas vegetais, como feijões, lentilha, ervilha, grão de bico e soja (BRASIL, 2012). Os pesquisadores fotografaram os pratos com o auxílio de um smartphone antes e após a discussão do tema.

Resultados

O encontro nas creches contou com a participação de 44 pais. As ações educativas foram realizadas nas três creches do Município no mês de novembro de 2016. Na creche 1, a ação contou com a participação de 22 pais, na creche 2, 12 pais e na creche 3, 10 pais participaram da pesquisa.

As colocações apresentadas pelos participantes na roda de conversa, em resposta à per-

gunta inicial sobre alimentação saudável, foram para o consumo de alimentos integrais, frutas, carnes e água, e o não consumo de refrigerantes, salgadinhos, entre outros, o que permitiu que os pesquisadores verificassem alguns aspectos do comportamento alimentar.

Na roda, as duplas apresentaram os pratos montados inicialmente e, em seguida, os pesquisadores orientaram a montagem de refeições adequadas usando os vários grupos de alimentos e as quantidades necessárias para a promoção da saúde, baseada na proposta do "meu pratinho saudável".⁷ À medida que cada grupo alimentar era apresentado, pôde-se perceber o interesse no debate sobre alimentos que deveriam ou não compor uma alimentação saudável.

Em alguns casos, houve predomínio de frutas, verduras e legumes em detrimento a outros grupos alimentares, o que gerou reflexões e modificações na montagem do prato. Quando houve modificações, os pesquisadores fotografaram novamente o prato.

Após explanação, as duplas discutiram o que poderiam melhorar no prato que haviam montado, conforme seus hábitos, preferências e disponibilidade de alimentos. Durante a conversa, os participantes levantaram questões sobre alimentos considerados saudáveis ou prejudiciais à saúde, como temperos industrializados, refrigerantes e sucos.

Alguns participantes relataram que a família consumia alimentos com alto teor de gordura e açúcares como salgadinhos e refrigerantes, pela praticidade de aquisição e preparo, especialmente nas creches 1 e 2. O fator econômico foi usado como justificativa para o consumo desses alimentos. Todos os pratos apresentaram alguma inadequação, sendo remontados de acordo com a metodologia proposta.

Não houve um padrão de mudança nos pratos após a explanação. A grande maioria dos pais apresentou dificuldades em assimilar o conceito sobre montagem de um prato saudável. Algumas duplas acrescentaram três a quatro porções de proteínas na mesma refeição, outras apresentaram excesso de porções de frutas e/ou sucos, em alguns casos o suco de fruta natural foi substituído por suco artificial, suco em pó ou por refrigerante. Houve também uma diminuição das porções de legumes e verduras e um aumento das porções de carboidratos.

A maior limitação deste estudo foi a escassez de tempo para o desenvolvimento desta metodologia, que requer uma construção mais aprofundada sobre o tema, o que pode ter gerado uma confusão no entendimento entre quantidade e qualidade, observada nos pratos. Para este público, faz-se necessário pensar em outra metodologia, na qual seja possível conversar sobre os hábitos alimentares da população para então sugerir uma mudança.

Discussão

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é descrita no Art. 3º da Lei nº 11.346 e tem como objetivo contribuir para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

[...] a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.⁸

.....

⁷ Informações retiradas do site *Meu pratinho saudável* por meio do texto *A metodologia do Meu Pratinho Saudável*, publicado em 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2EX6pHA>>. Acesso em: 25 out. 2016.

⁸ Disponível em: <<https://bit.ly/1DuaUym>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) tem como objetivo oferecer alimentos adequados, tanto em quantidade quanto em qualidade, a fim de satisfazer as necessidades nutricionais do estudante no período em que permanece na escola, contribuindo com hábitos saudáveis e na melhoria do processo de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2008).

Para que os escolares tenham acesso a uma alimentação de qualidade, o nutricionista deve elaborar um cardápio de acordo com as recomendações estabelecidas pelo PNAE, levando em consideração o número de refeições, o preparo e a distribuição das refeições, a idade do aluno e o tempo de permanência na escola, a cultura regional, sazonalidade, aceitabilidade e o preço dos alimentos (BRASIL, 2013).

Estudo realizado com 204 crianças de dois a dez anos, no qual agendaram consultas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre (RS), teve por objetivo avaliar a contribuição dos alimentos ultraprocessados no consumo alimentar de crianças. Encontrou-se contribuição expressiva de alimentos ultraprocessados na alimentação das crianças estudadas, o que demonstra baixa qualidade no consumo alimentar em relação à presença de alimentos e nutrientes protetores e de risco à saúde, reforçando a necessidade de ações de educação alimentar e nutricional próprias para crianças e pais (SPARREBERGER et al., 2015).

A família atua na construção dos hábitos alimentares de seus membros e muitas vezes apresentam bons conhecimentos sobre alimentos que devem ou não ser consumidos para a promoção da alimentação saudável, porém essa condição não é suficiente para o sucesso dessa prática (BRASIL, 2012).

Vários fatores determinam o consumo alimentar e, conseqüentemente de nutrientes, de uma família dentro e fora do domicílio, como: escolaridade dos pais/responsáveis, local de moradia, disponibilidade de alimentos, aquisição dos gêneros, aspectos socioeconômicos e culturais, entre outros (AZEVEDO et al., 2014).

Estudo realizado para identificar o padrão alimentar de 232 crianças com até cinco anos de Diamantina (MG), observou-se que o padrão alimentar dos pré-escolares avaliados está de acordo com a tendência mundial de alto consumo de alimentos ricos em lipídios, carboidratos refinados, pães, produtos de origem animal e alimentos ricos em açúcar, como refrigerantes, biscoitos recheados e guloseimas (NOBRE; LAMOUNIER; FRANCESCHINI, 2011).

Resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) sobre o consumo alimentar no Brasil verificou que apenas 10% da população atingem a recomendação de frutas, verduras e legumes diária, além de não atingirem a quantidade necessária de leite, resultando no consumo inadequado de vitaminas e cálcio (IBGE, 2011).

O consumo alimentar do brasileiro é constituído primordialmente por alimentos de alto teor energético e apresenta déficits em nutrientes, o que pode configurar uma dieta de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Biscoito recheado, seguido por refrigerantes, doces, pizza e salgadinhos industrializados, respectivamente, destacam-se como importantes marcadores de consumo alimentar não saudável da população (IBGE, 2011).

Os dados de antropometria da POF 2008-2009 apontam para um aumento da prevalência de excesso de peso em todas as idades da população, a partir de 5 anos, e tendência de diminuição da desnutrição infantil (IBGE, 2010). O aumento da prevalência de excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis na população têm como fatores etiológicos o estilo de vida e a alimentação inadequada (LINDEMANN et al., 2016).

Estudo realizado com 270 crianças, com idade entre 4 e 29 meses, de 16 creches públicas e filantrópicas de Santo Amaro, na cidade de São Paulo, demonstrou que a renda per capita familiar inferior a um salário-mínimo representa riscos cerca de duas vezes maiores para a introdução precoce de refrigerante e salgadinhos (TOLONI *et al.*, 2011).

Diante do exposto, são necessárias ações educativas com pais de alunos de creches em função da influência que as famílias exercem na formação dos hábitos alimentares e na relação do poder aquisitivo com a introdução de alimentos não saudáveis, pois a infância é um importante período para o incentivo e desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis (SPARREBERGER *et al.*, 2015).

O município estudado atende às recomendações do PNAE na oferta de refeições adequadas, utilizando produtos in natura da agricultura familiar regional. Anualmente são realizadas capacitações com as merendeiras, durante uma semana de formação continuada, com treinamento sobre higiene e manipulação de alimentos e melhorias no cardápio, o que inclui a formulação e teste de receitas criativas com alimentos com baixa aceitabilidade (BRASIL, 2018).

Nas creches onde o estudo foi realizado, há uma atenção especial para o incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes que são ofertados para as crianças, envolvendo a participação dos cuidadores, discutindo o tema da alimentação saudável em semanas temáticas, além da presença de horta em uma das creches.

Este relato de experiência permitiu uma reflexão sobre a montagem de pratos para almoço e/ou jantar que valorizam uma alimentação rica em alimentos in natura, respeitando a diversidade cultural, abordando assuntos que dialogam a disponibilidade de alimentos e o custo para sua aquisição na região, que possam ser reproduzidos em casa e estejam alinhados com o que é proposto na escola.

Durante a ação, pôde-se notar que os pais têm dificuldades para consumir alimentos in natura ou minimamente processados quando estão em suas casas, somados ao hábito de "beliscar" entre as refeições, gostar do sabor e da praticidade dos mesmos. Afirmaram que seus filhos têm uma alimentação mais saudável na creche do que em casa. Ao final, observou-se que muitos pais gostariam de aderir a uma alimentação saudável e até iriam se esforçar para melhorar as refeições realizadas junto com seus filhos, outros expressaram dificuldade para implantar mudanças alimentares.

Considerações finais

A roda de conversa foi útil para discutir o assunto proposto, e a metodologia do "meu pratinho saudável" facilitou o processo de aprendizagem. A ação foi positiva, pois observou-se interesse dos pais em discutir o tema e pensar na possibilidade de adotar hábitos mais saudáveis em casa, apesar das dificuldades. Os participantes reconhecem a boa alimentação que os filhos recebem nas creches.

Referências

AZEVEDO, E. C. C.; DINIZ, A. S.; MONTEIRO, J. S.; CABRAL, P. C. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: uma revisão sistemática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1447-1458, 2014.

BERNARDI, J. R.; CEZARO, C.; FISBERG, R. M.; FISBERG, M.; VITOLLO, M. R. Estimativa do consumo de energia e de macronutrientes no domicílio e na escola em pré-escolares. **Jornal de pediatria**, v. 86, n. 1, p. 59-64, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Formação pela Escola**: Módulo Pnae. Poder Executivo, Brasília, DF: 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2zVK1em>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Cartilha Nacional da Alimentação Escolar**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2wC9rfU>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 26 de 17 de junho de 2013. Dispõe o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). **Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 17 jun. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2wDyTRZ>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2G2BOey>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Educação alimentar e nutricional: articulação de saberes**. José Arimatea Barros Bezerra. Fortaleza: Edições UFC, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/31g86JC>>. Acesso em: 24 de mai. 2019.

DUTRA, C. D. T.; DIAS, R. M.; REZENDE, A. L. S.; LEÃO, P. V.; SILVA, D. R. S. Educação alimentar: uma estratégia para a promoção da alimentação saudável. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 22., 2012, Recife. **Anais...** Educação e Ensino, Recife: CONBRAN, 2012, p. 1-5.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; FILHO, R. S. O. F.; FERREIRA, L. M. Desenhos de Pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. 2, p. 2-9, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2J54qRj>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2J54qRj>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016.

MORAES, R. W. **Determinantes e construção do comportamento alimentar**: uma revisão narrativa de literatura. Porto Alegre, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MOURA, A. F., LIMA, M. G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n.1, p. 98-106, 2014.

NOBRE, L. N.; LAMOUNIER, J. A.; FRANCESCHINI, S. C. C. Preschool children dietary patterns and associated factors. **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 2, p. 129-136, 2012.

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. **Escuelas promotoras de la salud**: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington, DC: OPAS, 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2wGsEgr>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

PEREIRA, A. S.; PEIXOTO, N. G. A.; NOGUEIRA-NETO, J.F.; LANZILLOTTI, H. S.; SOARES, E. A. Estado nutricional de pré-escolares de creche pública: um estudo longitudinal. **Cadernos saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 140-147, 2013.

SEADE. Arranjo familiar e inserção feminina no mercado de trabalho na RMSP na década de 90. **Mulher e trabalho**, n. 10, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2WUC3zF>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SPARRENBERGER, K.; FRIEDRICH, R. R.; SCHIFFNER, M. D.; SCHUCH, I.; WAGNER, M.B. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 535-542, 2015.

TOLONI, M. H. A.; LONGO-SILVA, G. GOULART, R. M. M. TADDEI, J. A. A. C. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 1, p. 61-70, 2011.

INCIDÊNCIA DOS FUMANTES PASSIVOS NA REGIÃO DE SÃO PAULO



Bianca Veríssimo da Silva¹

Cláudia Kümpel²

Elias Pôrto³

Antônio Adolfo Mattos de Castro⁴

Resumo: Introdução: O tabagismo é considerado como um fator de estilo de vida provocador de morbidade e morbidade Os tabagistas passivos também sofrem os efeitos nocivos, pois a fumaça do cigarro libera substâncias químicas que piora a qualidade do ar. Objetivo: Avaliar por meio dos estudos Vigitel, no período entre 2009 e 2016, a prevalência do tabagismo passivo na cidade de São Paulo, Métodos: Este é um estudo quantitativo nominal. A pesquisa consistiu em analisar de forma agrupada os dados dos estudos Vigitel, entre os anos de 2009 a 2016, sobre os aspectos do tabagismo passivo na região de São Paulo. Resultados: a proporção de mulheres fumantes passivas é maior do que a de homens ao longo do tempo. o numero de fumantes passivos em domicílios vem caído a partir de 2006 sendo que nos últimos anos a queda ainda é maior, indiscriminadamente por nível educacional. Conclusão: o número de indivíduos fumantes passivos vem caindo ao longo do tempo no Brasil.

INCIDENCE OF PASSIVE SMOKERS IN THE SAO PAULO REGION

Palavras-chave: Tabagista passivo; Tabagismo em domicílio; Tabagismo no local de trabalho;

Abstract: Introduction: Smoking is considered as a lifestyle factor that triggers morbidity and morbidity Passive smokers also suffer from the harmful effects, as cigarette smoke releases chemicals that worsen air quality. Objective: To evaluate, through the Vigitel studies, between 2009 and 2016, the prevalence of passive smoking in the city of São Paulo. Methods: This is a nominal quantitative study. The research consisted of analyzing in a grouped form the data of the Vigitel studies, between the years of 2009 to 2016, on the aspects of smoking in the region of São Paulo. Results: the proportion of female passive smokers is higher than that of men over time. the number of passive smokers in households has fallen since 2006 and in recent years the drop is still higher, indiscriminately by educational level. Conclusion: the number of passive smokers has been declining over time in Brazil.

Keywords: Passive smoking; Smoking at home; Smoking in the workplace.

.....
¹ Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: bi_verissimo@hotmail.com

² Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), doutoranda em Engenharia e Biotecnologia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) e professora titular do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: claudiakumpel10@gmail.com

³ Doutor em Ciências da Saúde (Departamento de Medicina Translacional) pela Unifesp, professor do curso de Fisioterapia do Unasp-SP e editor-chefe da Life Style. E-mail: eliasporto@gmail.com

⁴ Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor adjunto da Universidade Federal do Pampa (Unipampa) e coordenador substituto, tutor e orientador do programa de residência multiprofissional em Urgência e Emergência da Unipampa. E-mail: antonioamcastro05@gmail.com

Introdução

O tabaco surgiu cerca de 1000 a.C., e era utilizado em rituais indígenas. Teve seu auge no decorrer dos séculos, quando associado a um item de beleza e ostentação, sendo utilizado na forma de cachimbo (CUNHA *et al.*, 2016).

Atualmente, é considerado um estilo de vida, sendo uma das maiores causas de doenças e mortes em todo mundo. O uso do cigarro pode desenvolver principalmente câncer, doenças cardiovasculares, pulmonares, entre outras (NUNES *et al.*, 2011).

O tabagismo passivo atinge 35% das mulheres, 40% das crianças e 33% dos homens. Além disso, representam 16.920 mortes perinatais, e um grande aumento do número de doenças cardiovasculares (PINTO *et al.*, 2015). A estimativa é de que, por ano, 12 mil pessoas morrem devido ao tabagismo passivo. Os efeitos são principalmente decorrentes da exposição nos ambientes de trabalho (CAVALCANTE, 2005).

A prevalência dos tabagistas varia de acordo com idade, sexo, escolaridade, costumes culturais, sociais e dados demográficos. Nos países desenvolvidos, as mulheres e jovens representam maior expansão de vendas (GUERRA *et al.*, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável, causando cerca de duzentos mil mortes por ano, só no Brasil (SILVA *et al.*, 2016).

