

# REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA

FACENE  
FAMENE

Faculdades de  
Enfermagem e de  
Medicina Nova  
Esperança



ISSN 1679-1983



Volume 4  
Número 1  
2006  
Revista  
Semestral



## **A REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA**

Criada em 07 de março de 2003, segundo Resolução nº 07 aprovado pelo Conselho Técnico-Administrativo, com periodicidade semestral e organizada pelos docentes desta IES e objetiva divulgar os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais e estudantes da área da Saúde. Está inscrita no Centro Brasileiro do ISSN nº 1679-1983.

**Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)**

**Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)**

**Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**

Volume 4, n. 1, abril de 2006.

### **ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR**

**Diretora-presidente da Entidade**

**Mantenedora**

Dr<sup>a</sup> Kátia Maria Santiago Silveira

**Diretor Vice-presidente**

João Fernando Pessoa Silveira (Eng. Civil)

**Diretor da FACENE**

Dr. Eitel Santiago Silveira (Administrador)

### **ADMINISTRAÇÃO BÁSICA**

**Coordenadora do Curso de Enfermagem**

Prof<sup>a</sup> Ms. Nereide de Andrade Virgínio

**Coordenadora do Curso de Medicina**

Prof<sup>a</sup> Ms. Gladys M. Cordeiro da Fonseca

**Coordenador Acadêmico**

Prof. Dr. José Augusto Peres

### **ÓRGÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO**

**Tesouraria**

Adm. Alexandre Henrique Santiago Silveira

Maria da Conceição Santiago Silveira

(Administradora)

**Secretária Geral**

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

(Técnica em. Enfermagem)

**Tecnologia da Informação**

Frederico Augusto Polaro Araújo

(Administrador)

Antônio Santiago Silveira

Fernando Matos Carvalho

### **Relações Públicas**

João Fernando Pessoa Silveira Filho

Ana Karla de L. C. Santiago Silveira

### **Bibliotecárias**

Liliane Braga R. H. de Souza (Coordenadora)

Janaina Nascimento de Araújo

### **EDITOR**

Prof. Ms. Eduardo Jorge Lopes da Silva

### **CONSELHO EDITORIAL**

Gladys M. Cordeiro da Fonseca (Médica)

Eduardo Jorge Lopes da Silva (Pedagogo)

Edielson Jean da Silva Nascimento (Historiador)

Alessandro Pinon Leitão

### **CONSELHO CONSULTIVO**

Francisco José Santiago de Brito Pereira (Clínica Dom Rodrigo)

Gerson da Silva Ribeiro (UFPB)

Iolanda Bezerra da Costa Santos (UFPB)

João Gonçalves de Medeiros Filho (UFPB)

José Augusto Peres (Universidade Potiguar)

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares (UFPB)

Marta Mirian Lopes Costa (UFPB)

Nereide de Andrade Virgínio (UFPB/FACENE)

Solidônio Arruda Sobreira (FACENE)

Liana Clébia S. Lima de Moraes (FACENE)

Marlene Ramalho Rosas (FACENE)

### **CAPA**

Luiz de Oliveira

### **Monitoras do NUPEA/FACENE/FAMENE**

Sheyla Evoíze Ferreira Fernandes e Daína Sousa

Jerônimo da Costa

## FICHA CATALOGRÁFICA

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v. 4 n. 1. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, 2006 –

v.: il.;

Semestral  
ISSN 1679-1983

1. Enfermagem – Periódicos 2. Ciências da Saúde -  
Periódicos

CDU – 616-083(081) (05)

# SUMÁRIO

## EDITORIAL

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## EDITORIAL

As Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE e FAMEME) publicam o primeiro número do quarto volume da sua Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança.

Neste número são apresentados nove artigos, sendo seis de profissionais da área e três de acadêmicos de enfermagem. No primeiro artigo, as enfermeiras Nereide de Andrade Virgínio e Maria Miriam Nóbrega discutem sobre a coleta de dados de enfermagem na prática, apresentando uma proposta de instrumento validado para coleta de dados em serviços de internação para adultos. O artigo seguinte, dos autores Homero Perazzo e Carolina Uchoa, apresentam um estudo quantitativo sobre a prevalência do papiloma vírus humano no Estado da Paraíba, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2004. Os dados foram obtidos pela Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba.

O terceiro artigo, aborda sobre a revolução da biologia molecular na medicina, de autoria de Henriques Douglas Coutinho, o qual reflete sobre questões vinculadas à biologia molecular, genética e clonagem molecular. No texto seguinte, Bernadete de Lourdes Gouveia e Maria do Socorro Cavalcanti apresentam trabalho sobre o tema “saúde da mulher”. Nele, as autoras procuraram aproximar-se do cotidiano histórico de uma mulher acometida de câncer cérvico-uterino, embasada na história oral como método de trabalho. Em seguida, Antônio Carlos Borges Martins reflete sobre a epidemia da AIDS, a partir de um estudo bibliográfico.

Concluindo a Seção Artigos, os autores Elisângela Silva, Thompson de Oliveira, Edeltrudes de Oliveira e Ivone de Souza discutem sobre a atividade antimicrobiana do estado bruto da *caesalpinia echinata lam.*

Por último, na Seção Discente são apresentados três artigos. O primeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem a uma adulta hospitalizada com neoplasia de pâncreas; o segundo sobre *Home care* e o seguinte sobre aleitamento materno.

A todos os nossos leitores desejamos, mais uma vez, que este número possa ser mais um veículo de informações e formação.

Eduardo Jorge Lopes da Silva,  
Editor

**< ARTIGOS >**

# COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA: PROPOSTA DE INSTRUMENTO E ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO<sup>1</sup>

Nereide de Andrade Virgínio<sup>2</sup>  
Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>3</sup>

## RESUMO

A coleta de dados é considerada como etapa fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Neste estudo, apresenta-se proposta de instrumento validado para coleta de dados em serviço de internação para adultos. O campo de pesquisa foi a Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW, hospital-escola da UFPB, em João Pessoa. A etapa de coleta de dados na unidade tem sido realizada desde 1984, e o instrumento validado é o quinto modelo utilizado. Utilizou-se para a validação a técnica de entrevista com o grupo focal, para o qual a população-alvo era de enfermeiras em atividade no HULW. Procederam-se oito sessões de análise do conteúdo do instrumento para elaborar a sua versão definitiva e o roteiro instrucional. O resultado dos debates permitiu a reestruturação do instrumento, com realização de modificações de acordo com o consenso obtido nas sessões do grupo focal.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Coleta de dados. Validação.

## 1 REFLEXÕES INICIAIS

Como primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE), a coleta de dados, de acordo com a literatura da área, é denominada de várias maneiras: Avaliação (GEORGE *et al.*, 1993; KRON; GRAY, 1994); Avaliação Inicial (GORDON, 1994); Histórico de Enfermagem (ANABUKI, 2002; ANTUNES, 2002; BENEDET; BUB, 2001; DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003; GUTIERREZ *et al.*, 2001; HORTA, 1979; MELLEIRO *et al.*, 2001; POTTER; PERRY, 1999; SMELTZER; BARE, 2002); Investigação (CARPENITO, 2002); Levantamento de Dados (BARROS *et al.*, 2002; FELISBINO, 1994; TIMBY, 2001). Essa etapa configura o início do relacionamento com o ser humano e sua família, tendo por finalidade buscar conhecer o(a) cliente e conseguir informações que possibilitem a continuidade do PE (CARRARO, 2001).

Ao descrever o primeiro passo do seu modelo, Horta (1979, p. 41) o denominou como Histórico de Enfermagem e o definiu como um “roteiro sistematizado

---

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado apresentada e aprovada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.- FACENE. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria – CCS/UFPB. Pesquisadora do CNPq. Professora Orientadora.

para o levantamento de dados (significativos para a(o) enfermeira(o)), do ser humano, que tornam possível a identificação de seus problemas”. Segundo essa autora, o histórico de enfermagem deve apresentar as seguintes características: ser conciso (sem repetições, claro, preciso), conter informações que permitam dispensar cuidados imediatos, ser individualizado e completo. Pela sua essência, constitui-se em atividade específica da enfermeira, que não deve ser delegada a outro membro da equipe de enfermagem (HORTA, 1979).

As habilidades da enfermeira, relacionadas com a observação, a comunicação e a interação, são enfatizadas como extremamente importantes para a implementação dessa fase do PE, enquanto recursos facilitadores para a obtenção de dados relevantes do cliente (CARPENITO, 2002; CIANCIARULLO *et al.*, 2000; KIMURA *et al.*, 1994; KRON; GRAY, 1994; LAROCCA; MAZZA, 2001; NASCIMENTO; MEIER, 2001; STEFANELLI, 1993; TIMBY, 2001). A enfermeira deve investir esforços para estabelecer um relacionamento empático e de confiança com o(a) cliente e sua família, a partir do primeiro contato vivenciado.

Avaliando o impacto da coleta de dados para a assistência de enfermagem, Carneiro (1998) ressalta a sua importância como elemento-chave para os demais passos do PE, constituindo a base fundamental para o diagnóstico, a prescrição, a implementação das intervenções e a avaliação das ações de enfermagem. Segundo Michel (1999), a percepção dessa importância tem suscitado a realização de inúmeras propostas de instrumentos de coleta de dados, com variações de forma e conteúdo, que conduzam à obtenção de dados os mais completos possíveis, quanto à quantidade e à qualidade.

De acordo com Christensen e Griffith-Kenney (1986), a coleta de dados é o fundamento do PE. Seu propósito é identificar informações pertinentes sobre o(a) cliente. As autoras ressaltam a importância do relacionamento entre a enfermeira e o(a) cliente; a comunicação; padrões de comportamento e funcionamento; instrumentos (interação, observação, mensuração); uso de teorias, esquemas, modelos e a documentação dos dados como aspectos importantes para sua realização. Assim como Carpenito (1997), declaram que, nessa etapa, são realizadas as atividades de coleta de dados objetivos e subjetivos, organização dos dados coletados e documentação metódica dos mesmos.

Diversos outros autores definem a fase de coleta de dados, caracterizando-a nos seus múltiplos aspectos: direcionada, ordenada, sistemática, contínua, possibilitando uma visão abrangente do(a) cliente (pessoa, família, comunidade) e a identificação das

necessidades afetadas e dos problemas (reais ou potenciais) de saúde e respostas terapêuticas, através do uso dos instrumentos básicos pela enfermeira (observação, comunicação, interação, conhecimento, método e princípios científicos, experiência, habilidade técnica, mensuração, criatividade, bom senso, flexibilidade, capacidade crítica e de tomada de decisão), ressaltando a sua importância para as demais fases do PE (ANABUKI, 2002; BARROS *et al.*, 2002; BENEDET; BUB, 2001; CARPENITO, 2002; CIANCIARULLO *et al.*, 2000; DANIEL, 1988; FELISBINO, 1994; GAIDZINSKI; KIMURA, 1989; GUTIERREZ *et al.*, 2001; IYER.; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; KRON; GRAY, 1994; PIMENTA *et al.*, 1993; SMELTZER; BARE, 2002; TAVARES, 1998; TIMBY, 2001).

As mesmas autoras referem que quatro tipos de dados são coletados pela enfermeira durante a primeira fase do processo: dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Citam os métodos principais que são utilizados para a coleta de informações: a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas (de laboratório e de imagem), a revisão de recursos informativos do prontuário e a colaboração de outros profissionais.

Alfaro-Lefreve (2000) e Barros *et al.* (2002) consideram que essa fase diz respeito não só à coleta de dados, mas também à sua validação e organização, à identificação de padrões, ao teste de impressões iniciais e ao relato e registro desses dados. Barros *et al.* (2002) ressaltam a necessidade de a enfermeira instrumentalizar-se para a coleta de dados através do aprendizado de semiologia e semiotécnica, que lhe possibilitem coletar dados mais fundamentados, que conduzam à identificação de diagnósticos corretos. Benedet e Bub (2001, p. 28) declaram que, como enfermeiras, “temos a oportunidade e o dever de estar sempre validando com os clientes se nossa impressão corresponde àquilo que eles próprios experienciam e desejam”.

Algumas condições são também básicas para a realização da fase de coleta de dados: ambiente adequado (local confortável, tranquilo e privativo), recursos materiais necessários (impressos, roteiro, materiais e equipamentos), disponibilidade do(a) profissional (demonstrando interesse e atenção ao que lhe é informado, evitando interrupções) e sensibilidade (para entender e respeitar os limites e a vontade do cliente).

Entre os fatores que influenciam a coleta de dados, Barros *et al.* (2002) e Jesus (2002) citam o relacionamento entre a enfermeira e o(a) cliente, as habilidades de comunicação e interação, as percepções e experiências (crenças, valores) dos envolvidos,

os interesses dos(das) clientes e dos(das) profissionais, as condições ambientais e o referencial teórico-filosófico.

A Enfermagem não conta com instrumentos de coleta de dados que sejam universalmente aceitos, e eles podem ser desenvolvidos com base em qualquer uma das abordagens teóricas ou conceituais de Enfermagem, com conteúdo que descreva características do indivíduo e suas respostas ao estado de saúde (CARNEIRO, 1998). Os instrumentos utilizados para a coleta de dados devem ser encarados de um ponto de vista que contemple o aspecto dinâmico da assistência de enfermagem, que implica na necessidade de considerá-los sempre como não definitivos nem encerrados, necessitando de reavaliação e aperfeiçoamento constantes (CARRARO, 2001). Barros (1998) considera que o instrumento de coleta de dados deve refletir um pouco da cultura da instituição em que será aplicado, demonstrar a filosofia de trabalho adotada e as crenças das(dos) suas(seus) enfermeiras(os) sobre a assistência de enfermagem.

Na realidade da nossa instituição de trabalho, há um consenso das enfermeiras de diversas unidades, que estão interessadas no estudo do PE e sua viabilização para o seu trabalho, de que cada unidade de internação, pelas suas especificidades, deve validar o seu instrumento de coleta de dados, de forma a direcioná-lo para as necessidades dos(das) clientes daqueles serviços. Esse consenso vem ao encontro da referência de diversos autores relativa à importância de direcionar o instrumento de coleta de dados para a realidade onde será aplicado (BARROS, 1998; DANIEL, 1988; GAIDZINSKI; KIMURA, 1989; GUTIERREZ *et al.*, 2001; HORTA, 1979; MICHEL, 1999; MICHEL, BARROS; 2002; SILVA *et al.*, 2002; SOUZA; BARROS; MICHEL, 2002).

Este artigo tem como objetivo divulgar, entre os(as) profissionais e estudantes de enfermagem, a proposta de instrumento de coleta de dados de enfermagem em uso no Serviço de Clínica Médica - HULW, desenvolvido em dissertação de mestrado, em ação conjunta das autoras do estudo, equipe técnica do Projeto de Sistematização e enfermeiras do Serviço, para utilização junto a clientes adultos(as) hospitalizados(as).

## **2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS**

Nesse estudo, o instrumento de coleta de dados foi analisado a partir do conceito da validade de conteúdo que, segundo Burns e Grove (1993), é um dos conceitos

estudados pela Teoria da Mensuração. Para coleta de dados utilizamos a técnica de grupo focal, estratégia grupal qualitativa, não diretiva, cujo resultado visa à promoção da discussão de um grupo de pessoas sobre o tema de pesquisa. Foi inspirada em técnicas de entrevista não-direcionada e em técnicas grupais usadas na Psiquiatria (BIREME/OPAS/OMS, 2002). Michel (1999) afirma que essa técnica é usada em pesquisa qualitativa para verificar sentimentos e opiniões de um grupo sobre um determinado assunto.

O estudo foi desenvolvido utilizando como campo de pesquisa a Clínica Médica do HULW, instituição pública, hospital-escola da UFPB, em João Pessoa. Ocupa o quinto andar do hospital, composto por duas alas (A e B) e se caracteriza por apresentar altas taxas de ocupação (média de 93,4%), com uma demanda predominante de clientes já triados por outros serviços, casos de elucidação diagnóstica complexa, com alto custo de tratamento e alguns casos de alta permanência no Serviço.

Constituíram a população-alvo enfermeiras docentes e assistenciais em atividade no HULW. A amostra foi do tipo intencional, e os critérios para inclusão foram: ter experiência de, no mínimo, dois anos na assistência a clientes adultos(as) hospitalizados na Clínica Médica - HULW, estar familiarizada com o instrumento a ser validado e aceitar voluntariamente, por escrito, a participar do estudo. As atividades foram iniciadas com a realização de um treinamento intitulado “Sistematização da Assistência de Enfermagem - A Etapa de Coleta de Dados”.

As participantes do treinamento foram enfermeiras de Clínica Médica e de outros serviços do hospital, interessadas no assunto. Ao final do treinamento, foi definida a composição do grupo focal. Aceitaram participar do grupo 13 enfermeiras que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, após explanação sobre a natureza do estudo e a metodologia utilizada para sua realização, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as recomendações da Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), onde já fora explicitada a autorização para gravação das sessões.

### **3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Para a validação do instrumento foram realizadas oito sessões. Seis foram destinadas para debater o conteúdo do instrumento inicial, conservando o mesmo

direcionamento: avaliação item a item, com discussão até a obtenção de consenso, quando passávamos para o item posterior. Após cada reunião, a pesquisadora realizou escuta das gravações, transcrição do conteúdo gravado, leitura dos registros (da observadora, da relatora e da autora do estudo) e elaboração de resumo do assunto debatido. A partir dos registros e dos dados transcritos, foram realizadas também, a cada sessão, a modificação do instrumento de acordo com o conteúdo debatido, e a elaboração da parte correlacionada do roteiro instrucional. O início da sessão seguinte se dava então com a leitura e revisão desse material e, se necessário, nova discussão complementar e fechamento dos itens antes de avançar para os novos tópicos do dia. As participantes levavam para casa o material modificado recebido na sessão, como forma de facilitar a análise crítica.

### 3.1 O INSTRUMENTO VALIDADO



**HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**  
LAURO WANDERLEY-UFPB

**DIVISÃO DE ENFERMAGEM**  
Sistematização da Assistência de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:
Gostaria de ser chamado por:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Escolaridade:	
Estado civil:	Profissão/Ocupação:		
Religião:	Procedência:		
Data de admissão: ___/___/___	Enfermaria:	Leito:	Nº Prontuário

#### 2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO

--

#### 3. NECESSIDADES / AUTOCUIDADO:

<p><b>Alimentação/hidratação:</b> refeições diárias [ ] ingestão de líquidos: _____  Restrição Alimentar: _____  <b>Sono e repouso:</b> <input type="checkbox"/> satisfatório <input type="checkbox"/> prejudicado <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> auxiliares do sono _____  <b>Higiene - corporal:</b> <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada. Frequência de banho: _____, Horário: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N.  <b>Oral:</b> <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada _____</p>
<p><b>Mobilidade:</b> <input type="checkbox"/> deambula <input type="checkbox"/> deambula com ajuda <input type="checkbox"/> não deambula <input type="checkbox"/> restrito ao leito. Movimenta-se no leito: <input type="checkbox"/> com ajuda <input type="checkbox"/> s/ajuda. Não se movimenta. _____</p>
<p><b>Demanda de ajuda para o autocuidado:</b> <input type="checkbox"/> alimentação <input type="checkbox"/> higiene <input type="checkbox"/> vestir-se/arrumar-se <input type="checkbox"/> locomoção _____</p>
<p><b>Interação social:</b> <input type="checkbox"/> comunicativo <input type="checkbox"/> pouco comunicativo <input type="checkbox"/> não comunicativo _____  <b>Suporte da família/amigos para o cuidado:</b> _____</p>

Conhecimento sobre o seu problema de saúde:  informado  pouco informado  não informado \_\_\_\_\_

#### 4. FATORES DE RISCO

tabagismo  etilismo  sedentarismo  banho de rio  animais domésticos  perfil sanguíneo alterado. Outros tratamentos de saúde/tratamentos anteriores \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Doenças da infância:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** \_\_\_\_\_

**Afecção clínica:** \_\_\_\_\_

#### 5. EXAME FÍSICO E OUTRAS INFORMAÇÕES:

<b>Tax</b> _____ °C	<b>P</b> _____ bpm	<b>R</b> _____ ipm	<b>PA</b> _____ mmHg	<b>Alt</b> _____ cm	<b>Peso</b> _____ Kg
---------------------	--------------------	--------------------	----------------------	---------------------	----------------------

**Estado nutricional:**  normal  obeso  emagrecido  caquético. Outro: \_\_\_\_\_

**Nível de consciência:**  consciente  orientado  desorientado. Nível de resposta \_\_\_\_\_

**Pele/tecidos:**  íntegra  hidratada  ressecada  sudoreica  pálida  cianótica  lesões \_\_\_\_\_

**Cabeça:** \_\_\_\_\_

**Couro cabeludo:**  alopecia  seborréia  pediculose. Outros: \_\_\_\_\_

**Face:**  cushingoide  acromegálica  paralisia facial. Outras: \_\_\_\_\_

**Olhos:**  visão normal  visão turva  acuidade visual diminuída  cegueira  exoftalmia  processo inflamatório/infeccioso  aspecto da mucosa/outros \_\_\_\_\_

**Nariz:**  sem anormalidades  deformidade  obstrução  secreção  epistaxe \_\_\_\_\_

**Ouvidos – Audição:**  normal  diminuída  zumbido  surdez  processo inflamatório/infeccioso. Outros: \_\_\_\_\_

**Boca:**  cáries  falhas dentárias  halitose  língua saburrosa  prótese. Mucosa oral:  íntegra  lesões \_\_\_\_\_

**Pescoço:**  linfonodos palpáveis  tireóide aumentada  ingurgitamento jugular  traqueostomia  mov. Difícil ou dolorosa. Outros: \_\_\_\_\_

**Tórax:**  típico  atípico \_\_\_\_\_. Expansão torácica:  normal  diminuída \_\_\_\_\_

**Mamas:**  simétricas  assimétricas  presença de nódulos palpáveis  secreção \_\_\_\_\_

**Sistema respiratório:**  eupnéico  bradipnéico  taquipnéico. Dispnéico:  em repouso  mínimos esforços  médios esforços  grandes esforços  uso de O<sub>2</sub>  tosse  secreção. Ausculta pulmonar \_\_\_\_\_

**Atividade cardíaca:**  regular  irregular. Frequência/fonese \_\_\_\_\_

**Edema:** \_\_\_\_\_



coletados nesse momento (sua objetividade, fidedignidade e abrangência). Seu conteúdo possibilitará o planejamento da assistência, possibilitando a definição de metas a alcançar e intervenções a realizar junto aos(às) clientes. Neste estudo, foi pretensão construir um roteiro que direcione a abordagem de cada item do instrumento, sugerindo o que se deseja que a enfermeira observe, avalie, registre e como fazê-lo. A intenção é prover a enfermagem de um roteiro prático, de fácil uso no trabalho diário das enfermeiras do Serviço, contribuindo para a melhor operacionalização da coleta de dados inicial.

