

Revista de Ciências Médicas
Journal of Medical Sciences



Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(Sociedade Campineira de Educação e Instrução)

REITORA

Profa. Dra. Angela de Mendonça Engelbrecht

VICE-REITOR

Prof. Dr. Eduard Prancic

DIRETORA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA

Profa. Dra. Miralva Aparecida de Jesus Silva

DIRETOR-ADJUNTO

Prof. Dr. José Gonzaga Teixeira de Camargo

EDITOR CHEFE / EDITOR-IN-CHIEF

Prof. Dr. Lineu Corrêa Fonseca

EDITORES ASSOCIADOS / ASSOCIATE EDITORS

Prof. Dr. Gilson E. Gonçalves e Silva (UFPE - Recife)

Profa. Dra. Glória Maria Tedrus (PUC-Campinas)

Prof. Dr. Marcelo Zugaib (USP - São Paulo)

EDITORA GERENTE / MANAGER EDITOR

Maria Cristina Matoso (SBI/PUC-Campinas)

CONSELHO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Profa. Dra. Ana Cláudia G.O. Duarte (UFSCar - São Carlos)

Profa. Dra. Aronita Rosenblatt (FO/UFPE - Recife)

Profa. Dra. Audrey Borghi Silva (UFSCar - São Carlos)

Prof. Dr. Carlos K.B. Ferrari (FSP/USP - São Paulo)

Prof. Dr. Dirceu Solé (Unifesp - São Paulo)

Prof. Dr. Emanuel S.C. Sarinho (UFPE - Recife)

Prof. Dr. Francisco Espinosa-Rosales - Inst. Nac. Pediatría - México

Profa. Dra. Helena Schmid (FFFCMPA - Porto Alegre)

Profa. Dra. Iracema M.P. Calderón (Unesp - Brasil)

Prof. Dr. José Luis Braga de Aquino (PUC-Campinas - Campinas)

Profa. Dra. Márcia Vítole (FFFCMPA - Porto Alegre)

Prof. Dr. Mário Augusto Paschoal (PUC-Campinas - Campinas)

Prof. Dr. Mario Viana Queiroz - FM - Portugal

Profa. Dra. Neura Bragagnolo (Unicamp - Campinas)

Prof. Dr. Pablo J. Patiño - Universidad de Antioquia - Colômbia

Prof. Dr. Ricardo U. Sorensen - USA

Prof. Dr. Sérgio Luiz Pinheiro (PUC-Campinas - Campinas)

Profa. Dra. Silvana M. Srebernich (PUC-Campinas - Campinas)

Equipe Técnica / Technal Team

Normalização e Indexação / Standardization and Indexing

Bibliotecárias / Librarians

Andressa Mello Davanso Bibliotecária (PUC-Campinas)

Maria Cristina Matoso - Bibliotecária (PUC-Campinas)

Apoio Administrativo / Administrative Support

Maria Fernanda de Medeiros (PUC-Campinas)

Assistente de Editoração / Editorial Assistant

Maria Angélica Miranda Bosso (PUC-Campinas)

O Conselho Editorial não se responsabiliza por conceitos e imagens emitidas em artigos assinados.

The Board of Editors does not assume responsibility for concepts and illustrations emitted in signed articles.

A eventual citação de produtos e marcas comerciais não expressa recomendação do seu uso pela Instituição.

The eventual citation of products and brands does not express recommendation of the institution for their use.

Copyright © Revista de Ciências Médicas

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte. A reprodução total depende da autorização da Revista.

Partial reproduction is permitted if the source is cited. Total reproduction depends on the authorization of the Revista de Ciências Médicas.

Revista de Ciências Médicas

Journal of Medical Sciences

Continuação do título Revista de Ciências Médicas-PUCCAMP, fundada em 1992. É publicada quadrimestralmente e é de responsabilidade do Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Publica trabalhos da área de Saúde realizados na Universidade, bem como de colaboradores externos. *Revista de Ciências Médicas is former Revista de Ciências Médicas-PUCCAMP, founded in 1992. It is published issue three times a year and it is of responsibility of the "Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas". It publishes works carried out at the University in the field of Health, as well as external contributors works.*

COLABORAÇÕES / CONTRIBUTIONS

Os manuscritos devem ser enviados ao Núcleo de Editoração SBI, via Portal de Periódicos <<http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>>, e seguir as "Instruções aos Autores", publicadas no final de cada fascículo.

All manuscripts should be sent to the Núcleo de Editoração SBI, <<http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>> and should comply with the "Instructions for Authors", published in the end of each issue.

PERMUTA / ENCHANGE

Pedido de permuta deve ser enviado ao Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio do SBI.

E-mail: sbi.assinaturane@puc-campinas.edu.br

Exchange orders should be addressed to the Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio do SBI.

E-mail: sbi.assinaturane@puc-campinas.edu.br

CORRESPONDÊNCIA / CORRESPONDENCE

Toda a correspondência deve ser enviada à Revista de Ciências Médicas no endereço abaixo:

All correspondence should be sent to Revista de Ciências Médicas at the address below:

Núcleo de Editoração SBI

Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama

13060-904 - Campinas - SP - Brasil.

Fone +55-19-3343-6859/6876 Fax +55-19-3343-6875

E-mail: sbi.ne_biomed@puc-campinas.edu.br

Web: <http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>

INDEXAÇÃO / INDEXING

A Revista de Ciências Médicas é indexada na Base de Dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), CAB Abstract, Qualis B-5 - Medicina II. *Revista de Ciências Médicas is indexed in the following Databases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), CAB Abstract and Global Health, Index Psi. Lista Qualis: B5 - Medicina II.*



Revista de Ciências Médicas
Journal of Medical Sciences

ISSN 1415-5796

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação – SBI – PUC-Campinas

Revista de Ciências Médicas = Journal of Medical Sciences. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Campinas, SP, v.10 n.1 (jan./abr. 2001-).

v.22 n.1 jan./abr. 2013

Quadrimestral 1992-2002; Trimestral 2003-2004; Bimestral 2005-2012; Quadrimestral 2013-

Resumo em Português e Inglês.

Continuação de: Revista de Ciências Médicas PUCCAMP v.1 n.1 (1992) – v.6 (1997); Revista de Ciências Médicas 1998-2000 v.7 – v.9.

ISSN 0104-0057

ISSN 1415-5796

1. Medicina - Periódicos. I. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.

CDD 610

Revista de Ciências Médicas

Journal of Medical Sciences



SUMÁRIO / CONTENTS

Artigo Original | *Original Article*

- 5 Autopercepção da saúde bucal e anamnese em idosos
Self-perception of oral health and anamnesis in the elderly
Rafaela Rangel Rosa, João César Guimarães Henriques, Ana Cláudia Farias Anhalt, Júlio Cezar de Melo Castilho, José Roberto Rodrigues, Denise Nicodemo
- 13 Qualidade de vida: cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico
Quality of life: Informal caregivers of chemotherapy patients
Mariana Ortelani de Toledo, Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Atualização | *Currents Comments*

- 23 Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca
Self-care practices of patients with heart failure
Sherida Karanini Paz de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Joselany Áfio Caetano, Lidia Stella Teixeira Meneses, Larissa Bento de Araújo Mendonça
- 31 Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura
Indicators of child health in the family health strategy in Brazil: An integrative literature review
Ariela Petramali Stábile, Janaina Carvalho Braz, Maria Cândida de Carvalho Furtado, Débora Falleiros de Mello

Resenha/Book Review

- 43 Epidemiologia da atividade física
Epidemiology of physical activity
Aguinaldo Gonçalves
- 47 Instruções aos Autores | *Guide for Authors*

Autopercepção da saúde bucal e anamnese em idosos

Self-perception of oral health and anamnesis in the elderly

Rafaela Rangel ROSA¹

João César Guimarães HENRIQUES¹

Ana Cláudia Farias ANHALT²

Júlio Cezar de Melo CASTILHO³

José Roberto RODRIGUES³

Denise NICODEMO³

RESUMO

Objetivo

Avaliar a autopercepção dos idosos com relação à própria saúde bucal e a anamnese, abrangendo as alterações sistêmicas e bucais presentes.

Métodos

A amostra consistiu de 52 idosos, com idade entre 60 e 90 anos, participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade, Núcleo São José dos Campos, Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Foi utilizado o Questionário *Geriatric Oral Health Assessment Index* para aferir a autopercepção dos idosos quanto à própria condição bucal, seguido de anamnese e exames clínicos intrabucais a fim de identificar as alterações sistêmicas e bucais existentes.

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Biopatologia Bucal. Av. Engenheiro José Longo, 777, São José dos Campos, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: JCG HENRIQUES. E-mail: <joaocecarhenriques@yahoo.com.br>.

² Mestranda, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Radiologia Odontológica. São José dos Campos, SP, Brasil.

³ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia. São José dos Campos, SP, Brasil.

Resultados

De acordo com a análise estatística descritiva, 86,0% dos indivíduos apresentaram alta autopercepção em avaliar a própria condição bucal (ótima capacidade); 12,0% tiveram média autopercepção (boa capacidade) e 2,0% dos indivíduos apresentaram baixa autopercepção (baixa capacidade). Hipertensões arteriais (30,7%) e fibromas (12,4%) foram, respectivamente, as doenças sistêmicas e bucais mais prevalentes.

Conclusão

Embora os cuidados e as orientações para uma adequada saúde dos idosos continuem aquém do desejado pela Organização Mundial de Saúde, esses indivíduos majoritariamente apresentaram uma boa autopercepção da saúde bucal.

Termos de indexação: Anamnese. Autoimagem. Idoso. Saúde bucal.

ABSTRACT

Objective

Evaluate the self-perception of the elderly with respect to their own oral health and anamnesis including systemic and oral disorders.

Methods

The sample consisted of 52 elderly aged 60 to 90 years attending the Open University of the Third Age, São José dos Campos, School of Dentistry of Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. The Geriatric Oral Health Assessment Index questionnaire was used to assess how the elderly perceived their own oral condition, followed by anamnesis and clinical intra-oral exams to establish systemic and oral disorders.

Results

Descriptive statistical analysis showed that 86.0% of the elderly had high self-perception of their own oral condition (optimum capacity); 12.0% had average self-perception (good capacity); and 2.0% of individuals presented low self-perception (low perception). Hypertension (30.7%) and fibromas (12.4%) were the most prevalent systemic and oral disorders, respectively.

Conclusion

Although care and advice for appropriate elderly health continue far from the expected by the World Health Organization, these individuals in general have good self-perception of oral health.

Indexing terms: Anamnesis. Self-image. Elderly. Oral Health.

INTRODUÇÃO

Com o aumento gradativo da população mundial de idosos, torna-se absolutamente indiscutível a necessidade de se adotarem políticas públicas focadas nos cuidados da saúde dessa população, especialmente quando embasadas no caráter preventivo. No contexto da odontologia geriátrica do Brasil, ainda são escassos os programas

e as pesquisas voltados para esse segmento populacional, culminando predominantemente com idosos desdentados totais e parciais, portadores de severas necessidades com relação à saúde bucal^{1,2}.

Paralelamente à avaliação clínica propriamente dita, a autopercepção da condição bucal vem sendo utilizada como instrumento importante no sentido de permitir ao indivíduo o entendimento da saúde bucal. Identificar o quanto os indivíduos de

fato percebem suas próprias condições bucais é fundamental para compreensão da situação clínica presente, já que a motivação em prol dos cuidados vincula-se diretamente ao conhecimento de si mesmo^{2,3}.

A maneira com que se vivencia a velhice, associada aos aspectos sociais, culturais e doenças sistêmicas existentes, de fato influencia a qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo ou não uma melhor condição de saúde bucal^{4,5}. Assim, a atuação profissional permanente, que visa à orientação dos indivíduos quanto a conhecimentos por vezes menosprezados, é vital para engrandecimento e manutenção da higiene bucal^{6,7}.

Diversos são os recursos complementares utilizados na propedêutica avaliatória da integridade do sistema estomatognático e sua respectiva associação com eventuais alterações patológicas sistêmicas. Na radiografia panorâmica, por exemplo, exame de imagem amplamente utilizado na odontologia, a cortical basilar vem possibilitando a sugestão da presença de osteopenia/osteoporose, bem como sinais de calcificações adjacentes às imagens das vértebras C3 e C4, que são sugestivos de acidentes vasculares cerebrais⁸⁻¹⁰.

Contextualizado no paradigma da necessidade de melhor compreender e identificar a saúde bucal dos idosos, propondo assim ações efetivas que favoreçam essa população, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a autopercepção dos idosos com relação à própria saúde bucal e sua concomitante motivação para melhor higienização bucal. Ademais, foram verificadas as doenças sistêmicas e bucais mais prevalentes.

MÉTODOS

Participaram deste estudo 52 indivíduos da terceira idade, entre 60 e 90 anos, do sexo masculino (8) e do feminino (44), inscritos no Projeto de Extensão da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), Núcleo de São José dos Campos, Faculdade de Odontologia de São José dos Campos (FOSJC), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), sendo esse o critério de inclusão.

Cada participante foi avaliado individualmente, pelos pesquisadores, nas dependências da Disciplina de Radiologia da FOSJC/Unesp, mediante realização, nesta ordem, de anamnese associada ao exame clínico intrabucal (Anexo I) e aplicação do questionário de *Geriatric Oral Health Assessment Index*¹¹ (GOHAI) (Anexo II).

Embora o questionário GOHAI fosse auto-administrável, sua aplicação foi assistida pelos pesquisadores, considerando-se as dificuldades de entendimento de alguns dos participantes quanto à leitura. Diante das informações obtidas com o questionário e a anamnese, os idosos diagnosticados com necessidades odontológicas foram imediatamente encaminhados para os devidos tratamentos na própria Universidade.

A anamnese consistiu de dados sociodemográficos, de tempo de participação na UNATI, de alterações sistêmicas presentes e do exame clínico intrabucal.

O questionário *Geriatric Oral Health Assessment*, desenvolvido para pesquisas com idosos norte-americanos na verificação da autopercepção sobre condição bucal, foi traduzido e validado para a população brasileira⁷. É composto por 12 perguntas que visam avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a enfermidades bucais. Cada pergunta apresenta três respostas possíveis: "sempre", "algumas vezes" e "nunca", com escores 1, 2 e 3 respectivamente. A pontuação é dada seguindo a padronização do questionário, em que se soma o escore de cada questão. O escore total varia de 12 a 36, e, quanto maior o valor, melhor a autopercepção relacionada à própria saúde bucal e também às condições bucais presentes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da FOSJC/Unesp, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Protocolo nº 062/2006-PH/CEP. Na sequência, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes, que receberam as devidas orientações quanto ao propósito da pesquisa.

RESULTADOS

A partir do exame clínico, observou-se que havia 13 indivíduos desdentados totais, 34 desdentados parciais com menos de 20 dentes e apenas 5 desdentados parciais com mais de 20 dentes. Importante destacar que, dos 34 indivíduos com menos de 20 dentes, todos, sem exceção, tinham ausências dos primeiros e segundos molares superiores e inferiores.

Quanto às alterações sistêmicas mais prevalentes nos idosos participantes, a hipertensão arterial foi encontrada em 18 indivíduos (34,6%), e as doenças cardíacas e vasculares em 10 (19,2%). Considerando o total de 59 alterações sistêmicas encontradas, 30,7% trataram-se de hipertensão arterial e 16,9% de doenças cardíacas e vasculares

(Tabela 1). Quanto às alterações bucais mais encontradas nos participantes, em um total de 13 achados, fibromas ocorreram três vezes (23,4%). Já doença periodontal, cárie, hiperplasia por prótese e tórus ocorreram, cada uma delas, duas vezes (15,3%) (Tabela 2). Observou-se boa porcentagem de indivíduos (86,0%) que apresentou autopercepção considerada alta, mediante a utilização do questionário de GOHAI (Figura 1).

DISCUSSÃO

A tendência do aumento da expectativa de vida no mundo e, especialmente, nas últimas décadas, de forma significativa em países emergentes como o Brasil, determinou invariavelmente a necessidade da implantação de políticas de saúde

Tabela 1. Tipos de alterações sistêmicas dos idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade.

Alterações sistêmicas	n	%	% (n=52)
Hipertensão	18	30,7	34,6
Doenças cardíacas e vasculares	10	16,9	19,2
Artrose/Reumatismo/Artrite reumatoide	8	13,7	15,3
Osteoporose	7	11,8	13,4
Distúrbio da tireoide	6	10,1	11,5
Colesterol alto	5	8,4	9,6
Depressão/ansiedade	3	5,1	5,7
Diabete	2	3,3	3,8
Total	59	100	a

Nota: a) Mais de uma alteração sistêmica/indivíduo.

Tabela 2. Tipos de alterações sistêmicas dos idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade.

Alterações sistêmicas	n	%
Fibroma	3	23,4
Doença periodontal	2	15,3
Síndrome de Sjögren	1	7,7
Cárie	2	15,3
Disfunção da ATM	1	7,7
Hiperplasia por prótese	2	15,3
Tórus	2	15,3
Total	13	100

Nota: ATM: Articulação Temporomandibular

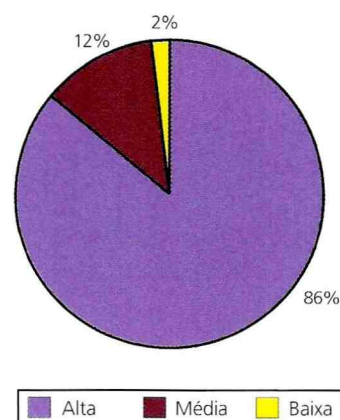


Figura 1. Distribuição da autopercepção da saúde bucal dos idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade.

especialmente voltadas para a população da terceira idade. Contudo, diante dessa realidade, ainda são insuficientes as ações governamentais de inclusão dos idosos nos programas públicos de saúde, englobando também nesse contexto a área odontológica^{12,13}.