A dose ingerida por um fumante ativo é de cem vezes superior à de um fumante passivo, no entanto, a exposição ao tabaco em um fumante passivo é equivalente a 1% de 20 cigarros fumados ao dia (PASSOS *et al.*, 2011). A fumaça dos cigarros causa danos à saúde, pois a exposição de partículas químicas são tóxicas e comprometem a qualidade do ar, principalmente daquele que já têm pré-disposição e problemas pulmonares, coronarianos e doenças cardíacas (DINIZ *et al.*)

O Brasil é um dos países pioneiros em realizar campanhas antitabagismo, desde meados da década de 1980 tem surgido leis específicas inibindo o uso do tabaco pela população. Desde então, o que se tem percebido é que o número de tabagistas vem reduzindo. Mais recentemente, outras leis mais proibitivas, como restrições para fumar em locais públicos, e da elevação das taxas e impostos, têm contribuído para acelerar a redução da prevalência de tabagista. Porém, resultados maiores somente a longo prazo (CHATIKIN; CHATIKIN, 2007).

Objetivos

Avaliar, por meio dos estudos Vigitel, do período entre 2009 e 2016, a prevalência do tabagismo passivo na cidade de São Paulo, em domicílio e no trabalho, com relação à idade, ao sexo e à escolaridade.

Métodos

Este é um estudo quantitativo nominal. A pesquisa consistiu em analisar de forma agrupada os dados dos estudos Vigitel, entre os anos de 2009 e 2016, sobre os aspectos do tabagismo passivo na região de São Paulo. O ano de 2010 foi excluído devido à falta das informações necessárias para a captação dos dados.

A amostragem da Vigitel tem como objetivo colher amostras da população de adultos

dos 26 estados brasileiros. O tamanho mínimo da amostra foi de dois mil indivíduos, que deviam possuir linha telefônica fixa. A primeira etapa foi composta por um sorteio de no mínimo cinco mil linhas telefônicas por cidade. As linhas sorteadas foram sorteadas novamente e divididas em réplicas de 200 linhas por CEP.

Já a segunda etapa consistiu em sortear um dos adultos que moravam na residência. Após a seleção, foi feita uma entrevista via telefone, através de perguntas lidas da tela de um computador, e foram registradas no mesmo momento da resposta do indivíduo.

As perguntas abordavam dados demográficos, hábitos de vida, peso e altura, frequência do uso de bebidas e cigarros, auto avaliação do estado de saúde, posse de planos de saúde, realização de exames preventivos e questões sobre a situação do trânsito na cidade.

Resultados

A figura 1 mostra a evolução do tabagismo passivo para homens e mulheres no período compreendido de 2009 a 2016 na cidade de São Paulo. Primeiramente, observa-se que a proporção passiva de mulheres tabagistas é maior do que a proporção de homens ao longo do tempo. Entretanto, pode-se observar uma inversão da curva entre os anos de 2015 e 2016. É possível também observar que houve um aumento da proporção de tabagistas passivos entre os anos 2012 e 2013 para os homens. Para as mulheres, esse aumento iniciou-se em 2011.

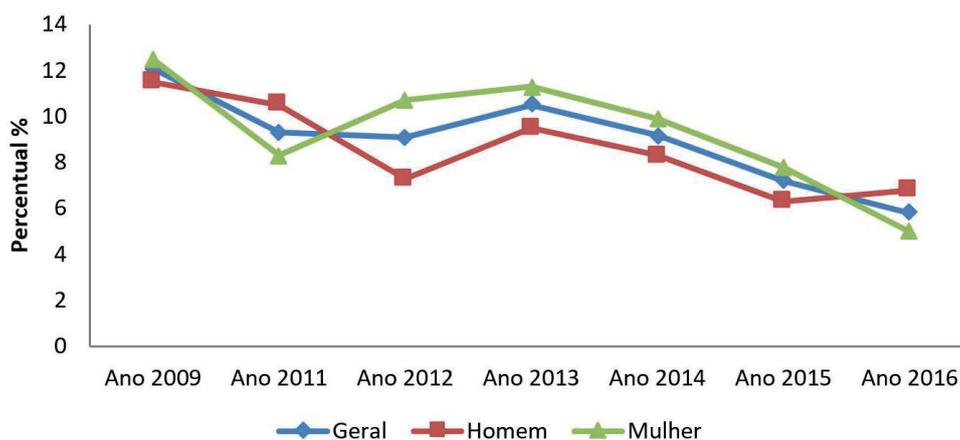


Figura 1: Tabagistas Passivos em Domicílio Sexo

A figura 2 representa a evolução do tabagismo passivo em domicílio, em relação à idade, entre o período de 2009 a 2016 na cidade de São Paulo. É possível perceber que, entre os anos de 2009 a 2016, houve um declínio importante da curva em todas as idades. A proporção de 18 a 34 anos de idade representa os maiores fumantes passivos quando comparada a outras idades. No período entre 2011 e 2014, há um aumento marcante na curva de 18 a 24 anos de idade.

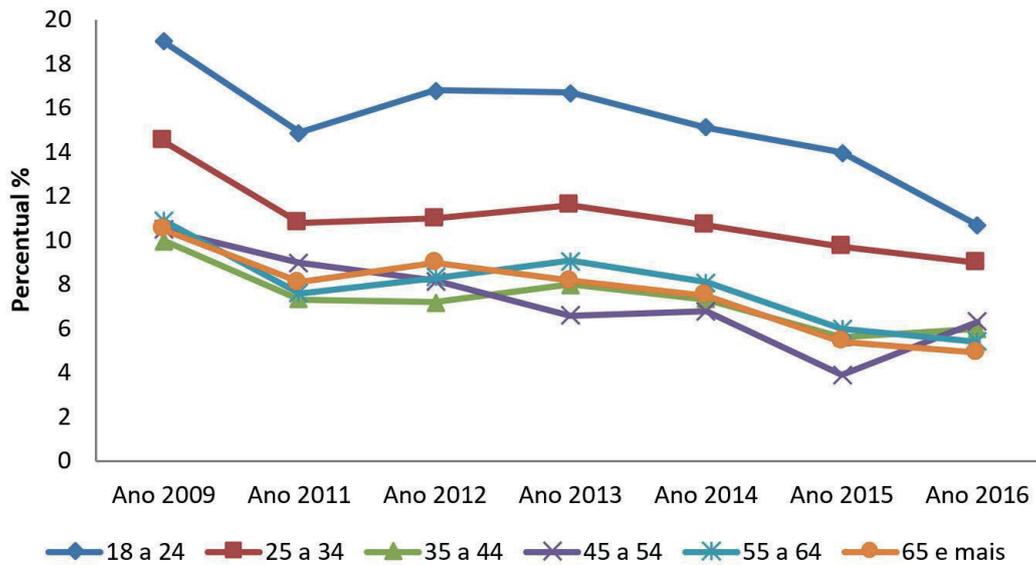


Figura 2: Tabagistas Passivos em Domicílio Idade

A figura 3 representa a evolução do tabagismo passivo em domicílio, com relação à escolaridade, entre os anos de 2009 e 2016, na região de São Paulo. No ano de 2011 houve uma grande redução no número de fumantes passivos em todas os graus de escolaridade, mas podemos observar um declínio maior na curva daqueles que estudaram entre 0 a 8 anos.

A linearidade da curva dos que estudaram de 9 a 11 e 12 anos representa a maior categoria dos fumantes passivos em todos os anos quando comparada com os demais. Seguido daqueles que estudaram de 0 a 8 anos, essa curva se iguala com os que estudaram 12 e mais anos, no período de 2013 a 2014, e muda sua ordem no ano de 2015 em diante.

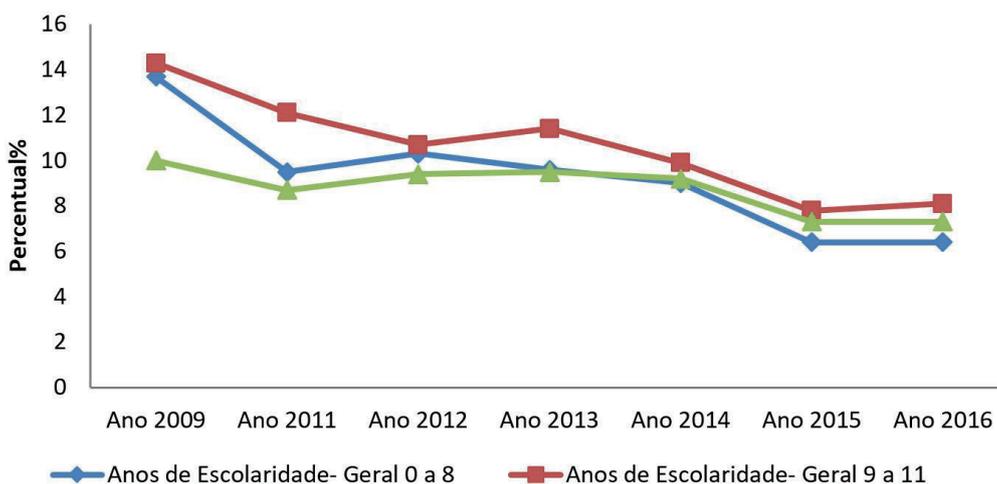


Figura 3: Tabagistas Passivos em Domicílio Escolaridade

A figura 4 mostra a evolução do tabagismo passivo para homens e mulheres no local de trabalho, no período compreendido de 2009 a 2016, na cidade de São Paulo. Em geral, o declínio se mantém linear ao longo dos anos. Já ao comparar entre os sexos, a proporção de mulheres expostas ao tabagismo passivo é bem menor em relação aos homens ao longo dos anos. No ano

de 2011 houve uma inclinação na curva que mostra um aumento do percentual das mulheres, e quase uma retificação da curva dos gêneros.

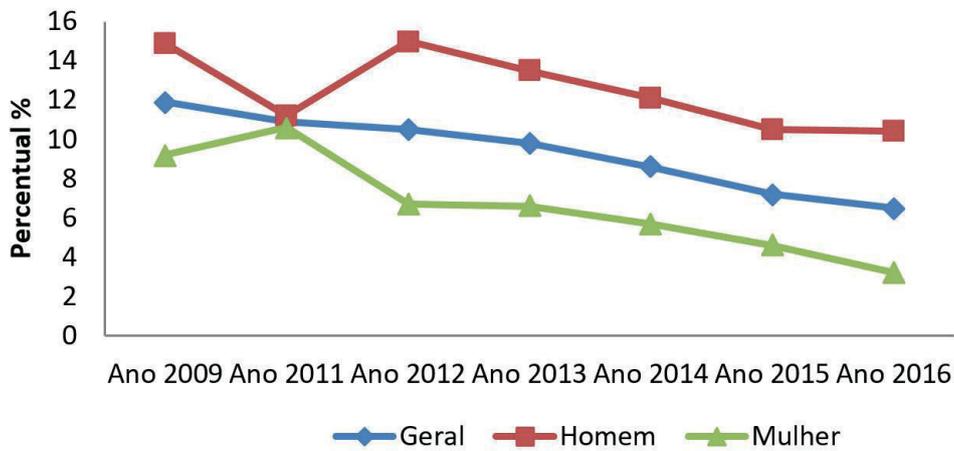


Figura 4: Tabagistas Passivos no local de trabalho Sexo

A figura 5 demonstra a evolução do tabagismo passivo no local de trabalho em relação à idade, entre os anos de 2009 a 2016, na região de São Paulo. Primeiramente, é possível verificar que a proporção é bem menor para os que têm idade de 65 e mais anos, e que seus aumentos e reduções são quase imperceptíveis.

A maior classe representativa é a de 35 a 44 anos de idade, seguida da classe de 25 a 34 anos. No ano de 2014, a faixa de 18 a 54 anos tem sua curva com amplitude similar.

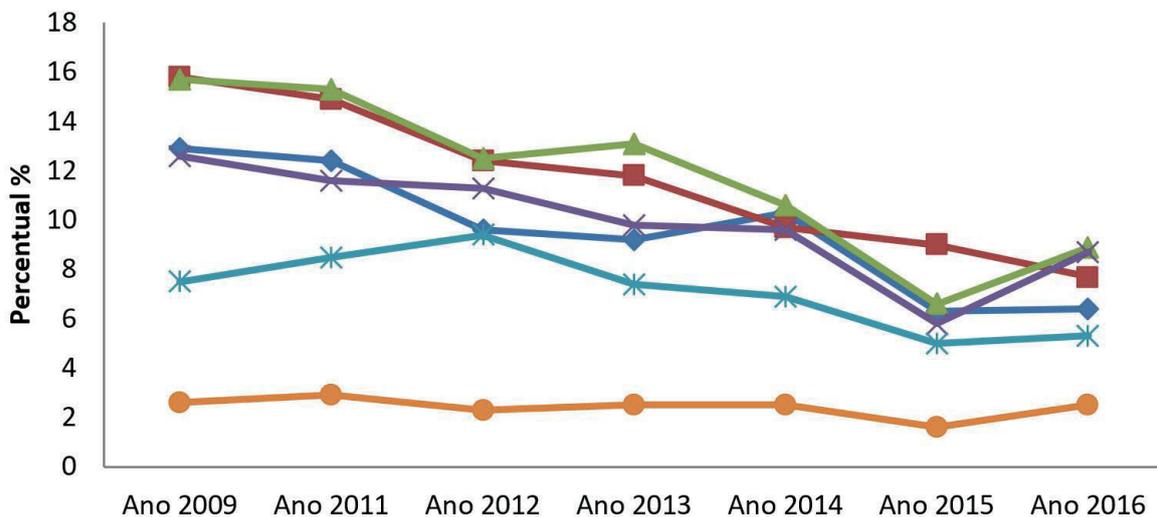


Figura 5: Tabagistas Passivos no local de trabalho Idade

A figura 6 apresenta a evolução do tabagismo passivo no local de trabalho, com relação à escolaridade, no período de 2009 a 2016, na região de São Paulo. Do ano de 2009 a 2011, os que estudaram de 0 a 8 anos apresentam um aumento na curva, seguido de um declínio gradual ao longo dos anos. As alterações das curvas seguintes são pouco perceptíveis.

No ano de 2013, os que estudaram de 9 a 11 anos apresentam uma elevação de sua curvatura. A proporção é menor para aqueles que estudaram de 12 ou mais anos, apresentando seus percentuais em um seguimento linear, com poucas curvas. Entretanto o que se observa é que, a partir de 2014, a diferença entre as proporções segundo escolaridade vem reduzindo.

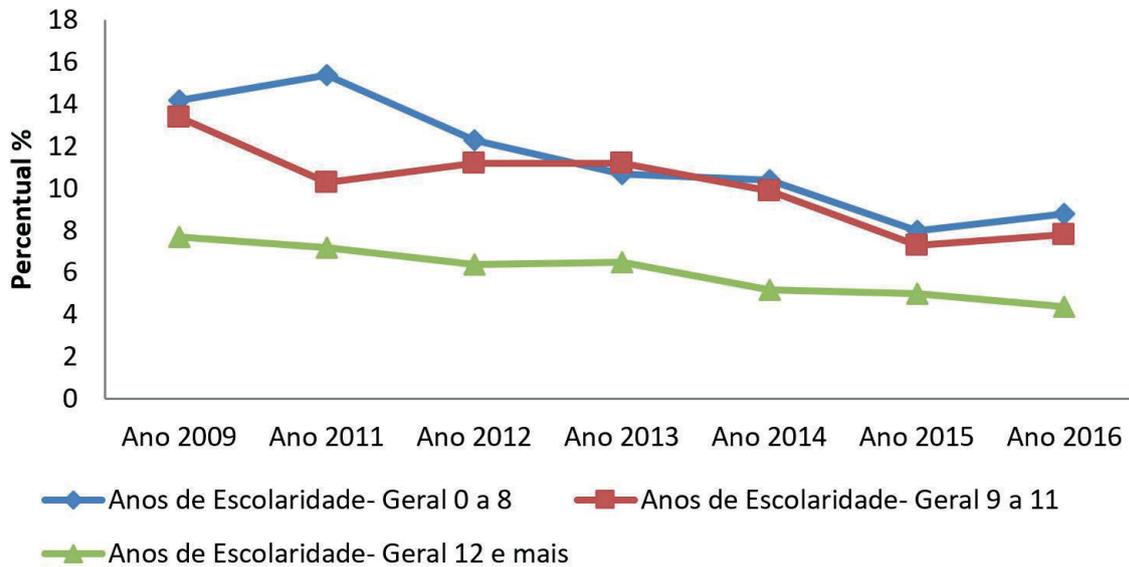


Figura 6: Tabagistas Passivos no local de trabalho - Escolaridade

Considerações finais

O tabagismo passivo é a exposição à fumaça do cigarro ou derivados do tabaco. Costumava-se acreditar que somente os fumantes ativos corriam riscos emitidos por esses componentes, porém, percebeu-se com o tempo que aqueles que estão expostos à fumaça sofrem parcialmente com seus efeitos.