### **1 - Identificação:**

- **Nome:** registrar nome completo (sem abreviaturas), a **Idade**, a forma pela qual o(a) cliente **Gostaria de ser chamado(a)**, e o **Sexo**. Registrar a **Escolaridade**, atentando nos casos de educação informal, para o nível de capacidade de leitura e escrita (lê e escreve, lê com dificuldade, escreve com dificuldade, só assina o nome, é analfabeto(a)); é importante esclarecer se o(a) cliente lê o suficiente para entender e cumprir medidas de tratamento (se necessário, complementar o dado em Impressões da Enfermeira). No item **Estado civil**, registrar o dado a partir das referências: casado(a): quem tem o estado civil de casado(a); desquitado(a), separado(a) e divorciado(a): quem tem esse estado homologado por decisão judicial; viúvo(a); solteiro(a); e união consensual: quem vive em companhia de cônjuge com quem não constituiu união legal. Em **Profissão/Ocupação**, registrar a atividade principal, atentando para, no caso de aposentados, registrar a ocupação anterior. Registrar a **Religião** professada pelo cliente e o último local de **Procedência** (residência, instituição de saúde ou outra clínica do hospital). Na última linha, registrar **Data de admissão**: dia, mês e ano; **Enfermaria**, **Leito** e **Número do Prontuário do cliente**.

### **2 - Motivo da Internação/Queixa Principal:**

- Questionar o cliente ou acompanhante (quando o cliente não puder responder) sobre o motivo que o levou a procurar o hospital, e o que está sentindo no momento.

### 3 – Necessidades/Autocuidado:

- **Alimentação/Hidratação:** relatar hábitos alimentares do(a) cliente em casa, checando número de refeições, dados sobre a ingestão de líquidos (volume diário aproximado em copos) e restrições alimentares (pessoais e impostas pela patologia ou tratamento).
- **Sono e Repouso:** checar se o(a) cliente considera o seu sono satisfatório ou prejudicado, se relata insônia e quais os auxiliares do sono que são utilizados (medicações, rituais, hábitos). Se é prejudicado, descrever as dificuldades. Se o cliente está no hospital há mais de vinte e quatro horas, relatar as diferenças observadas em casa e no hospital.
- **Higiene - Corporal:** especificar as condições de higiene do(a) cliente observadas no momento da coleta de dados. Registrar a frequência de banhos relatada pelo(a) cliente e o horário preferido. Se a avaliação for definida como prejudicada, relatar em que aspecto específico. Atentar para condições do couro cabeludo, unhas, barba e roupas. **Oral:** Relatar frequência de escovação dos dentes e se o seu aspecto confirma a declaração do(a) cliente. Verificar se há material para escovação. Avaliar a necessidade de orientação, supervisão, ou encaminhamento ao dentista. **Íntima:** indagar o(a) cliente sobre a frequência de realização e meios utilizados. Registrar a necessidade de ajuda ou orientação para sua realização.
- **Mobilidade:** especificar, através de checagem dos itens, as condições de movimentação do(a) cliente. Relatar características individuais relacionadas à locomoção (claudica, marcha modificada, postura em pé e deitado(a)). Se estiver restrito(a) ao leito, especificar o motivo (restrição por recomendação de tratamento ou incapacidade para se movimentar). Na incapacidade para se movimentar, especificar condições de movimentação no leito (movimenta-se no leito sem ajuda, com ajuda, não se movimenta).
- **Demanda de Autocuidado:** especificar que tipo de ajuda o(a) cliente necessita para alimentar-se, realizar cuidados de higiene, vestir-se, arrumar-se e locomover-se ou movimentar-se (ir ao banheiro, transferir-se da cama, realizar eliminações no leito).
- **Interação Social:** checar observações relativas à forma de interação do(a) cliente: comunica-se com facilidade com as pessoas ao redor (adapta-se aos lugares e

situações novas), é pouco comunicativo(a), não quer se comunicar com ninguém, prefere ficar sozinho(a).

- ***Suporte da família/amigos para o cuidado:*** indagar quanto às condições de sustento do(a) cliente e sua família, se conta com a ajuda de familiares ou amigos para o seu cuidado, especificando quem é o seu principal cuidador;
- ***Conhecimento sobre o seu problema de saúde:*** indagar e avaliar se o(a) cliente está informado(a) (descreve, de acordo com as suas possibilidades) sobre o seu diagnóstico, medicação e cuidados que deve manter na vida diária; pouco informado(a) (sabe alguma coisa dos aspectos citados, mas não o suficiente para orientar os cuidados diários); ou não informado (não sabe nada sobre o assunto), relatando também se ele(a) prefere não falar sobre o assunto, ou que outros familiares sejam informados.

As necessidades de oxigenação (sistema respiratório), eliminação (sistema digestivo/abdome e gênito-urinário), sexualidade, integridade física, regulação, percepção (vários itens da parte exame físico/outras informações) e integridade cutâneo-mucosa (pele/tecidos) são coletadas nos itens correlacionados da parte 5. Exame Físico/Outras informações.

#### **4 - Fatores de Risco**

Checar itens enumerados na parte inicial, especificando hábitos e fatores ambientais que podem constituir riscos. Se o(a) cliente é tabagista ou etilista, questionar e descrever o tipo consumido, quantidade por dia e número de anos de consumo. Relatar tratamentos (inclusive cirúrgicos e partos) e patologias anteriores; uso de medicações antineoplásicas e imunossupressoras. Registrar ***alergias*** referidas. Chamar a atenção para fatores de risco para infecções. Relatar ***doenças da infância*** e ***antecedentes familiares*** (perguntar sobre os pais, tios, avós e irmãos, se vivos ou não, se portadores de doenças crônicas; no caso de familiares falecidos, idade e causa da morte). No sub-item ***Afecção clínica***, registrar o diagnóstico inicial, se já firmado, ou as hipóteses diagnósticas sugeridas.

## 5 - Exame físico/Outras informações

Em cada segmento examinado há um espaço para acrescentar informações, e que deverá ser preenchido de acordo com a realidade encontrada no cliente. É importante lembrar que não está especificado nenhum tópico referente à **dor**. É pensamento do grupo que os dados objetivos ou subjetivos sejam registrados no tópico do segmento anatômico correspondente, e na parte Impressões da Enfermeira, principalmente naquelas situações em que a dor seja fator determinante para algum comportamento que exija um cuidado ou atenção específica por parte da enfermeira.

Medir e registrar temperatura axilar, pulso, ritmo respiratório, pressão arterial, peso, altura e, se necessário, circunferência abdominal. Nos clientes com alterações da atividade cardíaca, verificar a pressão arterial nos membros superiores direito e esquerdo, comparando os valores. Se necessário, aferir o pulso em outras localizações e avaliar as diferenças.

**Estado Nutricional:** avaliar visualmente o estado do(a) cliente, correlacionando com os termos dos sub-itens. Se necessário, usar as referências constantes nos anexos para orientação individual, especificando método e resultado no espaço em aberto.

**Nível de Consciência:** checar o estado do(a) cliente de acordo com os termos dos sub-itens constantes no tópico e, se necessário, avaliar e descrever o nível de resposta de acordo com as três áreas de avaliação da *escala de Glasgow*.

### Escala de Glasgow

Determina alterações do nível de consciência de forma global e consiste na análise de três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal, obtidos por vários estímulos desde a resposta espontânea a estímulos verbais, até a resposta a estímulos dolorosos (provocados por compressão do leito ungueal). Para avaliação nesse instrumento, não será utilizada a avaliação numérica, mas a enfermeira deverá descrever o estado do cliente com as palavras definidas pela escala para os três parâmetros, sem os números correspondentes nem o número final.

**Abertura dos olhos:** a pontuação vai de **1** a **4.4** pontos: o(a) paciente abre espontaneamente os olhos ao perceber a presença de alguém. **3** pontos: o(a) paciente abre

os olhos ao ser chamado(a) (ordem verbal). **2** pontos: abertura ocular do(a) paciente somente com estímulo doloroso. **1** ponto: nenhuma resposta com abertura ocular à estimulação feita.

**Resposta Verbal:** a pontuação varia de **1** a **5.5** pontos: paciente orientado(a) no tempo e espaço de acordo com as ordens verbalizadas. **4** pontos: as respostas são confusas ou desorientadas. **3** pontos: o(a) paciente responde com palavras impróprias ou desconexas. **2** pontos: não há resposta verbal, apenas emissão de sons não-compreensíveis. **1** ponto: nenhuma resposta.

**Resposta Motora:** a pontuação varia de **1** a **6.6** pontos: paciente capaz de obedecer a comandos simples em relação à função motora, por exemplo, apertar a mão. Se não responder à estimulação verbal, aplica-se um estímulo doloroso para verificar a resposta. **5** pontos: localiza a dor, tentando afastar a fonte do estímulo ou movendo-se para ela. **4** pontos: apenas localiza a dor, mas não tenta retirar sua fonte. **3** pontos: se a resposta ao estímulo doloroso se fizer em flexão. **2** pontos: flexão observada nos membros superiores (rigidez de decorticação) ou resposta em extensão dos membros superiores e inferiores (descerebração). **1** ponto: ausência de respostas motoras à estimulação dolorosa.

No paciente que obtiver o total de pontos **15**, a avaliação neurológica é considerada normal em relação ao nível de consciência, e a menor nota, **3**, é compatível com morte cerebral, porém não necessariamente indicativo da mesma (Fonte: BOTURA, A. L. B. L.de *et al.* **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.32-33).

***Pele/Tecidos:*** descrever alterações através dos sub-itens, e avaliar também a presença de rubor, calor, o turgor e a textura, descrevendo no espaço aberto as lesões observadas: localização, distribuição, dimensão, profundidade, aspecto, presença de secreção, necrose, entre outros. (Vide referencial para classificação de lesões).

***Cabeça/couro cabeludo:*** observar aspecto dos cabelos e couro cabeludo, queixas de dor, lesões, incisões e cicatrizes.

***Face:*** descrever alterações através dos itens e especificar manchas e edema localizados que podem caracterizar ou sugerir doenças (sinal da asa de borboleta-lupus eritematoso; edema de pálpebra e face-problemas renais, entre outros).

***Olhos:*** checar dados especificados, relatando, no caso de acuidade visual diminuída, a gravidade da deficiência e sua repercussão para as atividades diárias, ptose palpebral, uso de lentes de contato ou óculos, estrabismo, nistagmo. Observar alterações de

coloração da mucosa ocular e palpebral (corada, hipocorada, hiperemiada), hidratação (úmida, pouco úmida, ressecada) ou lesões na conjuntiva, esclerótica e córnea. Se necessário, avaliar as pupilas (fotorreagentes ou não, isocóricas ou anisocóricas).

**Nariz:** descrever alterações anatômicas, queixas (obstrução, prurido, dor); na presença de secreção ou epistaxe, relatar características e frequência.

**Ouvidos:** checar subitens do tópico, registrando também o nível de diminuição da acuidade auditiva, se for o caso, e sua repercussão para a comunicação com o cliente, queixas de audição de outros tipos de sons, uso de prótese, presença de cerume, sujidades ou lesões nos pavilhões auriculares.

**Boca:** checar os subitens, avaliando também a coloração dos lábios, gengivas e língua, descrevendo lesões e alterações encontradas (gengivite, hemorragias, aspecto das amígdalas).

**Pescoço:** checar os subitens, observando também a postura, contraturas, paralisias musculares, rigidez, presença de cicatrizes, lesões, pulsações anormais e dispositivos venosos.

**Tórax:** realizar *inspeção estática* - verificar forma do tórax anterior e posterior, descrevendo alterações (tórax chato, em tonel, escavado, em quilha, em sino, cifótico, escoliótico, cifoescoliótico, abaulamentos ou retrações). Descrever cicatrizes, drenos, cateteres, dispositivos. Prosseguir com a *inspeção dinâmica* - para avaliar tipo, ritmo e frequência respiratórios, expansibilidade, amplitude dos movimentos e tiragens.

**Mamas:** realizar inspeção e palpação, descrevendo assimetrias, alterações anatômicas (retração do mamilo, lesões, presença de nódulos). Proceder à espremedura do mamilo para investigar presença de secreção. Relatar cirurgias anteriores, ginecomastia nos homens (se for o caso). Aproveitar o momento do exame, sempre que possível, para orientação e treinamento para o auto-exame.

**Sistema Respiratório:** checar caracterização do ritmo respiratório, avaliando pela palpação (expansibilidade, sensibilidade, elasticidade e frêmitos), percussão (som claro pulmonar, timpânico, submaciço ou maciço e hiper-ressonância) e ausculta (murmúrio vesicular; som traqueal, respiração brônquica e broncovesicular, estertores, roncos, sibilos, estridor, sons vocais e atrito pleural). Se necessário, especificar nesse item se o paciente está entubado ou no respirador.

**Atividade Cardíaca:** descrever as características do ritmo e frequência cardíacas. Se necessário, comparar os pulsos em várias localizações, identificar o *ictus*

*cordis*, e, pela palpação, avaliar os frêmitos; realizar ausculta para avaliar as bulhas quanto ao ritmo (rítmicas, arrítmicas, galope) e fonese (normo, hipo, hiperfonéticas); cliques (sugestivos de prolapso de válvula mitral ou relacionados a próteses valvares); e sopros quanto ao tempo (sistólico ou diastólico), localização (foco aórtico, mitral, pulmonar ou tricúspide), irradiação, intensidade e presença de atritos.

**Edema:** descrever edema generalizado ou localizado, atentando para localização, intensidade e características da pele, duração e evolução relatadas pelo cliente.

**Sistema Digestivo/Abdome:** checar dados especificados, relatando também outros dados relacionados à função digestiva (sialorréia, soluço, eructação, dispepsia), forma e aspecto (escavado, presença de circulação colateral), condições da pele (estrias), presença de massas, cateteres, drenos, ostomias. No uso de sonda, especificar o tipo, se está aberta ou fechada, aspecto e volume da drenagem. Descrever frequência e características das evacuações.

**Gênito-urinário:** checar subitens relacionados. No uso de sonda, especificar tipo e tempo de sondagem e registrar no espaço aberto, se necessário, aspecto e volume da urina.

**Atividade Sexual:** indagar quanto à vida sexual, avaliando pelas respostas se há necessidades de orientação para a prática do sexo seguro.

**Ciclo Menstrual:** checar dados relativos ao ciclo menstrual, registrando queixas para encaminhamento. Indagar sobre o uso de contraceptivos, registrando por quanto tempo foi utilizado.

**Membros:** através de inspeção e palpação, checar os subitens, avaliando também as condições da musculatura (eutrófica, hipotrófica, hipertrófica, assimetrias), presença de drenos e variação de temperatura. Descrever as condições da rede venosa e a presença de dispositivos, talas e aparelhos gessados. Atentar para deformidades ou aumento de volume articular.

**6 - Impressões da Enfermeira:** anotar dados subjetivos e impressões que você considerar relevantes para a compreensão da situação do cliente, e que não foram contemplados nos itens anteriores. Podem ser incluídos aspectos não relatados, mas captados pela percepção do(a) enfermeiro(a): questionamentos, preocupações, comportamentos (comunicação não verbal), particularidades do estado emocional e espiritual. Registrar se o cliente verbaliza necessidade de assistência espiritual. Incluir dados relevantes sobre as necessidades

humanas básicas não especificadas no instrumento: exercício e atividade física, segurança, aprendizagem, recreação, lazer, entre outras. O instrumento deve ser concluído com a assinatura e o carimbo da enfermeira que procedeu ao levantamento de dados, e o preenchimento do campo da data de execução.

#### **4 CONSIDERAÇÕES PARA UM RECOMEÇO**

Consideramos o instrumento resultante deste estudo como um recurso do Serviço que foi refinado e adaptado de forma mais específica para sua clientela, de acordo com a visão das participantes. Relembramos a declaração de Barros (1998), de que qualquer modelo definido para a prática de enfermagem precisa levar em consideração as características da clientela atendida e do grupo que irá empregá-lo. O grupo esteve consciente de que este não é um instrumento definitivo, mas representa um avanço para o seu aperfeiçoamento e melhor operacionalização. Acreditamos que o seu uso na prática diária do serviço e a incorporação da fase de identificação de diagnósticos de enfermagem deverão suscitar novas necessidades de adaptação, que dirão demandar, no futuro, novos estudos de validação.

### **COLLECTS OF DATA OF NURSING IN PRACTICE: PROPOSAL OF INSTRUMENT AND ITINERARY OF ORIENTATION**

#### **ABSTRACT**

The collects of data is considered as fundamental stage for the development of the nursing process. In this study, presents the instrument proposal validated for collection of data in internment service for adults. The research field was the Medical Clinic of the Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW, hospital-school of UFPB, in João Pessoa. The stage of collection of data in the unit has been accomplished since 1984, and the validated instrument is the fifth used model. It was used for the validation the interview technique with the focal group, for which the population-objective were the nurses in activity in HULW. Eight sessions of analysis of the content of the instrument were proceeded to elaborate the definitive version and the itinerary instructional. The result of the debates allowed the restructuring of the instrument, with accomplishment of modifications in agreement with the consensus obtained in the sessions of the focal group.

**Key Words:** Nursing. Collects of data. Validation.

## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ANABUKI, M. H. SAE: experiência prática do Hospital Universitário da USP-SP. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 87-96.
- ANTUNES, A. V. Sistema integrado de assistência de enfermagem-SIAENF-proposta do Hospital de Clínicas de Uberlândia. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 97-105.
- BARROS, A. L. B. L. de *et al.* **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 1998/2001.
- BIREME/OPAS/OMS. **Como operacionalizar um grupo focal**. [200?] Disponível em: <<http://www.bireme.br/bvs/adolesc/P/textocompleto/adolescente/capitulo/cap09.htm>> Acesso em: 16 de jul. 2002.
- BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research**: conduct, critique & utilization. 2nd. ed. Philadelphia: Saunders Company, 1993.
- CARNEIRO, I. A. **Levantamento de dados e diagnósticos de enfermagem na assistência à criança hospitalizada**. 1998, 132 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.
- CHRISTENSEN, P. J; GRIFFITH-KENNEY, J. W. **Nursing process**: application of theories, frameworks and models. 2nd. ed. Saint Louis: Mosby, 1986.
- CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2000.
- DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada**. São Paulo: EPU, 1988.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISSLER, A. C. **Planos de cuidados de enfermagem**: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- DURÁN, H; FUENTES, S; GONZÁLEZ, C. **Grupos focales experiência en la República de Guatemala**. Proyecto de Garantía de la Calidad. Guatemala, 1999.

- FELISBINO, J. E. **Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica**. São Paulo: EPU, 1994.
- GAIDZINSKI, R.R.; KIMURA, M. Entrevista e exame físico: instrumentos para levantamento de dados. In: CAMPEDELLI, M. C. (Org). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989. p. 66-88.
- GEORGE, J. B *et al.* **Teorias em enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3rd. ed. St Louis: Mosby, 1994.
- GUTIERREZ, B. A. O. *et al.* Histórico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 131-63.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- JESUS, C. A. de. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução histórica e situação atual. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 14-20.
- KIMURA, M. *et al.* O exame físico e o enfermeiro de UTI. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.28, n.2, p. 156-70, ago 1994.
- KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.
- LARROCA, L. M.; MAZZA, V. de A. A comunicação permeando a metodologia da assistência de enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 117-25.
- MELLEIRO, M. M. *et al.* A evolução do sistema de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 109-30.
- MICHEL, J. L. M. **Validação de instrumento para coleta de dados de pacientes cardiopatas**. 1999. 105 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- MICHEL, J. L. M.; BARROS, A. L. B. L. de. SAE: experiência prática do Hospital São Paulo (UNIFESP). In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 78-86.
- NASCIMENTO, S. R do.; MEIER, M. J. Uma visão tecnológica do exame físico. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 127-36.
- PIMENTA, C. A. de M. *et al.* O ensino da avaliação do paciente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **R. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 69-76, jul. 1993.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. v.1.

SILVA, M. R. da *et al.* Protótipo de um instrumento de coleta de dados para pacientes pneumopatas. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 6., e SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM, 1., São Paulo. **Livro Programa (resumo)**... São Paulo, 2002. p. 60.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: - tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1.

SOUZA, M. F. de; BARROS, A. L. B. L. de; MICHEL, J. L. M. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: BARROS *et al.* **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 19-35.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.

TAVARES, S. Histórico de enfermagem. **R. Nursing**, São Paulo, ano 1, n.4, p. 20-7. set. 1998.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

# PREVALÊNCIA DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV), NO ESTADO DA PARAÍBA, DE 2000 A 2004

Carolina Uchoa Guerra Barbosa<sup>1</sup>  
Homero Perazzo Barbosa<sup>2</sup>

## RESUMO

Os papilomavírus humano (HPV) são classificados na família *Papillomaviridae*, gênero *Papillomavirus*, constituindo um grupo de vírus os quais infectam a pele e mucosas de vários animais vertebrados, incluindo o homem. Até o presente momento, existem 150 tipos distintos de HPV, dos quais 40 são encontrados regularmente no trato genital. A infecção genital pelo HPV é considerada uma das doenças sexualmente transmissíveis mais frequentes entre as mulheres com vida sexual ativa, sendo o maior índice em países em desenvolvimento. No estado da Paraíba foram diagnosticados 1576 novos casos, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2004. O principal método de prevenção contra esse vírus é o uso de preservativos.