Embora nos últimos anos tenha havido uma melhoria da saúde bucal no Brasil, principalmente em decorrência da implementação do programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde, que envolve a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e o aumento da inserção do cirurgião-dentista nas equipes da saúde da família, o contingente da população brasileira com mais de 60 anos, desdentados totais ou parciais e usuários de próteses insatisfatórias, ainda representa o retrato mais fidedigno de nossos idosos^{3,14}.

O presente estudo mostrou alta prevalência dos idosos com capacidade de perceber a própria condição de saúde bucal (86%), de acordo com o questionário de GOHAI. Assim, embora seja um instrumento avaliatório de caráter subjetivo, o referido questionário demonstrou-se eficaz em diversos outros estudos quanto à predição e autopercepção da condição de saúde bucal dos indivíduos^{7,15}. Além disso, como observado no presente trabalho, o fato de os participantes serem institucionalizados em um programa de referência para a terceira idade, como a UNATI, foi preponderante para que o resultado da autopercepção fosse elevado, uma vez que trabalhos envolvendo indivíduos nessa condição também elucidam que a institucionalização, quando em centros de referência, culmina com a melhoria da qualidade de vida geral dos indivíduos participantes, uma vez que o ambiente coletivo favorece a socialização, a autoestima e os cuidados com a própria saúde¹⁶⁻¹⁸.

No que diz respeito às alterações sistêmicas encontradas na anamnese, a hipertensão arterial somada às doenças cardiovasculares, totalizando 28 dos 59 achados sistêmicos dos idosos, ratifica o fato de as doenças cardiovasculares representarem a maior causa de morte em todo o mundo^{19,20}. Sobre as alterações bucais encontradas neste estudo, embora a prevalência desses achados tenha sido baixa (apenas 13), vale destacar a maior ocorrência

dos fibromas, que correspondem a uma das lesões benignas proliferativas mais comuns da cavidade bucal, especialmente em se tratando do fibroma irritativo resultante da má adaptação protética em idosos, como foi observado neste trabalho²¹.

Além disso, a doença periodontal, cárie, disfunção da articulação temporomandibular, hiperplasia por prótese e a presença de tórus foram achados que também compõem alterações bastante prevalentes na população idosa. Exceção se fez à síndrome de Sjögren, cujo aparecimento é, de fato, mais raro, sendo observado em apenas um indivíduo da amostra²². Cabe ainda ressaltar que a institucionalização dos indivíduos já há vários anos na UNATI contribuiu para que fosse realmente escasso o número de alterações bucais encontradas.

Com esse estudo, observamos que a percepção da própria condição bucal é um fator absolutamente essencial tanto para que o indivíduo possa ficar motivado a buscar a melhor saúde bucal quanto para que estratégias de cunho preventivo e educativo possam ser melhor idealizadas. O fato de os indivíduos da terceira idade serem frequentadores assíduos dos consultórios médicos, em detrimento da ínfima presença nos gabinetes odontológicos, justifica-se pela falha em existirem políticas públicas específicas voltadas às ações de educação em saúde que permitam transformar os jovens de hoje em idosos dentados no futuro.

CONCLUSÃO

Embora a autopercepção dos idosos tenha se mostrado predominantemente alta, representando fator essencial na conscientização pela busca de melhor condição de saúde bucal, ações de caráter preventivo e educativo precisam ser implementadas para que os elementos dentários e a saúde bucal geral possam ser mais preservados na terceira idade.

COLABORADORES

Todos os autores participaram em todas as fases da elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(2):81-92.
2. Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1165-74.
3. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3):487-96.
4. Saintrain MVL, Vieira LIES. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1127-32.
5. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica.* 2000; 8(4):268-71.
6. Pérez EA, Marino R, Gillespie G, González R. Estado de la educación en gerodentología en la América Latina: hallazgos de una encuesta. *Educ Med Salud.* 1992; 26(3):426-29.
7. Silva SRC, Castellanos Fernandez RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(4):349-55.
8. Griniatsos J, Damaskos S, Tsekouras N, Klonaris C, Georgopoulos S. Correlation of calcified carotid plaques detected by panoramic radiograph with risk factors for stroke development. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 108(4):600-3.
9. Pornprasertsuk-Damrongsri S, Virayavanich W, Thanakun S, Siritwongpairat P, Amaekchok P, Khovidhunkit W. The prevalence of carotid artery calcifications detected on panoramic radiographs in patients with metabolic syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 108(4):57-62.
10. Devlin H, Karayianni K, Mitsea A, Jacobs R, Lindh C, van der Stelt P, *et al.* Diagnosing osteoporosis by using dental panoramic radiographs: The OSTEODENT project. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104(6):821-8.
11. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ.* 1990; 54(11):680-7.
12. Reis SCGB, Marcelo VC, da Silva ET, Leles CR. Oral health of institutionalised elderly: A qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil. *Gerodontology.* 2011; 28(1):69-75.
13. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(2):423-32.
14. Borges MMC, Telles JL. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. *Rev Bras Gerontol.* 2010; 13(3):349-60.
15. Marchini L, Vieira PC, Bossan TP, Montenegro FLB, Cunha VPP. Self-reported oral hygiene habits among institutionalized elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubaté, Brazil. *Gerodontology.* 2006; 23(1):33-37.
16. Rauen MS, Moreira EA, Calvo MC, Lobo AS. Oral condition and its relationship to nutritional status in the institutionalized elderly population. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106(7):1112-4.
17. Montal S, Tramini P, Triay J-A, Valcarcel J. Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology.* 2006; 23(2):67-72.
18. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Gerontol.* 2010; 13(3):395-401.
19. Bauer M, Möhlenkamp S, Lehmann N, Schmermund A, Roggenbuck U, Moebus S, *et al.* The effect of age and risk factors on coronary and carotid artery atherosclerotic burden in males. *Atherosclerosis.* 2009; 205(2):595-602.
20. Fatahzadeh M, Glick M. Stroke: Epidemiology, classification, risk factors, complications, diagnosis, prevention, and medical and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 102(2):180-91.
21. Manor Y, Mardinger O, Katz J, Taicher S, Hirshberg A. Peripheral odontogenic fibroma: Differential diagnosis in gingival lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 33(3):268-73.
22. Biazevic MGH, Crosato EM, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina (Brazil). *Braz Oral Res.* 2004; 18(1):85-91.

Recebido em: 11/9/2012

Versão final em: 25/1/2013

Aprovado em: 25/2/2013

ANEXO I

FICHA DE ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

Anamnese

Nome _____
Nascimento _____ Naturalidade/Nacionalidade _____
Endereço _____
Telefone _____
Escolaridade _____ Renda Familiar _____
Aposentado? () sim () não
Há quanto temp () até 5 an () mais de 5 anos
Ocupação anterior _____
Com quem mora _____
Há quanto tempo está no UNATI ? _____
Medicação _____
Alterações sistêmicas _____

Exame Clínico Intra-bucal

Quais os dentes presentes? _____
Alterações bucais _____

Outras observações _____

Observações do examinador _____

ANEXO II

QUESTIONÁRIO GOHAI

	Sempre (1)	Às vezes (2)	Nunca (3)
11. Nos últimos três meses, com que frequência você limitou o <i>tipo ou a quantidade</i> de alimentos devido a problemas com seus dentes ou próteses?			
22. Nos últimos três meses, com que frequência você teve <i>problemas mordendo ou mastigando</i> alimentos sólidos, como carne ou maçã?			
33. Nos últimos três meses, com que frequência você <i>teve dor ou desconforto</i> para engolir os alimentos?			
44. Nos últimos três meses, com que frequência <i>seus dentes ou próteses o impedem</i> de falar da maneira como você queria (ou tivesse vontade).			
55. Nos últimos três meses, com que frequência <i>você sentiu algum desconforto</i> ao comer algum alimento?			
66. Nos últimos três meses, com que frequência <i>você limitou seus contatos</i> com outras pessoas devido a problemas na sua boca?			
77. Nos últimos três meses, com que frequência <i>você se sentiu satisfeito com a aparência</i> de sua boca?			
88. Nos últimos três meses, com que frequência <i>você usou medicamentos</i> para aliviar a dor ou desconforto relativo à boca?			
99. Nos últimos três meses, com que frequência <i>algum problema na boca</i> (gengiva, prótese) o deixou preocupado?			
110. Nos últimos três meses, com que frequência <i>você chegou a se sentir nervoso</i> devido a problemas na sua boca?			
111. Nos últimos três meses, com que frequência <i>você sentiu desconforto</i> ao se alimentar na frente de outra pessoa por causa dos problemas na sua boca?			
112. Nos últimos três meses, com que frequência <i>você teve sensibilidade</i> na boca (e gengiva) com alimentos doces, quentes ou gelados?			

Qualidade de vida: cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico

Quality of life: Informal caregivers of chemotherapy patients

Mariana Ortelani de TOLEDO¹

Maria Luisa Gazabim Simões BALLARIN²

RESUMO

Objetivo

Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico assistidos em uma unidade de quimioterapia de Hospital Universitário do Município de Campinas, Estado de São Paulo.

Método

Trata-se de estudo que se caracteriza por sua natureza descritiva e quantiquantitativa, com desenvolvimento a partir da realização da pesquisa bibliográfica e de campo. Utilizaram-se como instrumento de coleta de dados junto a 14 cuidadores informais, questionário sociodemográfico, contendo perguntas abertas e fechadas, e questionário de qualidade de vida na sua versão resumida, *Medical Outcomes Study 36 - Item Form Short Health Survey*.

Resultados

A análise dos resultados evidenciou que há repercussão negativa na qualidade de vida dos cuidadores informais que participaram do estudo, tendo o aspecto emocional apresentado médias inferiores quando comparado aos outros domínios analisados, o

¹ Terapeuta Ocupacional, Centro de Referência do Jovem e Adolescente, Araraquara, SP, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Terapia Ocupacional. Av. Jonh Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13090-950, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.L.G.S. BALLARIN. E-mail: <mlballarin@puc-campinas.edu.br>.

que sugere condições desfavoráveis e implicações relacionadas ao reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias, relativas ao desempenho das tarefas relacionadas ao cuidar. Além disso, os resultados obtidos indicaram possíveis alterações relacionadas ao humor e ao bem-estar dos cuidadores informais, pois a saúde mental apresentou a segunda menor média.

Conclusão

O estudo forneceu dados relevantes sobre a qualidade de vida dos cuidadores, indicando que eles sofreram impactos negativos ao desempenhar as atividades de cuidado envolvidas no acompanhamento de pacientes em tratamento quimioterápico. Além disso, evidenciou-se a necessidade de as equipes de saúde implementarem estratégias e ações dirigidas não somente aos pacientes, mas também aos cuidadores, buscando, com isso, fornecer-lhes suporte mais adequado.

Termos de indexação: Atividades cotidianas. Cuidadores. Família. Qualidade de vida.

A B S T R A C T

Objective

This study analyzed the quality of life of informal caregivers of chemotherapy patients attending a chemotherapy unit of a University Hospital in the municipality of Campinas, state of São Paulo.

Methods

This descriptive, quantitative, and qualitative study was based on literature research and field study. A sociodemographic questionnaire was used to collect data from fourteen informal caregivers. The questionnaire Medical Outcomes Study 36 - Item Form Short Health Survey - SF 36 had open and closed questions and the short version had quality of life questions.

Results

The results showed that there are negative repercussions on the quality of life of informal caregivers who participated in the study. The emotional aspect presented lower means than the other study domains, suggesting unfavorable conditions and implications related to the impact of the emotional conditions on the performance of daily activities related to caregiving. Furthermore, the results indicate possible changes in the mood and well-being of informal caregivers since mental health presented the second lowest mean.

Conclusion

The study provided important data about the quality of life of caregivers showing that they sustain negative impacts during the provision of care to chemotherapy patients. Furthermore, health teams need to implement strategies and actions not only for the patient's benefit but also for the caregiver's benefit so that they receive better support.

Keywords: *Daily activities. Caregivers. Family. Quality of life.*

INTRODUÇÃO

O aparecimento de doença em um membro da família pode causar alterações na estrutura familiar uma vez que o processo de adoecimento

pode alterar de forma significativa e urgente o cotidiano de todos os familiares e, por conseguinte, a Qualidade de Vida (QV) da família.

No caso de uma doença como o câncer, é comum observar a relação de dependência que

gradualmente se vai estabelecendo entre o paciente a ser cuidado e seu cuidador. Essa relação de dependência é decorrente da necessidade de cuidado integral e de ajuda contínua ocasionada pelas limitações que, em alguns casos, a evolução da doença acarreta.

De modo geral, o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 200 doenças distintas, com multiplicidade de causas, formas de tratamento e prognóstico¹. Tais doenças têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos que podem se espalhar para outras regiões do corpo.

Nas últimas décadas, o câncer tornou-se um evidente problema de Saúde Pública mundial. Segundo o Instituto Nacional do Câncer², a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, pode-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 apontam a ocorrência de aproximadamente 518 510 novos casos de câncer.

A família de um paciente com câncer também exige grande atenção dos profissionais de saúde, pois o caráter crônico e a gravidade da doença demandam intervenção. Além disso, observa-se uma tendência atual em transferir à família os cuidados daquele que necessita de atenção integral, no caso, o membro da família com câncer^{3,4}.

É nesse contexto que emerge a figura do cuidador. Entende-se por cuidador a pessoa que se dedica aos cuidados de outra pessoa - seja ela criança, adolescente, adulto ou idoso -, que zela por sua alimentação, higiene, lazer e bem-estar. Na literatura, há distinção entre duas categorias de cuidadores: os remunerados e os voluntários⁵. Essas duas categorias podem ser denominadas na literatura especializada como: Cuidador Formal (CF), pessoa que recebe treinamento especializado para o desempenho da função, mantendo vínculo profissional e remunerado; e Cuidador Informal (CI), pessoa da

família, amigo ou vizinho que se encarrega dos cuidados sem remuneração e/ou vínculo profissional e treinamento específico.

O cuidador pode ainda ser classificado a partir de vários tipos, tais como: voluntário (não é remunerado), principal (assume responsabilidade constante e permanente da pessoa a ser cuidada), secundário (divide a função e auxilia o cuidador principal na responsabilidade do cuidado), remunerado (recebe remuneração pelo cuidado oferecido), leigo (não possui qualificação para função de cuidador)^{6,7}. Ressalta-se que, embora haja particularidades e diferentes denominações relacionadas às categorias dos cuidadores, não necessariamente elas são excludentes. Assim, um cuidador pode enquadrar-se em mais de uma classificação.

Neste estudo, adotou-se o termo cuidador informal para designar alguém que assumiu a tarefa de cuidar sem remuneração e sem preparo técnico para desempenhar atividades de caráter assistencial diário, caracterizando-se como responsável principal no acompanhamento do paciente com câncer e em tratamento quimioterápico.

No âmbito da saúde, o cuidador é considerado recurso a serviço do indivíduo adoecido e passa a assumir múltiplas funções, acompanhando o paciente cotidianamente, tanto em relação à evolução da doença, quanto no tratamento⁸.

Nem sempre os cuidadores informais recebem o suporte necessário e suficiente para aprenderem a cuidar do paciente e, sobretudo, para enfrentar, compreender e compartilhar a situação de doença e/ou deficiência, de maneira a conseguir lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medos e aumento das responsabilidades. Observa-se que cuidadores de doentes crônicos, na maioria de origem oncológica, apresentam prejuízos alarmantes⁹.

Em geral, a demanda de cuidados exigida pelo paciente em relação ao CI interfere em aspectos de sua própria vida pessoal, familiar, laboral e social, predispondo-o a conflitos e trazendo impactos no seu cotidiano e em sua qualidade de vida.

Embora ainda não haja consenso em relação aos aspectos conceituais relativos à qualidade de

vida, ela se refere à maneira como uma pessoa ou um grupo de pessoas percebe a sua saúde física e mental. De acordo com a OMS, a qualidade de vida relaciona-se à percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁰.

No Brasil, os estudos relacionados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de CI que cuidam de pacientes adultos com câncer são escassos. Do mesmo modo, são reduzidos os estudos que utilizam instrumentos de avaliação padronizados para avaliar e identificar os principais problemas enfrentados pelos CI de pacientes com câncer.

Nos últimos anos, alguns instrumentos de avaliação foram desenvolvidos e utilizados na perspectiva de mensurar a qualidade de vida de cuidadores, dentre os quais se destacam: o *Medical Outcomes Study-36 Item Short Form Health Survey* (SF-36) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). Esse último pode ser encontrado sob duas formas: a completa (WHOQOL 100) ou a abreviada (WHOQOL abrev)¹¹.

Com base nos aspectos descritos e, particularmente, considerando a importância do cotidiano e da qualidade de vida da população, foco de intervenção, no âmbito da Terapia Ocupacional, buscou-se neste estudo analisar a qualidade de vida de CI de pacientes com câncer e em tratamento quimioterápico.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, de natureza quantitativa, cujo desenvolvimento envolveu a realização de pesquisa bibliográfica e de campo. A pesquisa bibliográfica se deu a partir do levantamento e da revisão bibliográfica efetivada nas bases de dados Lilacs e SciELO, tendo sido utilizados como descritores os termos: cuidadores, cuidadores informais, cuidadores de pacientes com câncer.

A pesquisa de campo contemplou, em sua primeira etapa, a realização de entrevistas semies-

truturadas junto a CI de pacientes em tratamento quimioterápico, inseridos em Hospital Universitário do município de Campinas, Estado de São Paulo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas e posteriormente transcritas e seguiram um roteiro previamente estabelecido, que objetivou apreender aspectos da rotina de vida diária e do cotidiano dos sujeitos investigados, bem como dados relacionados ao perfil sociodemográfico, tais como: estado civil, número de filhos, ocupação, grau de escolaridade, grau de parentesco com o paciente, se reside com a pessoa que cuida.