O estudo avaliou a prevalência de tabagistas passivo na cidade de São Paulo ao longo dos anos, e os principais resultados deste estudo foram que a evolução do tabagismo passivo na região de São Paulo, no período de 2009 a 2016, apresentou um declínio gradual com o passar dos anos.

Os jovens e adultos jovens representam a maior classe dos fumantes passivos, junto com aqueles que possuem um menor grau de escolaridade. Em domicílio, as mulheres, os jovens com idade entre 18 a 24 anos, e aqueles que possuem escolaridade de 9 a 11 anos de estudo, representam a maior proporção de tabagistas passivos.

Já em local de trabalho, os homens, os adultos jovens e adultos, com idade entre 25 a 44 anos de idade, e aqueles que possuem um menor grau de escolaridade, de 0 a 8 anos de estudo, representam a maior proporção dos fumantes passivos.

O Brasil é o pioneiro na realização de campanhas antitabagismo, que são de extrema importância para a conscientização da população, para que saibam dos efeitos nocivos que a droga pode lhes causar.

Apesar das campanhas, das propagandas e leis de restrição contribuirão positivamente para a redução do índice de fumantes ativos e passivos, a estimativa de melhores resultados é para longo prazo, o que nos leva a verificar a necessidade de novas estratégias e abordagens

nesse intervalo de tempo pois, como mostrado nos resultados, a população menos instruída ainda representa a classe de maior exposição.

Portanto, concluímos que o número de indivíduos fumantes no Brasil tem caído independentemente do sexo, idade e nível educacional, por isso, se faz necessária a ampliação dos estudos e formas de abordagem para que todas as pessoas, de todas as idades e escolaridades, compreendam de forma clara os efeitos do tabaco para reduzir o número de carência no conhecimento sobre os males que o cigarro pode causar à saúde.

Referências

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, out. 2005.

CHATIKIN, R.; CHATIKIN, J. M. Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação? **J. Bras. Pneumol.**, Porto Alegre, v. 33, n. 6, p. 712-719, 2007.

CUNHA, S. S. F. P.; SILVA, N. M.; ITO, L. C.; FROTA, F. B.; HERMETO, E. M. C. Análise de riscos à saúde de pacientes de grupos de tabagismo segundo a carga tabágica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Fortaleza, v. 40, n. 3, 2016.

DINIZ, C. A. P. M.; SANTANA, M. A.; ARÇARI, D. P.; THOMAZ, M. C. A. Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares. **Saúde em Foco**, v. 4, set. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2LzsgG6>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

GUERRA, F. M. R. M.; COSTA, C. K. F.; BERTOLINI, S. M. M. G.; MARCON, S. S.; PARRÉ, J. L. Consumo de tabaco entre universitários: uma revisão sistemática. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 558-565, 2017.

NUNES, S. O. B.; CASTRO, M. R. P.; CASTRO, M. S. A. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. In: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. (Orgs.). **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento** [online]. Londrina: EDUEL, 2011. p. 17-38. Disponível em: <<https://bit.ly/2XBzoll>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PASSOS, V. M. A.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da pesquisa especial do tabagismo, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 16, n. 9, p. 3.671-3.678, 2011.

PINTO, M. T.; RIVIERE, A. P.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1.283-1.297, jun. 2015.

PUPULIM, A. F.; SARRIS, A. B.; FERNANDES, L. G. R.; NAKAMURA, M. C.; CAMARGO, T. V.; PAULA, J. B. Mecanismos de dependência química no tabagismo: revisão de literatura. Ponta Grossa: **Rev. Med UFPR**, v. 2, n. 2, p. 74-78, 2015.

SILVA, T. A.; IVO, M. L.; FREITAS, S. L. F.; SALES, A. P. A.; CARVALHO, A. M. A. Prevalência do tabagismo e terapêutica da dependência de nicotina: uma revisão integrativa. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Mato Grosso do Sul, v. 8, n. 4, p. 4.942-4.948, 2016.

QUALIDADE DE VIDA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUE ATUA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE REDE PÚBLICA



Bruna Rafaela Santos de Queiróz¹

Maria da Graças Ferreira²

Oswalcir Almeida de Azevedo³

Resumo: O objetivo deste estudo foi investigar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem nos aspectos psicológico, físico, social e ambiental, a partir de suas percepções pessoais. Métodos : esta é uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal. A amostra foi composta por 35 profissionais de enfermagem não discriminado por período de trabalho, Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários Whoqol-bref da OMS e perfil socioeconômico. Resultados: A análise dos dados foi realizada através do cálculo dos escores e estatística descrita no instrumento *Whoqol-bref*. Houve satisfação na QV em muitos aspectos, de acordo com a classificação do *Whoqol-bref*, embora de um modo geral a QV desses trabalhadores encontra-se regular em todos os domínios avaliados. Conclusão: Os trabalhadores manifestaram estar submetidos a uma sobrecarga de trabalho intensa podendo sofrer danos físicos e frequentemente sobre pressão dos superiores, além do convívio diário com a doença e o sofrimento.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Profissionais de enfermagem; Atuação profissional.

QUALITY OF LIFE OF THE NURSING PROFESSIONAL WHO WORKS AT A HOSPITAL INSTITUTION OF PUBLIC NETWORK

Abstract: The objective of this study was to investigate the quality of life of nursing professionals in the psychological, physical, social and environmental aspects, based on their personal perceptions. Methods: This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of 35 non-discriminated nursing professionals per work period. Two WHOQOL-bref WHO questionnaires and socioeconomic profile were used for data collection. Results: Data analysis was performed by calculating the scores and statistics described in the Whoqol-bref instrument. There was satisfaction in QoL in many respects, according to the Whoqol-bref classification, although in general the QoL of these workers is regular in all domains evaluated. Conclusion: The workers stated that they

.....

¹ Estudante do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: br_bruna20@hotmail.com

² Estudante do Curso de Enfermagem do Centro Universitário adventista de São Paulo (UNASP), técnica de enfermagem do Hospital Mboi Mirim. E-mail: mariag82@bol.com.br

³ Mestre em Ciências na área de concentração Enfermagem na Saúde do Adulto pela Unifesp e doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem na saúde do Adulto da Universidade de São Paulo (USP). Docente do ensino superior no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: oswalcir.azevedo@unasp.edu.br

were subjected to an overload of intense work, being able to suffer physical damages and often on pressure from the superiors, in addition to daily living with illness and suffering.

Key words: Quality of life; Nursing professionals; Professional performance.

Introdução

O termo qualidade de vida (QV) transcende a ausência de doenças, relacionando-se também ao bem-estar físico, mental e social da pessoa. Nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), qualidade de vida tem a ver com a satisfação das necessidades da vida humana como: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e componentes materiais que possam proporcionar alguma comodidade, bem-estar, realização individual e coletiva. Assim, ao avaliar a qualidade de vida, é importante conceituar valores não materiais como: amor, liberdade, solidariedade, inserção social e felicidade.

O tema qualidade de vida compreende, portanto, diversos significados e retrata o saber, as práticas, os valores individuais e coletivos, sendo uma concepção social e cultural (SCATTOLIN, 2006). Refere-se a um conjunto abrangente de componentes que compreende as condições do meio ambiente, socioeconômicas, educacionais, psicossociais e políticas que permitem ao ser humano uma vida digna, e como as vivências do indivíduo no ambiente de trabalho refletem em seu dia a dia (SILVEIRA; MONTEIRO, 2010).

Para o profissional da saúde, a QV é bastante complexa, pois não apenas a saúde física deve ser cuidada como também a psicológica e a emocional, que influenciam a emoção e envolvem o ambiente em que a pessoa está inserida, tanto no círculo familiar quanto no social. Assim, a QV no âmbito laboral depende da comunicação e das relações interpessoais existentes no ambiente de trabalho. Até a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do serviço de saúde depende do completo bem-estar de seus trabalhadores, e quando este é afetado, impacta diretamente na efetividade e resolutividade de suas ações (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2015).

De acordo com Souza (2010), o ambiente hospitalar é um local de tensões contínuas em que as emergências são transformadas em rotina, nas quais os profissionais são submetidos a uma vivência de grande angústia, o que geralmente não é levado em conta. Os profissionais de enfermagem são os mais acometidos pelos estressores ambientais, pois permanecem por mais tempo em contato com os pacientes e o ambiente, e têm menor tempo de descanso entre as atividades; além disso, a enfermagem é a categoria que possui um grande número de profissionais na saúde.

Souza (2010) afirma que a enfermagem no Brasil ainda é composta em sua maioria por mulheres, que além do trabalho cansativo, realizam tarefas domésticas, aumentando ainda mais o desgaste.

Segundo Araújo *et al.* (2009), na equipe de enfermagem, o enfermeiro assume o papel de liderança, de dirigente das condições de vida no trabalho, e atua para que se estabeleçam boas relações interpessoais, de convívio e segurança dentro da equipe. A falta de um bom relacionamento entre colegas de trabalho e chefias é um fator de estresse e falta de contentamento no trabalho.

A enfermagem do Brasil, segundo o Cofen (2017),⁴ é composta por 80% de técnicos e auxil-

.....
⁴ Números retirados da pesquisa *Enfermagem em números*, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) em 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/31iF8c6>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

iares, e 20% de enfermeiros. Esses trabalhadores sofrem com os agravos físicos, principalmente com a falta de acompanhamento médico, a falta de energia, insatisfação com o sono e a dificuldade para as atividades diárias e de trabalho.

Santos, Mamede e Paula (2014) afirmam que as doenças que mais acometem a equipe de enfermagem são aquelas relacionadas ao aparelho osteomuscular, seguidas dos distúrbios mentais/ desordens psicológicas, ocorrendo principalmente nas mulheres, devido à dupla jornada a que normalmente estão expostas (trabalho/casa). Durante o seu tirocínio, os profissionais estão sujeitos a sofrer estresse psicológico. Geralmente, devido ao vivenciar constante a dor humana, as doenças e a morte, deparando-se com a própria fragilidade, medo e angústia, os profissionais sofrem com conflitos psicológicos. Além do estresse, associa-se ainda o desgaste físico, devido às alternâncias de turnos, plantões nos finais de semanas e feriados, jornada de trabalho longa, falta de compasso das refeições e sobrecarga física.

São muitos os problemas que afetam a QV desses profissionais. Souza (2010) afirma que o trabalhador fica ausente em relação aos seus familiares por causa das jornadas longas ou por manter mais de um emprego. Dessa maneira, acaba se afastando do convívio social, dedicando a maior parte de seu tempo às atividades profissionais, colocando o trabalho em primeiro lugar e deixando de lado sua vida particular, sem perceber os danos que está causando para si e sua família. Portanto, é indiscutível que o trabalho tenha considerável relevância na QV dos profissionais da área da saúde, pois direciona o estilo de vida assumido por eles e suas famílias.

A realidade descrita nos estudos mencionados evidencia os problemas no ambiente de trabalho e sua interferência direta na QV dos profissionais, causando prejuízos ao exercício profissional, demonstrando a necessidade de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores. É imperativo que se sintam valorizados diante das condições desfavoráveis que fazem parte do seu cotidiano, para que o trabalho se torne prazeroso e não apenas uma necessidade.

Considerando as dimensões que envolvem a qualidade de vida, esse estudo procurou investigar os fatores que influenciavam a QV de profissionais de enfermagem que atuavam em uma instituição hospitalar pública. Foi utilizado o instrumento *Whoqol-bref*, que avalia quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esse instrumento foi criado para avaliar a qualidade de vida sob uma perspectiva internacional, tendo sido traduzido em 50 idiomas e utilizado em mais de 51 países.

Método

Estudo de caráter quantitativo, descritivo e transversal, realizado em um Hospital Geral, público, de grande porte, situado no município de São Paulo. O hospital conta com atendimento em diversas especialidades médicas com capacidade para atendimentos de urgência e emergência a adultos e crianças, além de Laboratório Clínico e Exames de Imagem, que garantem atendimento à população da Zona Sul da cidade para os procedimentos nas especialidades de Clínica Médico-Cirúrgica, Cirurgia Geral, Pediatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Maternidade, Obstetrícia e Psiquiatria entre outros serviços.

A população em estudo compreendeu o total de funcionários do serviço de enfermagem da instituição alvo, dos três turnos de trabalho. A amostra foi composta por 35 profissionais. A coleta de dados foi conduzida no mês de junho de 2018 por meio da aplicação de dois questionários: o primeiro foi o questionário padrão *The World Health Organization Quality of Life*, versão abreviada

(*Whoqol-bref*), adaptado para o português por Fleck *et al.* (2000), contendo 26 questões com respostas construídas em escala de Likert; um segundo instrumento, elaborado pelos pesquisadores, consistiu de questões sobre o perfil socioeconômico do grupo estudado.

O instrumento padrão propõe avaliar os domínios físico, psicológico, ambiental e de relações sociais. No domínio físico, tratam-se as facetas: dor, necessidade de tratamento médico para as atividades diárias, energia, locomoção e capacidade para o trabalho. O domínio psicológico avalia concentração, aproveitamento e sentido em reação à vida, aparência física, satisfação consigo mesmo e sentimentos negativos. O domínio social avalia as facetas relações sociais, vida sexual e apoio de amigos. Em relação ao domínio “meio ambiente” são avaliados: segurança, moradia, ambiente físico, financeiro, oportunidade para lazer, acesso ao serviço de saúde e transporte. O instrumento *Whoqol-bref* classifica os escores obtidos com a aplicação do questionário: necessita melhorar quando for 1 até 2,9; regular de 3 até 3,9; boa de 4 até 4,9 e muito boa 5.

Os dados foram coletados durante o horário de trabalho nos setores de atuação dos profissionais: pronto-socorro adulto e pediátrico, UTI adulto, clínica médica e cirúrgica e maternidade, após esclarecimento de dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os questionários eram deixados com os participantes para serem respondidos e recolhidos após algumas horas pelas pesquisadoras. Os profissionais foram contatados e informados sobre o objetivo da pesquisa e seus aspectos éticos garantindo plena liberdade ao participante da pesquisa de se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo. Essa medida visou atender às exigências éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética, diretoria técnica e gerência de enfermagem da instituição alvo sob o parecer de número: 2.683.140 e pelo comitê de Ética do Centro Universitário adventista de São Paulo (UNASP) sob o número do parecer: 2.444.426.

A análise dos dados foi realizada no programa EXCEL 2016, através do cálculo dos escores descrita no instrumento *Whoqol-bref*, onde foi atribuída, por participante, valores de 1 a 5 para cada faceta; após isso, foi calculado o escore médio da faceta de todos os participantes. Em seguida, foi calculada a média aritmética do domínio.

Resultados /Discussão

A participação foi voluntária, não sendo possível contar com uma participação equitativa dos profissionais de cada um dos setores abrangidos neste estudo. As Tabelas 1, 2 e 3 descrevem as características da população estudada.

A Tabela 1 mostra algumas variáveis que caracterizam essa população, como: gênero, estado civil, idade e dependentes.

Tabela 1: Características gerais da amostra (São Paulo, jun. 2018).

| Características | N | % |
|-----------------|----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 7 | 20,0 |
| Feminino | 28 | 80,0 |

| Características | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Estado civil | | |
| Casado | 15 | 42,9 |
| Solteiro | 12 | 34,3 |
| União estável | 4 | 11,4 |
| Divorciado | 4 | 11,4 |
| Viúvo | 0 | 0,0 |
| Filhos | | |
| Sim | 28 | 80,0 |
| Não | 6 | 17,1 |
| Não responderam | 1 | 2,9 |
| Idade | | |
| Até 20 anos | 0 | 0,0 |
| 20 a 29 anos | 2 | 5,7 |
| 30 a 39 anos | 9 | 25,7 |
| 40 a 49 anos | 14 | 40,0 |
| 50 a 59 anos | 9 | 25,7 |
| Acima de 60 anos | 1 | 2,9 |

Fonte: Dados coletados pelos autores.