## INTRODUÇÃO

Os papilomavírus são classificados na família *Papillomaviridae*, gênero *Papillomavirus*, segundo Van Regenmortel *et al.* (2000), que abrangem um grande grupo de vírus epiteliotrópicos, os quais infectam a pele e mucosas de vários grupos de animais vertebrados, entre eles as aves, os répteis e os mamíferos, incluindo o homem. São altamente específicos, não apenas para seus respectivos hospedeiros, mas também em relação aos sítios anatômicos onde causam infecção, em cada um deles (VILLA, 1995). Somente para a espécie humana existem mais de uma centena de tipos diferentes de HPVs, classificados em genótipos, de acordo com a seqüência de nucleotídeos de sua unidade de tradução L1, uma região altamente conservada do genoma viral (ZUR HAUSEN, 1996).

Assim, os HPVs foram numerados de acordo com a ordem de identificação, de forma que o HPV do tipo 1 foi o primeiro a ser descrito e o HPV16 o décimo sexto, assim por diante. Até o presente, 85 tipos distintos de HPV já foram identificados, inteiramente seqüenciados e vários outros tipos foram parcialmente caracterizados, de forma que somente para a espécie humana existem cerca de 150 tipos desses vírus, dos quais cerca de

---

<sup>1</sup> Professora de Imunologia e Bioquímica da FACENE/FAMENE.

<sup>2</sup> Professor de Bioquímica da FACENE/FAMENE.

40 são encontrados regularmente no trato genital (BERNARD *et al.*, 1994; DE VILLIERS, 1994; ZUR HAUSEN, 2000).

A infecção genital pelo HPV é considerada uma das doenças sexualmente transmissíveis mais freqüentes entre as mulheres com vida sexual ativa em todo o mundo, constituindo, assim, um grave problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, onde essa infecção é favorecida pelas precárias condições sanitárias em que vivem essas populações, tendo em vista os baixos níveis socioeconômicos e educacionais (FRANCO *et al.*, 1995). O curso natural da infecção da cérvix uterina pelo HPV está na dependência de fatores intrínsecos do vírus e do hospedeiro, além de fatores físicos, químicos e ambientais (VILLA, 1997; MUÑOZ, 2000).

Em alguns estados do Brasil, não se tem conhecimento de qualquer estudo sistematizado, visando à determinação da prevalência da infecção pelo HPV, nem da tipagem desses vírus, com vistas a identificar os tipos mais prevalentes na população. Estima-se que a prevalência da infecção pelo HPV nas mulheres que apresentam algum tipo de lesão da mucosa cervical, atendidas nos serviços de assistência à saúde da mulher, esteja acima de 60%, tendo em vista a presença de alterações na mucosa cervical, detectadas através de exames morfológicos de rotina, concentrando-se a maioria dos casos entre as mulheres mais jovens sexualmente ativas.

O presente trabalho tem como objetivo mostrar a incidência de HPV no Estado da Paraíba, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2004.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo, com análise do índice de HPV no Estado da Paraíba, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2004, utilizando dados fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A população mais atingida pelo HPV é de mulheres sexualmente ativas, entre 18 e 28 anos de idade. Entre os principais fatores de risco para a aquisição dessa infecção estão o comportamento sexual e a multiplicidade de parceiros (NICOLAU, 2002).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2005), em todo o mundo, estima-se, anualmente, 470 mil novos casos de infecção pelo vírus do HPV, sendo 230 mil mortes provocadas pelo câncer de colo de útero.

Nos Quadros 1 e 2, e no Gráfico 1, encontram-se apresentados os dados referentes à prevalência de casos de HPV. No total, foram diagnosticados 1576 casos de HPV, no Estado da Paraíba, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2004, sendo 213 casos em 2001, 528 em 2002, 437 em 2003 e 398 em 2004. Em 2001, o maior índice foi nos meses de fevereiro e junho, onde foram notificados 38 casos da patologia, correspondente a 17,8%. Já no mês de setembro, nenhum caso foi notificado.

Tabela 1: Diagnóstico de casos de HPV nos meses de janeiro a junho.

Ano/Mês	janeiro N°/%	fevereiro N°/%	março N°/%	abril N°/%	maio N°/%	junho N°/%
2001	14 / 6,6	38 / 17,8	16 / 7,5	28 / 13,1	12 / 5,2	38 / 17,8
2002	16 / 3,0	15 / 2,8	32 / 6,1	145 / 27,5	85 / 16,1	44 / 8,3
2003	17 / 3,9	33 / 7,5	29 / 6,4	43 / 9,8	38 / 8,7	24 / 5,5
2004	22 / 5,5	29 / 7,3	42 / 10,5	41 / 10,3	64 / 16	31 / 7,8

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba

Tabela 2: Diagnóstico de casos de HPV nos meses de julho a dezembro

Ano/Mês	julho N°/%	agosto N°/%	setembro N°/%	outubro N°/%	novembro N°/%	dezembro N°/%
2001	14 / 6,6	11 / 5,2	00 / 0,0	08 / 3,7	22 / 10,3	12 / 5,6
2002	27 / 5,1	55 / 10,4	43 / 8,1	27 / 5,1	20 / 3,8	19 / 3,6
2003	40 / 9,1	40 / 9,1	37 / 8,5	54 / 12,3	25 / 5,7	57 / 13
2004	25 / 5,5	04 / 1,0	31 / 7,8	37 / 9,3	43 / 11	29 / 7,3

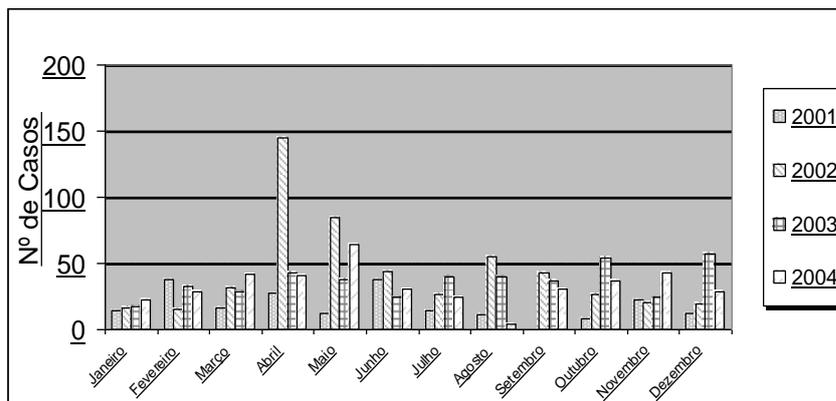
Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba.

Em 2002, o maior e menor índices foram, respectivamente, para o meses de maio (85 casos, correspondente a 16,1%) e fevereiro (15 casos, correspondente a 2,8%).

Em 2003, o maior índice de HPV foi para o mês de dezembro, com 57 casos, correspondente a 13,0%. Por sua vez, o menor índice foi para o mês de janeiro, com 17 casos (3,9%).

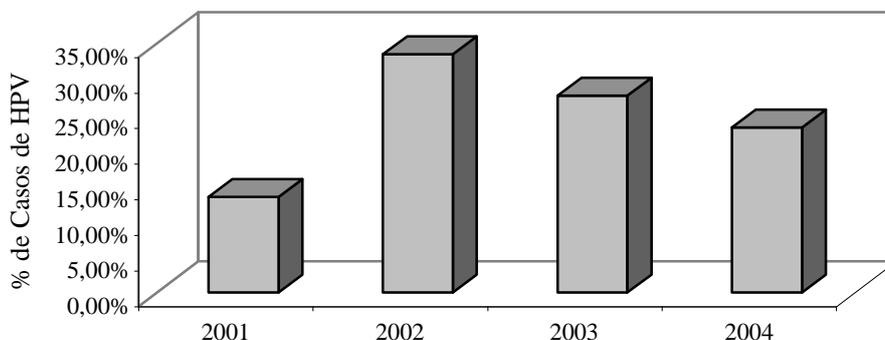
Por fim, em 2004, o maior índice encontrado foi para o mês de maio, com o registro de 64 casos (16,0%), e o menor foi para o mês de agosto, com 4 casos (1,0%).

Gráfico 1: Casos de HPV no Estado da Paraíba, de acordo com o ano e meses de estudo.



O Gráfico 2 apresenta os dados de prevalência de casos de HPV (dados em %) durante o período de janeiro de 2001 a dezembro de 2004, observando-se que a menor e a maior prevalência estão relacionadas aos anos de 2001 e 2002, respectivamente.

Gráfico 2: Percentagem de casos de HPV no Estado da Paraíba, de acordo com o ano de estudo.



## CONCLUSÃO

Nas condições de realização do presente trabalho, conclui-se que:

- o mês de maior prevalência foi em abril de 2002, com 145 casos;
- os meses de menor prevalência foram em setembro de 2001, onde não houve registro de casos, e agosto de 2004 (04 casos);

- o ano de maior prevalência foi 2002, com 528 casos, correspondente a 33,5%;
- o ano de menor prevalência foi 2001, com 213 casos, correspondente a 13,93%.

É importante ressaltar que o tratamento do HPV tem como objetivo reduzir ou eliminar as lesões causadas pela infecção. A forma de tratamento depende de fatores como a idade do paciente, o tipo, extensão ou localização das lesões. Pode ser feito com agentes tópicos, como ácido tricloroacético (50% – 90%), podofilotoxina a 0,5% em solução ou a 0,15% em creme e o 5-fluoruracila em creme. Há também o método da imunoterapia, que é eficaz em casos de recidivas associado a neoplasias de colo uterino, ou até mesmo por método cirúrgico. A principal prevenção deve ser feita com o uso de preservativos (NICOLAU, 2002).

Conforme ficou evidenciado, a infecção pelo HPV se constitui um importante problema de saúde pública, especialmente, nas regiões menos desenvolvidas de todo o mundo, tendo em vista a sua estreita relação com o câncer do colo do útero. Ainda pode ser observada uma elevada incidência dessa patologia no Estado da Paraíba. É necessário tentar estabelecer relações entre esse agente e algumas variáveis relacionadas às atividades sexual e reprodutiva das pacientes, e certas condições de vida, consideradas como fatores de risco para infecção por esse vírus.

## RESUMEN

Los papilomavirus pertenecen a la familia *Papillomaviridae*, género *Papillomavirus*, constituyen un grupo de virus que infectan la piel y las mucosas de algunos animales vertebrados, incluyendo el hombre. Hasta el presente, se conocen 150 tipos distintos de HPV, de los cuales, 40 se encuentran normalmente en el tracto genital. La infección genital por el HPV es considerada una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente entre las mujeres de vida sexual activa, con mayor intensidad en los países en desarrollo. En el Estado de Paraíba (Brasil) fueron diagnosticados 1576 nuevos casos entre los años 2001 al 2004. El principal método de prevención contra ese virus es el uso de preservativos.

## REFERÊNCIAS

BERNARD, H.U. *et al.* Assessment of known and novel human papillomavirus by polymerase chain reaction amplification, restriction fragment length polymorphisms, nucleotide sequence, and phylogenetic algorithms. **Infec. Dis.**, 170: 1077-1085, 1994.

- DE VILLIERS, E. M. Human pathogenic papillomavírus types: na update. **Curr. Top. Microbiol. Immunol.**, 186: 1-12, 1994.
- FRANCO, E.L. *et al.* Transmission of cervical human papillomavirus infection by sexual activity: differences between low and high Oncogenic Risk Types. **Infec. Dis.**, 172: 756 – 763, 1995.
- INSTITUTO Nacional do Câncer (INCA). **Oncoguia**, 2005.
- MUÑOZ, N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. **J. Clin. Virology**, 19: 1- 5, 2000.
- NICOLAU, S.M. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Papilomavírus Humano (HPV): diagnóstico e tratamento**, 2002
- VAN REGENMORTEL, M. H. V. *et al.* Family Papillomaviridae. In: Virus Taxonomy. Seventh Report of the International Committee on Taxonomy Viruses. Virology Division, **International Union of Microbiological Societies**, UK, Academic Press, p. 247-251, 2000.
- VILLA, L. L. O papel do papilomavírus na neoplasia genital feminina. In: **Tratado de oncologia genital e mamária**. Abrão FS. Ed, Roca: São Paulo, 1995. p. 39-48.
- VILLA, L. L. Human papillomavirus and cervical cancer. **Advances In Cancer Research** 71: Academic Press, San Diego. 321-441, 1997.
- ZUR HAUSEN, H. Papillomavirus infections a major cause of human cancer. **Biochimica Et Biophysica Acta**, 1288: 55-78, 1996.
- ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis. **J. Nat. Cancer Inst.**, 92 (9): 690-698, 2000.

# A REVOLUÇÃO DA BIOLOGIA MOLECULAR NA MEDICINA

Henrique Douglas M. Coutinho<sup>1</sup>

## RESUMO

A genética moderna busca desvendar a base molecular dos processos que geram uma doença genética, e melhorar os métodos de diagnóstico e tratamento. Estas descobertas têm contribuído para o desenvolvimento de técnicas que possibilitem uma análise detalhada dos genes. Avanços técnicos importantes sobre o DNA, o mapeamento gênico, clonagem, citogenética, e em muitas outras áreas da genética, são essenciais para isso. As últimas três décadas testemunharam uma revolução tecnológica, que resolveu os problemas referentes à obtenção de material genético, em quantidade e pureza suficientes, para que possa ser estudado. Essas duas tecnologias complementares são a clonagem molecular e a reação em cadeia da polimerase (PCR).

**Palavras-chave:** Biologia molecular. Genética. Clonagem molecular. PCR.

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos principais objetivos da genética moderna é desvendar a base molecular das mutações que levam a uma doença genética, e utilizar esse conhecimento para melhorar os métodos de diagnóstico e tratamento (NUSSBAUM *et al.*, 2002). As descobertas em genética molecular têm contribuído muito para o desenvolvimento de novas e revolucionárias tecnologias que permitam a análise detalhada de genes normais e anormais (JORDE *et al.*, 2002). A aplicação dessas técnicas tem aumentado a compreensão dos processos moleculares em todos os níveis, do gene ao organismo por completo, como também apoiado o desenvolvimento de uma vasta gama de procedimentos laboratoriais para a detecção e o diagnóstico das doenças genéticas (NUSSBAUM *et al.*, 2002). Avanços significativos ocorreram na tecnologia do DNA, no mapeamento gênico, clonagem, citogenética e em muitas outras áreas da genética.

Os geneticistas moleculares enfrentam dois obstáculos fundamentais para desenvolver suas investigações sobre a base molecular das doenças. O primeiro obstáculo é obter uma quantidade suficiente de uma seqüência de DNA ou RNA de interesse, que

---

<sup>1</sup> Professor da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – FMJ e da Universidade Regional do Cariri – URCA.

permita sua análise. O segundo obstáculo é o de purificar a seqüência de interesse dentre todas os outros segmentos de DNA ou moléculas de RNAm (RNA mensageiro) presentes na célula. As últimas três décadas testemunharam uma revolução tecnológica, que resolveu tanto os problemas de quantidade quanto os de purificação. Essas duas tecnologias complementares são a clonagem molecular e a reação em cadeia da polimerase (PCR) (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

## 2 CLONAGEM MOLECULAR

O processo de clonagem molecular envolve a transferência de uma seqüência de DNA de interesse para uma única célula de um microorganismo. O microorganismo é subsequente cultivado, de modo a reproduzir a seqüência de DNA junto com seu próprio complemento de DNA. Grandes quantidades de seqüência de interesse podem ser isoladas em forma pura, para uma análise molecular detalhada (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Um dos principais avanços no desenvolvimento da clonagem molecular foi a descoberta, no início da década de 1970, das endonucleases de restrição bacterianas (enzimas de restrição), enzimas que reconhecem seqüências bifilamentares específicas no DNA, e o clivam no sítio de reconhecimento ou próximo a ele. Hoje, são conhecidas mais de 1000 dessas enzimas, e a maioria tem sítios de reconhecimento que consistem em quatro ou seis pares de bases, embora algumas tenham sítios maiores. Em geral, as seqüências são denominadas palíndromos, pois a seqüência de bases no sítio de reconhecimento age no sentido de 5' para 3' e é a mesma, em ambos os filamentos de DNA (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

A clivagem de uma molécula de DNA com uma determinada enzima de restrição digere o DNA em uma coleção característica e reproduzível de fragmentos, os quais refletem a freqüência e a localização de sítios específicos de clivagem. Esta propriedade das enzimas de restrição tem duas implicações importantes e centrais ao seu papel na tecnologia do DNA recombinante e conseqüentemente à genética médica. A primeira é que a digestão de amostras de DNA genômico com enzimas de restrição permite que se examine uma seqüência particular de nucleotídeos dentre várias outras. A segunda é que todas as moléculas de DNA digeridas por uma determinada enzima de restrição que dão origem a duas novas moléculas de DNA podem ser unidas novamente, *in vitro*, pela interação de suas pontas complementares de bases, que é seguida pelo término das

seqüências fosfodiéster em cada filamento por uma enzima chamada **DNA ligase**. Essa etapa de ligação cria uma molécula de DNA “recombinante”, com uma ponta derivada de uma fonte de DNA e a outra derivada de uma fonte diferente (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

A técnica de DNA recombinante consiste em determinar um organismo para doar o DNA (organismo em estudo) para análise, que é denominado **organismo doador**. O procedimento básico é extrair e cortar o DNA de um genoma doador em fragmentos, contendo de um a vários genes, e permitir que esses fragmentos sejam individualmente inseridos em pequenas moléculas de DNA abertas, de replicação autônoma, tais como os plasmídios bacterianos. Essas pequenas moléculas circulantes atuam como portadoras ou **vetores** dos fragmentos de DNA. As moléculas vetoras, com suas inserções, são chamadas de **DNA recombinante**, porque consistem em novas combinações do DNA do genoma doador (que pode ser de qualquer organismo), com o DNA vetor de uma fonte totalmente diferente (geralmente um plasmídio bacteriano ou um vírus). A mistura do DNA recombinante é, então, usada para transformar células bacterianas. Assim, as células bacterianas são plaqueadas e deixadas crescer em colônias. Uma célula individual transformada com um único vetor recombinante irá se dividir em uma colônia com milhões de células, todas levando o mesmo vetor recombinante. Uma colônia individual contém uma população muito grande de inserções idênticas de DNA, e essa população é chamada de **clone de DNA**. (GRIFFITHS *et al.*, 2002).

### 3 VETORES

Plasmídios - São moléculas circulares e bifilamentares de DNA, que se replicam extracromossomicamente em bactérias e leveduras. Os plasmídios especificamente destinados à clonagem molecular em geral são pequenos (vários kb de tamanho), e contêm uma origem de replicação (para se replicar em *Escherichia coli* ou em leveduras), um ou mais marcadores selecionáveis (tais como um gene que confere resistência a antibióticos) e um ou mais sítios de restrição que podem ser cortados e usados para a ligação de moléculas exógenas de DNA. A clonagem em plasmídios é um procedimento padrão para a análise de moléculas pequenas de DNA (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Bacteriófago lambda - É outro vetor muito usado. Vírus bacteriano com uma molécula de DNA bifilamentar relativamente grande (cerca de 45 kb). Cerca de um terço

do genoma de bacteriófago não é essencial (“fragmentos internos”) para o crescimento e a lise, e pode ser substituído por outras seqüências de DNA. Assim, o fago lambda é extremamente adequado à clonagem de trechos de DNA humano de até 20 kb (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Cosmídios - Uma desvantagem dos plasmídios padrão como vetores é que eles são ineficientes para a introdução de moléculas de DNA recombinante nas bactérias, se as inserções forem maiores que cerca de 20 kb. Um método para superar essa ineficiência foi o desenvolvimento de vetores cosmídios. Eles são essencialmente plasmídios que usam a habilidade das partículas infecciosas do bacteriófago lambda, para “embalar” eficientemente grandes pedaços lineares de DNA em capas de proteína, que então se ligam à superfície das bactérias e injetam seus conteúdos de DNA. A limitação do tamanho da inserção do cosmídio é que lambda não é capaz de acomodar seu DNA, haja ou não uma inserção, se o cromossomo do bacteriófago exceder aproximadamente 50 kb de tamanho (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Um típico exemplo da utilização de cosmídios no diagnóstico de doenças genéticas é a detecção de microdeleções causadoras da Síndrome de Rubinstein-Taybi, em que cinco cosmídios (RT100, RT102, RT191, RT203 e RT166) podem ser usados simultaneamente para detectar deleções submicroscópicas (STEVENS, 2003).

Cromossomos artificiais de bactérias - No final da década de 1990, tornou-se disponível a tecnologia para clonar, em bactérias, fragmentos de DNA muito maiores que os cosmídios. Tais plasmídios enormes são chamados de cromossomos artificiais de bactérias (BCAs). Os BCAs podem levar inserções de DNA humano de 100 a 300kb de tamanho (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Cromossomos artificiais de leveduras - Para muitos enfoques de clonagem gênica e mapeamento gênico é vantajoso isolar o maior pedaço possível de DNA humano. O vetor de clonagem com a maior capacidade é o cromossomo artificial de leveduras (YAC). Dois braços, um contendo um telômero de levedura, um centrômero e um marcador selecionável, e outro contendo um telômero e um segundo marcador selecionável, estão ligados às pontas de grandes fragmentos de restrição gerados pela digestão parcial do DNA genômico, criando assim um cromossomo artificial. Esses fragmentos são transferidos para um hospedeiro (*Saccharomyces cerevisiae*), onde se replicam e se segregam como cromossomos normais lineares de levedura. Os YACs permitem a clonagem e o isolamento de fragmentos de DNA de até 1000 a 2000kb de tamanho, bem menores que um

cromossomo humano normal, mas aproximadamente do mesmo tamanho de um cromossomo normal de levedura (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

#### 4 CONSTRUÇÃO DE BIBLIOTECAS

A finalidade da clonagem molecular é isolar um determinado gene ou outra seqüência de DNA, em grandes quantidades, para posterior estudo. Um enfoque comum para gerar grandes quantidades de uma seqüência é construir um conjunto de clones de bactérias ou leveduras que contenham um vetor, no qual os fragmentos de DNA foram inseridos. Tal coleção de clones é chamada de “Biblioteca”, a qual, pelo menos teoricamente, contém todas as seqüências encontradas na fonte original, incluindo sua seqüência de interesse. Temos, então, que identificar o clone ou os clones de interesse na Biblioteca usando métodos sensíveis de triagem que, em alguns casos, são capazes de encontrar até mesmo uma única cópia do clone de interesse em uma coleção de até 10 milhões de clones iniciais (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Outro tipo comum de biblioteca usada para isolar genes é a de DNAc, a qual representa cópias de **DNA complementar** da população de RNAm, presente em um determinado tecido. Tais Bibliotecas de DNAc em geral são preferíveis às genômicas, como uma fonte de genes clonados, pois, como o clone é feito a partir do RNAm, o DNAc não tem as seqüências reguladoras anteriores e posteriores (upstream e downstream), nem os íntrons. Portanto, o DNAc dos eucariontes pode ser traduzido em proteínas funcionais nas bactérias, uma característica importante quando se expressam genes eucarióticos em hospedeiros bacterianos. Um DNAc não fornece nenhuma indicação do tamanho ou do número de éxons ou a seqüência dos pontos de corte em 5' e 3' ( NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Vários métodos foram desenvolvidos para clonar DNAc, todos eles baseados na enzima **transcriptase reversa**, uma DNA polimerase dependente de RNA, derivada de retrovírus que pode sintetizar um filamento de DNAc, a partir de um molde de RNA. A transcriptase reversa necessita de um *primer* para iniciar a síntese de DNA. Em geral, é usado um oligonucleotídeo contendo timinas (oligo-dT). Esse curto homopolímero liga-se à cauda poliA, na ponta 3' das moléculas de RNAm, e assim inicia a síntese de uma cópia complementar. Esse DNAc unifilamentar é então convertido em uma molécula

bifilamentar por um dos vários métodos disponíveis, e o DNAc bifilamentar pode então ser ligado a um vetor adequado, em geral um plasmídeo ou um bacteriófago, para criar uma biblioteca de DNAc que represente todos os RNAm originalmente transcritos encontrados no tipo de célula ou tecido inicial ( NUSSBAUM *et al.*, 2002).