Participaram do estudo indivíduos que preencheram os seguintes critérios de inclusão: estar desempenhando a função de cuidador há mais de seis meses, ser maior de 18 anos, membro da família do paciente com doença oncológica ou amigo próximo, sem prejuízo da comunicação verbal e que concordasse voluntariamente em participar do estudo.

Participaram do estudo 14 CI que foram selecionados com base nos critérios de inclusão e a partir de indicação da equipe técnica de profissionais (médicos, enfermeiros e psicólogos) que atendiam os pacientes em tratamento quimioterápico e conheciam os CI que os acompanhavam no referido hospital.

Em sua segunda etapa, a pesquisa de campo envolveu a aplicação do instrumento SF-36, na sua versão resumida, junto aos 14 CI. Todos os dados da pesquisa de campo foram coletados entre os meses de maio e agosto de 2010; a pesquisadora frequentou o setor de quimioterapia do referido hospital de duas a três vezes por semana.

Ressalta-se que o questionário SF-36 validado e adaptado culturalmente em 1997¹², é um instrumento genérico e foi empregado nesta pesquisa para aferir a QVRS de 14 CI de pacientes em tratamento quimioterápico. Os instrumentos genéricos, como a versão do SF-36, "são aqueles que não se limitam especificamente a uma determinada população e, por isso, possibilitam a comparação com pesquisas que abrangem outros enfoques sociais ou de saúde" (p.50)¹³.

A opção pelo SF-36 se deu pelo fato de ser um instrumento amplamente utilizado em diversas condições de saúde¹⁴. Além disso, o questionário SF-36 é composto por 36 questões que abrangem oito domínios agrupados em dois componentes: o físico e o mental (Tabela 1).

O componente da saúde física avalia especificamente os domínios relativos ao desempenho das atividades diárias, tais como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas - Capacidade Funcional (CF); o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais - Aspectos Físicos (AF); o nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais - Dor (D) e a percepção subjetiva do Estado Geral de Saúde (EGS).

O componente da saúde mental abrange as dimensões relacionadas à percepção subjetiva do estado de saúde (Vitalidade - V); o reflexo da condição da saúde física nas Atividades Sociais (AS); o reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais (Aspectos Emocionais - AE) e a escala de humor e bem-estar (Saúde Mental - SM). Os escores atribuídos ao instrumento variam de 0 a 100: valores maiores indicam melhor qualidade de vida. Assim, 100 pontos indicam uma excelente qualidade de vida. Os escores da população em geral variam entre 80 e 100, e escores próximos a 50 indicam condição mediana de saúde e qualidade de vida.

Os dados quantitativos e sociodemográficos foram compilados e organizados em banco de dados, sendo os resultados sistematizados e descritos em forma de tabelas, gráficos e analisados por meio de

parâmetros estatísticos, descritivos simples, tais como média, desvio-padrão e frequências amostrais. Já os dados qualitativos, obtidos a partir das entrevistas gravadas e transcritas, foram analisados com base nas referências teóricas pertinentes à análise do discurso: buscou-se refletir sobre o conteúdo do discurso de modo a agrupá-lo em categorias temáticas, considerando os objetivos estabelecidos e os referenciais teóricos que fundamentam este estudo; em função de sua extensão, não serão apresentados no presente artigo.

Ressalta-se que o estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo de nº 0288/10. Todos os 14 CI entrevistados foram informados quanto aos objetivos do estudo, à confidencialidade das informações e de que os resultados seriam utilizados somente para fins científicos. Após os devidos esclarecimentos, os 14 CI assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96¹⁵.

RESULTADOS

Os resultados relativos às variáveis sociodemográficas coletadas, tais como sexo, faixa etária, estado civil, entre outras, mostraram que os CI entrevistados eram predominantemente do sexo feminino, casados, na faixa etária compreendida entre 41 e 50 anos, residentes na mesma moradia do paciente necessitado de cuidados e sem ocupação remunerada (Tabela 2). Segundo os resultados obtidos por meio do questionário SF-36, pertinentes à QVRS, especificamente no que se refere ao compo-

Tabela 1. Domínios e componentes da versão resumida do SF-36. Campinas (SP), 2010.

Componente físico	Itens da escala (n)	Componente mental	Itens escala (n)
Capacidade funcional	10	Saúde mental	5
Estado geral de saúde	5	Vitalidade	4
Dor	2	Aspectos sociais	2
Aspectos físicos	4	Aspectos emocionais	3
Alteração em um ano			1

Fonte: Cunha¹⁴.

Tabela 2. Caracterização das variáveis sociodemográficas relativas aos CI, considerando frequência simples e porcentagem. Campinas (SP), 2010.

Especificação	f	(%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	13	92,86
Masculino	1	7,14
<i>Faixa etária</i>		
20 a 30 anos	3	21,43
31 a 40 anos	1	7,14
41 a 50 anos	5	35,71
51 a 60 anos	3	21,43
Acima de 61 anos	2	14,29
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	4	28,57
Casado	8	57,14
Viúvo	2	14,29
<i>Grau parentesco com paciente</i>		
Esposa/Marido	3	21,43
Mãe/Filho	5	35,71
Irmão	2	14,29
Outros	4	28,57
<i>Escolaridade</i>		
Não alfabetizado	1	7,14
Ensino Fundamental incompleto	4	28,57
Ensino Fundamental completo	2	14,29
Ensino Médio incompleto	2	14,29
Ensino Médio completo	4	28,57
Ensino Superior	1	7,14
<i>Reside com paciente</i>		
Sim	11	78,57
Não	3	21,43
<i>Ocupação</i>		
Serviços do lar	3	21,43
Vínculo com trabalho	3	21,43
Aposentado	2	14,28
Afastado do serviço	3	21,43
Desempregado	3	21,43

Nota: f: frequência simples; CI: Cuidador Informal.

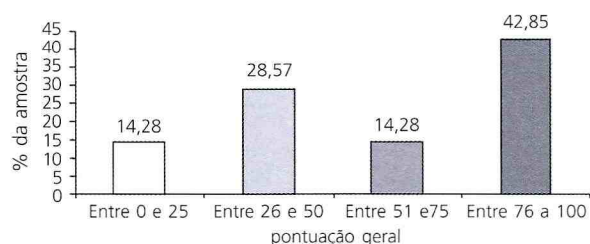


Figura 1. Índice de Qualidade de Vida Geral obtido. Campinas (SP), 2010.

nente da saúde física, 42,85% (n=6) dos CI entrevistados obtiveram índice de escore que variou entre 26 e 50 pontos e 57,14% (n=8) índice de escore entre 76 e 100 pontos, sendo os valores da média e do desvio-padrão do componente físico na amostra estudada 60,96 e 34,10, respectivamente.

Com relação ao componente da saúde mental, observou-se que 14,28% (2) dos CI obtiveram um índice de escore entre 0 e 25. Do mesmo modo, 14,28% (2) dos CI apresentaram um escore entre 51 e 75. Para os índices de escore variáveis entre 26 e 50 e 76 e 100, o percentual obtido pelos CI foi de 35,71%. Os valores da média e desvio-padrão do componente mental foram 58,27 e 32,53, respectivamente.

O cálculo do índice de qualidade de vida em relação à saúde física envolve a média do escore (índice) das oito dimensões: CF, AF, D, EGS e V. De modo geral e com base na percepção dos participantes deste estudo, os resultados mostram que o estado médio de saúde física é superior ao da saúde mental. Com relação ao índice geral da QVRS, que engloba tanto o componente de saúde física como o de saúde mental, observou-se que os escores apresentados foram diversificados (Figura 1).

Ainda em relação ao índice geral da qualidade de vida, observou-se que 14,28% (n=2) dos CI apresentaram escore de qualidade de vida entre 0 e 25; seguidos de 28,57% (n=4) que apresentaram escore entre 26,00% e 50,00% e 57,13% (n=7) que obtiveram escore acima de 50 (Figura 1). Dentre os oito domínios avaliados por meio do instrumento SF-36 (Tabela 3), verifica-se que o aspecto emocional apresentou uma média inferior a 50 pontos, sendo, portanto, a média mais baixa quando comparada aos outros sete domínios. Esse resultado sugere implicações relacionadas ao reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias desempenhadas pelos CI que participaram deste estudo.

A saúde mental apresentou a segunda menor média, o que sugere possíveis alterações relacionadas ao humor e ao bem-estar dos sujeitos investigados. O aspecto físico e vitalidade apresentaram médias

Tabela 3. Valores obtidos para cada domínio relacionado ao questionário SF-36 de Qualidade de Vida, relativos aos Cuidadores Informais investigados. Campinas (SP), 2010.

Domínios CI (n=14)	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	75,71	29,67	25	100
Aspecto físico	58,93	44,51	0	100
Dor	61,71	35,98	10	100
Estado geral de saúde	75,21	25,69	15	100
Vitalidade	60,00	31,56	20	100
Aspecto social	60,71	35,65	13	100
Aspecto emocional	42,86	40,15	0	100
Saúde mental	52,57	29,60	4	96

equivalentes a 58,93 e 60,00 respectivamente e ocuparam o terceiro e o quarto lugar por ordem crescente em relação às médias aferidas, indicando, assim, a terceira e a quarta pior média de qualidade de vida.

O questionário SF-36 avaliou ainda a percepção que os CI tinham sobre seu EGS em relação a como se encontravam um ano antes. Os resultados demonstraram que 21,42% (n=3) dos CI informaram que sua saúde havia melhorado, ou melhorado muito, seguido de 57,14% (n=7) dos CI que consideraram que o estado de saúde havia se mantido e 14,28% (n=2) dos CI que relataram piora no seu estado de saúde atual, quando comparado ao estado de saúde que apresentavam um ano antes. Faz-se necessário ressaltar que a condição de melhoria da saúde apontada por (n=3) dos CI refere-se a situações específicas relacionadas a outros processos, como é o caso de um CI que se recuperava de uma enfermidade (aneurisma) e de outros dois CI que associavam a melhoria da saúde à diminuição dos conflitos familiares e de uma maior aproximação entre os membros da família, decorrente do adoecimento que acometeu o familiar foco de cuidado.

DISCUSSÃO

Os resultados relativos às variáveis sociodemográficas, como sexo, faixa etária, grau de parentesco, nível de escolaridade, com quem residem e ocupação dos CI, coincidem e/ou se assemelham aos descritos em outros estudos identificados a partir do trabalho

de revisão da literatura¹⁶⁻¹⁸. De fato, as mulheres (esposas, filhas, irmãs) têm sido predominantemente as cuidadoras. Nesse sentido, ao discutir cuidados da saúde no âmbito da família, a mulher é evidenciada como figura principal no ato de cuidar. A centralidade do cuidado dirigido à figura da mulher vem sendo apontada em alguns estudos^{19,20} e está relacionada fundamentalmente aos aspectos sociais, culturais e históricos, ou seja, ao modo como a sociedade, ao longo da sua história, atribuiu à mulher a função e os papéis relacionados à maternidade e aos cuidados dos seus.

Identificou-se, ainda, crescente número de estudos relacionados ao CI e/ou cuidador principal^{3,4,13}. Os CI vêm ganhando cada vez mais importância no campo da saúde e, em parte, isso se deve às medidas adotadas atualmente para implantação da atenção domiciliar em nosso País, e em parte à constatação de que a tarefa de cuidar afeta diretamente o cotidiano do cuidador, aumentando, assim, seu estresse e sua sobrecarga física e emocional. Tais estudos mostram que são frequentes as alterações físicas, psíquicas, sociais e financeiras na vida de CI de pacientes com câncer.

Ao assumir a tarefa de cuidar de seu familiar, o CI passa a incorporar em sua rotina diária atividades que anteriormente não desempenhava, tais como: higiene corporal, alimentação, escovação dos dentes, cuidado com roupas e comunicação, acompanhamento a atendimentos médicos etc, tendo que agregá-las às atividades que já desempenhava. Essa demanda intensa de tarefas, constante e contínua,

é desgastante e exige readequação não somente da rotina diária do CI como das ocupações e reorganização de seu cotidiano. Nesse contexto, destaca-se o papel dos profissionais de saúde, incluindo o terapeuta ocupacional, profissional apto a também intervir em parceria com o CI, auxiliando, orientando, adaptando, sistematizando as tarefas a serem realizadas e planejando ações que objetivam a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos.

Além disso, a literatura especializada tem descrito que os CI de pacientes com câncer podem vivenciar situações de exclusão social, isolamento afetivo e social, depressão, erosão nos relacionamentos, entre outros²¹⁻²³. A convivência com a pessoa que apresenta uma enfermidade como o câncer expõe a família aos mesmos conflitos e sentimentos do doente, tais como: o sofrimento, o medo do sofrimento físico, o medo da cirurgia e da morte, o desespero e a impotência diante da situação do adoecimento²⁴. É considerável a proporção de CI de pacientes com câncer que apresentam ansiedade e depressão²⁵. Ao acompanharem todo processo terapêutico, os CI são solicitados a fornecer suporte físico, psicossocial e a tomar decisões difíceis diante das diferentes etapas e fases do tratamento; acabam, por isso mesmo, convivendo de perto com a dor, com as alterações emocionais, com a mudança física de seu familiar (queda de cabelo, emagrecimento, entre outras): todos esses fatores podem funcionar como fonte de estresse e instabilidade emocional¹⁴.

Há ainda inter-relacionamento entre o sofrimento psíquico da família e o sofrimento do paciente, com consequências diretas para ambos. A depressão e a ansiedade no CI podem desencadear depressão e ansiedade no paciente e vice-versa; ou seja, se a família é afetada pela doença, as reações familiares também afetam o paciente.

Alguns estudos^{26,27} que também avaliaram QVRS em cuidadores de indivíduos adultos com câncer identificaram impacto negativo na qualidade de vida, tanto no que se refere aos aspectos físicos, quanto psicossociais. Neste estudo, os resultados relativos à QVRS dos CI indicaram principalmente alterações relativas aos AE e SM, sugerindo que a

atividade de cuidar desempenhada pelos CI gerou impactos negativos na qualidade de vida, evidenciando a necessidade e a importância de se fornecer suporte profissional especializado aos CI. Ressalta-se que a avaliação e a intervenção precoce para tratar a ansiedade e a depressão no CI têm importante valor preventivo.

Entretanto, devemos destacar que, apesar dos impactos gerados pelo ato de cuidar em relação à qualidade de vida do CI, há também a satisfação pessoal do cuidador, decorrente do sentimento de missão cumprida e da perspectiva de se compreender o ato de cuidar como um ato de amor e de dedicação ao ente querido¹⁸. Ambas as perspectivas evidenciam e reforçam a ideia de que o processo de cuidar é bastante complexo, influenciando e sendo influenciado pelo contexto do adoecer. Todos esses aspectos justificam a preocupação crescente em estudar o impacto do ato de cuidar na qualidade de vida do cuidador.

A qualidade de vida é um dos conceitos mais utilizados atualmente no cenário da saúde e do trabalho, pois além de orientar condutas e tratamentos mais específicos, possibilita a definição de novas dimensões a serem adotadas pelos serviços de saúde. Assim, ter conhecimento sobre a percepção que os cuidadores têm sobre a sua qualidade de vida favorece uma maior compreensão acerca das estratégias que devem ser desenvolvidas para essa população, pois a incidência de doenças crônicas cresce proporcionalmente ao envelhecimento, e, assim, deve-se aumentar, proporcionalmente, o número de pessoas que se tornam cuidadores.

Dentro dessa perspectiva, a preocupação com o desenvolvimento de práticas de ações que atendam as dimensões de qualidade de vida percebidas deve apresentar uma significação inclusiva, flexível e dinâmica, que leve em conta o valor da opinião do próprio cuidador. As intervenções psicoeducacionais devem apoiar a otimização de conhecimentos e aptidões que proporcionem encorajamento e satisfaçam as necessidades individuais para que os familiares se sintam aceitos e compreendidos em suas dificuldades e limitações, de modo que se possa

elaborar intervenções num contexto sistêmico, valorizando todas as instâncias: físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas^{24,29}.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram que, nos CI investigados, o aspecto emocional foi o que mais sofreu alterações, o que sugere implicações relacionadas ao reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais. A saúde mental e o aspecto físico ocuparam o segundo e o terceiro lugar por ordem crescente de média de qualidade de vida, isto é, a segunda e a terceira pior média de qualidade de vida.

O estudo possibilitou ampliar a compreensão sobre os impactos causados no cotidiano dos CI, bem como a importância e a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de se implementarem estratégias e intervenções não somente direcionadas aos pacientes, mas também aos CI.