Como já mencionado em outras literaturas, observou-se o predomínio de profissionais do sexo feminino. O estudo mostra a prevalência de participantes casados, na faixa etária entre 20 a 60 anos, havendo maior concentração entre 40 a 49 anos; 28 possuíam dependentes. A Tabela 2 mostra características profissionais dos participantes, como tempo e área de atuação, nível de graduação, faixa salarial, vínculo empregatício, jornada e horário de trabalho.

Tabela 2: Características profissionais dos participantes. São Paulo, jun/2018.

| Descrição | N | % |
|-------------------------|----------|----------|
| Tempo de atuação | | |
| Menos de 1 | 2 | 5,7 |
| 1 a 5 anos | 8 | 22,9 |
| 6 a 10 anos | 5 | 14,3 |
| 11 a 15 anos | 8 | 22,9 |
| 16 a 20 anos | 8 | 22,9 |
| Acima de 20 anos | 4 | 11,4 |
| Área de atuação | | |
| Pronto socorro | 24 | 68,6 |
| Uti | 4 | 11,4 |
| Psiquiatria | 2 | 5,7 |
| Clínica médica | 1 | 2,9 |
| Clínica cirúrgica | 1 | 2,9 |
| Maternidade | 1 | 2,9 |

| Descrição | N | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Central de parto normal | 1 | 2,9 |
| Não responderam | 1 | 2,9 |
| Nível de escolaridade | | |
| Auxiliar | 3 | 8,6 |
| Técnico | 16 | 45,7 |
| Graduado | 9 | 25,7 |
| Pós-graduação | 6 | 17,1 |
| Mestrado | 1 | 2,9 |
| Doutorado | 0 | 0,00 |
| Faixa salarial | | |
| 1000 a 2000 | 3 | 8,6 |
| 2000 a 3000 | 13 | 37,1 |
| 3000 a 4000 | 12 | 32,9 |
| Acima de 4000 | 7 | 20,0 |
| Vínculo empregatício | | |
| Apenas 1 | 21 | 60 |
| Mais de 1 | 14 | 40 |
| Jornada de trabalho | | |
| 30 horas | 12 | 34,3 |
| 36 horas | 7 | 20 |
| 40 horas | 5 | 14,3 |
| Acima 40 horas | 8 | 22,9 |
| Não responderam | 3 | 8,6 |
| Horário de trabalho | | |
| Manhã | 11 | 31,4 |
| Tarde | 1 | 2,9 |
| Noite | 4 | 11,4 |
| Manhã e tarde | 15 | 42,9 |
| Não responderam | 4 | 11,4 |

O estudo aponta que grande parte dos participantes atuava na área da enfermagem entre 11 e 20 anos. A maioria (62,8%) atuava no setor do pronto socorro, com prevalência dos profissionais de nível técnico, e possuíam apenas um vínculo empregatício.

A faixa salarial predominante foi a de R\$ 3.000,00 a R\$ 4000,00 mensais; 34,3% tinham uma jornada de trabalho de 30 horas e 22,9% mantinham uma jornada acima de 40 horas semanais; dos que tinham dupla jornada, predominaram os que trabalhavam no período da manhã e da tarde.

A Tabela 3 revela alguns dados sobre o estilo de vida desses profissionais, como: consumo de cigarro, bebida alcoólica e procura por serviços de saúde.

Tabela 3: Estilo de vida dos participantes (São Paulo, jun. 2018)

| Descrição | N | % |
|------------------|----------|----------|
| Cigarro | | |
| Nunca fumou | 23 | 65,7 |

| Descrição | N | % |
|----------------------------------|----|------|
| Parou há mais de 2 anos | 5 | 14,3 |
| Parou de 1 ano a menos de 2 anos | 0 | 0,00 |
| Parou há menos de 1 ano | 0 | 0,00 |
| Fumante | 7 | 20 |
| Não responde | 0 | 0,00 |
| Vai ao médico | | |
| Trimestral | 2 | 5,7 |
| Semestral | 3 | 8,6 |
| Anualmente | 11 | 31,4 |
| A cada 2 anos | 1 | 2,9 |
| Quando necessário | 18 | 51,4 |
| Não responde | | |
| Uso de bebida alcoólica | | |
| Não bebo | 21 | 60 |
| Todos os dias | 0 | 0,00 |
| Ocasões especiais | 13 | 37,1 |
| Final de semana | 1 | 2,9 |

Fonte: Elaborado pelos autores através da coleta de dados, 2018.

Dos profissionais que responderam, 37,1% relataram consumo de bebida alcoólica principalmente em ocasiões especiais, e 20% fazia uso de cigarros. O fato de utilizarem cigarro gera prejuízos para a qualidade de vida dos mesmos, conforme Castro *et al.* (2007). O estudo também aponta que, apesar de trabalharem em uma instituição de saúde, a maioria dos profissionais procura assistência médica apenas quando necessário.

A Tabela 4 mostra o percentual das respostas dos participantes para as 26 questões apresentadas pelo questionário *Whoqol-bref* (FLECK *et al.*, 2000) para avaliação da qualidade de vida. As questões admitiam cinco possibilidades de resposta que variavam em grau crescente de intensidade para cada um dos aspectos tratados, indo do mais desfavorável ao mais favorável, englobando a qualidade de vida geral e os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Tabela 4: Percentual de respostas às 26 facetas avaliadas utilizando o questionário *Whoqol-bref* (São Paulo, jun. 2018)

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Q1 – Como você avalia sua qualidade de vida? | 0,0% | 8,4% | 29,3% | 53,9% | 8,4% |
| Q2 – Quão satisfeito você está com sua saúde? | 2,6% | 16,8% | 23,0% | 49,2% | 8,4% |

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| Q3 – Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que precisa? | 17,3% | 22,0% | 41,8% | 18,9% | 0,0% |
| Q4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 5,3% | 43,9% | 31,4% | 16,8% | 2,6% |
| Q5 – O quanto você aproveita a vida? | 0,0% | 19,4% | 34,5% | 40,8% | 5,3% |
| Q6 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 0,0% | 0,0% | 14,1% | 45,6% | 40,3% |
| Q7 – O quanto você consegue se concentrar? | 0,0% | 0,0% | 30,0% | 54,4% | 15,6% |
| Q8 – Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 0,0% | 16,8% | 26,2% | 46,5% | 10,5% |
| Q9 – Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 8,4% | 30,9% | 47,0% | 8,4% | 5,3% |
| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| Q10 – Você tem energia suficiente para seu dia a dia? | 0,0% | 11,0% | 49,2% | 26,6% | 13,2% |
| Q11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 0,0% | 5,8% | 27,1% | 34,5% | 32,6% |
| Q12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 5,3% | 29,9% | 49,7% | 15,1% | 0,0% |
| Q13 – Quão disponíveis estão para você as informações de que precisa no dia a dia? | 2,6% | 13,7% | 45,6% | 32,9% | 5,3% |
| Q14 – Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? | 11,0% | 30,9% | 43,4% | 12,0% | 2,6% |
| | Muito ruim | Ruim | Nem bom Nem Ruim | Bom | Muito Bom |

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--|--------------------|---------------|---------------------------------|-----------------|------------------|
| Q15 – Quão bem você é capaz de se locomover? | 0,0% | 2,8% | 14,6% | 44,4% | 38,2% |
| Q16 – Quão satisfeito(a) você está com seu sono? | 5,9% | 23,3% | 18,1% | 50,0% | 2,8% |
| Q17 – Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia? | 0,0% | 8,3% | 11,8% | 74,0% | 5,9% |
| Q18 – Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 0,0% | 2,8% | 5,6% | 74,3% | 17,4% |
| Q19 – Quão satisfeito você está consigo mesmo? | 0,0% | 5,9% | 9,0% | 62,5% | 22,6% |
| Q20 – Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 3,1% | 11,5% | 5,6% | 51,4% | 28,5% |
| Q21 – Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 6,3% | 14,2% | 5,9% | 53,1% | 20,5% |
| Q22 – Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos amigos? | 3,1% | 8,7% | 22,9% | 53,5% | 11,8% |
| Q23 – Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 3,1% | 8,3% | 18,1% | 56,3% | 14,2% |
| Q24 – Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 17,4% | 14,9% | 35,8% | 29,2% | 2,8% |
| Q25 – Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 5,9% | 19,8% | 15,3% | 37,8% | 21,2% |
| | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequente | Sempre |

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Q26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 14,2% | 70,5% | 9,0% | 6,3% | 0,0% |

Fonte: Elaborado pelos autores através da coleta de dados, 2018

Analisando separadamente cada faceta, observa-se que os profissionais relataram satisfação em várias áreas da vida, em todos os domínios. De acordo com o Cofen (2017),⁵ os profissionais de enfermagem relataram dificuldade para realizar atividades diárias e de trabalho. Neste estudo foi verificado que, no domínio físico, mais de 70% dos profissionais estavam contentes com a disposição para realizar suas atividades cotidianas, como se verifica pelas respostas da Questão 17.

Outro aspecto avaliado neste domínio foi a capacidade para o trabalho. Nesse quesito, 74,3% se auto avaliaram como tendo boa capacidade; essas questões foram as que mais contribuíram para o bom desempenho dos respondentes neste domínio. Identificou-se também que 50% dos participantes estavam satisfeitos com o sono, apesar de 40% terem mais de um vínculo empregatício e 22,9% terem uma jornada de trabalho acima de 40 horas semanais.

Santos, Mamede e Paula (2014) afirmam que as principais doenças que acometem a equipe de enfermagem estão relacionadas ao aparelho osteomuscular, seguidas por distúrbios mentais/ desordens psicológicas, devido ao estresse, sobrecarga de trabalho, dupla jornada, entre outros fatores. Este estudo corrobora em muitos aspectos o Santos, Mamede e Paula (2014) afirmam. Estes, entre outros fatores causadores de descontentamento, de danos físicos e psicológicos aos trabalhadores, também são demonstrados.

Os participantes referiram aproveitar bastante suas vidas, estavam satisfeitos consigo mesmos e com sua aparência física, e relataram manter boa concentração diante das inúmeras dificuldades diárias. Entretanto, na questão que avalia frequência de sentimentos negativos (mau humor, depressão, desespero e ansiedade), verificamos que 9% relataram ter esses sintomas frequentemente e 6,3% muito frequentemente.

Em relação ao domínio Relações Sociais, a maioria dos participantes demonstraram satisfação nas três facetas avaliadas: relações pessoais com amigos e parentes, vida sexual, e apoio recebido dos amigos. Apesar de longas jornadas de trabalho e de permanecerem muito tempo longe de seus familiares, os participantes responderam que conseguiam manter um bom convívio social, diferentemente do estudo de Souza (2010), que afirma que o trabalhador fica ausente de seus familiares devido a jornadas longas, causando afastamento do convívio social.

No estudo realizado por Farias e Zeitoune (2007), os profissionais mostraram insatisfação e preocupação em relação à segurança no ambiente de trabalho, devido à exposição constante a situações de risco e à falta de comprometimento da instituição com a segurança dos trabalhadores,

⁵ Números retirados da pesquisa *Enfermagem em números*, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) em 2017. Disponível em: <https://bit.ly/31iF8c6>. Acesso em: 11 jun. 2019.

aumentando o estresse e ocasionando uma sobrecarga psíquica.

No presente estudo também surgiu a preocupação com a falta de segurança, mas a faceta de maior destaque foi relacionada a questões financeiras, pois 29,9% disseram ter muito pouco dinheiro para satisfazer suas necessidades e 5,3% relataram não ter recursos financeiros suficientes. Nenhum participante se mostrou completamente satisfeito com sua condição financeira apesar de 40% manterem dois empregos. Essa questão também foi pontuada por Amaral, Ribeiro e Paixão (2015), que afirmam que a remuneração financeira digna indica um fator de satisfação e motivação dos profissionais, pois permite atender às necessidades básicas e assume um papel de reconhecimento pelas atividades desenvolvidas.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados obtidos nas facetas e domínios conforme a análise aplicando a metodologia *Whoqol-bref*.

Tabela 5: Resultados conforme as várias facetas e domínios avaliados pelo *Whoqol-bref* (São Paulo, jun. 2018)

| FACETAS E DOMÍNIOS | Score por faceta | Score total |
|---|------------------|-------------|
| DOMÍNIO GERAL | | |
| Q1 – Avaliação da qualidade de vida | 3,62 | 3,51 |
| Q2 – Satisfação com a saúde | 3,4 | |
| DOMÍNIO FÍSICO | | |
| Q3 – Dor e desconforto | 2,63 | 3,41 |
| Q4 – Dependência de medicação ou de tratamentos | 2,71 | |
| Q10 – Energia e fadiga | 3,45 | |
| Q15 – Mobilidade | 4,17 | |
| Q16 – Sono e repouso | 3,15 | |
| Q17 – Atividades da vida cotidiana | 3,74 | |
| Q18 – Capacidade de trabalho | 4,03 | |
| DOMÍNIO PSICOLÓGICO | | |
| Q5 – Aproveita a vida | 3,31 | 3,59 |
| Q6 – Sentido da vida | 4,28 | |
| Q7 – Concentração | 3,86 | |
| Q11 – Imagem corporal e aparência | 3,97 | |
| Q19 – Satisfeito consigo mesmo | 4,03 | |
| Q26 – Sentimentos negativos | 2,08 | |
| DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS | | |
| Q20 – Relações pessoais | 3,94 | 3,72 |
| Q21 – Atividade sexual | 3,63 | |
| Q22 – Suporte (apoio) social | 3,6 | |
| DOMÍNIO MEIO AMBIENTE | | |

| | | |
|---|------|------|
| Q8 – Segurança física e proteção | 3,48 | |
| Q9 – Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) | 2,71 | |
| Q12 – Recursos financeiros | 2,71 | |
| Q13 – Disponibilidade de informações que precisa no dia a dia | 3,23 | 3,09 |
| Q14 – Participação em, e oportunidades de recreação/lazer habilidades | 2,63 | |
| Q23 – Condição de moradia | 3,71 | |
| Q24 – Acesso a saúde | 2,86 | |
| Q25 – Transporte | 3,43 | |

Fonte: Elaborado pelos autores através da coleta de dados, 2018

Conforme os critérios de interpretação de resultados propostos por Fleck *et al.* (2000), pode-se afirmar que, em todos os domínios avaliados, os resultados mostraram que a qualidade de vida dos profissionais que participaram do estudo era regular. Com melhor resultado para o domínio relações sociais (3,72) e pior no domínio meio ambiente (3,09).

Para Gomes, Mendes e Francolli (2015), a qualidade de vida do profissional de saúde é bastante complexa devendo ser avaliada e assistida em todas as dimensões, considerando o círculo familiar e social. Portanto, este estudo permitiu identificar aspectos considerados pelos profissionais de enfermagem como tendo potencial para interferir em sua QV associados ou não ao ambiente de trabalho.

A Tabela 6 identifica fatores interferentes na QV dos participantes relacionados ao ambiente de trabalho.

Tabela 6: Fatores interferentes na qualidade de vida dos profissionais, associados ao ambiente de trabalho, conforme depoimento dos participantes (São Paulo, jun. 2018)

| Fatores interferentes na QV no ambiente de trabalho | n | % |
|---|----|-------|
| Sobrecarga de trabalho | 14 | 16,67 |
| Falta de funcionários | 14 | 16,67 |
| Falta de materiais | 8 | 9,52 |
| Estrutura física | 7 | 3,57 |
| Estresse | 6 | 7,14 |
| Falta de compreensão dos funcionários | 6 | 7,14 |
| Baixos salários | 3 | 3,57 |
| Desorganização do ambiente | 3 | 3,57 |
| Pacientes mal-educados | 3 | 3,57 |
| Falta de trabalho em equipe | 3 | 3,57 |

Fonte: Elaborado pelos autores através da coleta de dados, 2018.

Lobo e Francisco (2015) comentam que existem fatores mediadores de QV que são integração na instituição, comunicação interpessoal, motivação para o trabalho, segurança do ambiente, influência de turno no trabalho da equipe, sobrecarga, e condições de trabalho em geral.

Alguns desses fatores interferentes na QV dos trabalhadores, também são demonstrados neste estudo e estão relacionados principalmente às condições e ao ambiente de trabalho. Para os participantes, problemas na estrutura física, que afetam o clima, como o calor devido à falta de ventilação e o barulho também prejudicam a realização das atividades. Houve referência ao desrespeito por parte dos clientes, desmotivação para o trabalho, insalubridade, e problemas familiares, além do déficit na comunicação interpessoal entre profissionais gerando estresse e prejuízos ao trabalho em equipe.