## 5 A REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE

A **reação em cadeia da polimerase** (PCR) é uma alternativa à clonagem para gerar, essencialmente, quantidades ilimitadas de uma seqüência de interesse. A PCR pode amplificar seletivamente uma única molécula de DNA ou RNA vários bilhões de vezes em algumas horas, e revolucionou tanto o diagnóstico molecular quanto a análise das doenças genéticas( NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Os enfoques de RFLP e VNTR que foram úteis em muitas aplicações, originalmente dependiam da transferência de Southern e dos procedimentos de clonagem. Essas técnicas apresentam algumas limitações. A clonagem consome muito tempo, em geral precisando de uma semana ou mais de tempo de laboratório. Além disso, o enfoque padrão de transferência de Southern requer quantidades relativamente grandes de DNA purificado, em geral vários microgramas (até 1ml de sangue fresco seria necessário para produzir esse DNA).

Um enfoque mais novo para se fazer cópias de DNA, a reação em cadeia da polimerase (PCR), tornou a detecção da variação genética ao nível de DNA muito mais eficiente. O processo da PCR, resumidamente, exige quatro componentes: (1) Dois *primers*, consistindo em 15 a 20 bases de DNA cada. Os *primers* correspondem a seqüências de DNA imediatamente adjacentes à seqüência de interesse (essa seqüência pode conter uma mutação que cause doença, ou pode conter um polimorfismo de repetição de microsatélite); (2) DNA polimerase, uma forma termicamente estável dessa enzima, inicialmente derivada da bactéria *Thermus aquaticus*, efetua o processo vital de replicação de DNA; (3) Um grande número de nucleotídeos livres de DNA e; (4) DNA genômico de uma pessoa. Devido à extrema sensibilidade da PCR, a quantidade desse DNA pode ser muito pequena.(JORDE *et al.*, 2002).

O DNA genômico é inicialmente aquecido a uma temperatura relativamente alta (95°C mais ou menos), de modo que ele se desnatura e fica unifilamentar. Esse DNA é,

então, exposto a grandes quantidades de *primers*, com os quais se hibridiza, ou se helicoidiza, por meio das bases complementares adequadas do DNA genômico, à medida que é esfriado a uma temperatura de helicoidização de aproximadamente 35° a 65°C. O DNA é então aquecido a uma temperatura intermediária (70° a 75°C). Na presença de um grande número de bases livres do DNA, um novo filamento de DNA é sintetizado pela DNA polimerase, a essa temperatura, ampliando a seqüência do *primer*. O DNA recém-sintetizado consiste em um duplo filamento que tem a ponta 5' do *primer* em uma extremidade, seguido das bases adicionadas por meio da ampliação do *primer* pela DNA polimerase. O DNA bifilamentar é, então, aquecido novamente a uma alta temperatura, fazendo com que ele se desnature. O ciclo de aquecimento/resfriamento é repetido. Agora, o DNA recém-sintetizado serve como molde para outras sínteses. À medida que os ciclos de aquecimento/resfriamento são repetidos, o DNA ligado ao *primer* é amplificado geometricamente: o número de cópias dobra a cada ciclo. Daí o processo ser chamado de “reação em cadeia”. Tipicamente, os ciclos são repetidos 20 a 30 vezes, produzindo milhões de cópias do DNA original (JORDE *et al.*, 2002).

Em resumo, a PCR é uma amplificação enzimática de um fragmento de DNA (o alvo) situada entre dois “*primers*” oligonucleotídicos. Esses *primers* são criados de modo que um deles seja complementar a um filamento da molécula de DNA, de um lado da seqüência-alvo e o outro seja complementar ao outro filamento da molécula de DNA, no lado oposto da seqüência-alvo. Como a ponta 3' de cada *primer* oligonucleotídico segue para a seqüência-alvo a ser amplificada, e os *primers* são flanqueadores da seqüência-alvo, os *primers* são amplificados pela síntese, pela DNA polimerase, da seqüência entre eles. Os *primers* são orientados de modo que iniciem dois novos filamentos de DNA, que sejam complementares e formem essencialmente uma segunda cópia da seqüência-alvo original. Ciclos repetidos de desnaturação por aquecimento, hibridização aos *primers* e síntese enzimática de DNA resultam em uma amplificação exponencial da seqüência-alvo de DNA. Com o uso de “máquinas de PCR” especificamente criadas, uma rodada de amplificação leva apenas alguns minutos. Em apenas algumas horas, muitos bilhões de cópias podem ser criadas a partir de uma seqüência inicial ( NUSSBAUM *et al.*, 2002).

A amplificação rápida de seqüências específicas por PCR pode ser usada para facilitar a clonagem de genes específicos, a partir de amostras de genes específicos de amostras de DNA para a análise de mutação. Trechos particulares de um gene (em geral éxons) de um DNA podem ser rapidamente amplificados usando-se *primers* específicos

para o gene normal. O gene mutante pode, então, ser facilmente seqüenciado ou testado pelos métodos de hibridização ASO. O que era um procedimento muito trabalhoso, envolvendo a construção de uma biblioteca genômica ou de DNAC, a partir do DNA ou do RNA dos pacientes, seguido de triagem do gene de interesse, agora pode ser feito em menos de um dia. A PCR facilitou muito o desenvolvimento e a aplicação clínica de muitos testes diagnósticos de DNA (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Reação em cadeia de Polimerase também pode ser aplicada à análise de pequenas amostras de RNA, um procedimento em geral chamado de PCR de transcriptase reversa. Um único filamento de DNAC é sintetizado a partir do RNAm de interesse com a mesma transcriptase reversa, que é usada para preparar bibliotecas clone de DNAC. Os *primers* de PCR são então adicionados, juntamente com a DNA polimerase, como no caso da PCR de DNA. Um dos oligonucleotídeos inicia a síntese do segundo filamento do DNAC, que em sua forma bifilamentar serve como alvo para a amplificação pela PCR. (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

A PCR é uma técnica extremamente sensível. Ela permite a detecção e análise de seqüências gênicas específicas em uma amostra do paciente sem clonagem e sem a necessidade de transferência de Southern ou Northern. As análises podem ser feitas até mesmo em uma única célula obtida de um fio de cabelo, das poucas células bucais presentes em um bochecho, de um único blastômero removido de um embrião no estágio de quatro células, de espermatozóides colhidos de uma amostra vaginal de uma vítima de estupro, ou de uma gota de sangue seco da cena de um crime. No entanto, esta técnica elimina, portanto, a necessidade de preparar grandes quantidades de DNA ou RNA das amostras de tecido. Ela está rapidamente se tornando um método padrão para a análise de amostras de DNA e RNA nos laboratórios de pesquisa, de diagnóstico clínico molecular, nos forenses e de medicina legal. É mais rápida, menos dispendiosa, mais sensível e usa menos amostras do paciente que qualquer outro método de análise de ácidos nucléicos. (NUSSBAUM *et al.*, 2002).

Como técnica revolucionária e moderna, a PCR tem um amplo leque de utilizações, como: (1) Identificação de bactérias (por exemplo, *Mycobacterium tuberculoses*, *Rickettsia rickettsii*, *Ehrlichia chaffeensis*, *Borrelia burgdorferi*, *Yersinia pestis*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* e demais espécies de *Mycoplasma*, *Legionella pneumophila*, *Legionella dumoffi*, *Escherichia coli*, todas as espécies de *Shigella*, *Helicobacter pylori*, *Clostridium difficile*,

*Staphylococcus aureus* e outras inúmeras mais); (2) Identificação de vírus (por exemplo, o vírus da imunodeficiência humana, vírus de células linfóides T humanas, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C, vírus do Herpes Simplex, vírus Epstein-barr, citomegalovírus, vírus Varicella-Zoster, Parvovírus, vírus da Influenza A e B, Rotavírus, Adenovírus humano, vírus da Rubéola, Enterovírus humanos, Papilomavírus humano e outros inúmeros mais); (3) Identificação de fungos (por exemplo, *Cryptococcus neoformans* e *Pneumocystis carinii*, dentre outros inúmeros mais); (4) Identificação de Parasitas (por exemplo, *Trypanosoma cruzi* e tripanossomoses africanas, todas as espécies de *Leishmania* e *Plasmodium*, *Entamoeba histolytica*, *Babesia microti*, *Giardia lamblia* e outros inúmeros mais) (PERSING *et al.*, 1993).

A identificação da demência frontotemporal causada por Parkinsonismo-17 é identificada por testes genéticos moleculares usando a técnica de PCR e a análise “dot blot” reversa para oligonucleotídeos alelo-específicos, é indicado clinicamente para a identificação de mutações genéticas causadoras da doença (SWIETEN e HEUTINK, 2001).

A PCR é a técnica mais eficiente para a detecção de micróbios em espécimes clínicas, pois apresenta procedimentos cuidadosos e consegue detectar, mensurar e identificar espécies. A análise de resultados de PCR é muito importante no diagnóstico, particularmente em doenças inflamatórias crônicas. Uma aplicação clínica extremamente importante da PCR é o monitoramento da presença de bactérias no líquido cerebrospinal, que pode detectar uma série de bactérias, como a *Chlamydia pneumoniae* em doenças inflamatórias crônicas ou autoimunes, como a esclerose múltipla (YAMAMOTO, 2002).

Para determinar a taxa de infecção pelo *Schistosoma mansoni* em *Biomphalaria tenagophila* e em *Biomphalaria straminea* foi utilizada a reação em cadeia da polimerase em baixa stringência (LS-PCR), como técnica complementar ao método de exposição à luz. A LS-PCR foi padronizada em laboratório para detectar o DNA do trematódeo, em *B.glabrata*. A taxa de infecção pelo *S. mansoni* foi maior quando se utilizou a técnica convencional e a LS-PCR. O perfil do DNA do parasita foi detectado após sete dias de exposição a miracídios em ambas as espécies, quando utilizou-se a LS-PCR. Essa técnica possibilita a detecção precoce de focos de transmissão, em áreas endêmicas, antes do início da eliminação das cercarias, demonstrando assim a importância da PCR na prevenção da Esquistossomose.(JANNOTTI-PASSOS e SOUZA, 2002).

Para a análise de deleções em pacientes com distrofinopatias, a técnica de PCR simplifica muito os testes e os torna mais rápidos e com menor custo. São utilizados múltiplos *primers* simultaneamente para amplificar muitos éxons numa mesma reação e, assim, determinar a presença ou não de um determinado éxon por separação dos produtos da PCR por uma eletroforese em gel, em que o DNA é fixado no mesmo (KORF *et al.*, 2000).

A identificação molecular de membros do complexo *Mycobacterium avium* é feita através da técnica de PCR, já que a identificação bioquímica não permite a discriminação de suas espécies. A amplificação por PCR de DT1 e DT6, duas seqüências de cópia única identificadas no genoma de *M. avium* sorotipo 2, da seqüência de inserção IS1245, encontrada consistentemente em cepas de *M. avium* e de um fragmento do gene da proteína de choque térmico hsp65, seguida da análise do polimorfismo de restrição são testes rápidos e acurados para a diferenciação das espécies *M. avium*, *M. intracellulare* e *M. scrofulaceum* (SIRCILI *et al.*, 1999).

A técnica de PCR é utilizada para a análise de variabilidade genética de agentes patogênicos em humanos, como, por exemplo, a identificação da variabilidade genética de isolados de HIV-1, em que o estudo da seqüência de nucleotídeos e a análise filogenética do gene *env* 11, isolado do HIV-1, detectaram a presença de um tipo recombinante similar, mas não idêntico, em sua seqüência de nucleotídeos, aos demais mosaicos já descritos (PROIETTI *et al.*, 1999).

Outro exemplo de análise de agentes patogênicos é a identificação do vírus da Dengue tipo 3. O vírus foi isolado em cultura de células C6/36 inoculadas com soro colhido de um paciente. O sorotipo 3 foi identificado por imunofluorescência indireta com anticorpos monoclonais tipo-específico, e posteriormente foi confirmado por PCR (ROCCO *et al.*, 2001).

## **6 DNA POLIMÓRFICOS AMPLIFICADOS ALEATORIAMENTE (RAPD)**

Um único *primer* de PCR criado aleatoriamente, em geral amplificará, ao acaso, várias regiões diferentes do genoma. A seqüência única “encontrará” o DNA delimitado por duas cópias invertidas da seqüência *primer*. O resultado será um grupo de bandas de DNA amplificadas com tamanhos diferentes. Em um cruzamento, algumas das bandas

amplificadas podem ser únicas para um genitor e, neste caso, podem ser tratadas como loci heterozigoto (+/-), e usadas como marcadores moleculares na análise de mapeamento. Note, também, que o grupo de fragmentos de DNA amplificados (chamados de **RAPD**) é um outro tipo de *fingerprint* de DNA, que pode ser usado para caracterizar um organismo individual. Tais marcas de identificação podem ser muito úteis na genética rotineira ou em estudos populacionais (GRIFFITHS *et al.*, 2002).

A técnica RAPD pode ser utilizada para identificar muitas doenças genéticas, doenças causadas por bactérias (a *Borrelia burgdorferi*, por exemplo, e suas demais espécies), doenças causadas por vírus (o Papilomavírus humano, por exemplo), e também pode ser utilizada para detectar muitos outros microorganismos causadores de doenças (fungos, parasitas humanos, etc) (PERSING *et al.*, 1993).

## THE REVOLUTION OF MOLECULAR BIOLOGY IN THE MEDICINE

### ABSTRACT

The modern genetics search to show the molecular base of the processes that generate a genetic illness and to improve the methods of diagnosis and treatment. These discoveries have contributed for the development of techniques that make possible a detailed analysis of the genes. Important advances technician on the DNA, the genetic mapping, cloning, cytogenetics and in many other areas of the genetics are essential for this. Last the three decades had testified a technological revolution that decided the problems with the obtaining the genetic material in enough amount and pureness so that it can be studied. These two complementary technologies are the molecular cloning and the Polymerase Chain Reaction (PCR).

**Key Words:** Molecular biology. Genetics. Molecular cloning. PCR.

### REFERÊNCIAS

- GRIFFITHS, A. J. F. et al. **Introdução à genética**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- JANNOTTI-PASSOS, L. K.; SOUZA, C. P. Susceptibility of *Biomphalaria tenagophila* and *Biomphalaria straminea* to *Schistosoma mansoni* infection detected by low stringency polymerase chain reaction. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 42, n. 5, p. 291-294. 2000.

- JORDE, L. B. et al. **Genética médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- KORF, B. R.; DARRAS, B. T.; URION, D. K. **Dystrophinopathies**. Disponível em: <<http://www.genetests.com>>. Acesso em: 07 maio 2005.
- NUSSBAUM, R. L.; MCINNES, R.; WILLARD, H. F. **Thompson e Thompson: genética médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- PERSING, D. H. et al. **Diagnostic molecular microbiology principles and applications**. ASM press. 1993.
- PROIETTI, A. B. F. C. et al. Genetic variability of HIV-1 isolates from Minas Gerais, Brazil. **Rev. Microbiol.**, v. 30, n. 2, p. 141-143. 1999.
- ROCCO, I. M.; KAVAKAMA, B. B.; SANTOS, C. L. S. First isolation of dengue 3 in Brazil from na imported case. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 43, n. 1, p. 55-57. 2001.
- SIRCILI, M. P.; ROXO, E.; LEÃO, S. C. Discrimination of members of the Mycobacterium avium complex by polymerase chain reaction. **Rev. Microbiol.**, v. 30, n. 2, p. 144-148. 1999.
- STEVENS, C. A. **Rubinstein-Taybi Syndrome**. University of Tennessee College of Medicine. Disponível em: <<http://www.genetests.com>>. Acesso em: 07 maio 2005.
- SWIETEN, J. C.; HEUTINK, P. **Frontotemporal Dementia with Parkinsonism-17**. Disponível em: <<http://www.genetests.com>>. Acesso em: 07 de maio 2003.
- YAMAMOTO, Y. P.C.R. Diagnosis of infection: detection of bacteria in cerebrospinal fluids. **Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology**, v. 9, n. 3, p. 508-514, 2002.

## **“PENSO QUE NÃO TEM MAIS JEITO”: HISTÓRIA DE VIDA DE UMA MULHER ACOMETIDA DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**

Bernadete de Lourdes André Gouveia<sup>8</sup>  
Maria do Socorro Loureiro Cavalcanti<sup>9</sup>

### **RESUMO**

Este trabalho reflete sobre o tema saúde da mulher, abordando a neoplasia de maior frequência na população feminina, o câncer do colo do útero. Procurei pesquisar esta problemática na perspectiva real de aproximação do cotidiano de uma mulher acometida de câncer cérvico-uterino, embasada na história oral como método de trabalho. A escolha da colaboradora deu-se pelo fato dela encontrar-se internada para tratamento em uma instituição em que presto serviço. Utilizando o recurso da história oral de vida, procurei seguir os passos da transformação do texto oral em linguagem escrita pelas fases de transcrição, textualização e transcrição da narrativa adquirida após entrevistas. Para tanto, segui as seguintes questões de corte: Fale sobre sua história de vida?: Que tipo de assistência você procura nos serviços de saúde?; O quanto sua doença modificou sua vida familiar?; O eixo apresentado na narrativa da colaboradora está presente no seguinte “tom vital”: “Penso que não tem mais jeito” [...]. Com esta frase observo o desânimo e a falta de esperança da narradora na perspectiva de cura de sua doença. Ainda foi destacado a demora e o tipo de tratamento recebidos, bem como a desumanização dos profissionais de saúde por onde ela passou. Assim, este trabalho visa a registrar a trajetória de mulheres que tenham sido acometidas de câncer cérvico-uterino, de forma a recompor aspectos da vida individual, possibilitando ampliar a visão de quem atua na área da saúde, frente às condições desfavoráveis de trabalho e suas implicações para a saúde da clientela.

**Palavras-Chave:** Neoplasia. Câncer cérvico-uterino. História oral de vida.

---

<sup>8</sup> Especialista em Saúde Coletiva e Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

<sup>9</sup> Orientadora. Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

## **1 CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: IMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**

O câncer do colo do útero é uma doença que tem geralmente o desenvolvimento insidioso e lento. Constitui-se na segunda localização anatômica mais comum do câncer na população feminina, responsável por 20,1% de todos os tumores malignos em mulheres brasileiras.

A grande prevalência do câncer invasivo do colo uterino nos países do terceiro mundo reflete o grau de desenvolvimento econômico e cultural dessas regiões, os hábitos, a higiene sexual e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a estas populações.

Com algumas exceções estaduais ou regionais, a taxa de mortalidade por câncer cérvico-uterino não mostrou variação importante nesta última década, e os programas preventivos realizados em nosso País, até o momento, foram muito pouco efetivos, como apontam Pinotti, Carvalho e Nisida (1994).

Existem programas de qualidade implantados em algumas regiões do País, no entanto, esses programas não conseguem se espalhar. São trabalhos isolados que pouco interferem no panorama geral de saúde do País (PINOTTI, CARVALHO E NISIDA, 1994).

Alguns esforços têm sido envidados para minimizar esta situação. No entanto, esse continua sendo um problema sério de saúde pública no Brasil.

A literatura aponta aspectos relevantes, no sentido de detecção precoce. Em artigo de Moraes (1997), o autor destaca que, embora o Brasil tenha sido um dos pioneiros na introdução da citologia de Papanicolau como meio de detecção do câncer do colo uterino, o coeficiente de mortalidade dessa doença, nas mulheres, denota o quanto continua a ser um sério problema de saúde pública. Tal destaque é apresentado como sendo resultante da falta de organização e continuidade dos programas até então estabelecidos. Aponta, ainda, que esses “não costumam assegurar o tratamento adequado de casos diagnosticados e nem contam com uma avaliação adequada das várias etapas e dos resultados finais”. (Moraes, 1997, p. 103)

O estudo desenvolvido por Karan, Horta e Ghelling (1996) sobre a prevenção do câncer do colo uterino, apresenta as controvérsias que persistem a respeito do intervalo de rastreamento. Enquanto o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia apregoa que o

exame deve ser repetido a cada ano, a Sociedade Americana do Câncer preconiza o início do rastreamento coincidindo com o início da vida sexual, ou a partir dos 18 anos, e que após 2 anos consecutivos com resultado negativos, esta periodicidade deve ser estendida para três anos.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o controle deve ser anual, por dois anos consecutivos, a partir dos 25 anos de idade e, ocorrendo a negatificação, a periodicidade passa a ser trienal, até os 60 anos de idade.