COLABORADORES

MO TOLEDO participou da elaboração do projeto inicial, revisão bibliográfica, coleta de dados, análise e discussão dos resultados e da redação do manuscrito. MLGS BALLARIN conduziu a elaboração do projeto inicial, participou da orientação, supervisionou todas as etapas da investigação, orientou o trabalho, a análise dos resultados, a estruturação, a redação e a edição final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Sales CA, Matos PCB, Mendonça DPR, Marcon SS. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010; 12(4):616-21.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2010 [acesso 2010 nov 10]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>.
3. Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol.* 2008; 54(1):87-96.
4. Souza MGG, Santo FHE. O olhar que olha o outro: um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. *Rev Bras Cancerol.* 2008; 54(1):31-41.
5. Born T. A formação de cuidadores formais e informais: acompanhamento e avaliação. São Paulo: PUC-SP; 2006 [acesso 2012 abr 12]. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/a-formacao-de-cuidadores-formais-e-informais-acompanhamento-e-avaliacao.html>>.
6. Wanderley MB. Publicização do papel do cuidador domiciliar. Brasília: Secretaria de Assistência Social; 1998.
7. Ribeiro AF, Souza CA. O cuidador familiar de doentes com câncer. *Arq Ciênc Saúde.* 2010; 17(1):22-6.
8. Machado ALG, Freitas CHA, Jorge MSB. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(5):530-4.
9. Beck ARM, Lopes MHBM. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(5):513-8.
10. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et. al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1):19-28.
11. Halyard MY, Ferrans CE. Quality of life assessment for routine oncology clinical practice. *J Support Oncol.* 2008; 6(5):221-33.
12. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item Short-Form health survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
13. Nóbrega KIM, Pereira CU. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com neoplasia cerebral. *Psicol Teor Prat.* 2011; 13(1):48-61.
14. Cunha CM. Avaliação transversal da qualidade de vida de cuidadores de criança e adolescente com câncer por meio de um instrumento genérico - "36 item short form health survey questionnaire (SF-36) [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2007.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: MS; 1996 [acesso 20 set. 2011]. Disponível: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>.
16. Araújo LZS, Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de

- possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):32-7.
17. Melo TM, Rodrigues IG, Schmidt DRC. Caracterização de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos em domicílio. *Rev Bras Cancerol.* 2009; 55(4):365-74.
18. Guimarães CA, Lipp MEN. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. *Psicol Teor Prat.* 2011; 13(2):50-62.
19. Silva LR. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2):618-25.
20. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(Supl 1):1498-508.
21. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Rev Bras Cancerol.* 2004; 50(4):341-5.
22. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(3):527-34.
23. Silva CAM, Acker JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):150-4.
24. Inocenti A, Rodrigues IG, Miasso AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009; 11(4):858-65.
25. Rezende VL, Derchain SFM, Botega NJ, Saian LO, Vial DL, Moraes SS. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 27(12):737-43.
26. Chen MI, Chu I, Chen HC. Impact of cancer patients quality of life on that spouse caregivers. *Supporte Care Cancer.* 2004; 12(7):469-75.
27. Grov EK, Dahl AA, Moun T, Fossa SD. Anxiety, depression na quality of life in caragivers of patints with câncer in late palliative phase. *Anna Oncol.* 2005; 16(7):1185-91.
28. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(5):891-9.
29. Sanchez KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2):290-9.

Recebido em: 24/9/2012
Versão final em: 4/2/2013
Aprovado em: 25/2/2013

Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca

Self-care practices of patients with heart failure

Sherida Karanini Paz de OLIVEIRA¹
Francisca Elisângela Teixeira LIMA²
Vera Lúcia Mendes de Paula PESSOA³
Joselany Áfio CAETANO²
Lidia Stella Teixeira MENESES^{4,5}
Larissa Bento de Araújo MENDONÇA^{4,5}

RESUMO

Objetivou-se identificar as práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca nas publicações científicas. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que utilizou os descritores controlados autocuidado e insuficiência cardíaca e suas traduções em inglês e espanhol nas seguintes bases de dados: *Scopus*, *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane* e *Lilacs*. Foram selecionados 14 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Como resultados, foram constatadas 17 práticas de autocuidado que devem ser realizadas por pacientes com insuficiência cardíaca, predominando restrição salina (9), pesagem diária (8), restrição hídrica (7), monitorização e reconhecimento de sintomas (6), exercício físico (5) e seguimento da terapia medicamentosa (5). Conclui-

¹ Doutoranda, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. R. Alexandre Baraúna, 949, Rodolfo Teófilo, 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: SKP OLIVEIRA. E-mail: <karanini@yahoo.com.br>.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Estadual do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Mestranda, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Grupo de Estudos sobre Consulta em Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

se que a prática do autocuidado contempla a adesão a um estilo de vida saudável, mas com recomendações e restrições específicas para o paciente com insuficiência cardíaca, variando conforme a classe funcional da doença.

Termos de indexação: Autocuidado. Exercício. Insuficiência cardíaca. Literatura de revisão como assunto.

ABSTRACT

The study aimed to identify the self-care practices of patients with heart failure in scientific publications. This integrative literature review used the controlled descriptors self-care and heart failure and their Portuguese and Spanish translations in the following databases: Scopus, PubMed, CINAHL, Cochrane and Lilacs. Fourteen articles that met the inclusion criteria were selected. Seventeen self-care practices were found that must be performed by heart failure patients, namely salt restriction (9), daily weighing (8), fluid restriction (7), monitoring and recognition of symptoms (6), exercise (5) and drug therapy (5). Self-care practices include adherence to a healthy lifestyle but with specific recommendations and restrictions for heart failure patients which vary according to the functional class of the disease.

Indexing terms: Self-care. Exercise. Heart failure. Literature review as topic.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica de alto custo hospitalar, resultante de diversas etiologias; geralmente, é o estágio final da maioria das doenças cardíacas. Problema crescente de Saúde Pública, a IC pode causar limitações na vida dos pacientes e acarretar redução na qualidade de vida.

A insuficiência cardíaca constitui uma das grandes preocupações dos programas de saúde voltados aos indivíduos com doenças cardiovasculares, considerando-se a crescente prevalência, a elevada morbimortalidade, o alto índice de hospitalização e a perda da capacidade produtiva de uma parcela da população¹⁻³.

O controle inadequado da doença e a não realização da prática do autocuidado representam uma ameaça para a vida do paciente com IC, pois favorece o aparecimento de complicações. O paciente com IC precisa contar com a ajuda dos profissionais de saúde que atuam na prevenção primária, secundária e terciária, pois somente com esforços conjuntos é possível reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares⁴.

Uma modificação importante na abordagem do paciente com IC refere-se à equipe de trabalho. Cada vez mais, a literatura aponta a necessidade do trabalho interdisciplinar, sendo comprovada a importância da função do enfermeiro nesse contexto⁵. Em geral, essas equipes são compostas por médicos, que têm o papel de diagnosticar a doença e passar informações para o tratamento; por enfermeiros, que supervisionam o paciente e o auxiliam quanto ao autocuidado por meio de educação em saúde; por fisioterapeutas, que, juntamente com os educadores físicos, realizam um treinamento físico apropriado; por nutricionista, para diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; e por psicólogo e assistente social, que auxiliam paciente e familiares a lidarem com as adversidades, principalmente as relacionadas as suas relações pessoais e sociais⁶.

Diante da importância do conhecimento das práticas de autocuidado de pacientes com IC; do fato de essa prática de autocuidado ser imprescindível para evitar crises de descompensação e manter a estabilidade clínica do paciente; e da crença de que a equipe de saúde deva se envolver ativamente no cuidado dessa clientela com a implementação de

práticas educativas efetivas e de qualidade, foi proposta a realização desta pesquisa.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o reconhecimento das peculiaridades dessa doença a fim de que programas de atenção à saúde de pessoas com doenças cardiovasculares, especialmente a insuficiência cardíaca, possam ser delineados, implementados e avaliados.

O contexto descrito deu margem ao seguinte questionamento condutor desta pesquisa: quais práticas de autocuidado são realizadas pelo paciente adulto com insuficiência cardíaca para recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde? Assim, objetivou-se identificar as práticas de autocuidado realizadas pelos pacientes com insuficiência cardíaca nas publicações científicas.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente à produção sobre autocuidado de pacientes com IC, nos artigos de periódicos indexados nas seguintes bases de dados: *Scopus*, *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane*, *Lilacs*.

A revisão integrativa permite sintetizar o resultado de todas as pesquisas sobre um determinado assunto em um único estudo⁷. Pode ser definida como um método em que pesquisas anteriores são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento das pesquisas avaliadas e possibilitando a síntese e a análise dos estudos sobre o tema investigado⁸. Permite descrever o conhecimento no seu estado atual; promove o impacto da pesquisa sobre a prática profissional, mantendo os interessados atualizados e facilitando as modificações da prática cotidiana como consequência da pesquisa^{7,8}.

Para elaborar uma revisão integrativa relevante capaz de subsidiar a implementação de intervenções eficazes na assistência aos pacientes, é imperativo que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. Para a construção dessa revisão integrativa, percorreram-se seis etapas distintas⁷, similares aos estágios de desenvolvimento de

pesquisa convencional, a saber: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

A busca ocorreu nos meses de abril e maio de 2011, tendo sido selecionados 14 artigos que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser original; estar disponível na íntegra eletronicamente; estar disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol; e responder à questão norteadora desta revisão. Como critério de exclusão: ser publicação do tipo editorial, carta ou revisão. Foram utilizados os descritores controlados autocuidado e insuficiência cardíaca, e a tradução das palavras em inglês (*self care* e *health failure*) e espanhol (autocuidado e insuficiência cardíaca).

Após a seleção, os estudos foram submetidos a leituras exploratórias e seletivas. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário elaborado para o alcance dos objetivos. Os resultados foram apresentados em quadros, e a análise dos dados foi fundamentada na literatura pertinente à temática. Os aspectos éticos e legais foram respeitados, tendo em vista que foram utilizados artigos publicados em periódicos e que os nomes dos autores foram referenciados sempre após a citação de seus pensamentos.

RESULTADOS

Estão apresentados, no Quadro 1, os artigos incluídos na presente pesquisa, assim como o ano de realização, local de desenvolvimento, tipo de estudo, amostra examinada e local de coleta de dados. Nos 14 artigos analisados (Quadro 1), observou-se que a maioria (n=13) dos estudos avaliados era de outros países, como Estados Unidos, Espanha, Taiwan, Austrália, dentre outros. Apenas um estudo foi realizado no Brasil. Ao se analisar o método das pesquisas, verificou-se que o tipo de estudo mais prevalente foi o transversal (n=4), que os adultos foram a população e amostra mais

estudadas (n=10) e que os locais de coleta de dados se dividiram entre hospitais (n=6) e clínicas especializadas em IC (ambulatorios) (n=6).

Os artigos citaram 17 práticas de autocuidado que devem ser realizadas por pacientes com IC (Tabela 1).

A restrição salina foi a prática de autocuidado que deve ser realizada pelos pacientes com IC mais frequentemente apontada nos artigos analisados (n=9), seguida de pesagem diária (n=8), restrição hídrica (n=7), monitorização e reconhecimento de sintomas (n=6), exercício físico (n=5) e terapia medicamentosa (n=5).

Inúmeras práticas, igualmente importantes, tais como imunização anual, abstinência de fumo e bebidas alcoólicas, busca de conhecimento sobre a doença, não autoadministração de medicamentos potencialmente prejudiciais e enfrentamento diário da insuficiência cardíaca foram assinaladas apenas em uma das publicações científicas analisadas.

DISCUSSÃO

O autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca inclui a monitorização do peso, a restrição

Quadro 1. Distribuição dos artigos analisados conforme ano e cidade de desenvolvimento do estudo e metodologia.

Referências	Ano de realização do estudo	Local de desenvolvimento	Tipo de estudo	Amostra	Local de coleta de dados
Tung <i>et al.</i> ⁹	2009-2010	Taipei - Taiwan	Transversal	Adultos	Ambulatório
O'Connell <i>et al.</i> ¹⁰	2007-2009	Carolina do Norte - EUA	Transversal	Adultos	Três hospitais universitários
Du <i>et al.</i> ¹¹	Não informado	Sidney - Austrália	Estudo controlado randomizado	Adultos	Quatro hospitais
Gallager <i>et al.</i> ¹²	Não informado	Holanda	Transversal descritivo	Adultos	Hospital
Chen <i>et al.</i> ¹³	2008-2010	Índia	Transversal	Adultos	Clínica de IC
Yu <i>et al.</i> ¹⁴	2007	Hong Kong - China	Estudo metodológico	Adultos	Clínica de IC
Britz & Dunn ¹⁵	Não informado	Michigan - EUA	Descritivo correlacional	Adulto internado	Hospital
Gallagher ¹⁶	Não informado	Sidney - Austrália	Correlacional	Adultos	Clínica de IC
Cameron <i>et al.</i> ¹⁷	abr/2007 - set/2008	Victoria - Austrália	Prospectivo	Pacientes com idade \geq 45anos	Duas redes de saúde
Freydberg <i>et al.</i> ¹⁸	2005 - 2008	Alberta, província no Canadá	Qualitativo	Idosos e cuidadores	Não informado
Rodríguez-Artalejo <i>et al.</i> ¹⁹	Não informado	Madri - Espanha	Caso-controle	Idosos	Hospital
Gary ²⁰	Não informado	Carolina do Norte-EUA	Qualitativo	Mulheres com \geq 50 anos	Ambulatório
Artinian <i>et al.</i> ²¹	Não informado	Detroit - Michigan - EUA	Descritivo correlacional	Adultos	Ambulatório
Rabelo <i>et al.</i> ²²	ago/2000 jun/2003	Porto Alegre - Brasil	Estudo de coorte	Adulto internado	Hospital

Nota: IC: Insuficiência Cardíaca; EUA: Estados Unidos da América.

Tabela 1. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.

Práticas de Autocuidado	Frequência
Restrição salina	9
Pesagem diária	8
Restrição hídrica	7
Monitorização e reconhecimento de sintomas	6
Atividade física	5
Terapia medicamentosa	5
Apoio/suporte social	3
Acompanhamento com profissional de saúde	2
Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	2
Procura ajuda quando necessário (aparecimento de sintomas moderados)	2
Controle dietético, padrão alimentar, alimentação saudável	2
Imunização anual	1
Abstinência de fumo	1
Abstinência/restrrição de bebidas alcoólicas	1
Busca conhecimento sobre a doença	1
Não autoadministração de medicamentos potencialmente prejudiciais	1
Enfrentamento diário da insuficiência cardíaca	1

salina e hídrica, a realização de atividade física, o uso regular das medicações, a monitorização de sinais e de sintomas de piora da doença e o contato precoce com a equipe assistencial²³, ou seja, o seguimento recomendado do tratamento farmacológico e não farmacológico.

O paciente necessita adotar estilo de vida saudável em relação à dieta, especialmente restrição hidrossalina, abstenção do tabagismo e do etilismo, prática de exercício físico regular e controle do estresse. Vale destacar que as orientações pela equipe de saúde são realizadas conforme as necessidades específicas de cada paciente. Dessa forma, frequência, intensidade e regularidade dessas ações são diferenciadas de acordo com a condição clínica do indivíduo².

A restrição salina foi a prática de autocuidado mais apontada nos estudos analisados. No entanto, as recomendações sobre o consumo diário de sódio para pacientes com IC são inconsistentes: recomenda-se que a ingestão de sódio seja individualizada de acordo com a gravidade da doença e a condição atual do paciente e o regime terapêutico²⁴. Há, na literatura, um predomínio de estudiosos^{2,24,25} que recomendam um consumo de sódio de 2g/dia a 3g/dia. Assim, considera-se essa quantidade a ideal para os pacientes com IC.

Essa restrição é recomendada, pois ajuda a reduzir retenção hídrica com a concomitante diminuição do trabalho cardíaco. Uma moderada restrição de sódio, geralmente, é necessária para alcançar resultados terapêuticos significativos²⁶.

O nutricionista é um profissional importante nesse contexto: sua prática está relacionada à interferência no estado nutricional, tanto estando a doença estabelecida, quanto no decorrer do tratamento, para manter o equilíbrio entre o alimento ingerido e o quadro clínico do paciente e para minimizar as possíveis consequências de interação medicamentosa. A dieta a ser prescrita deve respeitar as particularidades de cada indivíduo, como gênero, peso, altura, prática de atividade física e hábitos alimentares, dentre outros⁶.

É consenso entre os estudiosos^{11,20,25,27} que o paciente com essa doença deve controlar seu peso diariamente, pois uma alteração de 2kg em um a três dias pode significar retenção hídrica. Autores^{22,25} complementam apontando a necessidade de intervenção de um profissional de saúde se ocorrer aumento de peso significativo, para quaisquer ajustes terapêuticos que, se realizados em tempo, podem evitar hospitalizações.

Em relação ao estado de congestão, o controle de peso é um parâmetro mais preciso e

objetivo do que o balanço hídrico, por depender menos da colaboração do paciente. Assim, orienta-se que os pacientes devem verificar, sempre na mesma balança, o peso pela manhã após urinar, com roupas leves, antes do café²².

Não existe consonância na literatura em relação à quantidade ideal de líquidos a ser ingerida, sem complicações de sobrecarga hídrica, por um paciente com IC. Há recomendação de que a ingestão de líquidos não deva exceder 2.000mL/dia em pacientes com IC grave^{25,28,29}. Outros autores defendem que uma restrição hídrica de 1.500mL/dia a 2.000mL/dia pode ser considerada em pacientes com sintomas graves, especialmente se há hiponatremia simultânea^{23,27,29}.

No caso de pacientes com resistência a diuréticos, a ingestão de água deve ser restringida ao mínimo tolerado (geralmente 800mL/dia a 1.000mL/dia)³⁰. Embora a quantidade exata ainda não seja consenso, recomenda-se, na prática, 1.500mL/dia a 2.000mL/dia na IC avançada³¹. Entretanto, outros autores afirmam que não há justificativa nem estudos conclusivos para a rotina de restrição hídrica em pacientes estabilizados com IC leve a moderada²⁷.

Em relação à monitorização e ao reconhecimento de sintomas, uma gestão eficaz da IC requer que os pacientes, além de outras atividades, mantenham uma conduta diária de automonitoramento da doença e seus sintomas^{14,16,24,26}. Os pacientes são os mais indicados para fazer esse acompanhamento, pois eles se conhecem e sabem diferenciar rapidamente qualquer alteração no seu quadro clínico¹⁶.

É importante que os pacientes com IC se envolvam no monitoramento dos sintomas, já que a doença tem um curso variável com exacerbações que se tratadas rapidamente evitam internações e complicações.

Os sintomas indicativos de exacerbações incluem dispneia aos esforços, dispneia paroxística noturna, fadiga, ganho de peso, edema de peso, dentre outros sintomas que podem ser igualmente relevantes²⁷. Contudo, alguns desses sintomas são frequentemente não reconhecidos ou ignorados, resultando em hospitalizações¹⁵.

Monitoramento de sintomas envolve manter o controle dos sintomas através da pesagem ou exame e palpação de pés e tornozelos para edema¹⁶.