Tabela 7: Fatores interferentes na qualidade de vida dos profissionais fora do ambiente de trabalho (São Paulo, jun. 2018)

| Fatores interferentes na QV fora do ambiente de trabalho | n | % |
|--|---|-------|
| Falta de dinheiro | 8 | 12,70 |
| Trânsito | 8 | 12,70 |
| Violência | 5 | 7,94 |
| Falta de atividade física | 4 | 6,35 |
| Longo percurso | 4 | 6,35 |
| Transporte | 4 | 6,35 |
| Problemas familiares | 3 | 4,76 |
| Sono irregular | 3 | 4,76 |
| Falta de segurança | 3 | 4,76 |
| Excesso de fornada | 3 | 4,76 |
| Falta de lazer | 3 | 4,76 |
| Poluição | 3 | 4,76 |

Fonte: Elaborado pelos autores através da coleta de dados, 2018.

Os problemas mais comuns relatados são os que acometem a população em geral pelo momento econômico e político do Brasil. Residir em uma grande metrópole e o trânsito também foram apontados no presente estudo. É indiscutível a importância do trânsito e suas complicações na vida dos brasileiros. Principalmente nas grandes cidades, a mobilidade urbana é um fator importante e um complicador, que vem se agravando gradativamente devido ao aumento anual da frota veicular, condutores infratores, deficiência na sinalização, e má preservação das vias, influenciando diretamente no humor e no estresse dos trabalhadores. De acordo com Medeiros *et al.* (2018), o trânsito é palco de diversas situações conflituosas e desgastantes, tornando-se um ambiente estressor. A soma desses estressores pode interferir no comportamento do condutor, contribuindo para atitudes imprudentes e comportamentos de risco.

Outro problema relatado está relacionado à questão financeira. Apesar do dinheiro não ser o único responsável pela felicidade e bem-estar das pessoas, um descompasso financeiro pode gerar problemas na saúde e nos relacionamentos.

Para Santos (2009), a violência urbana e a insegurança que atinge as pessoas são elementos acoplados no dia a dia de quem vive ou habita as cidades. Os participantes também mencionaram a violência como fator preocupante, e não é para menos; a violência, que ocasiona medo e inse-

gurança, é um problema que atinge direta ou indiretamente o cotidiano das pessoas, tanto nos grandes centros como nas cidades mais interioranas. Ela tem se mostrado um problema mundial, tendo o quadro agravado pelo aumento da impunidade devido à falta de leis rígidas de combate ao crime e à criminalidade.

A falta de atividade física também foi referida como fator prejudicial na QV dos profissionais, que relacionada a uma alimentação inadequada, pode levar ao desenvolvimento de vários problemas de saúde, entre eles a obesidade observada na maioria dos participantes onde a prevalência do IMC foi de 28,3. Segundo o Ministério da Saúde (2012), valores entre 25 e 29,9 são classificados como sobrepeso e representam aumento do risco para doenças cardiovasculares.

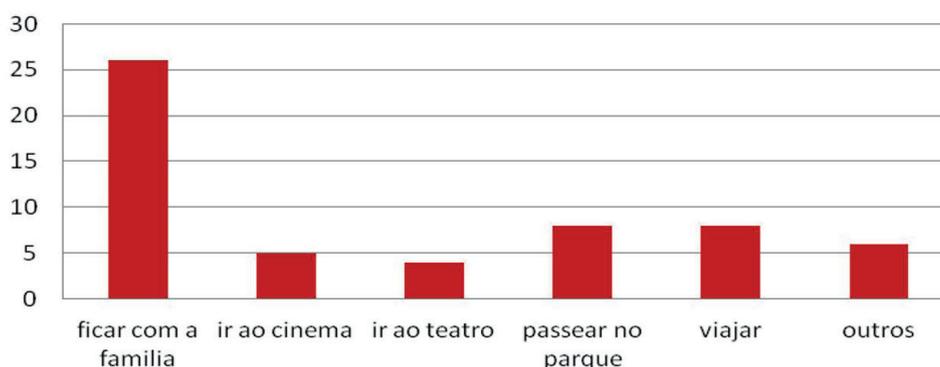
Para Stein (1999), o processo organizado de exposição ao exercício, além de possibilitar a aquisição do gosto pelas atividades que movimentem o corpo, é um potencial redutor de fatores de risco, podendo ter impacto positivo sobre a mente, sendo, portanto, indicado para todas as pessoas, exceto em situações clínicas especiais em que o exercício não é recomendado.

Também foram mencionados problemas ligados ao ritmo de trabalho, como a irregularidade no sono, jornada estendida, estresse e problemas familiares que podem estar indiretamente relacionados a esses fatores.

Para que o profissional consiga desenvolver um trabalho de qualidade, é necessário que primeiramente tenha uma boa QV. Essa condição irá permitir a oferta de uma melhor assistência ao indivíduo, estimulando seu autocuidado. Porém, não há possibilidade de promover saúde a terceiros sem antes ter concedido a si mesmo. Um bom modo de promover saúde e bem-estar está relacionado ao descanso e relaxamento, esse importante remédio natural pode ser adquirido através das atividades de lazer. Este estudo propôs identificar quais as atividades mais realizadas pelos profissionais em seu tempo livre visando melhorar a QV.

O Gráfico 1 descreve as atividades de lazer realizadas pelos profissionais de enfermagem, visando uma melhora em sua qualidade de vida.

Gráfico 1: Atividades de lazer realizadas pelos profissionais de enfermagem (São Paulo, jun. 2018)



Fonte: Elaborado pelos autores através da coleta de dados, 2018.

Em relação às atividades de lazer, a maioria dos profissionais referiram procurar o equilíbrio passando o tempo livre ao lado dos familiares, seguido de passeios no parque e viagens. Também foram

citadas atividades físicas como: hidroginástica, natação, corrida, musculação, afirmando a percepção dos participantes quanto à importância do exercício físico para sua saúde, embora, devido à dinâmica diária, não sobre muito tempo para realizá-lo.

Silva *et al.* (2006) afirma que, para esses profissionais ocupantes de extensa carga horária, crescer e conquistar objetivos são metas. Portanto, com criatividade e motivação, é possível conciliar o trabalho e o lazer, manter a qualidade de vida e proporcionar qualidade na assistência. Com isso, conceitos de qualidade de vida precisam estar focados no ambiente organizacional, em busca do equilíbrio e da paz.

Considerações finais

Os profissionais de enfermagem vêm sofrendo por atuar em setores onde há quantidade inadequada de profissionais para prestar assistência aos pacientes, além disso, as próprias condições de trabalho os expõem a diferentes fatores de risco.

Os trabalhadores manifestaram estar submetidos a uma sobrecarga de trabalho intensa podendo sofrer danos físicos e frequentemente sobre pressão dos superiores, além do convívio diário com a doença e o sofrimento, aumentando o risco de prejuízos psíquicos. Considerando a atuação desses profissionais no ambiente hospitalar, o fato de terem relatado satisfação em diferentes aspectos de sua QV mostrou que, de acordo com a classificação do *Whoqol-bref*, a QV desses trabalhadores encontrava-se regular em todos os domínios avaliados.

Dentre os fatores identificados e relatados pelos profissionais como tendo potencial para interferir em sua QV, no ambiente hospitalar destacaram-se principalmente os problemas ligados às más condições de trabalho e suas consequências, seguido da falta de estrutura física. Além dessas condições, identificamos problemas comuns que afetam pessoas em todo o mundo nas pequenas e grandes cidades, como: preocupação com a violência, dificuldade financeira, insatisfação com o trânsito e os meios de transporte, falta de atividade física, além dos problemas originados pela rotina de trabalho intensa.

Considerando esses dados, podemos afirmar que é importante que haja uma melhora no ambiente e nas condições de trabalho, na comunicação, na segurança de modo geral. Também se faz necessário mais estímulo por parte dos superiores e respeito aos direitos dos trabalhadores. Outros fatores em destaque são o incentivo à busca pela saúde, bem-estar físico e mental. Também é importante uma educação financeira para que o profissional possa gerenciar melhor seus ganhos e gastos, e incentivo na participação em pesquisas.

A preocupação com esses fatores se torna determinante para que haja melhora na QV da equipe de enfermagem, trazendo motivação aos trabalhadores, o que certamente refletirá positivamente no ambiente de trabalho, gerando benefícios para os profissionais e pacientes, e contribuindo para um ambiente laboral mais saudável.

Referências

ARAÚJO, G. A.; SOARES, M. J. G. O.; HENRIQUES M. E.R. M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 635-41, 2009.

AMARAL, F. J.; RIBEIRO, P. J.; PAIXÃO, X.D. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. espaço para a saúde**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 66-74, jan-mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2zYzXID>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CASTRO, M. G.; OLIVEIRA S. M.; MORAES, D. F. J.; MIGUEL C. A.; ARAUJO, B.R. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

FARIAS, P. N. S.; ZEITOUNE, G. C. R. A. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 487-93, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2MEHwqA>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

FLECK, P. M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "Whoqol-bref". **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

GOMES, P. F. M.; MENDES, S. E.; FRACOLLI, A. L. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. **Rev. Atenção Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 49, p. 27-33, set. 2016.

LOBO, C. M. G. A.; FRANCISCO, B. M. Quality of life of professional nursing: an integrative literature review. **Rev. Ciência e saberes**, v. 1, n. 1, p. 86-91, 2015.

MEDEIROS, E. L.; VASCONCELOS, T. C.; VIONE, K. C.; SANTOS, J.; RAMOS, D. R. P.; GOUVEIA, Y. B. Estresse e comportamentos de risco no trânsito. **Temas em saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 31-50, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2Znotm7>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SANTOS, C. A. N.; MAMEDE, M, N.; PAULA, B. A. M. Principais causas de afastamento do trabalho na equipe de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **RAS (Unitau)**, Taubaté, v. 16, n. 64, p. 97-103, 2015.

SANTOS, I. R. Aspectos da violência urbana. **Cadernos de ciências sociais aplicadas**, Vitória da Conquista, n. 5, p. 237-250, 2009.

SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006.

STEIN, R. Atividade física e saúde pública. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Porto Alegre, v. 5, n. 4, p. 1-3, 1999.

SILVEIRA, A. V.; MONTEIRO, I. M. Qualidade de vida de trabalhadores de Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. **Qualidade de vida**: Evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: Ipês, 2010. p. 161-168.

SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; FARIAS, F. S. A. B.; CAMPOS, A. C. S. Jornada de trabalho: Fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SOUZA, A. M. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO (CONVIBRA), 7., 2010, Campinas. **Anais...** 2010. Campinas: Instituto Pantex de Pesquisa, 2010.

TIPOS DE ALEITAMENTO ADOTADOS POR UM GRUPO DE MÃES DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE IDADE



Léia Araújo Bonfim¹

Beatriz de Souza Costa Croêlhas²

Raquel Silva Bicalho Zunta³

Resumo: Introdução: As intensificações das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são importantes para evolução dos índices de aleitamento materno e redução das taxas de morbimortalidade infantil. Objetivo: Identificar os tipos de aleitamento adotados pelas mães de crianças de 0 a 2 anos de idade que são atendidas em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Método: Pesquisa quantitativa, com 120 mães de crianças de até 2 anos cadastradas numa USF, através de entrevistas padronizadas, na espera pela consulta de pré-natal, puerpério, puericultura e sala de vacina. Resultados: O aleitamento mais adotado pelas mães de crianças de 0 a 2 anos foi o aleitamento materno, logo 97,6% delas receberam leite materno sendo 18,1% até o sexto mês. Além disso, 38,6% receberam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, 44,9% até o quarto mês e 18,1% das crianças de 0 a 2 anos estão recebendo. Referente às mães: 52,5% têm entre 25 e 35 anos, sendo que 18,3% nessa faixa etária oferecem aleitamento materno exclusivo, 45,8% têm renda familiar de um a dois salários mínimos, 84,2% receberam orientação sobre amamentação, 99,2% consideram o leite materno ideal para a alimentação da criança e 22% consideram o leite materno fraco ou insuficiente. Os motivos mais citados para um desmame precoce foram: mama secou, não tinha leite, leite não era suficiente e volta da mãe à escola ou trabalho. Conclusão: Os tipos de aleitamento adotados pelas mães entrevistadas foram: aleitamento materno (23,6%), aleitamento materno exclusivo (18,1%), aleitamento materno misto (7,9%), aleitamento materno complementado (7,1%) e aleitamento materno predominante (3,2%).

Palavras-chave: Aleitamento materno; Fórmula infantil; Saúde.

TYPES OF BREASTFEEDING ADOPTED BY A GROUP OF MOTHERS OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS OF AGE

Abstract: Introduction: The intensification of actions to promote, protect and support breastfeeding are important for the evolution of breastfeeding rates and reduction infant morbidity and

.....
¹ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: leiaraujo_bonfim@hotmail.com

² Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: beatriz_costa96@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: rsbzunta@gmail.com

mortality rates. Objective: To identify the types of breastfeeding adopted by the mothers of children from 0-2 years of age who are cared for in a Family Health Unit. Method: A descriptive, field-based, quantitative approach with 120 mothers of children until 2 years old enrolled in a USF, through standardized interviews, waiting for the prenatal, puerperal, child-care and vaccine room visits. The information was analyzed, compared, classified and presented in tables. Results: The most commonly used breastfeeding for mothers of children aged 0-2 years was breastfeeding, so 97.6% of them received breastmilk and 18.1% by the sixth month. In addition, 38.6% received exclusive breastfeeding by the sixth month, 44.9% by the fourth month and 18.1% of the children from 0 to 2 years are receiving. Regarding the mothers: 52.5% have 25-35 years and 18.3% of this age offer exclusive breastfeeding, 45.8% have a family income of one to two minimum wages, 66.1%, 84.2% received guidance on breastfeeding, 99.2% considered the ideal breast milk for infant feeding and 22% considered breast milk weak or insufficient. The reasons most cited for early weaning were: breast dried, had no milk, milk was not enough and mother's return to school or work. Conclusion: The types of breastfeeding adopted by the mothers interviewed were: breastfeeding (23.6%), exclusive breastfeeding (18.1%), mixed breastfeeding (7.9%), breastfeeding supplemented (7.1%) and breastfeeding maternal prevalence (3.2%).

Keywords: Breastfeeding; Infant formula; Health.

Introdução

Toda criança tem o direito de ter sua saúde protegida e de receber o aleitamento materno como forma de receber condições dignas de existência e um bom desenvolvimento, protegidos e garantidos pela portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde.⁴

Políticas como essa são elaboradas com base no fato de que, além de ter efeitos na saúde física e psíquica da mãe e envolver um relacionamento profundo entre ela e a criança, o processo de amamentar também interfere no estado nutricional da criança, no sistema imunológico, na fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional (BRASIL, 2009). Além disso, as intensificações das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são de essencial importância para a evolução dos seus índices e redução das taxas de morbimortalidade infantil (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) classificou e descreveu a alimentação materna em cinco categorias, e definiu o aleitamento materno como a alimentação com leite materno direto da mama ou ordenhado, que pode ser oferecido ou não com outros alimentos, sendo diferenciado do aleitamento materno exclusivo que é a nutrição apenas com leite materno, direto na mama ou ordenhado, oferecido pela própria mãe ou por uma doadora, sem a adição de outros líquidos ou sólidos, com exceção de soluções de reidratação oral, suplementos vitamínicos e minerais ou medicamentos.

Vale lembrar que a ausência do aleitamento materno exclusivo contribui para um maior

.....
⁴ Disponível em: <<https://bit.ly/2al7ygf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

risco de excesso de peso corporal, criando a necessidade de introduzir projetos de prevenção e intervenção nutricional já nos primeiros seis meses de vida do bebê para impedir o avanço desse excesso de peso (CONTARATO *et al.*, 2016). Além de prejudicar o aleitamento materno exclusivo (AME), essa adição precoce de outros alimentos é facilitada pela ausência de instrução (SILVA *et al.*, 2017).