No Brasil, por meio do Instituto Nacional do Câncer, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, foi elaborado um Programa Nacional de rastreamento do câncer do colo uterino, cujas estratégias para implantação incluem a adoção de projetos-piloto, um em cada região do País, com o intuito de avaliar a efetividade, para ser posteriormente expandido a outros municípios. Trata-se do programa “Viva-Mulher”.

Esse Programa tem por objetivo reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero, através de ações educativas e da melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema de Saúde.

Esse programa contém as seguintes etapas:

- recrutamento da população alvo (mulheres entre 35 a 49 anos);
- coleta de material para exame de Papanicolau;
- análise laboratorial de citopatologia;
- tratamento de casos diagnosticados;
- avaliação.

Nessa última, contempla-se a avaliação de processo e avaliação de resultados. Tais avaliações propiciarão correções e expansão do Programa.

O Viva Mulher assume o compromisso de trabalhar para a reversão do quadro sombrio de morbi-mortalidade no Brasil, e muito mais, prevenir a doença, promovendo saúde, qualidade e dignidade para a vida de milhões de mulheres brasileiras.

São várias as barreiras encontradas para a realização de um programa como este. Destacamos alguns, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA:

- desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero e dificuldades pessoais, especialmente devido às limitações econômicas, culturais e infra-estruturais;
- falta de conhecimento do próprio corpo e vergonha em fazer o exame;

- influência familiar negativa, em especial por parte dos homens;
- medo do resultado.

Mediante os problemas encontrados, o programa Viva Mulher elaborou algumas ações:

- desenvolvimento de ações educativas para a população – alvo que devem ser realizadas respeitando-se a realidade das mulheres, seus limites, potencialidades, receios e conhecimentos;
- transmitir às mulheres a idéia de que o preventivo é um procedimento simples e sem riscos, demonstrando ainda que esta é uma ação para a saúde e não uma busca da doença.

Algumas dificuldades também são encontradas pelo programa no que se refere aos serviços de saúde, como:

- dificuldades na marcação da consulta;
- falta de informações e ausência de um atendimento humanizado;
- desorganização do serviço.

O trabalho em equipe, a participação e a responsabilidade de todas as pessoas que compõem o Sistema de Saúde no Brasil são elementos estratégicos para a busca de soluções dessas barreiras.

A meta do Programa, em cinco anos, é incluir 12 milhões de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. Isto certamente reverterá o ainda sombrio quadro epidemiológico do câncer do colo uterino no Brasil.

## **2 O MÉTODO – HISTÓRIA ORAL DE VIDA**

Contrapondo-me às idéias do INCA, quando atribui ao desconhecimento das mulheres sobre o câncer como barreira aos Programas, e entendendo que outros fatores pessoais, familiares e culturais são freqüentemente colocados em planos hierárquicos inferiores pela mulher, é que procurei me respaldar na história oral como método que leva à reflexão de fatores biológicos, econômicos e culturais, que dão sentido às existências humanas. Dessa

forma, acatamos o pensamento de Santos (1998), quando afirma em seu livro sobre os depoentes da Marcha dos Sem Terra, que sua reflexão buscou “garantir a totalidade e essência de conteúdos revelados a experiências registradas”.

Segundo Meihy (1998), “a história oral é um recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à vida social de pessoas” (p. 17). Ela é uma história do tempo presente, conhecida como história viva. O projeto de história oral tem a entrevista como ponto de partida. Possibilita a narrativa e aproximação de pessoas e instituições preocupadas com três aspectos importantes da vida:

- o registro, arquivamento e a análise da documentação recolhida através de relatos com testemunhos realizados com tecnologia moderna;
- a inclusão de histórias conhecidas pela população, muitas vezes ocultadas e desprezadas por vários motivos;
- muitas interpretações diferem das oficiais na sociedade atual, Meihy (1998).

No entendimento do autor, pode-se fazer história oral “a partir de uma pessoa, de algumas pessoas ou de um conjunto grande de entrevistas”. (p. 14)

Para colher a narrativa do colaborador, termo adotado aos indivíduos que se dispõem a contar sobre suas experiências, o diretor do projeto define previamente as seguintes etapas:

- escolha de pessoas a serem entrevistadas;
- planejamento da condução das gravações;
- período de transcrição;
- a autorização para uso, arquivamento e publicação.

Para a escolha das pessoas a serem entrevistadas, seguem-se alguns critérios para estabelecer quem deve ser entrevistado ou não, tomando-se por base a experiência do narrador com o tema pesquisado. Neste sentido, Meihy (1998), coloca a dificuldade em estabelecer prioridades e, diante do exposto, sugere que a narrativa seja iniciada a partir do “ponto zero”.

O ponto zero é um depoente que conhece a história do grupo ou a pessoa com quem se quer fazer a entrevista central. É a pessoa que mantém ou manteve contato com o depoente principal, que é conhecedora da história e/ou foi referida por terceiros.

Em alguns casos “o ponto zero se transforma na primeira entrevista”, tornando-se em guia no encaminhamento das narrativas. O depoente, narrador ou colaborador, como também é denominado na história oral, assume papéis significativos no andamento do processo, decorrente de sua participação, desde a etapa inicial do relato, passando pela transcrição, revisão do texto, até a autorização para publicação de parte ou do todo da narrativa.

No tocante ao planejamento da condução das entrevistas, alguns cuidados foram observados, com, por exemplo, no ato da entrevista, feita com auxílio de recurso tecnológico, de um gravador com microfone embutido; devem-se seguir algumas recomendações, a saber: marcar a entrevista de acordo com o entrevistado; comparecer ao local na hora marcada; trazer consigo gravador montado, com fita e pilhas, testados previamente; fornecer um ambiente de solidariedade, confiança e respeito e, por último, solicitar consentimento para gravar.

Antes de iniciada a entrevista, registrar dados do narrador e do interlocutor (nome, data, hora); nome do projeto e local da entrevista, se possível na ausência do narrador. São prestados alguns esclarecimentos, como: a conferência da entrevista; compromisso de publicação apenas dos dados que forem consentidos previamente pelo colaborador. Para não deixar o entrevistado sob expectativas imediatas, deve-se alertar para o tempo de transcrição que é demorado. Nas entrevistas de história oral de vida, as perguntas devem ser amplas; apresentadas em grandes blocos e numa seqüência cronológica da trajetória do entrevistado.

A transcrição, tão importante quanto qualquer outra etapa do processo de história oral, é a passagem da gravação para o escrito.

Em suas considerações sobre a transformação do relato oral em texto, Meihy (1998) recomenda as fases de:

- transcrição;
- textualização;
- transcrição.

Muitas pessoas e grupos defendem a transcrição completa e absoluta com sons e diálogos. No entanto, esse posicionamento tem sido contestado pelos que tem na história oral o compromisso com o tema que dá visibilidade ao problema, desprezando trechos que fogem da realidade do tema narrado, ou introduzindo aspectos que são acrescentados em momentos informais nos contatos sociais.

O que deve chegar ao alcance do público é um trabalho com interferência do autor visando a melhoria do texto, como aponta Meihy (1998): “editar uma entrevista equivale a tirar os andaimes de uma construção depois de pronta”. Portanto, retirar as palavras repetidas, conservando o “acervo fraseológico e a caracterização vocabular de quem contou a história”, torna o texto mais receptivo.

A transcrição da entrevista é iniciada após escuta de toda a fita, transformando o relato oral em linguagem escrita, seguindo o ritmo da narrativa, o conteúdo fraseológico e as características vocabulares do narrador da história, mostrando-se fiel ao acontecido. “Expressões repetidas devem manter-se em dose suficiente para o leitor sentir o tipo de narrativa”, Meihy (1998, p. 66), tornando-a convidativa para leitura.

Na fase de textualização, as perguntas são incorporadas, ficando fundidas às respostas. “O texto passa ao domínio exclusivo do narrador, que assume uma personagem única e exclusiva na primeira pessoa”, conforme Meihy (1998, p. 67). Ainda nesta etapa, há definição de palavras-chave, que devem ser grifadas, propiciando uma lógica ao texto, privilegiando algumas idéias em detrimento do discurso. Durante a textualização, o “tom vital” deverá ser escolhido, correspondendo à frase ou frases que funcionam como um farol a guiar a recepção do trabalho, dando um melhor entendimento ao texto.

Na última etapa, a da transcrição, constitui-se na finalização do texto. Deverá ser recriado em sua plenitude, como sugere Meihy (1998), considerando e obedecendo acertos aprovados pelo colaborador, que vai legitimar o texto no ato da conferência.

Conferência é o momento que se chega, depois de trabalhado o texto, supondo-se estar em sua versão final, o autor entrega a entrevista ao colaborador para ser conferida e autorizada. Com hora marcada e de maneira afável, deve haver uma conversa inicial para eventuais acordos.

Meihy (1998) recomenda, ainda, o uso do Caderno de Campo como indispensável na entrevista. Nele é anotado o andamento do projeto e todas as observações importantes, como: data de entrevistas, contatos feitos, passos para se chegar à pessoa entrevistada, como se deu a gravação e ou eventuais incidentes de percurso. O Caderno de Campo funciona como um diário que lhe acompanha até o final do projeto.

### **3 A JORNADA DA PESQUISA**

Na fase inicial deste estudo, procurei respaldo na literatura, para visualizar as modalidades de abordagens que tratam deste tema. Percebi que havia uma variedade ampla de abordagens, sem, entretanto, esgotar as dúvidas e controvérsias sobre o mesmo. Este trabalho buscou, no entanto, realizar uma trajetória embasada na história oral, segundo Meihy (1998), cujos princípios fundamentais colocam o narrador como sujeito da própria história.

Procurei seguir todas as instruções de Meihy (1998), de como deveria proceder num projeto dessa natureza.

Para tanto, convidei a senhora Jacinta para ser colaboradora neste trabalho. Tal convite se deu pelo fato dela estar interna no hospital em que trabalho, acometida de câncer cérvico-uterino e realizando, naquele momento, tratamento de radioterapia, num hospital específico de tratamento de câncer.

Depois de lhe explicar o que pretendia com sua história de vida, ela concordou em colaborar.

### **3.1 AS DIFICULDADES**

No dia seguinte, quando cheguei ao hospital para a entrevista, grande foi minha surpresa ao saber que a paciente, colaboradora do projeto, havia pedido alta e voltado para casa com a certeza de não mais voltar, abandonando pela segunda vez o seu tratamento. Combinou com o marido, que concordou em assinar o termo de responsabilidade, e retornou para sua residência, em Cachoeiras-PB, após sua permanência no hospital por quase dois meses.

Apesar da notícia, não desanimei. Procurei a direção do hospital e pedi permissão para utilizar o seu prontuário, de onde retirei informações, como, endereço, telefone de contato, ponto de referência, dentre outros. Em seguida, fui ao Hospital do Câncer Napoleão Laureano, e solicitei acesso à sua ficha. Percebi que o tratamento de radioterapia havia se encerrado; contudo, outro devia ser iniciado na segunda-feira seguinte. Esperei por uma semana que ela retornasse e, como isso não aconteceu, fui ao seu encontro.

No dia 16 de maio de 1999, no sábado pela manhã, juntei o material: com o gravador emprestado, comprei pilhas e fitas k7. Viajei para Cachoeiras, pela via de acesso à BR 230, onde cheguei por volta das 10h30. Daquele lugar não sabia que direção seguir, e pedi informação de como chegar ao município. Um senhor prontamente ensinou-me a direção a ser

seguida. Estrada longa, de difícil acesso, cheia de pedras, buracos e por isso levamos mais de hora para chegar ao local desejado.

Em busca da residência de Jacinta, pedi informações aos moradores da cidade, que iam me ensinando à medida que ia perguntando.

Chegando em sua casa, ela não se encontrava e o marido assustou-se ao me reconhecer, e perguntou: - “Como conseguiu chegar aqui? Como nos encontrou? Quem informou?”. Após responder todas as questões, ele também concordou com a entrevista e me disse onde se encontrava sua mulher: na casa de sua mãe (a sogra dela). Saí para lá. Grande foi sua surpresa quando me viu e indagou: - “Mas você veio me encontrar aqui? Como conseguiu? É, deve ser coisa importante pra você vir bater aqui?”. Ela pediu que eu entrasse.

Fui bem recebida na casa de sua sogra, onde lá conversamos por mais de duas horas, conheci seus filhos, a sogra, cunhados e duas irmãs, enfim, quase toda família.

### **3.2 SOFRENDO JUNTAS**

Antes de Jacinta iniciar seu relato, confessou-me que só ia concordar em colaborar porque era pra mim, que já me conhecia como enfermeira, pois eu havia cuidado dela no hospital. Ela confessou que confiava em mim e que concordava com a entrevista, uma vez que tinha por finalidade a conclusão de um curso.

Entre seus familiares, na cozinha da casa da sogra, com algumas interrupções por parte de seus filhos, intervenção de sua sogra, que vinha em seu socorro para ajudá-la nas lembranças de algumas fases importantes de sua vida, realizei a entrevista com a narradora, que tentou colocar toda sua trajetória de vida e sofrimento em busca da cura para sua doença, guiada por algumas perguntas de corte, que iam sendo feitas em momentos oportunos, no início e no decorrer da entrevista.

Ao final da entrevista, quando ela disse: “Não tenho mais nada pra falar”. Eu ainda me demorei por alguns instantes, pedindo-lhe que retornasse ao hospital e retomasse o tratamento em uma última tentativa de reanimá-la para a vida.

Retornando para minha residência, iniciei o processo de transcrição, textualização e transcrição que já foram anteriormente explicados. Ouvi toda a fita que continha a

entrevista, com relato da vida de Jacinta, e após trabalhada, a inseri no meu trabalho de monografia, com prévia autorização da colaboradora.

### **3.3 DESVENDANDO UMA VIDA**

Apresento a seguir a história de vida da colaboradora, como meio de trazer à tona uma complexidade de temas surgidos ao longo das entrevistas, que possivelmente ajudarão em novas reflexões sobre os fatores que interferem nos programas de saúde, em especial o de rastreamento do câncer cérvico-uterino, tantas vezes relegado. A escolha do “*tom vital*” se deu durante processo de transcrição, textualização e transcrição, emergindo de seu depoimento e confirmado pela colaboradora, denominada por Jacinta.

De aparência frágil, face de sofrimento, Jacinta conta sua história sentada ao redor da mesa da cozinha. Inicialmente, povoada de reservas acerca do meu interesse pela sua história, foi relatando sua vida como alguém que lamenta uma vida curta. Natural de Cachoeiras, de apenas 23 anos, casada, com dois filhos para criar e uma doença que não sabe ao certo do que se trata. Muito ligada ao marido e à vida no lar, Jacinta mostrou-se forte e decidida quando disse que tem esperança de cura, mas que se ela (a cura) não existe, que a morte chegue logo e lhe tire desse sofrimento, causado pela dor, que insiste em lhe perseguir. Magra e debilitada, definha a cada dia que passa – sinais claros de sua luta contra a doença. No seu pensamento ingênuo, trata-se apenas de uma inflamação. Só não entende o “porquê” de tanta dor.

#### ***“Andei muito p’ra conseguir tratamento... penso que não tem mais jeito”***

“Eu me casei com quatorze anos. Antes do casamento, saí de casa para morar com o atual marido. Tive a menina entre 15 e 16 anos; depois tive outra menina, que nasceu com problema.

Eu nunca fiz pré-natal. Embora fosse magra, fazia cada buchão! Os meninos pareciam uns gigantes, era cada meninão! Isto era muita extravagância, ter um menino desse tamanho em casa, era muita extravagância!

A primeira menina que tive foi tudo normal, tudo bem; mas a outra nasceu quase [...] só arquejando! [...] Ela morreu logo! Foi muito difícil o meu parto, porque era uma menina

muito graúda. Já comecei doente, com aquela menina. Sofri muito na hora de ter a criança, porque ela não coube [...].

Depois que essa segunda menina nasceu, com quinze dias me deu uma infecção, veio muito sangramento, com mau cheiro [...] Eu fiquei uns dias internada em Sapé [Paraíba]. O meu médico tirou um negócio de dentro [resto de parto?], foi isso mesmo, tirou, aí eu fiquei boa. Depois tive problemas, era uma inflamaçãozinha. Fui pro hospital e me deram medicamento e fiquei boa. Vim embora, fiquei boa.

Logo peguei barriga desse daí, que foi o caçula. Foi logo em seguida. Era todo ano um! Deste eu liguei! Do terceiro menino, não! Não sentia nada, era saudável, só sentia era dor nos quartos, durante a gravidez, somente.

Depois fui morar em Mari [na Paraíba]. Passei lá dez meses. Daí mudei pra Sapé, morei lá bem uns seis meses. Fui pro Rio de Janeiro, morei lá dez meses, foi 10 meses só andando; depois eu virei a cabeça e vim embora.

No Rio, esse problema já havia começado. Fiz um exame lá e acusou [...]. O médico de lá passou uma pomada pra eu usar. Ele falou que eu procurasse um médico de 6 em 6 meses.

Quando cheguei aqui aumentou esse problema. Andei muito pra conseguir tratamento. Foi quando apareceu essa assistente, que se ofereceu pra cuidar de mim, mas já estava muito avançado.

Quando cheguei aqui, fui procurar o serviço, mas falaram que era só pra mulher de 40 [...] não sei por quê. Fiz o exame em Mari. Para fazer esse exame e descobrir que estava com essa ferida no útero, inventei que estava com 27 anos, mas estou com 23 anos! Quantos anos não aumentei? Fica só pra nós! Se eles descobrirem que a gente está mentindo [...].

Lá ficaram em dúvida, então eu fui pra Cajá [Paraíba], pra fazer o exame. Fiz e a moça falou que era verdade, que eu estava com ferida no útero. Dali fui pro hospital, em João Pessoa. Lá fiquei andando pro Laureano, para fazer novos exames. Com os exames, disseram que não acusou nada, não acusou nadinha, nem sangue nem nada, não acusou foi nada, então passaram só um tratamento – aplicação. Era para ficar fazendo essa aplicação, mas fiz só seis aplicações, não agüentei! Agora fui pra fazer. Terminei. Fiz dezoito aplicações.

É tanta preocupação em minha cabeça que não lembro quando iniciei o tratamento. Foi na época em que as mulheres estavam fazendo exames, parece que foi em agosto que comecei o tratamento. Eu fui em Mari e acusou, cheguei aqui muito nervosa, chorando. Me

levaram de novo pra Cajá; de Cajá, uma mulher se encarregou de me levar para João Pessoa. Foi quando bateu um nervoso, achando que ia morrer, e vim embora de vez. Chegava muito estranha, porque via coisas muito feias.

Na derradeira vez que fui, faltou dias pra fazer dois meses que passei lá.

Vim embora de vez, mas depois me botaram de novo pra lá. Eu fui. Terminei à força esse tratamento; eu não queria ir. Sabia disso, pedindo a Deus de chegar o dia de eu vir embora pra casa. Não foi porque eu quis passar o dia das mães em casa, queria vir embora, tinha que arranjar um jeito pra vir. Ali não dava pra mim, porque é tanta dor que eu sinto! Tanta dor que eu sofro! Quando eu estava no hospital, eu sentia pouca dor, mas depois que eu cheguei em casa é tanta dor, tanta dor! É grito, é tanto grito que os vizinhos de lá de casa fica perguntando: 'ô meu Deus, como é que pode aquela mulher ainda estar viva?' Tanta dor, eu estou tomando remédio, eu já gastei tanto! Meu marido já gastou tanto, ele vendeu um automóvel e até uma moto que ele tinha. É gastando, tanto com passagem quanto com remédios!

Quando voltei aqui fui procurar um homem que trata. É um tal de seu João. Ele tem curado muita gente! Esse homem mora pro lado de Samambaia. Atende em casa, na hora que você chega. Ele é procurado pelos ricões; até médico vai lá!

Ele disse:

- Você vai tomar esse remédio

e vai chegar aqui boa.

Além desta receita que estou mostrando, tem mais outras. É, tem mais pra comprar; só remédio de farmácia, mas é bom demais! Quem tem a sorte de viver, fica bom [...]! Eu fui de novo, mas nada, a dor continua! É tanto remédio, tanta coisa, enrolando um remédio com outro [...] Eu fui lá duas vezes e essa dor em cima.

Eu não sei se é alguma coisa da comida, que não está concordando com os remédios, porque os remédios desse homem são fortes! Eu sinto dor no pé da barriga, dando aquela pontada e depois vem pro espinhaço. Só falta me acabar! É tanto chá; chá de arruda, de tanta outras coisa!

Às vezes, acho que não tem mais nada dentro de mim. Tem hora que eu penso que não tem mais jeito!

Quando fui pro hospital, disseram que eu tinha não sei o quê no ovário [...] um cisto. Disseram lá! Fiquei incrível, como foi que eles descobriram que eu tenho esse cisto.

Então, perguntei pra João:

- Falaram que eu tenho um cisto.

- Não tem nada em você, nem os médicos sabe o que é que você tem!

Ele falou que se eu tivesse continuado com aplicação eu ia morrer; que se tivesse passado mais quinze dias no hospital, meu marido ia me trazer morta para casa. Ele disse que não tinha nada a ver. Ele falou que essa dor era por causa da inflamação, que essa infecção deve ser muito grande!

Acho que meu marido deve ter mostrado o remédio que eu estava tomando (Rarical), mas eu deixei. Agora estou tomando pra infecção, pra ver se a dor *amanera*.

É um aperreio tão grande! Eu vivo muito preocupada, não faço nada dentro de casa.

Agora, eu estou melhor, porque eu como; mas é uma dieta: não tomo café, nem suco de caju, nem nada! Só como feijão, macarrão, arroz, farinha, uma banana, o resto não posso comer, nem carne de charque! Porque os remédios são muito fortes.

Meu problema é que eu queria ficar boa dessa dor; porque se essa dor sumisse, era outra coisa na minha vida! Mas, quando eu penso que estou boa, a dor chega, não dá! O corrimento era muito e amarelo, xixi é vermelho daquela saia, mas ‘abracejou’, por causa do remédio. Eu sentia muita dor na urina, que eu ficava rangendo os dentes. Graças a Deus, desapareceu, mas eu acho que esse negócio eu botei pra fora é por causa do remédio.