A prática regular de exercício físico é indicada como comportamento de autocuidado que os pacientes com IC devem adotar^{11,27-32}. Além de sua recomendação, a atividade moderada regular diária deve ser praticada para todos os pacientes com IC. O treinamento físico é aconselhado, se disponível, para todos os pacientes com IC estáveis. Não há evidências de que o exercício físico deva ser limitado a um determinado subgrupo de pacientes com IC. Dentre os benefícios da atividade física, citam-se aumento na capacidade de exercício, redução dos sintomas durante o exercício e melhora da qualidade de vida²⁷.

Contudo, ainda há dúvidas em relação à modalidade ideal e intensidade. Além disso, a possível interação com o tratamento farmacológico não foi bem avaliada. Mais estudos são necessários para responder a essas perguntas. Entretanto, sabe-se que os benefícios superam os riscos do exercício físico em indivíduos com IC devidamente avaliados³³.

Apesar dos benefícios da atividade física no tratamento da IC, muitas pessoas consideram que a realização dessa prática de autocuidado é mais difícil do que as práticas relacionadas a medicamentos, modificações dietéticas ou restrição hídrica¹¹.

Salienta-se que o educador físico e/ou fisioterapeuta devem participar ativamente no planejamento, na elaboração e na aplicação dos exercícios físicos. Além disso, eles têm papel fundamental no acompanhamento de modo a incentivar os pacientes a manterem a prática regular de atividade física⁶.

A adesão a regimes complexos e eficazes de medicações para IC deve ser respeitada pelos pacientes com IC^{10,11,18,20,32}. Na medida do possível, os medicamentos devem ser prescritos com dosagem única diária e os profissionais de saúde devem fornecer orientações quanto aos medicamentos, sua finalidade e possíveis efeitos adversos²⁸.

Os pacientes com IC devem incorporar a tomada de medicamentos como prática de autocuidado, incluindo-a nas suas atividades diárias e

gerindo as mudanças de rotina quando ocorrerem, por exemplo, compromissos, viagens e outras doenças²⁴.

Vale ressaltar que o paciente deve sempre observar as cinco certezas para que sejam evitados erros na administração, quais sejam: paciente certo, via certa, medicamento certo, dose certa e horário certo³⁴. O paciente em tratamento domiciliar deve ser treinado quanto ao medicamento certo, à dose certa e ao horário certo, visto que as outras duas certezas são fixas, ou seja, o paciente é ele mesmo e a via é a oral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constataram-se 17 práticas de autocuidado realizadas por pacientes com insuficiência cardíaca para recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde em 14 artigos selecionados nesta revisão integrativa.

A restrição salina foi a prática mais citada e estudada nas publicações avaliadas, aparecendo em nove manuscritos. A seguir, surgiram pesagem diária (n=8), restrição hídrica (n=7), monitorização e reconhecimento de sintomas (n=6), exercício físico (n=5) e terapia medicamentosa (n=5) como os mais predominantes.

Esses resultados poderão direcionar o enfermeiro no cuidado ao paciente com IC, por meio de uma consulta de enfermagem baseada nas práticas de autocuidado que devem ser seguidas pelos pacientes, estabelecendo um plano de cuidados individualizado conforme as especificidades de cada um, seguindo as recomendações da literatura.

Além disso, espera-se que este estudo possa fortalecer a atividade educativa do enfermeiro e estimulá-lo a inovar sua prática com outras formas de cuidar, incorporando novos conceitos e tecnologias de cuidado à profissão. Dessa forma, o paciente com insuficiência cardíaca será incentivado a praticar o autocuidado para melhorar sua qualidade de vida, considerando os aspectos essenciais do autocuidado para prevenção de doenças e promoção da saúde.

Destaca-se, ainda, que o acompanhamento de pacientes com IC necessita de uma abordagem

multidisciplinar, no qual o diagnóstico, a avaliação e o estabelecimento do tratamento devam considerar as diferentes experiências dos membros da equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Pelegrino VM. Avaliação do estado de saúde percebido e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
2. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(Supl 1):1-71.
3. Bocchi EA, Vilas-Boas F, Perrone S, Caamaño AG, Clausell N, Moreira MCV, *et al.* I Latin American Guidelines for the Assessment and Management of Decompensated Heart Failure. Arq Bras Cardiol. 2005; 85(Supl 3):1-47.
4. Schneider DG. A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
5. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Insuficiência cardíaca: antiga síndrome, novos conceitos e a atuação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2005; 58(1):70-3.
6. Souza-Rabbo MP, Testa RF, Campos L, Dias MMA, Barbosa SR, Bosco AD, *et al.* O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. Ciênc Movimento. 2010, (23):99-106.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
8. Fonseca RMP. Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após o SAEF [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
9. Tung HH, Chen SC, Yin WH, Cheng CH, Wang TJ, Wu SF. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011.
10. O'Connell M, Dewalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, *et al.* Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. J Gen Intern Med. 2011; 26(9):979-86.
11. Du HY, Newton PJ, Zecchin R, Denniss R, Salamonson Y, Everett B, *et al.* An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable

- chronic heart failure. The home-heart-walk study: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2011; 12:63.
12. Gallager R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011; 26(6):439-45.
 13. Chen AMH, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011; 26(6):446-51.
 14. Yu DSF, Lee DT, Thompson DR, Jaarsma T, Woo J, Leung EM. Psychometric properties of the Chinese version of the European heart failure self-care behaviour scale. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48(4):458-67.
 15. Britz JA, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010; 22(9):480-87.
 16. Gallagher R. Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010; 9(3):153-60.
 17. Cameron J, Carter LW, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010; 9(2):92-100.
 18. Freyberg N, Strain L, Tsuyuki RT, McAlister FA, Clark AM. "If he gives in, he will be gone": The influence of work and place on experiences, reactions and self-care of heart failure in rural Canada. *Soc Sci Med*. 2010; 70:1077-83.
 19. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Montoto C, Conde M, Carreño C, Tabuenca AI, *et al.* El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp*. 2008; 208(6):269-75.
 20. Gary R. Self-care practices in women with diastolic heart failure. *Heart Lung*. 2006; 35(1):9-19.
 21. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002; 31(3):161-72.
 22. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(3):352-8.
 23. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007; 15(1):165-70.
 24. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, *et al.* Promoting self-care in persons with heart failure a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 120:1141-63.
 25. Colonna P, Sorino M, D'Agostino C, Bovenzi F, De Luca L, Arrigo F. Nonpharmacologic care of heart failure: Counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *Am J Cardiol*. 2003; 91(Suppl):41F-50F.
 26. Deedwania PC, Carbajal EV. Congestive Heart Failure. In: Crawford MH, organizer. *Current diagnosis and treatment: Cardiology*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
 27. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, *et al.* Self-care management of heart failure: Practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2011; 13(2):115-26.
 28. Clark AM, Davidson P, Currie K, Karimi M, Duncan AS, Thompson DR. Understanding and promoting effective self-care during heart failure. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2010; 12(1):1-9.
 29. Hunt SA. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol*. 2005; 36(6):e1-82.
 30. Vilas-Boas F, Follath F. Tratamento atual da insuficiência cardíaca descompensada. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(3):369-77.
 31. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, *et al.* Guideline for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: Executive summary (update 2005): The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005; 26(11):1115-40.
 32. Lee CS, Tkacs NC, Riegel B. The influence of heart failure self-care on health outcomes: Hypothetical cardioprotective mechanisms. *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24(3):179-89.
 33. Hsieh SF, Hu GC, Chuang YC, Chen CY, Hu YN. The effects and safety of exercise training in subjects with chronic heart failure: do elder subjects gain similar benefits? *Int J Gerontol*. 2010; 4(4):165-70.
 34. Timby BK. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. 8^a ed. São Paulo: Artmed; 2007.

Recebido em: 3/9/2012

Versão final em: 26/2/2013

Aprovado em: 18/3/2013

Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura

*Indicators of child health in the family health strategy in Brazil:
An integrative literature review*

Ariela Petramali STÁBILE¹

Janaina Carvalho BRAZ²

Maria Cândida de Carvalho FURTADO³

Débora Falleiros de MELLO³

RESUMO

Objetivou-se identificar e analisar as evidências disponíveis na literatura nacional a partir das referências bibliográficas da área da saúde que abordam o conhecimento produzido acerca dos principais indicadores de saúde infantil no contexto da estratégia saúde da família. Configura um estudo descritivo e uma análise das referências bibliográficas por meio de uma revisão integrativa que incluiu oito artigos. A análise dos resultados e das conclusões permitiu o agrupamento em dois temas: indicadores de saúde da criança mais utilizados para monitorar a saúde da criança e impacto das ações da estratégia saúde da família nos indicadores infantis. Concluiu-se que as práticas de saúde desenvolvidas por equipes de saúde da família são relevantes aos

¹ Enfermeira. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Doutoranda, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Av. dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J C BRAZ. E-mail: <janacbraz@usp.br>.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

indicadores de saúde infantil, e a monitoração desses indicadores fortalece a organização da atenção à criança.

Termos de indexação: Atenção primária à saúde. Criança. Indicadores básicos de saúde. Programa Saúde da Família. Saúde da criança.

ABSTRACT

The objective was to identify and analyze the available evidence in national health references that cover the knowledge produced on the main indicators of child health in the context of the Family Health Program. This is a descriptive study that analyzes the references through an integrative review of eight articles. The results and conclusions allowed grouping two themes: child health indicators most commonly used to monitor children's health and impact of family health strategy actions on neonatal indicators. The health practices developed by family health team affect child health indicators and the monitoring of these indicators strengthens the organization of child care.

Indexing terms: Primary health care. Child. Health status indicators. Family Health Program. Child health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu, em 1994, em meios às reformulações das políticas de saúde, como forma de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS). A garantia de oferta de serviço à população caracteriza essa estratégia como porta de entrada prioritária do sistema de saúde, constitucionalmente fundado nos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Tal estratégia é considerada relevante na vigilância da saúde infantil uma vez que constitui cenário adequado para o desenvolvimento de ações preconizadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil². Essas ações consistem na promoção do nascimento saudável, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na imunização, na promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, no enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e nos cuidados às doenças prevalentes².

Dessa forma, é evidente que a ESF é fundamental para a reorganização do modelo assistencial voltado ao cuidado da criança, visto que tem

possibilitado a inovação de resultados assistenciais, com melhoria de indicadores de saúde infantil, mediante práticas imprescindíveis capazes de proporcionar boas condições de saúde². As políticas públicas geradas na sociedade pelos movimentos sociais na década de 1980 culminaram na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil e tiveram papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde, de modo a refletir na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal nos anos de 1990 a 2000³. Assim, percebe-se que os indicadores de saúde infantil são altamente dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados e extremamente influenciados pelas condições do meio em que a criança vive⁴.

Conhecer e monitorar indicadores de saúde ao longo do tempo é essencial para avaliar o desempenho do sistema de saúde, visto que possibilita fortalecer a organização da assistência à saúde, definir prioridades de intervenção, planejamento e gestão dos serviços. Além disso, constitui um meio de criar condições para a evolução temporal desses indicadores, analisar a qualidade do atendimento, a implantação de programas de saúde e sua efetividade⁵.

Nesse sentido, essa investigação busca identificar a produção de conhecimentos sobre os indicadores básicos de saúde, particularmente os indicadores infantis no contexto da atenção primária à saúde da criança no Brasil, ressaltando sua importância para o cuidado e a gestão no âmbito da ESF.

MÉTODOS

Essa investigação configura uma revisão integrativa da literatura, envolvendo o conhecimento produzido sobre os indicadores de saúde na APS da criança. A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidência, que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado^{6,7}.

A questão norteadora adotada foi: qual é o conhecimento científico produzido acerca dos principais indicadores de saúde infantil no contexto da ESF, nos últimos dez anos, na literatura nacional? Foram selecionadas as seguintes palavras-chave: criança, atenção primária à saúde, indicadores básicos de saúde e Programa Saúde da Família, junto às bases de dados Lilacs e SciELO. Posteriormente, foi realizado o cruzamento concomitante de todas as palavras-chave.

Os trabalhos incluídos neste estudo obedeceram ao seguinte critério de inclusão: resumo disponível nas bases de dados acima descritas; literatura científica nacional; período de publicação compreendido entre os anos 2002 e 2011; trabalhos que envolveram indicadores relacionados a crianças e coletados no contexto da APS. Os trabalhos não realizados no Brasil, assim como as revisões de literatura, dissertações e teses, foram excluídos.

Para a seleção dos artigos, foi realizada a leitura de cada título e resumo a fim de averiguar se eles respondiam aos critérios de inclusão e exclusão e se contemplavam a questão norteadora dessa

investigação. A seleção e a análise dos estudos foram realizadas por duas pesquisadoras e confrontadas, posteriormente, sendo selecionados e analisados, ao todo, 11 artigos. A apresentação dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos estudos selecionados em grupos temáticos relevantes para a reflexão sobre os indicadores de saúde da criança no contexto da ESF. A partir desse levantamento e análise, foram selecionados, para compor a revisão da literatura, 8 artigos que se repetiram nas duas bases de dados escolhidas.

Os estudos foram analisados segundo seu delineamento, metodologia, resultados e conclusões. Buscou-se analisar se o método era coerente com os objetivos propostos e que nível de evidência científica proporcionava. Analisaram-se os indicadores de saúde utilizados para monitorar a saúde da criança, assim como o impacto das ações da ESF nos indicadores de saúde da criança.

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos estudos selecionados, de acordo com os objetivos, tipo de estudo, principais resultados e conclusões. A análise dos resultados e as conclusões dos estudos selecionados permitiram o agrupamento em dois temas: indicadores de saúde mais utilizados para monitorar a saúde da criança e impacto das ações da estratégia saúde da família nos indicadores infantis.

Indicadores de saúde mais utilizados para monitorar a saúde da criança

- *Mortalidade infantil*: A queda da mortalidade infantil foi evidenciada em alguns municípios do Estado de São Paulo, mediante um estudo comparativo que demonstrou a implantação da ESF como fundamental para tal resultado, assim como a análise de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)⁸.

Quadro 1. Distribuição de referências, destacando autores, objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusões.

continua

Autores	Objetivos	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
Szwarcwald <i>et al.</i> ¹⁵	Avaliação da atenção básica, com foco no PSF.	Inquérito domiciliar de base populacional (questionário qualitativo).	Construíram-se indicadores relativos à saúde infantil, como a cobertura de vacinação tetravalente. Em relação à cobertura dos programas de saúde, observou-se que, quanto pior a condição socioeconômica, pior a cobertura e a qualidade do atendimento.	A consolidação do PSF em municípios de pequeno porte populacional e pouca capacidade instalada de serviços de saúde é mais fácil, visto que encontra menos obstáculos para a implementação do programa.
Barros & Victora ⁹	Sintetizar as principais descobertas e tendências detectadas, identificar alguns pontos em comum e explicar a evolução da saúde materno-infantil em um período de 22 anos.	Uso de três cortes de nascimento de base populacional utilizando métodos comparáveis.	Melhorou o nível de escolaridade materna, reduziu o tabagismo durante a gravidez, aumentou o número de mães solteiras e obesidade materna. Melhorou a cobertura pré-natal e assistência ao parto, reduziu a mortalidade neonatal e infantil, aumentou o número de partos prematuros, a imunização e a duração do aleitamento materno e reduziu a desnutrição até 12 meses.	A existência de três coortes de nascimento de base populacional que utilizaram metodologias comparáveis permitiu o estudo de importantes tendências seculares na saúde materno-infantil.
Romero & Cunha ¹⁰	Avaliar a potencialidade do SIM para o estudo da desigualdade da mortalidade infantil.		Há maior frequência de óbitos entre mães com menor escolaridade. A completude das variáveis parturição, idade materna e peso ao nascer variam segundo regiões, sendo em todas a qualidade ruim no ano de 2001. As TMI são menores entre crianças não brancas.	As deficiências no SIM limitam sua potencialidade para o monitoramento das desigualdades na mortalidade infantil e no planejamento, gestão de sistemas e serviços de saúde, estudos epidemiológicos e avaliação de programas materno-infantil.
Cesar <i>et al.</i> ¹²	Avaliar indicadores básicos de saúde infantil em 18 áreas de alguns dos municípios mais pobres das Regiões Norte e Nordeste do Brasil.	Delineamento transversal.	Todas as crianças e suas famílias viviam abaixo da linha da pobreza; 40% dos pais eram analfabetos, com renda <i>per capita</i> diária de R\$1,00. A maioria das famílias dessas crianças possuíam condições de moradia muito ruins. No entanto, a maioria dessas crianças vivia a menos de 1km de algum serviço público de saúde, e praticamente todas aquelas levadas à consulta médica conseguiram atendimento. O pré-natal foi inadequado em termos quantitativos e qualitativos. Crianças visitadas pelas LPC apresentaram melhor monitoração do crescimento; suas mães fizeram mais consultas de pré-natal e receberam mais frequentemente sulfato ferroso.	O acesso geográfico a cuidados em saúde é bom, o que parece ser resultado da expansão do PSF, entretanto a qualidade dos serviços oferecidos é inadequada.
Cruz ⁸	Descrever indicadores de saúde: mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações em menores de cinco anos.	Estudo descritivo.	O Bloco A apresentou queda na mortalidade infantil, o Bloco B apresentou aumento. Em relação ao abandono da DPT, o Bloco A obteve menor valor e o Bloco A apresentou menores taxas de internação por diarreia.	Verificou-se que a implantação do PSF foi um dos fatores que contribuiu para a queda das taxas de mortalidade infantil e abandono da vacina DPT.
Mello <i>et al.</i> ¹¹	Descrever os indicadores de saúde das crianças acompanhadas nos dois primeiros anos de vida em uma USF.	Estudo descritivo.	A população caracterizou-se como de risco, com uma parcela significativa de mães adolescentes, com menos de oito anos de estudo, e mais de três filhos. No tocante às práticas de saúde na unidade de saúde da família, houve um incremento no número de consultas de pré-natal, ampliação da cobertura de aleitamento materno, vacinação e teste do pezinho.	A prática de enfermagem e dos demais profissionais tem sido importante na melhoria dos indicadores de saúde infantil. Monitorar os indicadores possibilita fortalecer a organização da assistência à criança, particularmente no contexto da ESF.