Nos casos em que, além do leite materno, a criança é alimentada com água ou bebidas à base de água e sucos de frutas, define o que conhecemos como aleitamento materno predominante (BRASIL, 2009). Essa prática, de ofertar chás e água antes dos seis meses, e o mito do “leite fraco”, são concepções bastante lançadas na população em geral, evidenciando que a assimilação das mães sobre o aleitamento materno ainda está ligada ao grau de escolaridade (MACHADO *et al.*, 2014).

Alguns lactentes recebem, além do leite materno, alimentos sólidos ou semissólido para complementá-lo. À essa prática é dado o nome de aleitamento materno complementado (BRASIL, 2009). Por isso, é importante ter o acompanhamento alimentar, com orientações individuais desde o nascimento da criança, para evitar que, além do leite materno, outros alimentos e líquidos sejam incluídos precocemente em sua alimentação (MARTINS *et al.*, 2014). Outra prática muito comum é a introdução de outros tipos de leite juntamente com o leite materno na alimentação da criança, caracterizando o aleitamento materno misto ou parcial (BRASIL, 2009).

Oliveira *et al.* (2015) afirmam que a insegurança das mães em adotar o leite materno como único alimento de seus filhos está relacionada à falta de experiência associada ao déficit de informações quanto à amamentação. É por esse motivo, mas também visando o fácil acesso e manuseio, e a satisfação das necessidades momentâneas da alimentação, que elas escolhem como primeira opção a introdução do leite artificial na dieta de suas crianças.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar os tipos de aleitamento adotados pelas mães de crianças de 0 a 2 anos de idade que são atendidas em uma USF, e identificar a faixa etária em que a criança foi ou está sendo amamentada com leite materno exclusivo pelas mães, bem como avaliar as principais causas pelas quais as mães deixam de ofertar o leite materno exclusivo para a criança.

Materiais e métodos

Foi realizada uma pesquisa de campo exploratória, descritiva, transversal e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na cidade de Itapeverica da Serra (SP), onde estavam cadastradas cerca de 600 crianças com idade entre 0 a 2 anos, e o incentivo ao aleitamento materno, por parte dos profissionais da saúde, é feito na consulta de pré-natal, no grupo de gestantes mensal, nas visitas de puerpério e nas salas de vacinação.

Foram entrevistadas 20% das mães de crianças de 0 a 2 anos de idade, que são atendidas em uma USF da cidade de Itapeverica da Serra (SP), de maneira que a amostra foi composta por 120 mães.

Um aspecto relevante deste estudo é o fato de que, entre as mães entrevistadas, sete delas possuem dois filhos com idade de até dois anos. Dentre essas crianças, duas delas são gêmeas, totalizando 127 crianças participantes da pesquisa.

As autoras da pesquisa desenvolveram um questionário contendo 16 perguntas fechadas e

semiabertas que abordaram a faixa etária das mães, grau de escolaridade, renda familiar, principal forma e preferência de amamentação da criança, idade da criança e período em que ela foi amamentada com leite materno, grau de orientação e opinião das mães sobre aleitamento materno, e motivo do desmame precoce.

Inicialmente, o instrumento foi testado com dez mães que estavam aguardando nas salas de vacina, nas consultas de pré-natal, puerpério ou puericultura na USF da cidade de Itapeverica da Serra, seguindo os critérios do estudo. A intenção foi validar o instrumento de coleta e verificar o tempo estimado de resposta.

As mães que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar. Em seguida, responderam ao questionário que foi impresso e conduzido pelas autoras do estudo durante a espera na sala de vacina, na consulta de pré-natal, puerpério ou puericultura.

O presente estudo foi enviado para análise e avaliação da Autarquia de Saúde do município em questão, e encaminhado para análise e avaliação da Educação Permanente e Coordenação da Atenção Básica. Em seguida, foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP), que recebeu aprovação pelo número 2.597.634.

Resultados

Cerca de 52,5% da população entrevistada tinha idade entre 25 e 35 anos, 30% entre 15 e 25 anos e 17,5% tinha mais de 35 anos; 53,3% delas já concluíram o ensino médio, 92,5% tem oito anos ou mais de estudo e a renda familiar de 45,8% dessas mães é de um a dois salários mínimos.

Tabela 1: Distribuição do perfil sócio epidemiológico das mães entrevistadas (São Paulo, 2018).

| Variáveis | N | % |
|---|------------|--------------|
| Idade das mães em anos | 120 | 100,0 |
| 15 - 25 | 36 | 30,0 |
| 25 - 35 | 63 | 52,5 |
| 35 - 45 | 19 | 15,8 |
| 45 - 55 | 2 | 1,7 |
| Escolaridade das mães | 120 | 100,0 |
| Fundamental I Incompleto | 1 | 0,8 |
| Fundamental I Completo | 2 | 1,7 |
| Fundamental II Incompleto | 6 | 5,0 |
| Fundamental II Completo | 8 | 6,7 |
| Ensino médio Incompleto | 12 | 10,0 |
| Ensino médio Completo | 64 | 53,3 |
| Superior incompleto | 7 | 5,8 |
| Superior Completo | 20 | 16,7 |
| Renda Familiar em Salários Mínimos | 120 | 100,0 |
| Sem renda | 3 | 2,5 |
| 0 - 01 | 38 | 31,7 |

| Variáveis | N | % |
|------------------------------------|------------|--------------|
| 01 - 02 | 55 | 45,8 |
| 02 - 03 | 13 | 10,8 |
| 03 - 04 | 3 | 2,5 |
| 04 - 05 | 5 | 4,2 |
| 05 - 06 | 1 | 0,8 |
| 07 - 08 | 1 | 0,8 |
| Não soube dizer | 1 | 0,8 |
| Idade das crianças em meses | 127 | 100,0 |
| 0 - 01 | 7 | 5,5 |
| 01 - 02 | 7 | 5,5 |
| 02 - 04 | 13 | 10,2 |
| 04 - 06 | 13 | 10,2 |
| 06 - 09 | 13 | 10,2 |
| 09 - 12 | 20 | 15,8 |
| 12 - 18 | 21 | 16,5 |
| 18 - 24 | 17 | 13,4 |
| + 24 | 16 | 12,6 |

Fonte: Questionário realizado com mães em USF de Itapeceira da Serra (SP).

Na Tabela 2 conclui-se que 97,6% das crianças em alguma fase da vida, por mais curta que tenha sido, receberam aleitamento materno, e 59,8% estavam recebendo. Vale ressaltar que as idades das crianças que ainda recebem aleitamento materno variaram entre 0 e 33 meses de idade.

Tabela 2: Distribuição do número de crianças que receberam em algum período da infância ou estão recebendo Aleitamento Materno (São Paulo, 2018).

| Receberam Aleitamento Materno | N | % |
|-------------------------------------|-----|-------|
| Sim | 124 | 97,6 |
| Não | 3 | 2,4 |
| TOTAL | 127 | 100,0 |
| Estão Recebendo Aleitamento Materno | Nº | % |
| Sim | 76 | 59,8 |
| Não | 51 | 40,2 |
| TOTAL | 127 | 100,0 |

Fonte: Questionário realizado com mães em USF de Itapeceira da Serra (SP).

Verificou-se que 18,1% das crianças participantes da pesquisa receberam aleitamento materno até o sexto mês e 44,2% continuaram recebendo aleitamento materno após os seis meses de idade. Nota-se que 38,6% das crianças receberam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, e essa oferta começou a diminuir significativamente a partir dessa idade. Percebe-se também que, após os quatro meses de vida 47,3% dessa população, não recebiam mais aleitamento materno exclusivo, a maior frequência de aleitamento materno exclusivo até o sexto

mês de vida da criança foi entre as mães com idades entre 25-35 anos correspondendo a 18,3% da população entrevistada. Em segundo lugar ficaram as mães de 15 a 25 anos com 13,3%, seguidas das mães de 35 a 45 anos com 8,3% e das mães de 45 a 55 com 0,8%. Quando avaliadas dentro de sua faixa etária, apenas 43,3% das mães de 15 a 25 anos e 32,8% das mães de 25 a 35 anos ofereceram aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade da criança, Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição do período da infância em que as crianças receberam aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno (São Paulo, 2018).

| Idade em meses | Aleitamento materno exclusivo | | Aleitamento materno | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | N | % | N | % |
| ‡ 01 | 14 | 11,0 | 13 | 10,2 |
| ‡ 02 | 16 | 12,6 | 14 | 11,0 |
| ‡ 03 | 12 | 9,5 | 8 | 6,3 |
| ‡ 04 | 15 | 11,8 | 13 | 10,2 |
| ‡ 06 | 49 | 38,6 | 23 | 18,1 |
| ‡ 09 | 7 | 5,5 | 16 | 12,6 |
| ‡ 12 | 1 | 0,8 | 9 | 7,1 |
| ‡ 18 | 1 | 0,8 | 19 | 15,0 |
| ‡ 24 | | | 5 | 3,9 |
| + 24 | | | 4 | 3,2 |
| Não receberam aleitamento materno | 9 | 7,1 | 3 | 2,4 |
| TOTAL | 127 | 100,0 | 127 | 100,0 |

Fonte: Questionário realizado com mães em USF de Itapecerica da Serra (SP).

Foi percebido que 18,1% das crianças estão recebendo aleitamento materno exclusivo e 23,6% aleitamento materno. Além disso, a principal forma de alimentação das crianças desse grupo baseia-se na introdução de outros tipos de leite e alimentos sem o uso do leite materno, o que representa 40,2% da população entrevistada.

Tabela 4: Distribuição da principal forma de alimentação das crianças no período da pesquisa (São Paulo, 2018).

| Tipos de dietas | Nº | % |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Aleitamento Materno | 30 | 23,6 |
| Aleitamento Materno Exclusivo | 23 | 18,1 |
| Aleitamento Materno Complementado | 9 | 7,1 |
| Aleitamento Materno Misto ou Parcial | 10 | 7,9 |
| Aleitamento Materno Predominante | 4 | 3,2 |
| Outros | 51 | 40,2 |
| TOTAL | 127 | 100,0 |

Fonte: Questionário realizado com mães em USF de Itapecerica da Serra (SP).

Os motivos mais citados como fatores determinantes para o desmame precoce foram: Mama secou/não tinha leite/leite não era suficiente (18,1%), volta da mãe à escola/trabalho (15,7%), bebê não pegou o bico do peito (12,1%) e leite fraco/não sustenta (7,2%). Em seu estudo Sousa et al. (2017) cita como principais fatores o retorno ao trabalho (23,37%), leite fraco e não nutritivo (11,68%), pouca produção de leite (6,49%). Apesar dos fatores de ambos os estudos serem os mesmos, percebe-se que o percentual desses agravantes na presente pesquisa é significativamente maior.

Tabela 5: Distribuição dos motivos que levaram à introdução de outros alimentos antes dos seis meses de idade das crianças (São Paulo, 2018).

| Motivos | Nº | % |
|--|-----------|--------------|
| Outra gestação | 1 | 1,2 |
| Mamas doloridas | 4 | 4,8 |
| Leite fraco/ não sustenta | 6 | 7,2 |
| Complicação no parto/ doenças/ internação da mãe ou da criança | 6 | 7,2 |
| Bebê não pegou o bico do peito | 10 | 12,1 |
| Mamas secou/ não tinha leite/ Leite não era suficiente | 15 | 18,1 |
| Bico invertido | 1 | 1,2 |
| Volta da mãe à escola/ trabalho | 13 | 15,7 |
| Refluxo | 1 | 1,2 |
| Bebê tem intolerância à lactose | 1 | 1,2 |
| Bico do seio machucado | 4 | 4,8 |
| Orientação médica | 2 | 2,4 |
| Criança não aceitou o leite materno | 5 | 6,0 |
| Deu outros alimentos para acostumar | 3 | 3,6 |
| Para agradar a criança, matar a vontade de comer outros alimentos | 3 | 3,6 |
| Bebê não tinha força para sugar | 1 | 1,2 |
| Leite materno causava cólica/ ressecamento na criança | 2 | 2,4 |
| Adaptação à fórmula | 1 | 1,2 |
| Criança não ganhava peso | 2 | 2,4 |
| Criança foi adotada | 1 | 1,2 |
| Lugar onde morava era muito quente | 1 | 1,2 |
| Crianças alimentadas com outros alimentos antes dos seis meses de idade | 83 | 100,0 |

Fonte: Questionário realizado com mães em USF de Itapeceira da Serra (SP).

Discussão

O estudo permitiu identificar possíveis falhas no processo de amamentação das crianças atendidas nas unidades de saúde da família, possibilitando o desenvolvimento de programas de apoio, educação e incentivo ao aleitamento materno. Dentre os principais resultados, podem ser discutidos primeiramente que 97,6% das mães oferecem leite materno em alguma fase da vida do lactente, entretanto, um total 47,3% das crianças deixam de receber o leite materno exclusivo até os quatro meses de vida. Segundo: 45,7% das crianças receberam aleitamento materno exclu-

sivo até os seis meses de vida. E apenas 3,9% receberam aleitamento materno até os 24 meses de idade. Terceiro: 18,1% das mães deixam de amamentar por acreditar que a mama secou ou que o leite não era suficiente, e 15,7% devido à volta para a escola ou para o trabalho, e 12%,1 porque o bebe não pegou o bico do peito.

Este estudo foi desenvolvido a partir da aplicação de questionários e os resultados foram obtidos a partir das respostas das mães entrevistadas; este é um método seguro que valida os resultados tendo em vista que outros autores também utilizaram métodos semelhantes (BREIGEIRON *et al.*, 2015; LOPES *et al.*, 2018).

A amostra deste estudo foi de mães com idade bastante variada, sendo a menor idade de 15 anos e a mais avançada de 48 anos. No estudo de Lopes *et al.* (2018), realizado no município de Montes Claros (MG), os resultados obtidos foram bem próximos ao deste estudo, onde 48,5% das mães participantes da pesquisa tinham idades entre 25 e 34 anos, 37,8% tinham entre 19 e 24 anos, e 13,7% eram maiores de 35 anos. Além disso, percebe-se que, tanto no presente estudo quanto no estudo de Lopes *et al.* (2018), a parcela maior de mães têm idade entre 25 e 35 anos. Rocha (2014) enfatiza que as mulheres têm a iniciativa de engravidar na fase adulta, tendo relação no anseio e desejo de gerar uma nova vida num momento mais oportuno de sua vida, considerando o momento de desenvolvimento e desejo de crescer no âmbito profissional.

Cerca de 97% das crianças envolvidas neste estudo receberam aleitamento materno. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) afirma que as crianças amamentadas no peito apresentam menores índices de alergias em geral, asma, aterosclerose, doenças cardiovasculares, desnutrição, diarreias, obesidade, otites, entre outras (MARIANI NETO, 2006). Além de apresentar melhor acuidade visual, desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento neuromotor, desenvolvimento social e quociente intelectual. De acordo com Machado (2014), o aleitamento materno promove benefícios para a saúde da criança sob os aspectos nutricional, gastrointestinal, imunológico, psicológico, do desenvolvimento e da interação mãe-bebê.

Neste estudo, as crianças participantes da pesquisa, que receberam aleitamento materno, têm idade entre 0 e 33 meses. Essa prática de ofertar o leite materno junto de outros alimentos pode ser confirmada no estudo de Souza, Sodr e e da Silva (2015), no qual 74,1% das mães continuam oferecendo leite materno aos seus filhos juntamente de outros alimentos.   possível que esse tempo aumentado de aleitamento materno ocorra por uma questão cultural das mães ou mesmo por uma questão afetiva, ou mesmo que o aleitamento materno sirva como alimenta o complementar.

O aleitamento materno foi o principal tipo adotado pelas mães envolvidas neste estudo, entretanto, o estudo de Carvalho *et al.* (2018) mostra uma realidade diferente vivenciada no município de Vitória de Santo Antão (PE), onde 41,7% das crianças recebem o aleitamento materno exclusivo, 38,3% recebem aleitamento materno e 20% não recebem leite materno. Essa diferença significativa pode estar relacionada ao fato de que, no estudo de Carvalho *et al.* (2018), 44,0% da popula o possui renda familiar menor que um s lario mínimo. Em contrapartida, 45,8% das mães entrevistadas neste estudo possuem renda de até dois s larios mínimos, o que pode significar que, quanto maior a renda, maior a probabilidade de introduzir outros alimentos nas refei es das crianças.