Quando fui pra João Pessoa, achei bom deixar os meninos com minha sogra, porque eu não me preocupava muito. Ela tinha muito cuidado com os meninos. Eu não me preocupava não, porque estando na mão dela, está mais bem cuidado do que com a minha mãe.

Eu fiquei muito satisfeita de deixar os meninos com ela, mais do que com minha própria mãe, porque se eu deixasse com minha mãe, era mesmo que deixar no meio da rua. Eles aperreiam muito. Minha sogra é quem faz tudo: lava a roupa, faz a comida, cuida de tudo! Primeiramente ela, depois o meu marido! Se não fosse ela por mim [...] e Jesus! Primeiramente Deus, ela e meu marido. Quando eu era boa, não fazia vergonha rico ir em minha casa, porque minha casa, como pobre, não fazia vergonha a ninguém.

Tenho cinco irmãos e todos moram aqui perto. São duas irmãs e irmãos são três. As irmãs são todas mais novas: uma com 14 anos e outra com 12 dentro de treze anos. São umas mocinhas, já estão graúdas, que podiam varrer uma casa, lavar um pano, passar o pano no chão. Dava suficiente! Eu não me importo com o comer; comer minha sogra mesmo ajeita e

manda. Minha mãe é nova. Tenho mãe, tenho pai, tenho avô e avó. Minha família não vai nem lá em casa, não vai fazer nada!

Minha vida é muito aperreada. Eu só me queixo, só dessa dor, somente, nada com meu marido, meus filhos, tudo é bom.

Quando terminou o tratamento no hospital, o médico falou que eu fosse na segunda-feira de novo, que eu voltasse pra fazer outro tratamento. É esse negócio que toma anestesia e toma um soro, durante oito semanas, sendo uma aplicação por semana.

É pra fazer queimagem, já estou lascada, vou fazer queimagem!

Mas, eu não volto mais pra lá, não! Já decidi: minha vida, ou em casa, ou nada! Gosto de ficar mais em casa, porque em casa a gente fica mais à vontade e quem vem mais pra cá são as crianças.

Eu posso até voltar para o hospital, se for o caso de tirar tudo. Porque [...] não é que lá, eu não fiz nada de ultra-sonografia, não fiz nada, só fazendo os exames pra ver [...] Mas João falou, que o bicho que tem aqui só é a infecção. Meu Deus, quando cheguei em casa, me deu uma coceira, que o meu danado ficou inchado, ficou vermelho, não posso nem vestir uma calcinha!

Na vagina, com aquela comichão, aquela dor, que não agüento aquelas calcinhas em cima. Sinto dor de estômago, parece que essa dor [...] ela anda! Ela anda eu não agüento não!

O médico falou que a infecção foi de um parto. Penso que foi dessa menina que tive em casa.

Andei tanto pelos hospitais, sofri agressões por perguntas, até de quantos homem eu era! Me invoquei e não vou mais pra doutor. Se tiver de morrer, morro em casa. Isso é lá negócio pra doutor dizer!

Fui para aquele hospital, no Valentina, foram me examinar, parecia que estavam rasgando, danando o dedo pra cima, rasgando assim [...] Eu não sei quem era [...] se era uma Enfermeira ou o quê? Eu só sei que ela estava sem uniforme, estava com roupa comum. Ela ficava arreganhando o meu negócio e eu gritando! – Não, é pra ver se tem o cisto. Como é que pode, descobrir que tem um cisto desse jeito? Dá não, arreganhando todinha assim, e eu morrendo de dor! Minha sogra nunca fez exame e é saudável, como é que pode?

Tenho muita vontade de ficar boa, eu não sei não. Eu não sei o quê que eu tenho não! Não disseram o nome da doença.

Era pra ter feito um exame de ultrasson. Eu só fiz exames de urina, fezes e sangue, e nem o de fezes e urina, mas nem resultado eu sei. Não me disseram nem se deu infecção! Não sei não, minha vontade é ficar boa, só [...]

O meu marido concorda, se eu quiser voltar para fazer o tratamento. Se eu voltar, ele concorda. Tudo com ele é combinado. Aqui não tem esse negócio de fazer uma coisa que ele não saiba não, tenho que combinar.

Danado é que uma mulher, que também estava fazendo aplicação, ficou desse mesmo jeitinho de mim e até fedia, mas ela falou que [...].

É isso [...] eu não quero falar mais nada não!”

#### **4 ENLAÇANDO ASPECTOS DA VIDA**

Seguindo os exemplos de Santos et al. (1998) e Cavalcanti (1998), dentre outros, procurei realizar um diálogo entre a colaboradora e os estudiosos da problemática do câncer cérvico-uterino, procurando uma aproximação entre os aspectos convergentes e divergentes apontados na revisão de literatura.

Ao buscar um projeto de história oral, percebi a riqueza da narrativa por parte de Jacinta, a colaboradora e co-autora deste projeto.

Percorrendo as fases de transcrição, textualização e transcrição, propostas por Meihy (1998), identifiquei, na narrativa de sua história de vida, um eixo condutor, conhecido por “tom vital”, que pode ser assim expresso – “andei muito pra conseguir tratamento [...] [mas] penso que não tem mais jeito”. Sobre o qual busco realizar uma aproximação entre a colaboradora e os estudiosos da problemática.

Ao afirmar “andei muito pra conseguir tratamento [...]”, Jacinta coloca as dificuldades encontradas para realizar um exame de Papanicolau e, de acordo com o diagnóstico, iniciar tratamento.

“Para fazer esse exame e descobrir que estava com essa ferida no útero, inventei que estava com 27 anos, mas estou com 23 anos”! O que contraria a realidade da população, são os critérios adotados pelos programas de promoção à saúde, quando prioriza o acesso apenas às mulheres de 39 a 45 anos, onde grande parte da comunidade feminina jovem também necessita desta atenção de prevenção do câncer cérvico-uterino, principalmente em países em

desenvolvimento, que os fatores de risco afloram sempre mais cedo em decorrência das situações socioeconômica e educacional precárias prevalecer nesta população em nosso País.

Na maioria dos países subdesenvolvidos, a burocracia do sistema é tal, que a mulher tem de comparecer pelo menos três vezes à instituição para ter seu problema resolvido: uma vez para marcar consulta, outra para ser examinada (quando então são requisitados os exames laboratoriais), e outra para retirar os resultados e a receita. Sem contar que cada parte do corpo da mulher é vista em uma clínica diferente. A mulher não é vista como um ser humano, mas como um conjunto de órgãos isolados com eventuais patologias.

“[...] me casei com quatorze anos. Tive a menina entre 15 e 16 anos e nunca fiz pré-natal[...].”

Há evidências concretas de que a neoplasia cervical está relacionada com atividade sexual. Segundo Silveira e Pessini, (1996) o casamento/relacionamento sexual precoce vem sendo correlacionado enquanto fator de risco para câncer cérvico-uterino. Outros fatores vêm somar-se, concomitantemente, como o descuido que a mulher tem com a saúde. Temos dentre estes, além do início precoce da vida sexual ativa (menos de 17 anos); a multiparidade; infecções mal tratadas, como apontadas por Pinotti, (1996).

As características de uma comunidade, como o seu modo de pensar e agir influenciam bastante sobre o conhecimento ou desconhecimento, sobre os cuidados e atitudes desta população em relação à saúde.

Em população pobre, a educação é fundamental, fazendo-se perder o medo da doença (câncer) e descobrindo mais sobre ela.

Na prevenção do câncer do colo do útero, o Papanicolau é o teste de escolha com exemplo de sucesso através do rastreio de população assintomática que leva a reduções na incidência e mortalidade, porém, a precariedade dos serviços de atendimento é grande; que vão desde recursos materiais e humanos insuficientes, desarticulação dos setores do serviço de saúde, indefinição de normas e condutas, até a formação inadequada dos profissionais de saúde. Esta situação contribui muito para o abandono do tratamento por parte das mulheres que já iniciaram. Colocações desta natureza foram apontadas pela narradora quando desabafa:

“Lá ficaram em dúvida, então eu fui pra Cajá, pra fazer outro exame [...]”.

Para que os objetivos sejam alcançados é importante a efetiva participação e o envolvimento de todos que compõem o Programa de Saúde da Mulher. Mesmo sendo o teste de Papanicolau o exame de escolha para rastreio e prevenção do câncer de colo de útero,

alguns resultados podem vir com conclusão duvidosa, como foi o caso de Jacinta, que precisou repetir o exame, provavelmente devido a uma falha humana na hora da coleta, ou falha técnica na hora da realização do exame.

A incidência de resultados falsos – negativos é bastante controversa e depende da metodologia empregada na avaliação do paciente.

O Brasil é um país com grandes deficiências do ponto de vista de saúde pública. O que ocorre freqüentemente são mulheres que se submetem a cirurgias ginecológica qualquer, ou mesmo um parto normal, e sequer realizam um exame de Papanicolau. Ficando como consequência, uma lesão neoplásica pré-existente que passa despercebida.

Pinotti (1996) chama atenção para outros pontos importantes da mulher, que passa por qualquer unidade do Sistema de Saúde, com relação à educação e a seus direitos enquanto cidadã, apontando a necessidade de se eliminar uma grande falha do Sistema de Saúde que é o não-atendimento à mulher em suas necessidades globais de saúde; para tanto, destaca que se faz necessário eliminar os componentes discriminatórios do sistema, uma vez que durante as últimas décadas estigmatizou a mulher unicamente como um órgão reprodutor. Para o autor, convém que se perceba a mulher como tendo problemas que transcendem o período reprodutivo, e que geralmente estão relegados nos países subdesenvolvidos.

Segundo Pinoti (1996), o estado de saúde da mulher permanece precário e continua piorando. Poucos países desenvolveram bons programas de prevenção ao câncer de mama e de colo do útero, os quais, porém, não estão disponíveis em todo País.

“Andei muito pra conseguir tratamento”, expressão usada por Jacinta, retrata a perversidade do Sistema de Saúde, em relação à mulher. É visível que os serviços oferecidos têm pouca ou nenhuma base epidemiológica, não correspondendo à expectativa da mulher, que nunca é consultada sobre suas necessidades de saúde.

Em pesquisa realizada, as principais causas que levam a mulher a procurar um serviço de saúde são: corrimento, distúrbios menstruais e dor, dispaurenia e outros problemas sexuais, como, contracepção, nódulo ou dor mamária. Sem contar que cada parte do corpo da mulher é vista em uma clínica diferente, a mulher não é vista como um ser humano, mas como um conjunto de órgãos isolados com eventuais patologias.

Os serviços de saúde para a mulher deveriam oferecer, sem delongas, uma ampla gama de atividades, atendendo a toda demanda, reduzindo a mortalidade materna e perinatal, controlando o câncer de colo e mama, corrigindo distorções nos serviços de planejamento

familiar, transformando programas de controle da fertilidade em programas de planejamento familiar, e melhorando a prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e crônicas (diabetes e hipertensão), como aponta Pinotti (1996).

O aumento da cobertura e diminuição da morbidade e mortalidade femininas demonstram que estes conceitos podem ser aplicáveis nos países subdesenvolvidos, ainda que dispondo de recursos financeiros limitados, desde que investidos nas prioridades apropriadas, terão retorno. No entanto, o que se observa é que há uma dicotomia entre cura e prevenção. É necessário também competência técnica, desde o mais modesto serviço de saúde, até o mais alto cargo do Sistema. E para sucesso desses Programas, é imprescindível o investimento na formação dos recursos humanos.

Para Pinotti (1996), é hora de pensar na mulher pobre brasileira, na sua família e no desenvolvimento de um programa que assista à mulher como um todo. A busca pelo tratamento e o desejo de se curar foram demonstrados pela Jacinta, especialmente quando afirma: “tenho muita vontade de ficar boa”.

Uma melhor distribuição dos recursos, no contexto de uma política de saúde mais ajustada à nossa realidade, permitiria ampliar as atividades de programas e atingir o maior número de cobertura na população feminina como um todo, e não apenas àquelas expostas a fatores de risco, ou as de mais idade, prioritariamente entre 35 a 49 anos.

Não esquecendo que este se constitui em um direito das mulheres usuárias dos serviços de saúde e, portanto, garantia de qualidade e eficácia no atendimento. Um clima de respeito e cordialidade deverá existir entre profissionais de saúde e paciente. Um sistema de referência de maior complexidade e um trabalho de equipe é o que melhor favorece ao bom desenvolvimento das ações de saúde.

Quando Jacinta retornou para casa, sentindo-se bem mais doente do que antes, com dores terríveis, descreditou da medicina científica, procurou a medicina alternativa, na esperança de encontrar a cura que, a cada dia, tornava-se mais distante. Na sua ingenuidade, acreditou que se tratava apenas de uma inflamação muito grande, quando, ao se encontrar com seu João “o homem que trata”, assegurou que ela ficaria boa da inflamação com analgésico e vitaminas.

Como Jacinta não percebeu melhora, voltou a procurar seu João, com os mesmos sintomas. Desta vez ele acrescentou um antibiótico, porém, ela não estava mais tão confiante

de sua cura, quando disse: quem tem a sorte de viver, fica boa [...]. Neste momento percebemos que ela apela pra sorte e pro destino.

De acordo com a entrevista, percebi que Jacinta pouco ou nada sabia sobre a sua doença, ou tentava se enganar. Quando retornou do hospital para casa, não tinha consciência do quanto era grave sua patologia, e que até abandonou o tratamento por duas vezes, inclusive com o apoio da família, que também desconhecia sobre o diagnóstico e importância do cumprimento do tratamento.

A falta de disponibilidade do profissional de saúde em esclarecer à sua paciente o diagnóstico e o que é a doença, faz dessa mulher uma leiga no assunto, e a seriedade que deve ser dada ao tratamento é relegada a segundo plano na primeira oportunidade.

Este último traz à tona um ponto bastante complexo, que é a desumanização dos profissionais nos serviços de saúde. Precisamos resgatar a sensibilidade dos mesmos, de maneira a aproveitar o momento da consulta para explicar e chamar a atenção da mulher quando o prognóstico for sombrio.

A mulher é um ser especial e, como tal, merece toda atenção do Sistema de Saúde quanto ao desenvolvimento de ações para seu bem estar bio-psico-social.

## **5 TECENDO COMENTÁRIOS**

No momento final deste trabalho, revendo a entrevista e tecendo comentários sobre a mesma para conclusão, percebo e compreendo o desespero, angústia e a falta de esperança de Jacinta, por tanta demora e dificuldades que enfrentou para receber atenção de promoção e prevenção de saúde, nas poucas vezes que precisou buscá-la em prol de sua saúde.

Jacinta nunca havia se preocupado antes com assistência médica, porque, segundo ela, não sentia nada, era saudável, acreditava, e até engravidou por três vezes sem fazer um pré-natal se quer, não achava necessário e seus filhos nasciam de parto normal, em casa, sem assistência médica. Ao menos com as duas primeiras foi assim. Entendo que estas foram atitudes arriscadas que comprometeram a sua saúde.

Jacinta, como tantas outras mulheres, teve pouca escolaridade, casou-se cedo, teve filhos e manteve sua atenção voltada a eles, seu marido e a casa. Embora tenha procurado fora de casa ajuda para sua doença, recebeu tratamento inadequado, que culminou num câncer de colo de útero.

A literatura freqüentemente aponta a baixa escolaridade e início das atividades sexuais, em idade precoce, como importante fator de risco. No entanto, outros fatos chamam a atenção, no caso de Jacinta, as freqüentes buscas que fez aos Serviços de Atenção à Saúde. Sem conseguir um atendimento esclarecedor, fez verdadeiras peregrinações.

De maneira geral, tudo nos leva a crer que o insucesso no atendimento a esta mulher esteve direta ou indiretamente relacionado à qualidade no atendimento prestado pelos profissionais de saúde. Relegar seus fatos de vida, provavelmente contribuíram para o desfecho desta história.

Entendo que houve por parte de Jacinta uma negação à doença, mas esta negação foi favorecida pela não confiança nos profissionais que fazem a assistência à saúde da mulher no País. A busca por uma “medicina alternativa” reforça essa colocação.

É preciso que, ao se implantar os Programas de Atenção à Saúde, em especial aqueles voltados para a mulher, se busque conhecer as experiências de vida, a visão de mundo de cada grupo populacional, para que esses Programas possam efetivamente contribuir para a reversão do quadro de morbi-mortalidade existente no País.

Trabalhar com um projeto de história oral me fez refletir sobre a qualidade da assistência prestada à mulher, principalmente pelo fato de estar diretamente relacionado à assistência de enfermagem.

A aproximação com a narradora, suas fortes expressões ao se referir à vida e à saúde-doença, e o desânimo, demonstrado pelo seu “tom vital”, assim expresso – “Penso que não tem mais jeito” – levaram-me a pensar que para a melhoria da qualidade da assistência, os recursos econômicos e tecnológicos avançados não são determinantes, mas de profissionais mais humanos, que valorizem a vida daquelas que buscam ajuda.

## **ABSTRACT**

This work focuses on the theme women's health, dealing with the most frequent neoplasia in the female population cervical cancer. I tried to investigate this problem in the real perspective of approaching the everyday life of a woman suffering from cervical cancer, based on the oral history as a method of work. The choice of the collaborator was caused by the fact that she was in hospital for treatment in the same institution where I work... By using the virtue of the oral history of life, I tried to follow the steps of transformation of the oral narrative into written language by the phases of transcription, textualization and transcreation of the text acquired after the interview. To do this, I organized a questionnaire, using interrupted questions such as: talk about your life history, what kind of assistance do you look

for in the health services? How much did your disease change your family life? The axis presented in the collaborator's narrative is present in the following "vital tone": "*I think there is no hope*"... With this sentence I noticed the narrator's dejection and hopelessness towards the cure of her disease. It was also pointed out the delay in the type of treatment received, as well as the inhumanity of the health care professional she went through. Thus, this work aims at registering the course followed by the women who have been suffering from cervical cancer, so as to recompose aspects of individual life.

**Key Words:** Neoplasia. Cervical cancer. Oral history the life.

## REFERÊNCIAS

- CAVALCANTI, M. do S. L. "Gosto de ser mulher": Representação da Sexualidade Feminina em uma comunidade rural. *Tese de Doutorado*. Universidade Federal de São Paulo – USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998, 130p.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER e Coordenação de Programas do Câncer – Programa "VIVA MULHER": Manual para profissionais de saúde, Rio de Janeiro, 1997.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER e Coordenação de Programas do Câncer – Programa "VIVA MULHER": Guia para Agentes Educativos, Rio de Janeiro, 1997.
- KARAN, S. M.; HORTA, B. L.; GHELING, C. R. Prevenção do carcinoma do colo uterino em uma unidade sanitária da UF de Pelotas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 42, n. 2, p. 87-91, abr./jun. 1996.
- MEIHY, J. C. S. B. *Manual de história oral*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 86p.
- MORAES, M. F. Programa Viva Mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 43, n. 2, p. 103-105, abr./jun. 1997.
- PINOTTI, J. A. Controvérsias em Serviços de Saúde para a Mulher. *Revista do Centro de Referência*, v. 1, n. 1, p. 46 – 51, 1996.
- PINOTTI, J. A.; CARVALHO, J. P.; NISIDA, A. C. T. Controle do Câncer Cervical no Brasil. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 5, a. 5, n. 1, p. 5-10. jan. 1994.
- SANTOS, A. P.; RIBEIRO, S. L. S.; MEIHY, J. C. S. B. *Vozes da Marcha pela Terra*. São Paulo: Loyola, 1998. 254p.
- SILVEIRA, G. P. G.; PESSINI, S. A. Câncer de colo uterino: condutas diagnósticas e terapêuticas. *Revista Médica da Santa Casa*, a. 7, n. 14, p. 1395-1399, jul. 1996.
- ASSIS; J. S. Aspectos colposcópicos e histológicos do colo do útero, vagina e vulva em mulheres com colpocitologia oncótica alterada. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, a. 7, n. 3, p. 145-158, jul./set. 1996.
- CANARY, P. C.; ALMEIDA, C. E. A radioterapia do colo do útero no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 44, n. 2, p. 101-107, abr./jun. 1998.
- COELHO, F. R. G. A prevenção do câncer ginecológico. *Âmbito farmacêutico*, a. 12, n. 150, p. 11-13, abr. 1998.
- DERCHAIN, S. F. M. et al. Neoplasia intra-epitelial cervical grau III: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 3, a. 3, n. 2, p. 78-84, abr. 1992.
- DIETZ, J. et al. Mortalidade por câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 39, n. 3, p. 146-150, jul./set. 1993.

DREZETT, J. et al. Avaliação, colpocitologia, colposcópica e histologia de 379 colos uterinos com teste de Schiller Positivo. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, a. 7, n. 3, p. 139-144, jul./set. 1996.

FONSECA, A. M.; MOTTA, E. V.; ASSIS, J. S. Pacientes climatéricas atendidas em ambulatório de ginecologia preventiva: perfil epidemiológico. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, n.1, a. 7, p. 8-12, jan./mar. 1996.

INSTITUTO da Mulher da USP. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 6, n. 4, p. 166. out./dez. 1995.

LOPES, R. L. M. Repensando na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Ginecologia*, v. 42, n. 4, p. 219-225, out./dez. 1996.

MOTTA, E. V. et al. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, a. 7, n. 4, p. 213-225, out./dez. 1996.

PIOLI, E. R.; OLIVEIRA, N. M.; REZENDE, A. G. Caracterização da demanda de pacientes com carcinoma de colo uterino no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 4, p. 421-427, out./dez. 1993.

SILVEIRA, G. P. G., PESSINI, S. A. Câncer de colo uterino: condutas diagnósticas e terapêuticas. *Revista Médica da Santa Casa*, a. 7, n. 14, p. 1395-1399, jul. 1996.