Quadro 1. Distribuição de referências, destacando autores, objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusões.

Autores	Objetivos	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
Guimarães et al. ¹³	Avaliar o impacto das ações de imunização pelo PSF na mortalidade infantil em Olinda (PE), no período de 1999 a 2002.	Estudo de série temporal.	Verificou-se aumento de todas as médias das coberturas vacinais. O PSF conseguiu realizar ações de imunização, reduzindo a morbidade das doenças-alvo e reduzindo as infecções respiratórias agudas em menores de cinco anos.	Observou-se melhoria nos indicadores, o que demonstra a eficácia das ações do PSF no município.
Roncalli & Lima ¹⁴	Avaliar o impacto do PSF sobre indicadores relacionados à saúde da criança em quatro municípios com mais de 100 mil habitantes da Região Nordeste.	Ensaio comunitário em paralelo, quase-randomizado.	Nos municípios analisados, o PSF não apresentou melhorias na cobertura vacinal por DPT, nem exerceu impacto sobre a proporção de óbitos em menores de um ano, e nem sobre a cobertura pré-natal e taxa de internação por IRA. A taxa de internação por diarreia foi menor nos lugares com PSF implantados.	A ausência de impacto do PSF sobre alguns fatores pode ser creditada ao contexto de implantação e condução do PSF, além de suas características mais gerais relativas ao campo socioeconômico e de políticas públicas.

Nota: PSF: Programa de Saúde da Família; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; USF: Estratégia Saúde da Família; DPT: Difteria, Coqueluche e Tétano; TMI: Taxa de Mortalidade Infantil; LPC: Líderes da Pastoral da Criança. IRA: Infecção Respiratória Aguda.

Estudos demonstram⁹ que a redução da mortalidade infantil por diarreia e por doenças respiratórias está relacionada a melhorias no aleitamento materno, saneamento básico e uso de terapia de reidratação oral.

Com relação ao coeficiente de mortalidade neonatal, percebe-se que a redução é mais lenta e difícil tanto nos países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. A redução desse componente não depende apenas da atenção à gestante no pré-natal, mas também da estruturação da assistência médico-hospitalar, da existência de maternidades, unidades de terapia pediátricas e neonatais com vários níveis de densidade tecnológica e qualidade de atendimento com recursos humanos especializados e avanços tecnológicos⁸.

No tocante às mortes tardias, incluídas no componente pós-neonatal, entende-se que são causadas pelo conjunto de problemas sociais e de saúde que podem afetar a criança no decorrer do seu primeiro ano de vida. Tais condições determinarão como a mortalidade infantil tardia se comportará em determinada população⁸.

Nesse sentido, é necessário estudar o coeficiente de mortalidade infantil, uma vez que diversos fatores podem provocar variações nessa taxa. Além disso, constitui um indicador consagrado das

condições socioeconômicas e de saúde de uma população, o que permite a análise sob duas dimensões: a assistência individual e as ações coletivas executadas pelos serviços de saúde⁸.

- *Escolaridade materna*: A escolaridade materna foi associada à variação da mortalidade infantil, a partir de dados do SIM, mostrando resultados consistentes, como altas taxas de mortalidade infantil para mães sem escolaridade em relação àquelas com escolaridade de um a três anos de estudo¹⁰.

Quanto às internações de crianças menores de cinco anos, é notório que estão associadas a condições socioeconômicas da família, particularmente em famílias com mães com baixa escolaridade, visto que apresentaram maior taxa de internação por infecção respiratória aguda¹¹.

Contudo, conhecer as características socioeconômicas de indivíduos ou grupos é essencial para a organização da assistência à criança, bem como para a visualização de fatores de risco¹¹.

- *Pré-natal, assistência ao parto e peso ao nascer*: Estudos sobre dados do pré-natal baseados nas informações constantes da declaração de nascidos-vivos encontraram uma evolução positiva do número de consultas pré-natal em gestantes acompanhadas na ESF¹¹.

Entretanto, outro estudo aponta que o pré-natal foi inadequado em termos quantitativos e qualitativos, com um expressivo percentual de gestantes que não fizeram o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde e que não foram submetidas a exames laboratoriais e clínicos básicos, além da imunização contra o tétano neonatal não ter sido adequada. Tais implicações sugerem que a expansão dos serviços de saúde, na localidade da pesquisa, não está sendo acompanhada de melhoria em sua qualidade¹².

No tocante à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, percebe-se que vêm aumentando significativamente no Brasil e que as informações no preenchimento do campo peso ao nascer para os óbitos neonatais precoces são muitas vezes ignoradas¹⁰. Dessa forma, o desenvolvimento de políticas de saúde capazes de controlar essa problemática é essencial devido ao seu forte impacto sobre a mortalidade infantil⁹.

- *Aleitamento materno, situação nutricional e desnutrição*: Entre as melhorias mais importantes dos indicadores materno-infantil, tem-se o aumento significativo da adesão ao aleitamento materno, com uma duração média de quase sete meses. Contudo, as políticas de promoção à amamentação vêm sendo discutidas a fim de aumentar a duração da amamentação em todo o País⁹.

Os resultados em relação ao estado nutricional nos primeiros 12 meses de vida fornecem evidência de uma transição nutricional, com uma redução da desnutrição, medida em peso para a idade ou comprimento para a idade, e um aumento concomitante da mortalidade infantil com sobrepeso. Contudo, percebe-se o potencial que a incorporação de ações preventivas e de controle de carências nutricionais tem na melhoria da situação nutricional na infância⁹.

- *Controle do crescimento e desenvolvimento e imunização*: Estudos com dados sobre saúde infantil realizado em uma unidade com a ESF observaram adequada cobertura das consultas de enfermagem para o acompanhamento de crianças nos dois primeiros anos de vida. Nesses atendimentos de

enfermagem e de médicos, foram realizados controle do peso, de estatura e monitoramento do desenvolvimento de todas as crianças¹¹.

Quanto à imunização, a cobertura vacinal básica tem alcançado bons resultados em todo o país, inclusive em áreas mais pobres, devido à implantação da ESF e da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), chegando quase à universalização¹³. A imunização representa um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, uma vez que revela uma das medidas mais efetivas, levando-se em conta o custo, na prevenção de doenças. Além disso, esse indicador é importante para se avaliarem as ações coletivas executadas pelos serviços de saúde a determinada população, bem como auxiliar nas tomadas de decisões da gestão dos serviços de saúde^{8,13}.

- *Hospitalizações*: As taxas de internações desnecessárias são elevadas no Brasil quando comparadas a outros países de renda média. Essas taxas surgem em decorrência de o acesso aos serviços hospitalares ser universal, entretanto pode refletir a internação desnecessária devido à falta de medicamentos em nível ambulatorial ou a questões relativas ao reembolso dos hospitais pelo SUS⁹.

Hospitalização de crianças e condição socioeconômica das famílias é outro aspecto investigado e aponta que as crianças que vivem em áreas não cobertas por programa de ACS têm 1,9 vezes a mais de chances de serem internadas por infecções respiratórias agudas¹⁴.

Um estudo¹² discute que o uso abusivo de medicamentos durante a internação expõe a criança a riscos desnecessários, induz a criação de cepas resistentes, aumenta o custo do programa e diminui sua efetividade. Desse modo, faz-se necessário rever as práticas de saúde relacionadas a hospitalizações a fim de se reduzirem esses números e conseqüentemente evitar exposições desnecessárias a medicamentos e a situações traumáticas para a criança e sua família.

- *Renda familiar, condições de saneamento e habitação*: As crianças e as mães de famílias pobres estão em piores condições em relação às famílias ricas, considerando os indicadores avaliados:

características maternas (escolaridade, baixa estatura, paridade), pré-natal, serviços de prestação de cuidados perinatal, mortalidade, hospitalizações e a prevalência de *deficit* de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor⁹.

Um estudo¹⁰ apontou problemas de ordem metodológica, impossibilitando investigar a ocupação materna, especialmente pela alta omissão de informação em todo o País. As deficiências identificadas, por sua vez, limitam a potencialidade do SIM não só para o monitoramento das desigualdades na mortalidade infantil, mas também para outros fins, como o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde, estudos epidemiológicos e avaliação de programas materno-infantis.

Outro estudo¹² observou que as crianças que sobrevivem em um ambiente de extrema pobreza têm pais com baixo nível de escolaridade, renda familiar insuficiente ao suprimento de necessidades básicas, alto número de moradores por domicílio e condições de habitação e saneamento impróprias.

Em relação à cobertura de programas de saúde de maneira geral, os indicadores seguiram uma lógica perversa: em condições socioeconômicas precárias, houve cobertura e qualidade do atendimento inadequadas¹⁵.

Desse modo, é evidente que as informações fornecidas pelos profissionais de saúde são muitas vezes inadequadas, o que dificulta o levantamento de dados para o estudo de condições que influenciam diretamente a situação de saúde da criança.

- *Acesso a serviços de saúde*: O acesso geográfico está relacionado à forma de deslocamento, ao tempo de deslocamento e à distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, sendo por isso um aspecto importante na expansão da ESF. Entretanto, um estudo mostrou que as crianças que residem a menos de um quilômetro de um serviço público de saúde, bem como as crianças encaminhadas a esse serviço, são atendidas, porém a qualidade dos cuidados oferecidos é inadequada¹². Entretanto, outro estudo demonstra que as taxas de utilização dos serviços de saúde são menores nas localidades onde há maior necessidade de atenção¹⁵.

Nesse sentido, a disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem a gestantes, recém-nascidos e crianças constituem fatores importantes da evolução das condições de saúde na infância¹¹.

O impacto das ações da ESF nos indicadores infantis

A Estratégia Saúde da Família é considerada uma estratégia prioritária para a reorientação do modelo brasileiro de atenção à saúde, que visa à expansão e à qualificação da atenção básica^{13,15}. Nesse cenário, destaca-se o papel dos ACS: o acompanhamento das famílias por meio de visitas domiciliares tem mostrado efetivo impacto sobre a taxa de internação, uma vez que, em áreas cobertas pelos ACS, o número de internações é menor¹⁴.

Os resultados dos indicadores estudados sugerem que a ESF contribui para a efetividade das ações que incidem diretamente no aspecto coletivo, demonstrado nos valores da taxa de abandono da vacina de Difteria, Coqueluche e Tétano (DPT) e mortalidade infantil, sobretudo no componente pós-neonatal⁸. A ESF sobre a mortalidade infantil está ligada à evitabilidade dos óbitos, reduzidos pelas ações de atenção primária, que incluem: imunização, adequado controle da gravidez, adequada atenção ao parto, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e ações com parcerias com outros setores¹³.

Nesse sentido, os cuidados preventivos como controle do crescimento e desenvolvimento, atenção às enfermidades infantis, alimentação, vacinação e dados maternos constituem importantes aspectos para a promoção de boas condições de saúde na infância. A atenção prestada em unidades de saúde da família tem sido importante para a melhoria dos indicadores de saúde infantil, assim como para a ampliação do vínculo com as famílias e a comunidade e a inovação das práticas de saúde¹¹.

Desse modo, percebe-se a importância das ações básicas de saúde voltadas ao cuidado da criança, e a necessidade de novos estudos a serem

desenvolvidos com o propósito de intensificar uma avaliação sobre a ESF no cuidado integral à criança¹³.

DISCUSSÃO

A saúde da criança está relacionada a uma série de indicadores que envolvem um processo contínuo e ininterrupto, como crescimento e desenvolvimento, condições sociais da família, acesso a serviço de saúde, nutrição, entre outros. Deve-se valorizar também o crescimento intrauterino, pois diversos estudos atestam que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto⁹. O acompanhamento desses indicadores deve ser feito de forma detalhada, criteriosa e em longo prazo.

O Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança¹⁶ voltado para o crescimento e desenvolvimento define que, na estrutura fisiológica humana, o que é inato não é suficiente para produzir um indivíduo sem a participação do meio ambiente. Tudo em um ser humano (suas características, seus modos de agir, pensar, sentir, seus valores etc.) depende da sua interação com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados a sua realidade.

De acordo com a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)¹⁷, o desenvolvimento de uma criança é multidimensional, integral e contínuo, porém com padrões únicos e se dá pela interação com os sujeitos. Envolve situações que precisam de mudanças socioeconômicas, acompanhamento e educação. Dessa forma, monitorar as tendências e as mudanças dos indicadores é também uma forma de avaliar a atuação do sistema de saúde vigente.

Melhorias em indicadores básicos de saúde infantil têm sido retratadas em vários estados brasileiros e cidades de grande e médio porte¹⁴. Tais mudanças são atribuídas à melhora do poder

aquisitivo da população, à maior e melhor oferta de cuidados em saúde e principalmente ao aumento do fornecimento de água tratada e saneamento básico¹⁴. Contudo, faz-se necessário tratar a evolução dos indicadores de forma conjunta, visto que grande parte deles sofrem influências entre si.

Desse modo, alguns indicadores atuam como ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças prevalentes na infância, e, dessa forma, contribuem significativamente para mudanças das condições gerais da saúde da criança. Os principais indicadores infantis podem ser trabalhados e monitorados de forma mais consistente na ESF, uma vez que ela visa ao acompanhamento da criança não somente quando há uma patologia envolvida, mas também no sentido de prevenir agravos e promover uma melhora das condições de saúde por meio da educação em saúde¹⁸.

Autores que analisaram o impacto da Saúde da Família sobre a mortalidade infantil mostraram que esse efeito foi mais forte nos municípios com mais baixos índices de desenvolvimento humano e maior cobertura da ESF, ratificando o potencial dessa estratégia para a redução das iniquidades sociais em saúde no Brasil. A redução da mortalidade infantil em municípios com altas coberturas da ESF (-22%) foi quase duas vezes maior do que nos municípios sem ESF ou com coberturas incipientes (-13%)¹⁹.

Sendo os indicadores uma forma de planejamento de estratégias e ações em saúde, vale ressaltar a importância do registro e da documentação de dados. Como já mencionado no presente estudo, muitos indicadores podem ter os seus resultados prejudicados ou superestimados por falta de documentação de alguns dados, tais como as condições socioeconômicas e características maternas, parto e peso ao nascer. Dessa forma, a ausência do registro de dados colabora para um *deficit* na análise dos indicadores e na reorganização e planejamento de estratégias e programas voltados para a saúde infantil.

Um estudo realizado no município de Sobral (CE)²⁰ aponta que o trabalho humanizado e integrado dos profissionais de saúde da família vem favore-

cendo ações de promoção da saúde e prevenção das doenças mais prevalentes na infância, observando-se redução das mortes no primeiro ano de vida e mudança positiva dos indicadores selecionados.

Dos trabalhos selecionados para este estudo, apenas um discorda que tenha havido melhora na situação da saúde infantil, e, dessa forma, dos principais indicadores analisados a partir da atuação da ESF. É notório, portanto, que o desenvolvimento desse programa é de grande importância no cuidado integral à saúde da criança, embora ainda exista um *deficit* na qualidade do serviço oferecido.

Atualmente, é difícil não reconhecer que haja diversas inter-relações entre a saúde e o meio ambiente, cuja influência pode ser positiva ou negativa, na medida em que promove condições que propiciam o bem-estar ou, por outro lado, contribuem para o aparecimento e a manutenção de doenças, agravos e lesões traumáticas, assim como a mortalidade na população como um todo ou para grupos populacionais em particular²¹. Os indicadores de saúde infantil são extremamente influenciados pelas condições do meio em que a criança vive e altamente dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados, o que torna evidente que a mortalidade infantil está totalmente relacionada a condições socioeconômicas e de escolaridade materna²². O estudo das diarreias e de seu impacto nas estatísticas de saúde contribui para retratar o perfil epidemiológico de uma população e o peso de suas demandas efetivas ou potenciais sobre a rede de serviços, bem como aponta para os determinantes socioeconômicos e ambientais que contribuem para a redução da qualidade de vida²³.

Dessa forma, percebe-se pelos artigos analisados que, apesar de as condições serem desiguais para todas as camadas da população, houve uma redução da taxa de mortalidade infantil quando relacionada à melhora das condições de vida da população, acesso à água tratada, saneamento básico, o que consequentemente reduziu as taxas de diarreia, infecções respiratórias, além de melhorar o acesso aos serviços de saúde e à alimentação adequada.

No tocante ao pré-natal, os artigos mostraram que o acompanhamento das gestantes vem sendo realizado, porém de forma inadequada, uma vez que o número de consultas realizadas é menor que o preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, é necessária uma reestruturação na abordagem das ações materno-infantis que visam ao acompanhamento da gestação em todos os trimestres, ao acesso aos exames básicos realizados na gravidez, às ações que promovam acesso e qualidade na assistência ao parto e no puerpério²⁴.

Vale destacar a importância do estado nutricional da criança nos primeiros 12 meses de vida, sendo a amamentação o principal indicador relacionado a esse aspecto. Os trabalhos revelaram que diferentes ações no contexto da ESF atuam no sentido de promover o aleitamento materno, o que aumenta o tempo de aleitamento materno exclusivo e, dessa forma, assegura uma melhora dos quadros de desnutrição infantil e infecção por doenças comuns na infância. Observou-se ainda que a atuação dos profissionais de saúde vai além do conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, sendo de extrema importância o acompanhamento materno nos primeiros meses de vida da criança para a superação das dificuldades físicas e psicológicas advindas do ato de amamentar, ressaltando a importância da visita domiciliar pela equipe de saúde.