Os motivos mais citados como fatores determinantes para o desmame precoce, foram: Mama secou/não tinha leite/leite não era suficiente, volta da mãe   escola/trabalho, bebê não

pegou o bico do peito e leite fraco/não sustenta. Em seu estudo, Sousa *et al.* (2017) citam como principais fatores o retorno ao trabalho (23,37%), leite fraco e não nutritivo (11,68%) e pouca produção de leite (6,49%). Apesar dos fatores de ambos os estudos serem os mesmos, percebe-se que o percentual desses agravantes na presente pesquisa é maior. Essa crença pode estar baseada nas experiências das matriarcas da família ou pelo fato do bebê precisar ser amamentado mais vezes, sendo assim, elas demonstram que desconhecem a composição nutricional do leite materno e o seu processo de digestão.

Um outro fator importante foram as intensificações das propagandas de leites industrializados para uso do lactente. Isso tem sido praticado desde a década de 1940. Somente em 2006, com a promulgação da lei nº 11.265/2006,⁵ que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, que o aleitamento materno se tornou uma prioridade na saúde pública no Brasil. Este estudo mostra com clareza que o aleitamento materno exclusivo ainda precisa ser melhor aceito como o único alimento para as crianças até seis meses de vida.

A importância clínica deste estudo é de alertar que o aleitamento materno exclusivo e o aleitamento materno ainda não são questões solidificadas. É necessário intensificar a conscientização da sociedade, principalmente porque já se sabe que o aleitamento materno exclusivo pode contribuir muito para redução e controle de algumas doenças. A questão do aleitamento materno exclusivo está vinculada ao estilo de vida que as mães escolhem para seus filhos desde o início da vida, sendo que pode contribuir para uma melhor saúde da criança.

Considerações finais

Neste estudo com 120 mães pode-se verificar que houve cinco tipos de aleitamento materno: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno, aleitamento materno predominante, aleitamento materno complementado e aleitamento materno misto parcial, sendo que o mais adotado foi o aleitamento materno. Também foi demonstrado que 2,4% não recebeu nenhum tipo de aleitamento, e 10,2% recebeu somente até o primeiro mês de vida.

Os principais motivos pelos quais as mães deixam de amamentarem foram: a mama secou/não tinha leite/leite não era suficiente, volta da mãe à escola/trabalho, bebê não pegou o bico do peito e leite fraco/não sustenta. As ações de saúde de incentivo ao aleitamento materno devem ser voltadas para apoio às mães, principalmente na resolução desses cinco fatores.

Referências

BREIGEIRON, M. K.; MIRANDA, M. N.; SOUZA, A. O. W.; GERHARDT, L. M.; VALENTE, M. T.; WITKOWSKI, M. C. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36, p. 47-54, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2XDBHuj>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CARVALHO, M. L. N.; CARVALHO, M. F.; SANTOS, C. R.; SANTOS, P. T. F. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **ver. Paul. Pediatr.**, v.1, n. 36, p. 66-73, 2018.

.....
5 Disponível em: <<https://bit.ly/12MbyMw>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CONTARATO, A. A. P. F.; ROCHA, E. D. M.; CZARNOBAY, S. A.; MASTROENI, S. S. B. S.; VEUGELERS, P. J.; MASTROENI, M. F. Efeito independente do tipo de aleitamento no risco de excesso de peso e obesidade em crianças entre 12-24 meses de idade. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. 1-11, 2016.

LOPES, W. C.; MARQUES, F. K. S.; OLIVEIRA, C. F.; RODRIGUES, J. A.; SILVEIRA, M. F.; CALDEIRA, A. P.; PINHO, L. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 36, n. 2, p. 164-170, 2018.

MACHADO, A. K. F.; ELERT, V. W.; PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.7, p. 1.983-1989, 2014.

MACHADO, M. C. M.; ASSIS, K. F.; OLIVEIRA, F. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; ARAÚJO, R. M. A.; CURY, A. F.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Rev. Saúde Pública**, v. 48 n. 6, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2WwOLQK>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

MARIANI NETO, C. (Ed.). **Aleitamento materno**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2l8Cazy>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

MARTINS, C. B. G.; SANTOS, D. S.; LIMA, F. C. A.; GAÍVA, M. A. M. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascer. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 82-87, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

SOUZA, M. H. D. N.; SODRE, V. R. D.; FERREIRA DA SILVA, F. N. Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária. **Ciencia y Enfermería**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 2015.

OLIVEIRA, C. S.; IOCCA, F. A.; CARRIJO, M. L. R.; GARCIA, R. A. T. M. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. esp, p. 16-23, 2015.

ROCHA, L. F. A.; OLIVEIRA, Z. M.; TEIXEIRA, J. R. B.; MOREIRA, R. M.; DIAS, R. B. Significado nas apresentações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade. **Revista de Enfermagem (UFPE)**, v. 1, n. 8, p. 30-36, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2R8gdDF>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2R4guqW>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SOUSA, E. D. M.; SANTOS, M. P.; SANTOS, T. M. A.; ANDRADE, A. S. A. Prevalência de aleitamento materno em crianças de 0 a 12 meses e seus fatores condicionantes. In: INTERNATIONAL NURSING CONGRESS, 2017, Aracaju. **Anais...** Aracaju: Unit, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2X1VOoV>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SILVA, C. M.; PELLEGRINELLI, A. L. R.; PEREIRA, S. C. L.; PASSOS, I. R.; SANTOS, L. C. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um banco de leite humano. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 5, p. 1661-1671, 2017.

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE *STRESS* EM PACIENTES PRÉ-CIRÚRGICOS



Elen Gasparin Crestani Vieira¹
Polyana de Castro Oliveira²
Elias Ferreira Pôrto³
Vivian Araújo⁴

Resumo: Introdução: O stress pode ser definido como uma reação do organismo em situações de grande necessidade de adaptação, como o intuito de atingir um equilíbrio interno, uma exposição prolongada a tais estímulos pode acarretar em cansaços físicos e psicológicos. Esse tipo de respostas são adaptativas, pois a sobrevivência do homem depende da mobilização dos mecanismos do corpo. Objetivo: O presente artigo foi realizado uma análise descritiva dos níveis de stress em pacientes pré-cirúrgicos, em uma amostra de 16 indivíduos de um hospital particular, com idades entre 20 a 76 anos. Método: Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL Resultados: percebeu-se que 50% dos participantes apresentaram stress com crescimento de sintomas físicos e psicológicos a medida que o dia do procedimento cirúrgico se aproximava. Conclusão: foi possível perceber a diferença de níveis de stress apresentados por cada paciente.

Palavras chave: *Stress*; Pré-cirúrgicos; Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos (ISSL)

ASSESSMET OF STRESS LEVELS IN PREOPERATIVE PATIENTS

Abstract: Introduction: Stress can be defined as a reaction of the organism in situations of great need of adaptation, in order to achieving an internal balance, prolonged exposure to such stimuli may result in physical and psychological fatigue. These kinds of responses are adaptive, since the survival of man depends on the mobilization of the mechanisms of the body. Objective. The aim of this article was to conduct a descriptive analysis of stress levels in preoperative patients, with a sample of 16 individuals from a private hospital with ages ranging from 20 to 76 years. It Methods. was used as an instrument of data collection the Inventory of Symptoms of Stress for Adults of Lipp – ISSL Results. It was observed that 50% of the participants presented stress with growth of physical and psychological symptoms as the day of the surgical procedure was approaching. Conclusion. the difference in stress levels presented by each patient.

.....
¹ Estudante de psicologia do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: elencrestani@gmail.com

² Estudante de psicologia do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: polyanacastro7@hotmail.com

³ Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Mestre em Reabilitação Pulmonar pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Instituto do Coração (InCor). Graduado em Fisioterapia pela Universidade de Guarulhos. Graduado em Engenharia Civil pela Faculdade Estácio de Sá. E-mail: elias.porto@ucb.org.br

⁴ Mestre em Gerontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica. E-mail: vivian.araujo@unasp.edu.br

Keywords: *Stress*; Preoperative; Inventory of Symptoms of *Stress* for Adults (ISSL)

Introdução

Este artigo discute a presença do *stress* na vida do homem. Frente a uma situação desafiadora, o organismo reage de forma a alcançar o equilíbrio interno. Essa desorganização pode ser causada por diferentes situações, e o que será discutido ao longo deste trabalho é o procedimento cirúrgico, que leva o corpo a mobilizar mecanismos protetores que, se não administrado de uma maneira saudável, acarreta em graves prejuízos na saúde física e mental.

Diante disso, surgem algumas perguntas: Os pacientes pré-cirúrgicos possuem altos índices de *stress*? Há prevalência de sintomas em relação aos períodos que antecedem a realização do procedimento? Há frequência dos sintomas ao longo do tempo? A somatização acontece com maior incidência por meio de sintomas físicos ou psicológicos?

Para obter as respostas dessas perguntas é necessário avaliar se os pacientes em situação pré-cirúrgica se encontram com *stress* e, na existência do *stress*, analisar os sintomas. Utilizou-se como referência os estudos de Marilda Lipp sobre *stress* e os resultados coletados por meio do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (ISSL) em pacientes pré cirúrgicos de um hospital particular.

Mesmo com os grandes avanços da ciência que explicam de forma científica os fenômenos que ocorrem em nosso corpo diante de uma situação de *stress*, o homem continua reagindo de forma primitiva aos estímulos externos recorrendo aos mecanismos de defesa como a evitação, fuga e enfrentamento. Esses tipos de respostas são adaptativos, pois a sobrevivência do homem depende da mobilização dos mecanismos do corpo. No entanto, o homem, por meio de sua subjetividade e socialização, somatiza, sendo esses resultados dos estímulos que o indivíduo experimenta (PENICHE, 2005, p. 18).

Psicossomática

De acordo com Mello e Burd (2010), a psicossomática estuda as relações entre as emoções e as partes do corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática. São as emoções e os sentimentos como a ansiedade, *stress*, medo, culpa, entre outros que, se não forem administrados de forma equilibrada em um grau considerado, produzirão efeitos prejudiciais ao organismo que em alguns casos mais graves levam à morte. Descartes citado por Peniche (2005, p. 10) já refletia em seu tempo sobre a ligação das duas partes do ser humano, as emoções (paixões) e a matéria (corpo), e pressupunha que no cérebro havia uma glândula onde a "alma" exercia sua função irradiando para o resto do corpo, através dos nervos e do sangue num mecanismo complexo.

Medeiros e Peniche (2004) afirmam que, diante de situações ameaçadoras, a ansiedade parece ser a emoção mais comum, sendo descrita como uma sensação de desagrado e tensão, nervosismo, preocupação, e tudo isso intensifica a intensidade do sistema nervoso autônomo. Segundo Peniche (2005), para os neuroendócrinos não há dúvidas que existe uma relação estreita entre a percepção sensitiva e cognitiva frente a uma ameaça, tendo como consequência o surgimento da ansiedade e do *stress* perceptíveis clinicamente. As pessoas que possuem traços de ansiedade têm uma energia potencial latente que pode ser liberada em determinadas situações, e

estas tendem a apresentar elevado grau de *stress* reagindo com mais intensidade por considerar certas situações mais ameaçadoras do que aquelas que têm baixo traço de ansiedade.

Stress

O *stress*, segundo uma pesquisa realizada em 2013 pela Organização Mundial da Saúde, atinge 90% da população mundial. No Brasil afeta 70% da população, sendo que destes 30% são em altos níveis. “O *stress* é uma reação perfeitamente normal do organismo e é indispensável para a sobrevivência humana, sem ele não há preparo para enfrentar uma situação de grande perigo ou uma emoção muito forte” (LIPP, 2008, p. 11).

Segundo Lipp (2008), quando uma pessoa se depara com uma situação que a amedronta, irrita, confunde, ou até mesmo a deixa feliz, o seu organismo reage de forma complexa com o objetivo de alcançar o equilíbrio interno. Essa reação psicofisiológica é caracterizada como *stress*. Dessa forma, trata-se de uma tentativa de vencer um desafio ou de defrontar uma adaptação necessária no momento. Dependendo da interpretação que cada pessoa tem sobre um evento *estressor* pode ou não desencadear uma reação de *stress*, caso essa reação se apresente o organismo se manifesta da seguinte forma:

[...] sob *stress* há liberação de adrenalina, que é uma substância vasoconstritora, provocando uma redução no diâmetro dos vasos coronários. Há liberação de aldosterona, hormônio que diminui a diurese aumentando o volume interno do líquido, o que provoca o aumento do número de plaquetas no sangue e de fibromogênio, favorecendo, assim, a elevação da concentração do sangue – hemoconcentração. Paralelamente, sob *stress* o organismo libera corticoides – cortisol e hidrocortisona – que estimulam a gliconeogênese – catabolismo – produzindo um estado de hiperglicemia. A glicose metabolizada fornece energia. Se o estímulo *estressor* for intenso, ele representará uma ameaça à vida, podendo levar à morte (LIPP, 2008, p. 13).

De acordo com Lipp (2008), o *stress* se desenvolve em quatro fases. A primeira é denominada fase de alerta: nela, o indivíduo se prepara para a ação preparando o corpo e a mente para a preservação da própria vida.

O segundo estágio é a fase de resistência, no qual ocorre o aumento da capacidade de resistência acima do normal. Lipp & Malagris (2008) salientam que nessa fase há sempre uma busca pelo reequilíbrio que utiliza grande energia, podendo gerar desgaste generalizado sem causa aparente e dificuldades de memória – sinal de que o desgaste do organismo ultrapassou as suas capacidades.

Na fase seguinte, o *stress* evolui para a quase exaustão, quando o organismo diminui as defesas e resistências às tensões, dificultando assim a homeostase interna. Em certos momentos, a pessoa consegue se sentir razoavelmente bem, no entanto, em outros, não consegue, fazendo com que o indivíduo oscile entre momentos de bem-estar e tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade. Dessa forma, algumas doenças começam a surgir demonstrando que a resistência já não está tão eficaz.

No último estágio, que é chamado de fase de exaustão, ocorre a quebra total da resistência. Alguns sintomas da fase de alarme surgem com maior magnitude, também ocorre um aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física, e por fim as doenças começam a aparecer.

Segundo Medeiros e Peniche (2006), os pacientes que se encontram num ambiente hospitalar e são submetidos a um procedimento cirúrgico desconhecem muitas das vezes as infor-

mações e orientações necessárias sobre as intervenções. Tal situação suscita diversas reações emocionais, que são próprias do ser humano, como resposta de luta ou fuga para a sobrevivência.

A experiência de uma intervenção como, por exemplo, o procedimento anestésico-cirúrgico, leva o ser humano a mobilizar os seus mecanismos protetores. Essa mobilização não depende só dos processos somáticos, mas também psíquicos, resultantes de estímulos que experimenta, ou seja, está relacionada, não só com as características objetivas, como também com a interpretação subjetiva da experiência. Além disso, este é um processo que para muitos representa “aproximar-se da morte”, principalmente quando relacionado a anestesia geral, pois a inconsciência causada pelos fármacos é temida pelo homem (MEDEIROS; PENICHE, 2006, p. 87).

Segundo Alves *et al.* (2007), há ainda outros fatores que influenciam na ansiedade que cerca o momento anestésico cirúrgico: preocupações com lesões que possam ocorrer no procedimento cirúrgico, receio da dor no pós-operatório, medo de não acordar mais, separação da família, medo de ficar incapacitado, perda da independência, medo de acordar no meio da anestesia, medo do diagnóstico e das complicações.

Após a cirurgia, na sala de recuperação anestésica (SRA), o paciente se encontra num alto grau de vulnerabilidade e, neste momento, os medos e as incertezas aumentam por não conseguirem obter dados e informações. Em virtude desses sentimentos, a condição e recuperação pode ser afetada. Isso não pode ser visto apenas como uma manifestação biológica, mas como uma “resposta psicossomática de vivência deste momento” (PENICHE, 2005, p. 21).

De acordo com Daian *et al.* (2012),⁵ “algumas situações terapêuticas envolvendo tratamento clínico, incluindo operações sob anestesia geral, são consideradas como fortes estímulos estressores porque afetam as emoções dos pacientes e geram quebra no equilíbrio no organismo”. Tal operação desperta sentimentos ambivalentes, pois, ao mesmo tempo que evita a dor, impede o exercício do controle sobre o próprio corpo, fazendo com que o paciente assuma uma posição passiva no processo. O termo “submeter-se” a um procedimento cirúrgico já indica uma aceitação de dependência, e o medo que aconteça algo errado na cirurgia aumenta pelo fato de estar sob o efeito a cirurgia (FIGHERA; VIERO, 2005).