## **A EPIDEMIA DA AIDS: SUJEITO E COMUNIDADE CONSTRUINDO RESPOSTAS PARA O PROBLEMA**

Antônio Carlos Borges Martins<sup>1</sup>

### **RESUMO**

O presente artigo é resultado de uma pesquisa bibliográfica que procura pensar a questão da epidemia da AIDS e de investimentos coletivos e subjetivos em busca de respostas para inúmeras dificuldades daí surgidas. Apresenta-se alguns dos momentos que se tornaram marcos na história desta epidemia, apontando também breves percepções da clínica psicanalítica e, a partir de então, analisa-se o problema desde uma abordagem sociocultural. Este estudo tornou possível a compreensão de alguns elementos da trajetória de mais de duas décadas de ação da comunidade científica e dos órgãos governamentais, mas especialmente da sociedade civil organizada no Brasil e no mundo, visando a luta anti-AIDS e neles o envolvimento significativo de sujeitos infectados pelo HIV.

**Palavras-chave:** AIDS. Epidemia. Sujeito/comunidade.

A emergência da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) redespertou no ser humano a necessidade de enfrentamento de um bom número de questões que há muito vinham sendo colocadas em segundo plano ou mesmo descartadas, ainda que tratando-se de questões inadiáveis, a exemplo daquelas relativas aos direitos humanos, à cidadania, à ética, à responsabilidade social, à política, dentre tantas outras, mas sobretudo àquelas pertinentes à subjetividade. Ela provoca um forte impacto na vida das pessoas, gerando metáforas e representações simbólicas, muitas vezes distanciadas da realidade.

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), como convém aos vírus, é mutante. A AIDS também parece ter, como uma de suas características, a capacidade de mutação, uma síndrome cosmopolita, hoje considerada como doença crônica, com uma evolução diferente a cada caso, mas que inicialmente foi tomada como incurável e com poucos recursos no tratamento. Em geral o quadro clínico nela observado é diversificado, mas é possível a percepção de características do tipo: sinais e sintomas originados de alguma doença oportunista ou de neoplasias surgidas na trajetória da doença.

---

<sup>1</sup> Psicólogo clínico, licenciado em Ciências, Filosofia e Psicologia. Especialista em Filosofia Moderna e Contemporânea. Mestre em Psicologia/Psicanálise do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – MG e Membro do Grupo Saúde Mental – AIDS – JP/PB.

A epidemia, ao longo de seu percurso, semelhante ao que ocorre com o vírus e com a síndrome, também vem assumindo a mutação como algo marcante. São várias as mudanças observadas: quanto à sua distribuição espacial, aos grupos populacionais por ela atingidos, aos caminhos e alternativas utilizados pelos cientistas, pelas organizações da sociedade civil, pelos criativos sujeitos ativistas e pelos governantes no enfrentamento das questões dela emanadas, desde o início da década de oitenta.

Há duas décadas e meia, a epidemia vem suscitando um debate que impõe a interlocução com os mais diversos saberes, para uma melhor compreensão da problemática por ela levantada. Como consequência do seu grande impacto social, tem demandado o enfrentamento de questões que dizem respeito não só a políticas públicas de saúde, mas também à ética, aos direitos humanos, às novas possibilidades de exercício da cidadania, dentre tantas outras, mas sobretudo no que tange à subjetividade. Marcada por constantes transformações, que vão desde as iniciais notificações de casos de uma doença, até então desconhecida, que acometia homossexuais masculinos, tornou-se, com o passar dos anos, um dos mais exigentes problemas de saúde pública da contemporaneidade.

Desde o seu surgimento em 1981, ela se apresenta muito dinâmica, repleta de grandes mudanças que refletem nas perdas, nas dores, mas também na esperança de uma vacina anti-HIV, dos novos tratamentos e da cura. Em consonância com os trabalhos de Altman (1995) e Galvão (2000) compreende-se que são muitos os dilemas e as respostas, as mais diversas possíveis, que fizeram do problema um complexo campo de análise, contemplando aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos, crenças religiosas e verdades científicas. Por mais que os avanços nas pesquisas científicas e os tratamentos sinalizem positivamente, a descoberta da cura ainda está por vir, e a luta contra a AIDS parece longe do fim.

No primeiro momento da epidemia, geralmente as pessoas doentes não viviam além de dois anos, desde o desenvolvimento da doença em seus organismos. Passadas mais de duas décadas, mesmo convivendo-se com uma epidemia que vai além do que se observa a olho nu, tem-se um novo momento: as pessoas infectadas encontram-se numa outra condição de vivência com HIV/AIDS. As TARV (Terapias Anti-Retrovirais), esses medicamentos que compõem uma nova categoria de drogas desenvolvidas para tratar da infecção pelo HIV, estão ajudando essas pessoas a ter uma maior sobrevida. Contudo, o vírus continua representando um grande desafio para os cientistas do mundo todo.

Nesses 25 anos de epidemia, muitas foram as tentativas de controle da AIDS, de tratamentos dos doentes e de prevenção da doença. Vários fatos marcaram sobremaneira essa história. Por isso, a seguir, pinçam-se alguns dos mais importantes entre eles.

Em 1981, médicos da Califórnia, de Los Angeles e de Nova Iorque, nos Estados Unidos, relataram casos de pneumonia causada por *pneumocysti carinii* e o Sarcoma de Kaposi (um câncer de pele caracterizado por placas e manchas avermelhadas ou roxas, que pode acometer também tecidos de órgãos internos), entre homossexuais masculinos. Denominada GRID, sigla em inglês que significa Deficiência Imune Relacionada a Gays, foi rapidamente apelidada de “câncer gay, peste cor-de-rosa e peste gay” (Motti, 2000, p. 157), o que certamente alimentou as tão fortes reações homofóbicas presentes, há muito, em diversos países do mundo, inclusive no Brasil.

No ano seguinte, a síndrome foi relacionada ao sangue, e passou a compreender, além dos homossexuais masculinos, os femininos, os homens e mulheres heterossexuais, os hemofílicos, os usuários de drogas, os receptores de transfusões de sangue e hemoderivados, as crianças e também os bebês. Isso implicou numa nova denominação da doença para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

No mesmo ano, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos entendeu tratar-se de uma epidemia, e outros 14 países, dentre os quais o Brasil, já relatavam casos da doença. Em 1983, Luc Montaigner, liderando um grupo de pesquisadores do Instituto Pasteur, na França, isolou o retrovírus causador da AIDS. No Brasil, foi organizado o Programa de Controle e Prevenção da AIDS, no Estado de São Paulo. Passados dois anos, chega ao mercado um teste para diagnóstico da infecção pelo HIV, utilizado para triagem em Bancos de Sangue, possibilitando que no mundo fosse diminuída a transmissão transfusional do HIV (ESPECIAL..., 2001).

Ainda naquele ano, em São Francisco, na Califórnia, Estados Unidos, amigos e parentes de pessoas que faleceram em consequência da AIDS fizeram uma vigília pública, que deu origem à Vigília Internacional de Solidariedade às pvha (pessoas vivendo com HIV/AIDS). Atualmente, é celebrada no terceiro final de semana do mês de maio, em mais de quinhentas cidades de setenta e cinco países, inclusive o Brasil, e tem como objetivo lembrar quem faleceu com HIV/AIDS e mobilizar a comunidade local para esta causa.

Nos primeiros anos da década de 80 tiveram início as conferências internacionais de AIDS. Realizadas a cada biênio, desde a sua 11ª edição, têm destacado cada vez mais os

aspectos jurídicos, sociais, econômicos e políticos da epidemia. As duas últimas denunciaram as imensas desigualdades de acesso aos tratamentos disponíveis, e à prevenção entre os países, informando sobre os novos tratamentos, enquanto esclarecia que sem um investimento global no combate à AIDS, poucos países continuariam tendo acesso a eles. Apontaram também a necessidade de combate à fome e à pobreza no mundo, como estratégia fundamental na prevenção e controle da pandemia.

Naqueles primeiros anos, a epidemia no Brasil pôde ser caracterizada pela omissão das autoridades. Já o que se observou na segunda metade da década de oitenta, e no início da década seguinte, é um destaque das reações da sociedade civil, com o advento dos diversos Grupos de Voluntários vinculados a organismos do tipo filantrópico, religioso, comunitário, empresarial privado ou público, ou mesmo por eles apoiados em seus objetivos e ações.

Foram fundadas várias ONGs (Organizações Não-Governamentais) de prevenção e assistência em AIDS, tais como o GAPA/SP (Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS em São Paulo); a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, no Rio de Janeiro); os Grupos pela VIDDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS); o GIV (Grupo de Incentivo à Vida), dentre tantas outras.

A partir da interlocução desses vários grupos, e deles com o poder público, a AIDS passou a ser discutida como uma questão que demanda não só técnica, mas também política. Políticas públicas de saúde eram exigidas, e as pvha, se lançaram em diversas formas de organização e de luta, objetivando garantir seus direitos. Para tanto, contaram com a solidariedade dos mais variados segmentos sociais organizados.

Da articulação desses organismos surgiram encontros de âmbito nacional, regionais, estaduais e municipais, que muito têm contribuído na ação antiAIDS no País. Cita-se aqui os encontros de ONGs/AIDS e as Jornadas Nacionais de Vacinas, cujos principais objetivos têm sido possibilitar a criação de uma resposta global à epidemia e ao acesso à informações atualizadas sobre essa temática; capacitar seus participantes e fortalecer suas idéias, discussões, ações e posicionamentos políticos frente à epidemia.

Cita-se ainda os Encontros Nacionais de PVHA, os VIVENDOS, denominação carinhosa adotada pelos participantes daqueles encontros. O VIVENDO é um espaço para dinamizar o movimento de luta antiAIDS, recuperar o otimismo, partilhar fortes emoções, apostar na ajuda mútua e nos sonhos comunitários. Nele é possível observar o brilho nos

olhos de quem faz novos amigos, ou de quem reforça laços de amizades nascidos noutros VIVENDOS.

Percebe-se, assim, que estes encontros possibilitam a integração das PVHA do Brasil, da América Latina e quase sempre também de outros continentes; facilitam o acesso às informações atualizadas sobre o viver e o conviver com HIV/AIDS, às pesquisas, à educação, à assistência, aos congressos, às publicações, e promovem a capacitação dos sujeitos envolvidos nas diversas ações que buscam enfrentar os desafios postos pela epidemia. Ali, muitos militantes são impulsionados a manter acesa a chama da luta contra a AIDS.

Ainda naqueles primeiros anos da epidemia, o Brasil vivia tempos de grande retrocesso político, identificado pela ausência de diálogo do governo Collor de Melo com a sociedade civil, e isso repercutia no Sistema de Saúde do País e, conseqüentemente, na assistência às pessoas infectadas pelo HIV. Compreendendo aquela realidade, o movimento social antiAIDS iniciou uma onda de protestos contra a política de AIDS do governo, denunciando a falta de verbas e as campanhas publicitárias equivocadas geradoras de pânico e de preconceito, a exemplo de: “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”.

Na segunda metade da década de oitenta, foi criado o PNDST/AIDS (Programa Nacional de AIDS) do Ministério da Saúde. A OMS (Organização Mundial da Saúde) lançou a Ação Global contra AIDS, e iniciou-se o uso do AZT, o primeiro anti-retroviral utilizado no tratamento da doença. A AIDS havia se espalhado e já se encontrava em 127 países, conforme comunicação da OMS. Isso incentivou àquela organização a instituir o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Combate à AIDS (ESPECIAL..., 2001).

Dar visibilidade à epidemia tem sido uma busca constante do ativismo anti-AIDS. Das diversas formas por ele utilizadas, uma se fez especialmente conhecida: o uso do laço vermelho, o símbolo da solidariedade, comprometimento e mobilização na luta contra a AIDS, e uma homenagem aos que morreram em conseqüência da síndrome, ou que vivem infectados pelo HIV.

O posicionamento político da sociedade civil, organizada nos diversos grupos envolvidos com a questão da AIDS, possibilitou mudanças significativas nas respostas à epidemia no País, impulsionando, por exemplo, a reorganização do PNDST/AIDS; a resolução do Conselho Federal de Medicina, que proibia a realização compulsória de exame anti-HIV e impedia o médico de revelar a sorologia sem prévia autorização do paciente; a lei federal 9313, que determinava o fornecimento gratuito de medicamentos a todos os brasileiros

acometidos pelo HIV; e a representação do movimento social de luta contra a AIDS, no Conselho Nacional de Saúde (ESPECIAL..., 2001).

A década de 1990 inicia-se com um grande número de novas drogas para o tratamento das infecções oportunistas, e com mais de 307 mil casos de AIDS oficialmente reportados pela OMS, mas a estimativa era de aproximadamente 1 milhão (ESPECIAL..., 2001).

É possível pensar como uma das causas do avanço da epidemia, desse aumento assustador no número de casos, as representações sociais transculturais da AIDS. Joffe verifica, através de uma pesquisa com 30 jovens britânicos e 30 sul-africanos, incluindo homossexuais, soropositivos e soronegativos para o HIV, que desde o início, a AIDS

tem sido ligada às nações estrangeiras e grupos marginais. No Ocidente, sua origem é geralmente localizada na África. Os africanos, por sua vez, tendem a situar a origem da Aids no Ocidente relacionando-a com o colonialismo e o imperialismo. Além de ligar a Aids a nações estrangeiras, cada cultura específica a associa com certos grupos marginais: homossexuais e drogados no Ocidente, e mulheres, incluindo prostitutas no mundo subdesenvolvido. Doenças epidêmicas incuráveis também têm sido associadas a práticas que a ideologia hegemônica constrói como 'estrangeiras', tais como bestialidade, alcoolismo e promiscuidade (JOFFE, 1995, p. 297).

Assim sendo, a AIDS foi identificada como doença do outro, o que parece ter comprometido significativamente as ações preventivas, pois as pessoas não conseguiam sequer indagar-se acerca da possibilidade dos elementos característicos da AIDS perpassarem as suas vidas ou a vida daqueles que pertenciam ao seu grupo de convivência. Elas afastavam-se por completo de uma reflexão sobre a epidemia decididamente instalada, indo além, vivenciando a *aidsfobia*, excluindo, assim, por medo, esse outro. Outro que morava dentro de cada uma delas, e que se tornava, para elas, sinônimo da própria doença.

Um grande marco na história da epidemia se deu em 1995, com o advento das TARV e do Programa de Acesso Universal àqueles tratamentos, que proporcionaram a redução em 50% do número de mortes por AIDS. O Brasil tornou-se referência para outros países pelo seu trabalho de prevenção à AIDS e pela assistência às pessoas acometidas pelo HIV, através do seu PNDST/AIDS.

O entusiasmo com tal status adquirido pelo País não silenciou uma discussão das organizações da luta anti-AIDS, de profissionais da saúde, e mesmo, de alguns cientistas, sobre um possível deslocamento da emergência da luta contra a epidemia. Afinal, se era

verdade que com o uso das TARV, morria-se, no País, cada vez menos gente de AIDS, era também verdade que ainda morria-se de AIDS. Se a carga viral para muitos homens e mulheres soropositivos estava indetectável, isso não deveria ser confundido com a possibilidade de uma acomodação ou um recuo diante dos novos desafios da epidemia.

Lent defende com veemência esta posição quando escreve:

Estabeleceu-se o mal-entendido: a chamada “carga viral indetectável” transformou-se em “epidemia indetectável”. Os números de redução da mortalidade foram confundidos com os da incidência de novos casos (LENT, 2003, p.8, grifos do autor).

Percebe-se, portanto, a exigência de se continuar buscando a visibilidade da epidemia, posto que ela, ao contrário do que vem ocorrendo com a carga viral, é facilmente possível de ser detectada. Parece que esse desejo de seguir denunciando que a epidemia continua crescendo foi um dos convocadores do movimento social nessa luta, do PNDST/AIDS do Brasil e de outros tantos organismos governamentais e não-governamentais da América Latina e do Caribe, para realizarem no Rio de Janeiro, em novembro do último ano do milênio, o FÓRUM 2000, contemplando o 1º FÓRUM e a 2ª Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST. Como parte do Evento, foi também incluído o 10º Encontro de PVHA. Ainda naquele ano aconteceu o 1º Encontro Internacional de PVHA, em Cali, na Colômbia.

Muito importante também neste início do novo milênio foi a criação de uma Unidade de Saúde Mental na Coordenação Nacional de AIDS, dando oportunidades a projetos sensíveis às problemáticas da vida emocional e da subjetividade/AIDS.

Mais de duas décadas se passaram, e a epidemia oferece alguns marcadores: a AIDS tornou-se uma doença administrável, observou-se, desde o início, uma crescente mobilização da sociedade civil frente à questão, o envolvimento mais ostensivo das pessoas que mais diretamente são afetadas pelo HIV, e as respostas comunitárias vindas principalmente das ONGs e grupos de voluntários, que agora contam também com avanços nas parcerias com algumas OGs (Organizações Governamentais).

Nesse período, faleceram algumas pessoas que, das formas as mais diversas possíveis, contribuíram com a construção da história da luta anti-AIDS no Brasil e no mundo. A seguir, relacionam-se algumas delas. Em 1990, morreu no Brasil o cantor e compositor Cazuza, e no

mesmo ano seus pais fundaram no Rio de Janeiro a Sociedade Viva Cazuza, com a finalidade de assistir às pessoas infectadas pelo HIV. Pouco tempo depois, aquela Associação foi transformada num espaço de acolhimento específico para crianças que vivem com HIV/AIDS.

Em 1991, morreu o cantor Freddie Mercury. Um ano depois o Brasil perdeu Herbert Daniel, fundador do Grupo Pela Vidda e da ABIA, e Paulo César Bonfim, ativistas incansáveis e singulares. No ano de 1993, faleceu Roberto Peruzzo Nascimento, fundador do Grupo de Incentivo à Vida, o GIV, da cidade de São Paulo. Morreram também naquele ano o famoso bailarino russo, Rudolfo Nureyev e o tenista norte americano Arthur Ashe. Passados dois anos, falecia, aos cinco anos, a menina Sheila Cortopassi de Oliveira. Sheila tornou-se um símbolo na luta contra a AIDS no País. Abandonada por seus pais no Hospital Emílio Ribas, em São Paulo, e adotada por um casal, ela teve sua matrícula recusada numa escola por causa de sua condição sorológica. Os pais adotivos foram vitoriosos na ação judicial contra a recusa da escola (ESPECIAL..., 2001).

Ainda em 1995, faleceu em João Pessoa o ex-bailarino da Rede Globo de Televisão, e grande colaborador na luta contra a AIDS na Paraíba, Wellington Lemay. Em 9 de agosto de 1997, o Brasil perdeu um ativista emblemático, o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Mas, se é possível lembrar alguns nomes, é importante salientar que, no final da primeira metade da década de noventa, já havia cerca de 27 milhões de pessoas infectadas no mundo.

As características iniciais da epidemia haviam mudado, e já não eram mais os artistas e as pessoas nacionalmente e internacionalmente conhecidas que morriam com a doença. Evidenciava-se a pauperização enquanto tendência, e a epidemia no País se alastrava nas camadas sociais mais pobres da população, isto é, entre as pessoas que, dadas às suas condições socioeconômicas, já se encontravam com muitos de seus direitos restritos.

No cotidiano do movimento social de luta contra a AIDS, desde o início da epidemia, foram muitos os caminhos percorridos com a finalidade de que fossem garantidos os direitos dos sujeitos acometidos pelo HIV. Buscaram-se, com frequência, as trilhas da ética, do legal e do judiciário. Nem sempre se obtiveram resultados satisfatórios, mas em muitos casos fizeram-se emergir para a cena pública questões importantes, conforme ocorreu com a responsabilidade do Sistema Privado de Saúde. É também um mérito daquele movimento, o convencimento do judiciário quanto à liberação do PIS ou PASEP e do FGTS para as pvha; dentre tantos outros direitos voltados para aspectos trabalhistas e previdenciários, a exemplo

das demissões imotivadas e a garantia do emprego, do auxílio-doença para tratamento de saúde, da aposentadoria etc.

A pauperização como forte tendência da epidemia reclamava novos investimentos da sociedade civil organizada, a fim de dar continuidade à luta pela garantia dos direitos dos cidadãos e cidadãs infectados. Por isso, tornava-se imprescindível reavivar naquele momento a idéia de que

as leis vigentes nem sempre transportam as melhores conquistas, pois são produzidas por um sistema opressor resultante de uma estrutura social autoritária verticalizada: as relações sociais operam a partir de grandes desigualdades, refletidas igualmente no Poder Judiciário, intencionalmente não funcional e inacessível impedindo que a população o utilize na defesa e garantia de seus direitos fundamentais inseridos ou não na legislação vigente (GRUPO PELA VIDDA, 1993, p. 9).

No caso específico da AIDS, as leis chegaram atrasadas, depois dos ganhos judiciais. Mas talvez elas sempre cheguem com certo atraso, dada à sua rigidez e estabilidade. Foi via monitoramento do problema pela sociedade civil organizada, que se conseguiu ir modificando alguns conteúdos na legislação. Os inquéritos civis públicos antecederam, por exemplo, às leis dos fechamentos dos Bancos de Sangue no Rio de Janeiro e em São Paulo. O movimento, de modo especial, o Serviço de Orientação e Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda/RJ, que desde a década de oitenta buscava resgatar a cidadania plena das pvha, escolheu caminhos diversos, foi criativo e por isto mesmo mostrou a eficiência do direito como instrumento de mudança. Entendeu que naquele momento em que se iniciava o crescimento do número de casos da infecção entre os pobres, reanimar esse aspecto da luta, era fundamental.

No entanto, escrevendo sobre a utilização do direito pelo movimento social, Medeiros e Queiroz alertam que, tal uso

é limitado, à medida que, apesar de responder à necessidade de promoção do acesso à Justiça e de servir de instrumento de conscientização e informação para afirmação da cidadania, tanto em relação as pessoas portadoras do HIV, como em relação aos ativistas, não consegue substituir o papel do engajamento e participação da sociedade como um todo, na efetivação de uma cultura de direitos humanos. Uma dinâmica como esta só seria possível através da criação e fortalecimento de parcerias entre os diversos movimentos sociais, [...] juntamente com a participação das organizações governamentais, detentoras, por sua natureza, do dever de assegurar a

prestação de serviços e garantias fundamentais para a formação de uma sociedade justa, pacífica e solidária (MEDEIROS; QUEIROZ, 2002, p. 45)

Expressa-se, portanto, a importância de se insistir não apenas num reavivar a luta nos seus aspectos jurídicos, mas também na promoção de novas e produtivas interlocuções do movimento social de luta anti-AIDS, com a sociedade civil e os organismos governamentais.