De acordo com o AIDPI¹⁷, a vigilância do desenvolvimento infantil compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e a detecção de problemas no desenvolvimento, na atenção primária à saúde da criança, destacando ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunizações. Esses indicadores apresentaram resultados bastante favoráveis, com um aumento da cobertura vacinal básica, que melhorou as taxas de imunização, inclusive nas áreas mais desfavoráveis do País. Alguns estudos relacionam essa melhoria da cobertura vacinal à atuação dos ACS, que, por meio de visitas domiciliares regulares, acompanham as cadernetas infantis de vacinação, diminuindo as faltas e o número

de crianças sem vacinação. O crescimento e o desenvolvimento das crianças ainda apresentam dados desfavoráveis, principalmente no que diz respeito ao *deficit* de estatura em relação à idade, que está relacionado diretamente às condições crônicas socioeconômicas e ambientais às quais as crianças estão expostas, tais como tipo de alimentação, acesso à água, condições de higiene e hospitalizações por diarreias, desidratações e doenças respiratórias.

Em relação aos serviços de saúde, a maior parte dos estudos evidenciou que o acesso a ele está mais fácil. Apesar de o tempo de espera pela consulta ainda ser desfavorável, grande parte das crianças que necessitam de atendimento recebe consultas médicas ou de enfermagem. Entretanto, ainda há deficiência na qualidade do atendimento prestado, que nem sempre é efetivo e resolutivo. Nota-se ainda uma redução das taxas de hospitalizações por condições comuns na infância, tais como doenças do trato respiratório, diarreias, desnutrição e desidratação, visto que, por meio do acompanhamento pela ESF, houve um maior número de diagnósticos precoces que evitaram as hospitalizações.

Nesse sentido, a criação do SUS, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF vêm colaborando para promover o acesso universal à assistência à saúde, com impacto na saúde materna e infantil, sendo discutido e preconizado o fortalecimento dos sistemas de saúde para a redução da mortalidade e melhoria dos demais indicadores²². Países com uma potente orientação para a atenção primária à saúde apresentam melhores condições de saúde, custos mais baixos e maior satisfação das pessoas com os sistemas de saúde²⁵. A ESF tem-se mostrado efetiva com relação à melhoria dos indicadores referentes à saúde da criança, uma vez que busca monitorar e desenvolver estratégias e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da saúde, com base na assistência integral, contínua e com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos analisados, é possível afirmar que a ESF promove um cenário propício às ações de saúde da criança, contribuindo significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde e conseqüentemente para a mudança do estado geral da saúde da criança e sua qualidade de vida. Tais fatos contribuem para o fortalecimento da organização da atenção à saúde da criança.

Nesse sentido, os indicadores de saúde são ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisão, uma vez que seus registros e monitoramento podem ser utilizados na reorganização dos serviços e no planejamento de ações a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados às crianças.

Faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao acompanhamento de diferentes indicadores de saúde da criança a fim de se avaliarem as estratégias e os planos de ações que estão sendo executados e a forma como estão sendo implantados, além de apontar e direcionar possíveis mudanças de condutas conforme a necessidade de saúde ao longo dos anos.

Os resultados dos indicadores analisados neste estudo não podem ser analisados independentemente, uma vez que são interligados e envolvem os aspectos relacionados a mudanças e melhorias de políticas públicas para o desenvolvimento das condições socioeconômicas da população como um todo.

É importante ressaltar que, nesse estudo, não foram abordados todos os indicadores que influenciam direta ou indiretamente a infância, como, por exemplo, dados relacionados ao desenvolvimento escolar, atividades esportivas, culturais, relacionamentos interpessoais, entre outros, e que, de certa forma, são relevantes para o desenvolvimento saudável de uma criança. Dessa forma, investigações que evidenciem tais aspectos para a saúde da criança devem ser exploradas em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

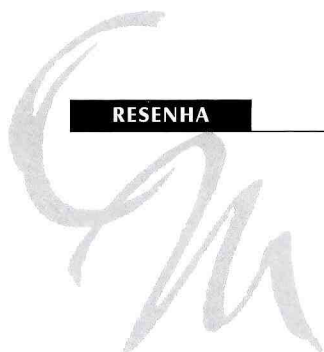
1. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção

- Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3(1):113-25.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: MS; 2005.
 3. Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com os indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc São Paulo. 2008; 17(2):107-19.
 4. Victora CM, Cesar JA. Saúde materno infantil no Brasil: padrões de morbidade e possíveis intervenções. In: Rouyquariol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
 5. Murray CJL, Salomon J, Mathers C, Lopez A. Summary measures of population health: Concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO; 2002.
 6. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(3):549-56.
 7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
 8. Cruz MGB. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação do Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(1):28-35.
 9. Barros FC, Victora CG. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: Major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. Cad Saúde Pública. 2008; 24(Suppl 3):s461-7.
 10. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Cad Saúde Pública. 2006; 22(3):673-81.
 11. Mello DF, Barros DM, Pinto IC, Furtado MCC. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. Acta Paul Enferm. 2009; 22(6):748-54.
 12. Cesar JA, Gonçalves TS, Neumann NA, Oliveira JAF, Diziekaniak AC. Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controle. Cad Saúde Pública. 2005; 21(6):1845-55.
 13. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(4):868-76.
 14. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da Região Nordeste do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):713-24.
 15. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciênc Saúde. 2006; 11(3):643-55.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento Brasília: MS, 2012. Cadernos de Atenção Básica, nº 33.
 17. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington (DC): OPAS; 2005.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: MS; 2002.
 19. Aquino R., Oliveira NF., Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Health. 2009; 99(1):87-93.
 20. Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
 21. Ministério do meio ambiente. Sistema Nacional de Informações sobre Meio Ambiente. Brasília: Ministério do Meio Ambiente [acesso 2008 jan]. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/index.php>>.
 22. Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima, RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com os indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc São Paulo. 2008; 17(2):107-19.
 23. Vasconcelos MJOB, Batista MF. Doenças diarreicas em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco: prevalência e utilização de serviços de saúde. Rev Brasileira Epidemiol. 2008; 11(1):38-128.
 24. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3(1):113-25.
 25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: MS; 2002.

Recebido em: 26/10/2012

Versão final em: 5/3/2013

Aprovado em: 20/3/2013



Epidemiologia da atividade física¹

Epidemiology of physical activity

Aguinaldo GONÇALVES²

As últimas décadas, como amplamente reconhecido, vêm registrando a coexistência, em termos de problema de saúde pública¹, do destaque das doenças infectocontagiosas, paradigmas do atraso e da ignorância, e do avanço dos agravos crônico-degenerativos, ícones da modernidade da hipocinesia e competitividade². Em decorrência, a atenção pela produção e consumo da informação referente à Atividade Física (AF) em sua relação com a saúde tem crescido acentuadamente, o que torna projetos e publicações na área segmentos editoriais cada vez maiores.

É neste contexto que acaba de ser lançado, pela Editora Atheneu, o texto dos jovens estudiosos Florindo & Hallal. Operosos e produtivos, reuniram, na referida obra, grupo de investigadores igualmente exordiais. Fazem-no na oportunidade em que assumem atuações destacadas como dirigentes da

Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, levando, assim, ao renascimento de expectativas de desenvolvimento futuro ainda mais amplo.

A partir de abundante bibliografia de origem anglo-saxônica, os autores procedem, coerentemente, do corte epistêmico com cabalidade no conhecimento descritivo da distribuição de frequência da AF em diferentes tempos, lugares e populações (capítulos de 4 a 7). Para tanto, elaboram breves revisões sobre os fundamentos epidemiológicos e pertinentes elementos históricos (capítulos 1 e 2). Também, em termos de noções básicas (capítulo 11), tem lugar a exploração de interfaces entre AF e algumas doenças crônicas (as cardiovasculares mais conhecidas, o diabetes tipo 2, a obesidade, a osteoporose, alguns tipos de câncer e a depressão).

Caminhando pelos outros núcleos de interesse dos autores, materializa-se com clareza o cuidado

¹ Florindo AA, Hallal PC. Epidemiologia da atividade física. São Paulo: Atheneu; 2011.

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Medicina. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jardim Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. E-mail: <aguinaldogon@uol.com.br>.

que cultivam pelos respectivos recursos instrumentais e metodológicos disponibilizados e aplicados. Nesse sentido, o capítulo 3 é todo dedicado à árdua tarefa da mensuração da AF, em seus poliformes aspectos, como validade e reprodutibilidade.

Curioso, no entanto, é notar que, apesar desse empenho, os considerandos finais, trazidos para os recortes tomados como objeto de alguns dos capítulos subsequentes, não são animadores no sentido da inclusão da AF na quotidianidade do repertório das pessoas, objetivo que se configuraria como áureo e cardinal, dado o pragmatismo profilático que encerra o encadeamento epidemiológico adotado. É o que se constata no capítulo 8, ao tratar do chamado *tracking* da AF, isto é, segundo a conceituação aportada pelo próprio livro, a manutenção desse comportamento ao longo do ciclo vital. Recorrendo a representações esquemáticas de modelos de delineamento para subsidiar o entendimento das alocações geratrizes, tem-se que “o efeito *tracking* da infância para a adolescência é fraco a moderado” (p.135), o que leva à reflexão quanto à real relevância das evidências colimadas.

Nessa direção, também aponta o capítulo 9, que se ocupa do conhecimento populacional sobre AF. Após delongadas recuperações, é formulada a apreensão de que “os resultados não são tão simples de se interpretar e até mesmo intervenções muito bem planejadas não chegaram a conclusões definitivas: a confecção de um instrumento “validado” pode nunca chegar a se tornar realidade” (p.143).

A singularidade da realidade brasileira conforma-se de maneira relativamente reducionista, não tomando em conta as contribuições de grupos acadêmicos pioneiros, cuja atuação permitiu a construção de conhecimentos basilares na área. Está indicada apenas a partir da AF na Atenção Básica (capítulo 10), não diferindo muito o significado de seus achados: “as prevalências de aconselhamento à prática da AF nas Unidades Básicas de Saúde mostram-se baixas tanto para o grupo de adultos como para a dos idosos, independente da região ou do modelo de assistência”. Quanto ao relato de situações de intervenção (capítulo 12), são destacadas ex-

periências em cidades como Recife (PE), Aracaju (SE) e Curitiba (PR), com a descrição de que “as atividades realizadas são basicamente calistênicas, semelhantes a uma aula de academia; o público-alvo são os adultos, de ambos os sexos, embora haja uma grande predominância de mulheres e cada aula contabiliza, em média, vinte pessoas” (p.191). Chama a atenção o relatado em relação a Sorocaba (SP), por aí se reunirem estratégias de AF fulcradas no incentivo ao uso da bicicleta, tanto no deslocamento ao trabalho como ao lazer; são citados como promotores setores do governo local e diversos órgãos da cidade, sem menção explícita ao capital privado. Muito justamente é relevada a preocupação quanto a avaliações de tais empreendimentos por juízes neutros, de sorte a se poder aferir e conhecer respectivas eficiência, eficácia e efetividade, inclusive como eventual efeito de demonstração para novas adesões.

Diante das constatações fornecidas e aqui reproduzidas, insinua-se, então, a questão: as reiteradamente citadas dificuldades das realidades epidemiológicas não estão associadas exatamente aos extremos rigores que a assumida perspectiva quantitativa tem que exigir? Vale dizer, fica o registro de que se aproprie ampliação do entendimento através da adoção de diferentes abordagens e outros segmentos temáticos. Nesse sentido, já é auspiciosa a notícia de que a Revista Brasileira da área decidiu-se pela aposição, em suas páginas, de produções clivadas por demais dimensões também identitárias, cada vez com maior profundidade. Destacam-se aí as que envolvem conformações éticas (como a culpabilização da vítima e os determinantes sociais)³, e as referentes a políticas públicas setoriais, como controle social, universalidade e acesso pleno e cidadão⁴.

O segmento final do livro, de sua parte, corresponde ao que é chamado de um olhar para o futuro (capítulo 13), que enfatiza cinco conjuntos de fatos relativos à AF, quais sejam: a) os níveis populacionais; b) os fatores associados; c) as consequências e desafios; d) as intervenções; e e) os planos nacionais e internacionais.

Do ponto de vista formal, algumas peculiaridades chamam a atenção no texto em foco, como o conceito de Índice de Massa Corporal - posto equivocadamente como "a divisão da massa corporal (em quilogramas) pela estatura (em centímetros)" (p.5) -, a menção ao congresso internacional de atividade física e saúde pública (p.34) e o fato de pesquisadores e estudantes estarem familiarizados com os conceitos básicos (p.38).

Pelo aqui explicitado e seu contorno, revela-se que, para além das especificidades, a grande contribuição que o livro nos traz consiste em, pela sua presença, reforçar a inserção da AF na pauta de discussões e na agenda de gestões da saúde coletiva na contemporaneidade, em nosso meio.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves A. Problema de saúde pública: caracterizando e avaliando aplicações. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(2):253-5.
2. Gonçalves A. A epidemiologia dá conta de entender o "atraso" ou decorre dele? *Rev Bras Ciênc Esp.* 1992; 13(3):365.
3. Vicentin AP, Léo CCC, Marteli-Nicolai C, Gonçalves A. Atividade física e saúde no discurso do sujeito coletivo: revelações no complexo São Marcos, Campinas, SP. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2010; 8(24):44-52.
4. Vicentin AP, Gonçalves A. Saúde coletiva e atividade física: as políticas públicas respondem e incorporam as realidades setoriais? *Conexões.* 2009; 7(2):24-37.

Recebido em: 11/10/2012
Versão final em: 12/3/2013
Aprovado em: 9/4/2013

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A **Revista de Ciências Médicas** publica artigos originais relacionados com as diversas áreas da saúde, buscando incentivar a produção de trabalhos interdisciplinares, nas seguintes categorias: **Artigos originais**: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita que possam ser reproduzidos. **Revisão**: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo. **Atualização**: destinada a relatar informações publicadas sobre tema de interesse para determinada especialidade. **Notas prévias**: notas relatando resultados prévios ou preliminares de pesquisas em andamento. **Opinião**: opinião qualificada sobre tópico específico em medicina e ciências correlatas e **Relatos de casos**.

Os conceitos emitidos nos artigos e na comunicação são de total responsabilidade dos autores. Não serão aceitos ensaios terapêuticos.

O Conselho Editorial não se responsabiliza por conceitos e imagens emitidas em artigos assinados.

Pesquisas envolvendo seres humanos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.

Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

Registros de Ensaio Clínico

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Procedimentos editoriais

1) Avaliação de manuscritos

Os autores devem sugerir pelo menos três revisores competentes em seu campo e também podem sugerir quais devem ser excluídos do processo de revisão.

A revisão dos textos submetidos à Revista, que atenderem à política editorial, só terá início se os manuscritos encaminhados estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, **serão devolvidos para adequação às normas**, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários.

Recomenda-se fortemente que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar

o uso da primeira pessoa "meu estudo...", ou primeira pessoa do plural "percebemos...", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Originais identificados com incorreções e/ou inadequações morfológicas ou sintáticas **serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação** quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores *ad hoc* selecionados pelos editores e autores. Cada manuscrito será enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, em procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de efetuar os ajustes que julgarem necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para as alterações devidas; o trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

2) Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Ciências Médicas e de concordância com a cessão de direitos autorais.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Autoria: o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

3) Apresentação do manuscrito

Enviar os manuscritos preparados em espaço duplo com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do *Word (Windows)*.

É fundamental que o escopo do artigo **não contenha qualquer forma de identificação da autoria**, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem, por exemplo.

O texto deverá ter de 15 a 20 laudas. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser enviada via *site* <http://www.puc-campinas.edu.br/periodico_cientifico> indicando o número do Protocolo, o número da versão, o nome dos autores e o nome do arquivo. **É expressamente proibida a devolução da versão eletrônica anterior.**

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Página de título deve conter:

a) título completo deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do....", "considerações acerca de...", "estudo exploratório....";

b) *short title* com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;

c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante;

d) Todos os dados da titulação e filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas;

e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores;

f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico.

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do *abstract* em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Atualização, Relatos de Casos e Notas Prévias, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

Introdução: deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório -, foram seguidas.

Análise estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Resultados: sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. **É imprescindível a informação do local e ano do estudo.**

A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

O autor se responsabiliza pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão

permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente), **pois é expressamente proibido o formato paisagem**. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi.

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (*Windows Metafile*) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, *Excel*), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Ciências Médicas providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

Discussão: deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. **São expressamente proibidas citações bibliográficas nesta seção.**

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, conforme o estilo *Vancouver*.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de *et al.*

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus*.

Não serão aceitas citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **de trabalhos** de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de **textos não publicados** (exemplos, aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado de autoria de um dos autores do manuscrito for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão *et al.*

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo com um autor

Guimarães CA. Revisão sistemática da pesquisa em animais. *Acta Cir Bras*. 2009; 24(1):67-8.

Artigo com mais de seis autores

Miasso AI, Oliveira RC, Silva AEBC, Lyra Junior DP, Gimenes FRE, Fakihi FT, *et al.* Erros de prescrição em hospitais brasileiros: um estudo exploratório multicêntrico. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2):313-20.

Artigo em suporte eletrônico

Elias N, Tarasoutchi F, Spina GS, Sampaio RO, Pomerantzeff PMA, Laurindo FR, *et al.* Fibrose miocárdica e remodelamento ventricular na insuficiência aórtica crônica importante. *Arq Bras Cardiol*. 2009 [citado 2009 mar 4]; 92(1):63-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000100010&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0066-782X2009000100010.

Livro

Braunwald EK, Dennis L, Hauser SL, Fauci A, Longo DL, Jameson JL. *Harrison medicina interna*. 17ª ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana; 2009. v.2.