Consulta anestésica

A consulta anestésica é fundamental para a qualidade da assistência em procedimentos cirúrgicos. Essa é uma avaliação clínica realizada pelo médico antes do ato anestésico. Ela permite ao profissional anestesista identificar problemas latentes do paciente, determinando a origem e solicitando avaliação de outros especialistas quando preciso e desta forma proporcionar e planejar de forma segura o ato anestésico.

Os principais objetivos da consulta anestésica são: conquistar a confiança do paciente dando orientações sobre a anestesia; cuidados pré-operatórios reduzindo a ansiedade facilitando a recuperação; obter as informações sobre a história médica e as condições físicas e mentais do paciente; determinar que exames complementares e pareceres desses especialistas são necessários para viabilização do ato anestésico cirúrgico; avaliar com clareza os riscos anestésicos cirúrgicos; questionar sobre alergias, reações adversas, histórico familiar de complicações com anestesia e esclarecer as dúvidas dos pacientes sobre esses assuntos. (FERNANDES *et al.*, 2010).

.....
5 Disponível em: <<https://bit.ly/2X4Y3I5>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

A pesquisa foi realizada em um hospital particular, na Zona Central de São Paulo. A amostra foi constituída por 16 indivíduos com idade superior a 18 anos que estavam se preparando para realizar uma cirurgia de pequeno porte. Foram excluídos os pacientes que apresentavam doença psiquiátrica, deficiências fonadoras e auditivas graves.

Material e Método

Um dos procedimentos do hospital é a realização da consulta anestésica para os pacientes que irão passar por uma cirurgia. Um funcionário do hospital ligava, com 24 horas de antecedência, para todos as pessoas que estavam agendadas para a consulta, explicando o objetivo, procedimento da pesquisa e verificando a viabilidade da participação. Os nomes foram listados com horários e confirmação para participação da pesquisa.

Os pacientes ficavam na sala de espera até o médico anestesista chamar. Nesse ambiente, cada paciente foi abordado para participação da pesquisa. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde uma via do documento ficava com o paciente e a outra com as pesquisadoras. Em seguida, o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Marilda Lipp (ISSL) era entregue e preenchido pelo próprio indivíduo. Foi realizada a correção informatizada do inventário, que é disponibilizada pela editora do teste.

Resultados

Como se observa na tabela 1, o número de pacientes do sexo feminino é superior ao masculino. Esse fato ocorre devido à maior demanda e uso de serviços de saúde pelas mulheres (PNAD, 2008). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há maior taxa de mulheres por homens. Em regiões menos desenvolvidas, há 879 homens para cada 1.000 mulheres, e em países mais desenvolvidos, 678 homens para cada 1.000 mulheres.

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo o sexo

| Sexo | Números de participantes |
|--------------|--------------------------|
| Masculino | 1 |
| Feminino | 15 |
| Total | 16 |

Na tabela 2 é possível identificar a predominância de sintomas físicos, psicológicos e físico psicológicos em homens e mulheres com seus respectivos níveis educacionais de acordo com a média de idade. Verificou-se que, dentre os pacientes, apenas 10% era do sexo masculino, e este não apresentou *stress*. Entre as mulheres, 46,6% se encaixaram na categoria sem *stress* e 53% na categoria com *stress*. Destas, 26,6% apresentaram *stress* com predominância em sintomas físicos, 20% em sintomas psicológicos e 6,6% com ambos os sintomas.

Com relação ao nível de escolaridade, 80% das pessoas com nível superior não apresentavam *stress* e apenas 20% apresentaram *stress* com predominâncias de sintomas físi-

cos. Nas pessoas com o ensino médio, 44,4% não possuíam *stress* e 55,5% possuíam *stress*, sendo estes 11,1% manifestados em sintomas físicos e físico psicológicos, e 33,3% em sintomas psicológicos. Com relação ao ensino fundamental, 100% apresentou *stress* com sintomas físicos.

Dos pacientes com idade inferior a 48 anos, 31% não apresentaram *stress*, e 18% apontaram sintomas em ambas as categorias físicos (12%) e psicológicos (6%).

Tabela 2: Prevalências de sintomas segundo sexo e nível educacional e idade

| Variáveis | S. <i>stress</i> (%) | E. Físico (%) | E. Psicológico (%) | Físico Psicológico (%) |
|----------------------------|----------------------|---------------|--------------------|------------------------|
| Homens n=1 (%) | 1(100) | 0 | 0 | 0 |
| Mulheres n=15 (%) | 7(46,6) | 4(26,6) | 3(20) | 1(6,6) |
| Ensino Superior n=5 (%) | 4(80) | 1(20) | 0 | 0 |
| Ensino Médio n=9 (%) | 4(44,4) | 1(11,1) | 3(33,3) | 1(11,1) |
| Ensino Fundamental n=1 (%) | 0 | 1(100) | 0 | 0 |
| > 48 anos n=8 (%) | 5(62,5) | 2(25) | 1(12,5) | 0 |

Nesta pesquisa, o objetivo não foi apenas identificar se o indivíduo que aguarda o procedimento cirúrgico possui ou não *stress*, mas também saber em qual fase do modelo quadrifásico de Lipp (2004) ele se encontra. É possível identificar na tabela 3 que de 53% das mulheres com *stress*, 40% estão na fase de resistência, sendo que, nessa mesma fase, 55,5% possuem o ensino médio completo e 25% têm idade menor que 48 anos. Na análise da tabela identificou-se que nenhum dos pacientes se enquadraram na fase de exaustão.

Tabela 3: Avaliações das fases de *stress* para a amostra

| Variáveis | S. <i>stress</i> (%) | Alerta (%) | Resistencia (%) | Quase Exaustão (%) | Exaustão (%) |
|----------------------------|----------------------|------------|-----------------|--------------------|--------------|
| Homens n=1 (%) | 1(100) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mulheres n=15 (%) | 7(46,6) | 1(6,6) | 6(40) | 1(6,6) | 0 |
| Ensino Superior n=5 (%) | 4(80) | 1(20) | 0 | 0 | 0 |
| Ensino Médio n=9 (%) | 4(44,4) | 0 | 5(55,5) | 0 | 0 |
| Ensino Fundamental n=1 (%) | 0 | 0 | 0 | 1(100) | 0 |
| > 48 anos n=8 (%) | 5(62,5) | 1(12,5) | 2(25) | 0 | 0 |

A tabela 4 aponta o número de sintomas marcados pelos pacientes referente às últimas 24 horas, última semana e último mês. Foi calculada a média e o desvio padrão dos três tempos, o que mais se destacou foi o período das últimas 24 horas.

Tabela 4: quantificação dos sintomas para os pacientes pré-cirúrgicos em relação ao tempo para realização do procedimento.

| Sintomas Último mês | N | Sintomas Última semana | N | Sintomas Últimas 24 horas | N |
|---|---|---|---|--|---|
| Diarreias frequentes | 1 | Problemas com a memória, esquecimentos | 3 | Mãos e/ou pés frios | 5 |
| Dificuldades sexuais | 3 | Mal-estar generalizado, sem causa específica | 2 | Boca Seca | 8 |
| Insônia | 6 | Formigamento nas extremidades (pés ou mãos) | 3 | Nó no estômago | 3 |
| Náuseas | 1 | Sensação de desgaste físico constante | 5 | Aumento de sudorese | 1 |
| Sintomas Último mês | N | Sintomas Última semana | N | Sintomas Últimas 24 horas | N |
| Tiques | 0 | Mudança de apetite | 3 | Tensão muscular | 7 |
| Hipertensão arterial confirmada | 2 | Aparecimento de problemas dermatológicos (pele) | 4 | Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer unhas ou ponta de caneta | 6 |
| Problemas dermatológicos prolongados | 2 | Hipertensão arterial (pressão alta) | 2 | Diarreia passageira | 2 |
| Mudança extrema de apetite | 3 | Cansaço Constante | 2 | Insônia, dificuldade de dormir | 5 |
| Excesso de gases | 5 | Aparecimento de gastrite prolongada | 0 | Taquicardia | 1 |
| Tontura frequente | 1 | Tontura, sensação de estar flutuando | 2 | Hiperventilação | 3 |
| Úlcera | 0 | Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa | 6 | Hipertensão arterial súbita e passageira | 3 |
| Enfarte | 0 | Dúvidas quanto a si próprio | 1 | Mudança de apetite | 2 |
| Impossibilidade de trabalhar | 2 | Pensamento constante sobre um só assunto | 3 | Aumento súbito de motivação | 3 |
| Pesadelos | 0 | Irritabilidade excessiva | 3 | Entusiasmo súbito | 1 |
| Sensação de incompetência em todas as áreas | 2 | Diminuição da libido (desejo sexual diminuído) | 4 | Vontade súbita de iniciar novos projetos | 1 |
| Vontade de fugir de tudo | 1 | | | | |
| Apatia, depressão ou raiva prolongada | 2 | | | | |
| Cansaço excessivo | 4 | | | | |
| Pensamento constante sobre um mesmo assunto | 3 | | | | |

| Sintomas Último mês | N | Sintomas Última semana | N | Sintomas Últimas 24 horas | N |
|-----------------------------------|-------------|------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| Irritabilidade sem causa aparente | 2 | | | | |
| Angústia ou ansiedade diária | 3 | | | | |
| Hipersensibilidade emotiva | 2 | | | | |
| Perda do senso de humor | 3 | | | | |
| MÉDIA | 2,08 | | 2,86 | | 3,4 |
| DESVIO PADRÃO | 1,49 | | 1,45 | | 2,21 |

O gráfico 1 apresenta o crescimento dos sintomas e a frequência em que eles se desenvolveram no decorrer do período de um mês.

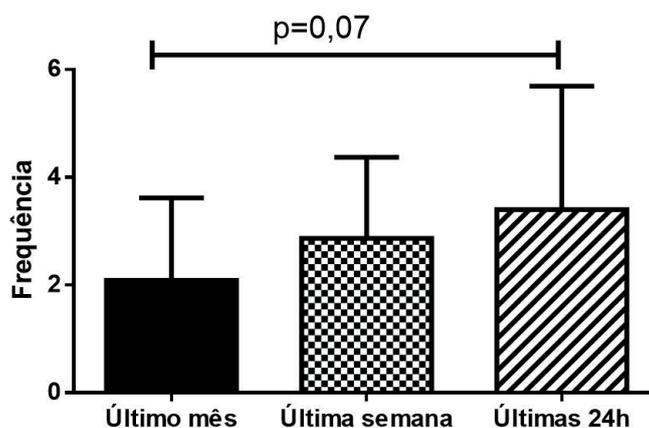


Gráfico 1: Frequência de sintomas ao longo do tempo

Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar a existência e o nível de *stress* de pacientes pré-cirúrgicos. Os resultados obtidos através do inventário possibilitaram analisar que 50% da amostra obteve a confirmação de *stress*, um resultado não esperado, pois pelo fato do procedimento cirúrgico ser uma situação de tensão e desestabilidade, o organismo precisa lidar com situações que exigem um esforço emocional. De acordo com Santos *et al.* (2006), alguns dos fatores relacionados à não manifestação do *stress* podem ser: experiência de um procedimento cirúrgico anterior, o auto-conhecimento do perfil emocional o que facilita as estratégias de enfrentamento, e a predição de comportamento adaptativos.

Os pacientes com *stress* tiveram como prevalência os sintomas físicos, somatizados em problemas cardíacos e gastrointestinais, baixa imunidade, alergias, asma, insônia, tensão muscular, mãos frias e soadas, dor de cabeça ou enxaqueca, problemas de pele e queda de cabelo anormal (PAFARO; MARTINO, 2004). Em seguida, vieram os sintomas psicológicos, manifestados em angustia, depressão, ansiedade, preocupação e insônia (PAFARO; MARTINO, 2004).

De acordo com Rossi (2007, p. 21), "O *stress*, muitas vezes, é necessário, pois ele serve para mobilizar as pessoas proporcionando-lhes um impulso para que alcance seus objetivos, e, todavia, enfraquece as defesas do corpo e afeta a saúde". O *stress* se torna prejudicial quando se encontra nas três últimas fases do modelo quadrifásico de Lipp (2004). Os resultados obtidos revelaram que os pacientes com *stress* se encaixaram nas três primeiras fases, sendo a de resistência mais predominante. Esse é um resultado que chama atenção, pois os sintomas dessa fase, somados às demandas psicofisiológicas, agravam a saúde. Não se encontrou nenhum paciente na fase de exaustão, um dado que sugere que o procedimento cirúrgico não é uma situação estressora intensa ao ponto de atingir esse estágio mais prejudicial.

Com a observação dos resultados é possível analisar os sintomas em três períodos distintos. O sintoma mais comum entre os pacientes no último mês que antecedeu a cirurgia foi a insônia e o excesso de gases. Na última semana foi a sensibilidade emotiva excessiva e a sensação de desgaste físico constante, e nas últimas 24 horas foi o sintoma de boca seca e tensão muscular. De acordo com o estudo de Souza e Costa (2015) com jogadores de futebol momentos antes de uma partida, os sintomas mais prevalentes foram boca seca e aumento da tensão muscular. Esses sintomas foram os mesmos indicados no inventário no período das últimas 24 horas, entendendo que eles são os mais característicos da proximidade do evento estressor. É possível perceber que a quantidade de sintomas aumenta com a proximidade do processo cirúrgico, levando a considerar a possibilidade de que a cirurgia é um evento estressor. Um dos problemas da somatização é que a população, que inclui também os profissionais de saúde em geral, atribuem aos sintomas uma possível causa física e não psicológica, e a causa física sendo tratada ameniza apenas a curto prazo os sintomas e mantém a origem do problema, o que a longo prazo agrava os sintomas.

Considerações Finais

Diante dos resultados apresentados foi possível perceber a diferença de níveis de *stress* apresentados por cada paciente. Dessa forma, cabe ressaltar que a maneira com que cada um reage frente a um fator estressor se deve as experiências vividas. Não se pode afirmar que a cirurgia e o *stress* estão ligados, pois a metade da amostra não apresentou *stress*. No entanto, seria relevante para as próximas pesquisas considerar a presença de um profissional de saúde mental no período pré-operatório para fazer o manejo das questões do paciente que exigem mais atenção. Esse cuidado pode ser essencial para evitar agravos nesse período, pensando na agilidade dos procedimentos internos hospitalares.

Referências

ALVES, M. L. M.; PIMENTEL, A. J.; GUARATINI, A. A.; MARCOLINO, J. A. M.; GOZZANI J. L.; MATHIAS, L. A. S. T. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 147-156, mar-abr. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2KMJlyP>>. Acesso em: 18 set. 2017.

DAIAN, M. R.; PETROIANU, A.; ALBERTI, L. R.; JEUNON, E. E. O *stress* em procedimentos

cirúrgicos. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, São Paulo, v. 25, n. 2, abr-jun. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2XIKGue>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

FERNANDES, E. O.; GUERRA, E. E.; PITREZ, F. A. B.; FERNANDES, F. M.; ROSITO, G. B. A.; GONZÁLES, H. E.; MEYER, I.; NETO, L. B. S.; FERNANDES, M. S.; SOIBELMAN, M.; CARVALHO, R. L. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, 2010.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2F6TDWX>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

LIPP, M. **O stress no Brasil: Pesquisas avançadas**. 1. ed. Campinas: Papyrus, 2004.

LIPP, M. **O stress do professor**. 6. ed. Campinas: Papyrus, 2008.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2XlcoqX>>. Acesso em: 18 set. 2017

MELLO, F. J.; BURD, M. **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do *stress* do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, 2004.

PENICHE, A. C. G. **A ansiedade e o paciente cirúrgico: análise das variáveis intervenientes**. São Paulo, 2005. 177f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTOS, A. F.; SANTOS, L. A.; MELO, D. O.; JÚNIOR, A. A. Stress e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 1, 2006.

SANTOS, M. L.; NOVAES, C. O.; IGLESIAS, A. C. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de avaliação pré-anestésica de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 67, n. 5, 2007.

SOUZA, W. S.; COSTA, P. G. Análise do *stress* psíquico em atletas de futebol sub-17 no período pré-competitivo. **Revista Brasileira de Futebol**, v. 8, n. 1, 2015.