Livro em suporte eletrônico

Mauss S, Berg T, Rockstroh J, Sarrazin C, Wedemeyer H, editors. *Hematology* 2009. Germany: Flying Publisher; 2009 [cited 2009 Mar 4]. Available from: <http://www.hepatology_textbook.com/hepatology2009.pdf>.

Capítulo de livros

Fernandes JL, Viana SL. Avaliação por imagem das doenças reumáticas. In: Moreira C, Pinheiro GRC, Marques Neto JF. *Reumatologia essencial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. cap. 6.

Dissertações e teses

Viegas K. Prevalência de diabetes *Mellitus* na população de idosos de porto alegre e suas características sociodemográficas e de saúde [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.

Texto em formato eletrônico

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde como estilo de vida: atitudes simples e hábitos saudáveis previnem doenças e trazem qualidade de vida. Brasília: MS; 2009 [acesso 2009 mar 4]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=2059>.

Programas de Computador

Statistical Package for the Social Sciences. SPSS statistics base, version 17.0. Chicago; 2008.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do *Committee of Medical Journals Editors* (Grupo Vancouver) (<http://www.icmje.org>).

LISTA DE CHECAGEM

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor.
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras Arial, corpo 11 e espaço duplo, e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).
- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.
- Incluir título do manuscrito, em português e inglês.
- Incluir título abreviado (*short title*), com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.
- Incluir resumos estruturados para trabalhos e narrativos, para manuscritos que não são de pesquisa, com até 150 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação.

- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo *Vancouver*, ordenadas na ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto e se todas estão citadas no texto.
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.
- Parecer do Comitê de Ética da Instituição.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais.

Primeiro autor:

Autor responsável pelas negociações: Título do manuscrito:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

– certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

– certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista de Ciências Médicas, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

2. Transferência de Direitos Autorais: "Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista de Ciências Médicas passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista".

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

Toda correspondência deve ser enviada à Revista Ciências Médicas no endereço abaixo

Núcleo de Editoração SBI - *Campus II*
 Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio de Odontologia, Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil.
 Fone/Fax: +55-19-3343-6875
 E-mail: sbi.ne_biomed@puc-campinas.edu.br
 URL: <http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>

GUIDE FOR AUTHORS

The *Revista de Ciências Médicas* publishes articles related to the several fields of health, with the purpose of stimulating the production of interdisciplinary works, in the following categories: **Original articles**: contributions to disseminate results of inedited original research that can be reproduced. **Review**: article including the available knowledge about a particular subject, through the analysis and interpretation of the relevant bibliography so as to contain a critical and comparative analysis to works done in the area that discuss the methodological limits. Only 2 papers/issue will be published. **Current comments**: article reporting information published about a subject of interest to a particular specialty. **Previous notes**: notes reporting previous or preliminary results of researches in progress. **Opinion**: qualified opinion on a specific topic in medicine and correlated sciences and **Case reports**.

The concepts emitted in the articles and communication are of total responsibility of the authors. Therapeutic essays will not be accepted.

The Board of Editors does not assume responsibility for concepts and illustrations emitted in signed articles.

Research involving living beings

Results of research including living beings should be accompanied by a copy of the opinion of the Research Ethics Committee of the Institution of origin or another certified National Council of Health. Furthermore, the last paragraph of the item Methods should contain a clear affirmation of abiding by the ethical principles contained in the Declaration of Helsinki (2000) and of being in agreement with the specific legislation of the country where the research took place.

Experiments with animals should follow the institutional guides of the National Councils of Research on the use and care of laboratory animals.

Records of Clinical Trials

Articles with results of clinical researches should present a number of identification in one of the Records of Clinical Trials validated by the World Health Organization (WHO) criteria and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) criteria whose addresses are available at the ICMJE site. The identification number should be located at the end of the abstract.

Editorial procedures

1) Manuscript assessment

Authors should suggest at least three competent reviewers in their field and may also suggest individuals whom they wish to have excluded from the review process.

Texts submitted to the journal for review that are in agreement with the editorial policy will only start if they are also in agreement with the "instructions for authors". If not, **they will be returned so that they can be formatted according to the rules** or to include a letter or other documents that may become necessary.

It is strongly recommended that the authors seek for professional linguistic advisement (certified reviewers or translators of Portuguese and English) before they submit articles that may contain errors and/or morphological, syntax,

idiomatic or stylistic inadequacies. The use of the first person of the singular or plural should be avoided since scientific discourses should be impersonal and not contain judgment of value.

Original articles identified with errors or morphological and syntax inadequacies **will be returned even before they are submitted to assessment regarding** the merit of the work and the convenience of its publication.

The manuscripts that are approved in this phase will be sent to ad hoc referees (reviewers) selected by the editors and authors. Each manuscript will be sent to two reviewers of known competence in the selected theme. If they are not in agreement, the manuscript will be sent to a third referee.

The peer review assessment is the blind review system where the identity of the authors and the referees are kept secret. Thus, the authors should do everything possible to avoid the identification of the authors of the manuscript.

If there is a conflict of interest on the part of the referees, the Editorial Committee will send the manuscript to another ad hoc referee.

The opinions of the referees consist of three possibilities: a) full acceptance; b) accepted with reformulations; c) fully refused. They authors will be notified whatever the case.

The final decision regarding the publishing of the article is always from the editors and they are allowed to make any adjustments they find necessary. If there are essay problems, the text will be returned to the authors so that corrections are made within the maximum stipulated period.

Accepted manuscripts: accepted manuscripts can be returned to the authors for approval of changes that were made in the editing and formatting processes, according to the style of the journal.

Copies: typographical copies will be sent to the others for correction of printing errors. The copies should return to the Núcleo de Editoração on the stipulated deadline. Other changes in the original manuscript will not be accepted during this phase.

2) Submission of works

Works must be accompanied by a letter signed by all authors describing the type of work and thematic area, declaring that the manuscript is being presented only to the Journal of Medical Sciences and agreeing to transfer the copyright to the journal.

If figures and tables published elsewhere are used, the authorization for their use must also be attached to the manuscript.

Authorship: the number of authors must be coherent with the dimensions of the project. Authorship credit must be based on substantial contributions, such as conception and design, or data analysis and interpretation. Including the names of authors who do not fit within the parameters listed above is not justified. Other contributors may be cited in the Acknowledgement section.

The identification page of the manuscripts should contain explicitly how each one of the authors contributed.

3) Presentation of the manuscript

Please send copie of the Journal formatted with double spacing between the lines and font Arial 11. The file should be saved in a text editor similar or above version 97-2003 of MS Word (Windows).

It is essential that the scope of the article **does not contain any form of identification of the authors**, which includes, for example, references to previous works of one or more of the authors or the institution where the work was done.

The text should contain from 15 to 20 pages. The pages must have personalized numbering starting with the cover page which should be number 1. The paper must be size A4 with at least 2.5cm of upper and lower margins and 3cm of left and right margins.

The articles should have approximately 30 references, except for review articles, which may contain about 50 references.

Reformulated version: the reformulated version must be sent by site <<http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>> indicating the number of the protocol, the version number, the name of the authors and the name of the file. **It is absolutely forbidden to return the previous version.**

The text of the article must use a colored font (blue) for all changes, together with a letter to the editor confirming the interest in publishing in this journal and informing what changes were made in the manuscript. If there is disagreement regarding the recommendations of the referees, the authors should present the arguments that justify their stance. The manuscript title and code should be specified.

The title page should contain:

a) full title - must be concise, avoiding excess words such as "assessment of...", "considerations on...", "exploratory study...";

b) short title with up to 40 characters in Portuguese (or Spanish) and English;

c) full name of all the authors indicating where each one works. Each author is allowed one employee and one title. The authors should therefore choose among their titles and employees those that they judge to be most important;

d) All data regarding titles and employees should be presented in full, without abbreviations;

e) List the full addresses of all the universities with which the authors have affiliations;

f) Indicate an address to exchange correspondence, including the manuscript, with the author, including facsimile, telephone and e-mail address.

Observation: this should be the only part of the text with identification of the authors.

Abstract: all articles submitted in Portuguese or Spanish should have an abstract in the original language and English, with at least 150 words and at most 250 words.

The articles submitted in English should contain the abstract in Portuguese or Spanish and in English.

For original articles, the abstracts must be structured highlighting objectives, basic methods adopted, information on the location, population and sample of the research, most relevant results and conclusions, considering the objectives of the work and indicating ways to continue the study.

For the remaining categories, the format of the abstract must be narrative but with the same information.

The text should not contain citations and abbreviations. Highlight at least three and at most six keywords using the descriptors of Health Science - DeCS - of Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Text: except for manuscripts presented as Review, Current Comments, Previous Notes and Case Reports, the works should follow the formal structure for scientific works:

Introduction: must contain current literature review and pertinent to the theme, adequate to the presentation of the problem and that highlights its relevance. It should not be extensive unless it is a manuscript submitted as Review.

Methods: must contain a clear and brief description of the method employed along with the correspondent bibliography, including: adopted procedures, universe and sample; measurement instruments and if applicable, validation method; statistical treatment.

Inform that the research was approved by an Ethics Committee certified by the National Council of Health and inform the number of the procedure.

If experiments with animals are reported, indicate if the directives of the institutional or national research councils - or any law regarding the care and use of laboratory animals - were followed.

Statistical analysis: The authors must demonstrate that the statistical procedures employed were not only appropriate to test the hypotheses of the study but have also been correctly interpreted. Do not forget to mention the level of significance adopted (e.g. $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$).

Results: whenever possible, the results should be presented in tables and figures and constructed in a way as to be self-explanatory and contain statistical analysis. Avoid repeating the data within the text.

Tables, charts and figures together should be limited to five and numbered consecutively and independently with Arabic characters according to the order in which data is mentioned and must come in individual and separate sheets. Their locations should be indicated in the text. **Information on the location and year of the study is absolutely necessary.**

Each element should have a brief title. Tables and charts must have open side borders.

The author is responsible for the quality of the figures (drawings, illustrations, tables, charts and graphs). It must be possible to reduce their size to one or two columns (7 and 15 cm respectively) without loss of sharpness. **Landscape format is absolutely forbidden.** Digital figures should have the jpeg extension and a minimum resolution of 300 dpi.

Figures should be sent in a high-quality print version in black-and-white and/or different tones of gray and/or hachure.

Graphs should be submitted separately in WMF (Windows Metafile) format file and in the format of the program in which they were generated (SPSS, Excel), accompanied by their quantitative parameters in table form and with the names of all the variables.

Printing of colored images when this printing is possible is paid by the authors. If the authors are interested, the Journal of Medical Sciences will inform them of the costs which will vary according to the number of images, their distribution in different pages and the concomitant publication of colored material by other authors.

Once the costs are presented to the authors, these are asked to deposit the amount in a bank account. The information regarding the account will be disclosed when necessary.

Discussion: should explore adequately and objectively the results and discuss them in light of other observations already registered in the literature.

Conclusion: present the relevant conclusions taking into account the objectives of the work and indicate ways that the study can be continued. **Bibliographical citations in this section are absolutely forbidden.**

Acknowledgements: acknowledgments are accepted in a paragraph with no more than three lines and may contain the names of institutions or individuals who actually collaborated with the research.

Attachments: include attachments only when they are absolutely essential for the understanding of the text. The editors will determine if their publication is necessary.

Abbreviations: these must be used in the standard manner and restricted to the usual or sanctioned ones. They should be followed by their full meaning when first cited in a text. They should not be used in the title and abstract.

References according to the Vancouver Style

References: must be numbered consecutively according to the order in which they were first mentioned in the text, according to the Vancouver Style.

In references with two or up to the limit of six authors, all authors are cited; references with more than six authors, the first six should be mentioned and the remaining referred to as *et al.*

The abbreviations of the titles of mentioned journals should be in agreement with the Index Medicus.

Citations/references of **senior research papers, works of congresses, symposiums, workshops, meetings, among others and unpublished texts will** (examples, classes among others) **not be accepted.**

If an unpublished work of one of the authors of the study is mentioned (that is, an article in press) it is necessary to include the letter of acceptance of the journal who accepted the article for publication.

If unpublished data obtained by other researchers are cited in the manuscript, it is necessary to include a letter authorizing the disclosure of the data by their authors.

Bibliographical citations in the text: they should be placed in numerical order, in Arabic characters, half a line above

and after the citation and must be included in the list of references. If there are only two authors, both are mentioned and separated by a "&"; if more than two, only the first one is mentioned followed by the expression "*et al.*".

The exactness and adequateness of the references to works that have been consulted and mentioned in the text of the article are of responsibility of the authors. All authors whose works are cited in the text should be listed in the "References" section.

Examples

Article with one author

Guimarães CA. Revisão sistemática da pesquisa em animais. *Acta Cir Bras.* 2009; 24(1):67-8.

Article with more than six authors

Miasso AI, Oliveira RC, Silva AEBC, Lyra Junior DP, Gimenes FRE, Fakhri FT, *et al.* Erros de prescrição em hospitais brasileiros: um estudo exploratório multicêntrico. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(2):313-20.

Electronic article

Elias N, Tarasoutchi F, Spina GS, Sampaio RO, Pomerantzeff PMA, Laurindo FR, *et al.* Fibrose miocárdica e remodelamento ventricular na insuficiência aórtica crônica importante. *Arq Bras Cardiol.* 2009 [citado 2009 mar 4]; 92(1):63-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000100010&lng=pt&nrm=iso>. doi:10.1590/S0066-782X2009000100010.

Book

Braunwald EK, Dennis L, Hauser SL, Fauci A, Longo DL, Jameson JL. *Harrison medicina interna.* 17ª ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana; 2009. v.2.

Electronic book

Mauss S, Berg T, Rockstroh J, Sarrazin C, Wedemeyer H, editors. *Hematology 2009.* Germany: Flying Publisher; 2009 [cited 2009 Mar 4]. Available from: <<http://www.hepatologytextbook.com/hepatology2009.pdf>>.

Book chapters

Fernandes JL, Viana SL. Avaliação por imagem das doenças reumáticas. In: Moreira C, Pinheiro GRC, Marques Neto JF. *Reumatologia essencial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. cap. 6.

Dissertations and theses

Viegas K. Prevalência de diabetes mellitus na população de idosos de porto alegre e suas características sociodemográficas e de saúde [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.

Electronic text

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde como estilo de vida: atitudes simples e hábitos saudáveis previnem doenças e trazem qualidade de vida. Brasília, 2009 [acesso 2009 mar 4]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=2059>.

Computer software

Statistical Package for the Social Sciences. SPSS statistics base, version 17.0. Chicago; 2008.

Consultation of the rules of the Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) is recommended for other examples (<http://www.icmje.org>).

CHECKLIST

- Declaration of responsibility and transfer of copyright signed by each author.
- Verify if the text, including abstract, tables and references, is written with Arial font size 11 and double spaced. The upper and lower margins should have at least 2.5cm and the lateral margins should have at least 3cm.
- Verify if the information of the legends of the figures and tables is complete.
- Prepare a cover page with the requested information.
- Include the name of the sponsors and the number of the proceeding.
- Indicate if the article is based on a thesis/dissertation placing the title, name of the institution, year of defense and number of pages.
- Include the title of the manuscript in Portuguese and in English.
- Include a short title with 40 characters at most for the legend of each page.
- Include structured abstracts for works and narratives for manuscripts that do not regard research with up to 150 words, in Portuguese or Spanish and English, and keywords when applicable.
- Verify if the references are listed according to the Vancouver Style, ordered in the way they were first mentioned in the text and if they are all cited in the text.

- Include permission of the editors for tables and figures that have been published before.
- Include the opinion of the Ethics Committee of the Institution.

DECLARATION OF RESPONSIBILITY AND COPYRIGHT TRANSFER

Each author must read and sign the documents (1) Declaration of Responsibility and (2) Copyright Transfer.

First author:

Author responsible for the negotiations: Title of the manuscript:

1. Declaration of responsibility: all the persons mentioned as authors must sign the declarations of responsibility in the terms mentioned below:

- I certify that I have participated in the creation of this work and render public my responsibility for its content; I have not omitted any affiliations or financial agreements between the authors and companies that may be interested in the publication of this article;
- I certify that the manuscript is original and the work, in part or in full, or any other work with a substantially similar content of my authorship was not sent to another journal and will not be sent to another journal while its publication is being considered by the Journal of Medical Sciences, whether in the printed or electronic format.

Signature of the author(s) Date ____/____/____

2. Copyright transfer: "I declare that, if this article is accepted, the Journal of Medical Sciences will have its copyright and exclusive ownership and any reproduction, in part or in full, printed or electronic, is forbidden without the previous and necessary consent of this journal. If the consent is granted, I will include my thanks for this journal".

Signature of the author(s) Date ____/____/____

All correspondence should be sent to Journal of Medical Sciences at the address below

Núcleo de Editoração SBI - *Campus II*
 Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio de Odontologia, Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil.
 Fone/Fax: +55-19-3343-6875
 E-mail: sbi.ne_biomed@puc-campinas.edu.br
 URL: <http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>

Revista de Ciências Médicas

Journal of Medical Sciences

Capa impressa em papel supremo 250g/m² e miolo no papel couchê fosco 90g/m²

Capa/Cover

Katia Harumi Terasaka

Editoração/Composition

Toque Final

Impressão/Printing

Gráfica Santa Edwiges

Tiragem/Edition

800

Distribuição/Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas.
Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

ARTIGOS ORIGINAIS

Autopercepção da saúde bucal e anamnese em idosos

Qualidade de vida: cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico

ORIGINAL ARTICLES

■ *Self-perception of oral health and anamnesis in the elderly*

■ *Quality of life: Informal caregivers of chemotherapy patients*

ATUALIZAÇÃO

Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca

Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura

CURRENT COMMENTS

■ *Self-care practices of patients with heart failure*

■ *Indicators of child health in the family health strategy in Brazil: An integrative literature review*

RESENHA

Epidemiologia da atividade física

BOOK REVIEW

■ *Epidemiology of physical activity*