Abrindo o novo milênio, em 2001, 26 milhões das 36 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, em todo o mundo, viviam na África. No Brasil, estimava-se cerca de 597 mil infectados, a transmissão sexual respondia por 67% dos casos, e aumentava-se significativamente o número de mulheres infectadas. A produção de medicamentos genéricos para o tratamento da síndrome e a ampliação do acesso às novas terapias para os países em desenvolvimento, tornou-se conteúdo de debate mundial, cujo protagonista foi o Brasil. A indústria farmacêutica multinacional e os Estados Unidos se posicionaram fortemente contrários, mas a vitória ficou com a opinião pública e a mobilização da sociedade civil organizada. Os laboratórios desistiram de uma ação judicial contra a África do Sul, e os Estados Unidos suspenderam reclamação dirigida à Organização Mundial do Comércio contra o Brasil. E este, após ameaça da quebra de patentes, pressionou laboratórios a baixarem os preços dos anti-retrovirais (ESPECIAL..., 2001).

O controle da epidemia, cada vez mais parece depender de novas formas de vida social e de diálogos internacionais. E mais, se é verdade que o investimento nas ações anti-AIDS, feito por muitos governantes, tanto dos países desenvolvidos quanto daqueles em desenvolvimento, caminha em consonância com o modo de pensar da globalização, isto é, algo somente é assimilado como problema se é ou está fadado a tornar-se mundial. É também verídico que, como pessoas que hoje circulam pelos cinco continentes conforme nunca observado outrora, as doenças, e entre elas a AIDS, também se encontram presentes em todo o mundo.

Sontag considera que:

toda essa mobilidade, esse inter-relacionamento físico (com a conseqüente dissolução de velhos tabus, sociais e sexuais) é tão vital para o pleno funcionamento da economia capitalista avançada, ou mundial, quanto o que é a facilidade de transmissão de bens, imagens e recursos financeiros. No entanto, agora, esse maior inter-relacionamento especial, característico do mundo moderno, não apenas pessoal mas também social, estrutural, tornou-se veículo de

uma doença às vezes considerada uma ameaça à própria espécie humana; [...] A AIDS é um dos arautos distópicos da aldeia global, aquele futuro que já chegou e ao mesmo tempo está sempre por vir, e que ninguém sabe como recusar (SONTAG, 1989, p. 109).

Desde os primeiros anos da epidemia até o momento, o melhor remédio continua sendo a solidariedade. E hoje, mais do que nunca, ela precisa ser expressa das mais diversas formas possíveis, pois representa, para milhões de pessoas infectadas, novos horizontes, qualidade de vida; numa palavra: esperança. Sem uma verdadeira cooperação dos países que hoje possuem os tratamentos disponíveis, com os países cuja enorme precariedade e o desinteresse dos governos deixam sem assistência as pvha, e não promovem um programa de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, a tendência da pandemia é de um enorme crescimento do número de casos na África do Sul, na Índia e na China.

O controle da pandemia continua apontando como desafio novos e antigos problemas da comunidade mundial, tais como: a globalização excludente, a fome, a miséria, o desrespeito à Declaração Universal dos Direitos Humanos, as diferentes condições de vida das populações dos países em desenvolvimento e das grandes potências mundiais, dentre outros. Mas, se daí aparece o desânimo, ele não se fortalece, já que muitos ativistas estão sempre dispostos a discutir e, principalmente, enfrentar os problemas que surgem.

Em consonância com essa disposição, representantes de ONGs e OGs participaram, em Cuba, do 2º Fórum em HIV/AIDS da América Latina e do Caribe, em abril de 2003. Mais uma vez foram enfatizados a necessidade de se expandir o acesso ao tratamento a todos os países em desenvolvimento e o importante papel da sociedade civil organizada na construção e manutenção de políticas públicas, que possam garantir às pvha seus direitos de cidadãos e cidadãs. Assim, o FÓRUM reafirmou a idéia da AIDS não só como problema de saúde, mas de direitos humanos.

Naquele mesmo ano, o Brasil iniciou sua ajuda a 10 países da América Latina e da África através do Programa Brasileiro de Cooperação em ações de prevenção e controle do HIV/AIDS, assinado entre o Ministério da Saúde e os governos daqueles países (BRASIL..., 2003).

Em março de 2004, o PNDST/AIDS criou o Comitê Assessor de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, de natureza consultiva. Dentre outras atribuições, ele deveria contribuir na formulação de uma política nacional de desenvolvimento, no que tange àquelas

doenças e, portanto, às vacinas, aos microbicidas, aos medicamentos, aos insumos destinados à prevenção e ao diagnóstico (PNDST/AIDS..., 2004).

A questão da visibilidade da pandemia tem marcado muitos dos eventos, campanhas e mobilizações no Brasil e no mundo, transformando-se numa bandeira de luta erguida, sobretudo pelas ONGs e grupos de PVHA, mas que não raro têm contado com a participação de artistas nacionais e internacionais, algumas empresas e também OGs. Existe, nessa proposta, uma explícita intenção de atrair a mídia para a questão do HIV/AIDS e da pandemia.

No Brasil, o Ministério da Saúde e o Instituto Memorial de Artes Gráficas realizaram em agosto de 2004 o 1º Festival de Humor em DST/AIDS, contemplando três categorias de mensagens: de prevenção, de tratamento e de Direitos Humanos (FESTIVAL..., 2004). Foi a primeira iniciativa no País a usar o humor objetivando transmitir este tipo de mensagem.

E a realidade segue instigando o ativismo em AIDS, a discutir novas formas de enfrentamento para os problemas que ressurgem, como é o caso das marcas nos corpos de algumas pvha. Se no início da AIDS, os corpos dos sujeitos soropositivos eram marcados pela perda de peso e de massa muscular, na nova realidade, com as TARV e a lipodistrofia, um de seus efeitos adversos mais temidos pela maioria das pessoas em tratamento, o corpo, nesses casos, parece marcado por um envelhecimento precoce.

E mais, além de ocorrer o aumento de gordura na região abdominal, nos ombros, em volta do pescoço ou no tórax (principalmente nas mulheres), ou perdas de gordura na pele, mais aparentes, no rosto, nos braços, nas pernas, nas nádegas, veias aparentes nos braços e pernas, atrofiamento das nádegas, também surgem mudanças no metabolismo da gordura e do açúcar, e podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares. Esta alteração da morfologia corporal tem causado problemas emocionais e sociais, especialmente às mulheres, pela masculinização de suas silhuetas.

Muito se tem discutido sobre a prevenção e tratamento dessas alterações na gordura do corpo, incluindo as cirurgias plásticas e os procedimentos estéticos. No entanto, o maior problema apontado pelos sujeitos afetados é que tais recursos ainda são considerados apenas estéticos, sendo raramente cobertos por planos de saúde. O SUS também não os oferece em suas unidades de atendimento às pessoas com HIV/AIDS. As ONGs/AIDS há algum tempo vem reivindicando o acesso a tais procedimentos no Sistema, tendo apresentado uma solicitação formal também na Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de

2003. O que se ressalta é o quanto a auto-imagem, a auto-estima e os cuidados com o corpo reaparecem como muito importantes em tempos de AIDS crônica e, portanto, de tratamentos prolongados.

Uma outra questão são as atualizações sobre as pesquisas de vacinas anti-HIV. Apesar de muita esperança, não existe ainda uma vacina que proteja as populações vulneráveis em todo o planeta. A impressão que se tem é que as pesquisas de vacinas anti-HIV estão apenas começando. Portanto, faz-se necessário um esforço permanente para que se consigam ultrapassar os obstáculos. Pois, ao contrário do que acontece com outros vírus, o HIV não produz imunidade nas pessoas a ele expostas, porque ele ataca o próprio sistema imunológico. Assim, uma pessoa que foi infectada com uma das variedades do vírus continua vulnerável à infecção por outras variedades. Daí a dura realidade: os resultados da maioria das vacinas até então testadas, não correspondem às necessidades. Todavia, os investimentos, as pesquisas, as publicações e os debates prosseguem, inclusive com a realização da Conferência sobre vacinas contra AIDS, realizada na Suíça, em setembro de 2004.

A complexidade desta epidemia, de fato, aponta uma gama de questões, e, conseqüentemente, muitas respostas vão surgindo. Nunca uma doença mobilizou tantos sujeitos, especialmente aqueles por ela afetados, conforme ocorre com a AIDS. São muitas e muito variadas as formas das ações surgidas desde o advento do problema, tais como: pesquisas, publicações, projetos de capacitação de pessoal para profissionais das mais diversas áreas, encontros, conferências, participações em programas de televisão, rádio, artigos na imprensa escrita, na internet, mostras de cinema, peças teatrais, músicas, shows, feiras de saúde e/ou de artesanatos, protestos criativos, vigílias, dentre muitas outras. Contudo, desde o início da década de oitenta, cerca de 20 milhões de pessoas já morreram vítimas da AIDS, e as últimas tendências da epidemia indicam 4 grandes focos: a juvenilização, a interiorização, a feminilização e a pauperização. No mundo, a cada 15 segundos uma pessoa no auge da juventude contrai o HIV.

Vê-se, assim, que os jovens estão na mira da pandemia. Mais da metade das novas infecções ocorridas atualmente afeta pessoas de 15 a 24 anos de idade. Adolescência e vulnerabilidade parecem caminhar muito unidas quando os temas são as DST/AIDS. Daí a necessidade de se criarem novos programas específicos e de se pensar novas formas de trabalho e ações educativas abrangendo também temas como: gênero, gravidez na adolescência, aborto, homossexualidade, diversidade etc., pois persiste, nessa faixa etária,

uma demanda por serviços de saúde e de educação, que lhes promovam espaços coletivos de interlocução, para tratar de temas muitas vezes silenciados na família e também na escola, como a sexualidade, saúde reprodutiva, a própria adolescência como período de oportunidades e desafios.

Salienta-se que, neste início da 3ª década da epidemia, surgem duas grandes categorias de jovens acometidos pelo HIV: uma composta pelos que estão sendo infectados atualmente e outra pelos que contraíram o vírus via transmissão vertical. Para este segundo grupo, uma das dificuldades tem sido receber o diagnóstico, pois embora muitos deles até desconfiem de sua sorologia positiva para o HIV, não tiveram explicitados seus diagnósticos, e somente nesta etapa da vida, tão repleta de mudanças, de conflitos e de descobertas, isto lhes é revelado. Já no outro grupo, um desafio tem sido lidar com a descoberta da soropositividade durante uma internação hospitalar ou no pré-natal. Em ambas as situações percebe-se ainda uma lacuna nos serviços de saúde que articule saúde do adolescente e serviços de assistência em DST/AIDS. Há que se ouvir e se implantar as propostas vindas dos jovens e dos grupos por eles organizados, ou dos quais são participantes.

Um projeto de atenção integral à saúde dos jovens que vivem com HIV/AIDS não pode ser pensado senão numa abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, haja vista os vários problemas já citados e o modo como geralmente aqueles sujeitos lidam com o tratamento. Alternativas como a formação de grupos; a realização de oficinas de temas variados; encontros de orientações; aconselhamento de um a um; a tentativa de ajuda dos familiares e de amigos e, no caso daqueles que vivem em instituições sociais, a busca de participação dos cuidadores ou responsáveis, poderão encorajá-los a iniciar ou dar seguimento à terapêutica anti-AIDS, especialmente se surgirem efeitos colaterais dos medicamentos, dentre outras dificuldades de adesão às TARV.

O uso de drogas injetáveis continua contribuindo para que muitos adolescentes sejam infectados. Na clínica psicanalítica com sujeitos desta faixa etária, soropositivo para o HIV, é recorrente o relato do uso desse tipo de drogas aliado às relações sexuais desprovidas de preservativos, dificultando, inclusive por parte do sujeito, um saber sobre sua via real de contaminação. Além disso, a transmissão segue ininterrupta, pois dificilmente esses jovens querem suspeitar-se acometidos pelo HIV. Suas condições sorológicas permanecem por eles desconhecidas e, não raro, somente através da instalação de doenças é que vem à tona o problema.

Uma outra questão importante é a violência urbana, e com ela a violência sexual, que têm crescido sobremaneira. Os jovens aparecem ali como protagonistas e alvos fáceis, sendo que as adolescentes encontram-se ainda mais expostas à situação de exploração e abuso sexual. No Brasil, embora contando-se com várias ações de prevenção de violência contra a mulher e de assistência às vítimas, o que se observa é a necessidade de ampliação do número dessas ações e incentivo às já existentes, tendo em vista o índice de estupros e outras formas de exposição sexual. O PNDST/AIDS indica a quimioprofilaxia com TARV nesses casos de agressão sexual, ou para os casos em que as pessoas não infectadas foram expostas pelo parceiro ou parceira, sabidamente infectado ou infectada pelo HIV.

Para atender a tais situações, o Ministério da Saúde tem procurado construir uma Rede de Serviços, qualificados e credenciados, capacitada para este fim. Segundo aquele Ministério, faz-se necessário que a equipe de profissionais daquela rede considere o uso dos TARV pelas vítimas de violência sexual, como uma entre as diversas ações a serem desenvolvidas no atendimento. É preciso encaminhá-las para os Serviços de Referências, onde, além do início da quimioprofilaxia para AIDS, receberão assistência para outras DST não virais, hepatite B, contracepção hormonal de emergência e abordagem clínica e psicossocial, feita exclusivamente por profissionais qualificados (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS..., 2004).

Mas é necessário que Estados e Municípios não economizem esforço no sentido de garantir às vítimas de violência sexual a assistência qualificada, além de buscar novas parcerias com universidades e ONGs, para ampliar a prevenção a esse tipo de violência e promover uma assistência qualificada às vítimas.

Embora os homossexuais não apareçam mais como uma tendência da epidemia, a vulnerabilidade desta categoria de pessoas ainda é visível, sobretudo quando se está falando de um sujeito que é adolescente, homossexual e pobre. Há perigos relativos a essa condição: os preconceitos, as discriminações e a violência desde os familiares, passando pelos vizinhos, a comunidade local e até a polícia. E o problema se agrava, podendo atingir o risco de morte.

A exclusão e a perseguição a muitas dessas pessoas chegaram a extremos com o surgimento da AIDS, quando houve a identificação dos homossexuais como transmissores da doença e associou-se mecanicamente um à outra. Assim, ser homossexual transformou-se em sinônimo de uma doença contagiosa, “(homo)ssexualmente transmissível. Mesmo com a

heterossexualização e feminilização do HIV, muita gente continua imaginando que se trata de uma peste Gay.” (MOTTI, 2000, p. 164).

Na clínica psicanalítica com jovens homossexuais que vivem com HIV/AIDS, são freqüentes as queixas de maus tratos, de abandono, de discriminação, de violência, inclusive física; histórias de perdas e de medos dos perigos, onde o contrair o HIV aparece apenas como um, dentre uma gama deles. Percebe-se que essa clínica tem sido de grande valia para aquelas pessoas, uma vez que lhes possibilita a subjetivação do discurso.

Uma outra tendência da AIDS nos dias de hoje é a interiorização. Há alguns anos constatou-se a expansão da epidemia para o interior do País. Ela cresce principalmente nos municípios de médio e pequeno porte, distantes dos grandes centros urbanos. Com isso, índios também tornaram-se vulneráveis ao HIV. Desde 1997, já se tem notícia de índios e índias infectados que desenvolveram a doença. Eliminar barreiras culturais que dificultam a assimilação de medidas de proteção, seja para cada sujeito, seja para o coletivo, sem ferir a cultura daquele povo, ampliou a lista dos desafios para a luta anti-HIV/AIDS no Brasil.

Desde o início da década de noventa, a epidemia se expandiu entre a população feminina do País e do mundo. Hoje 50% dos novos casos de infecção pelo HIV atingem as mulheres, principalmente as mais jovens. Mas quem são essas mulheres que atualmente protagonizam o número de casos da epidemia? São donas de casa, profissionais, estudantes, artistas, desempregadas, crianças, jovens, adultas, idosas, mães, filhas, numa palavra, mulheres. Mantendo um estrito vínculo com as demais tendências da epidemia, a feminilização é, em sua grande maioria, representada por mulheres das camadas mais pobres e desprovidas de informações, dentre tantas outras carências.

São vários os empecilhos para os Programas de Prevenção e Assistência específico para o atendimento às mulheres HIV positivas, tais como: a cultura machista brasileira, a influência do início da epidemia que fez com que as mulheres desconhecem suas vulnerabilidades, as questões de gênero, o isolamento, as desigualdades, a discriminação e inúmeras outras peças desse jogo que tenta impedir ações antiAIDS direcionadas a elas. Mas há uma contrapartida, a formação de grupos como o das Cidadãs Positivas (que investem parte de seu tempo na mobilização de outras mulheres e de homens para apoiarem as pvha); a reivindicação de seus direitos junto aos órgãos competentes; orientação, aconselhamento e acompanhamento em ações preventivas; promoção de momentos festivos, de discussões, de

descontração e reavivamento da solidariedade como alimento para a luta e a manutenção da esperança de dias melhores.

Presença de agentes voluntários na luta anti-AIDS sempre existiu. Um grande número de mulheres atuantes nessas frentes também foi observado desde os primórdios da epidemia, mas um comprometimento de tantas mulheres acometidas pelo HIV com esta causa é algo inédito. Por isso, vê-se que a feminilização da epidemia abriu uma brecha para as mulheres infectadas se indagarem não só acerca do vírus nos seus corpos, mas também de se descobrirem como mulheres que podem desnaturalizar a hierarquia entre os homens e elas; refletir sobre os seus e os cotidianos de outras mulheres; vivenciar e discutir suas sexualidades; confrontar suas vidas agora com os preconceitos há muito introjetados e, enfim, verificar o impacto da AIDS nas suas subjetividades. É possível, portanto, afirmar uma tendência de crescimento da força da mulher que vive com HIV/AIDS, na luta da sociedade civil organizada contra a epidemia.

Vê-se então, que a emergência da epidemia impõe, nestes dias, – “dias, aliás, é anagrama de AIDS” (DANIEL, 1989, p. 20), – um debate mais amplo e em espaços os mais diversos possíveis, abrangendo temas, como: ética, direitos humanos, etnia, educação, sustentabilidade e desenvolvimento; globalização, identidade cultural, instituições sociais, marginalidade e inclusão social; ecologia, saúde, direitos reprodutivos, vulnerabilidade, projetos de redução de danos para usuários de drogas; violência, políticas intersetoriais, parcerias entre instâncias governamentais e organizações da sociedade civil; políticas públicas em geral e especialmente de DST/AIDS, subjetividades, dentre outras, indicando, portanto, que as transformações da AIDS ainda não determinam um controle da epidemia.

Como foi visto, ela cresceu, continua crescendo no País e no mundo, afetando cada vez mais as pessoas de baixa renda e, assim, não pode continuar a ser considerada apenas como um problema de saúde. Caso contrário, não será possível combatê-la.

Foram e são muitos os setores envolvidos com esta problemática. Os avanços nas discussões e ações, conforme se viu, também foram significativos. Ampliaram-se as novas formas de solidariedade para com os sujeitos infectados e, sobretudo, assistiu-se e assiste-se ainda a algo de singular importância na história da epidemia, dia após dia testemunha-se o advento de novos tipos de organizações de mútua ajuda e de luta antiAIDS, protagonizadas pelas pvha, contribuindo assim para que mudanças significativas ocorram em suas vidas.

## ABSTRACT

The present article is the result of a bibliographical research that tries to evaluate AIDS epidemic as well as the collective and subjective investments in the search of responses to several of the difficulties then found. Some of the points which became historically remarkable to this epidemic are presented, as well as brief psychoanalytical perceptions viewed from a social-cultural approach. This study made possible the understanding of certain elements of over two decades of activities of the scientific community, governmental organisms, but especially of the civil organized society from Brazil and all over the world, aiming at anti-AIDS struggle and its significant involvement of infected individuals by HIV.

**Key Words:** AIDS, epidemic, individual/community.

## REFERÊNCIAS

- ALTMAN, D. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1995.
- BRASIL ajuda países em desenvolvimento contra a Aids. *Saber viver*. Rio de Janeiro, ano 3, n. 22, p. 8, mai./jun. 2003.
- DANIEL, H. *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro : Jaboti, 1989.
- ESPECIAL: 20 anos de epidemia. *Cadernos pela Vidda*. São Paulo, ano 11, n. 34, p. 13-17, ago. 2001.
- FESTIVAL de humor promove cartuns sobre AIDS. *Saber viver*, Rio de Janeiro, ano 4, n. 29, p. 4, jul. ago. 2004.
- GALVÃO, J. *A AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- GRUPO PELA VIDDA. *Direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS*. Rio de Janeiro: A4 mãos, 1993.
- JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P.; JOVCHE, L. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 2. ed., Petrópolis: Vozes, 1995. p. 297-322.
- LENT, C. F.; SILVA, C. (Org.). *Epidemia indetectável: 6º e 7º Seminário*. Rio de Janeiro: Banco de Horas do IDAC, 2003.
- MEDEIROS, R. A.; QUEIRÓZ, M. F. O uso do direito pelo movimento social. In: CÂMARA, C.; CARNEIRO, C. M. de P. (Orgs.). *O outro como semelhante: direitos humanos e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 29-46.
- MOTTI, L. Aids, homossexualidade e exclusão. In: LENT, C. F. et. al. (Org.). *Primeiro Simpósio Subjetividade e Aids*. Rio de Janeiro: Banco de Horas do IDAC, 2000. p. 157-169.
- PNDST/AIDS cria Comitê Assessor de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Boletim Vacinas anti-HIV*. São Paulo, n. 11, p. 27-28, jul. 2004.
- PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- SONTAG, S. *A AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

# ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DO EXTRATO BRUTO DA *CAESALPINIA* *ECHINATA* LAM

Elisângela C. B. Silva<sup>1</sup>  
Thompson Lopes de Oliveira<sup>2</sup>  
Edeltrudes de Oliveira Lima<sup>3</sup>  
Ivone Antônia de Souza<sup>4</sup>

## RESUMO

A *Caesalpineia echinata* (L) tem sido usada por povos antigos em decorrência de suas variadas propriedades medicinais, sendo utilizada na prevenção e tratamento de algumas doenças com ação analgésica, antiinflamatória, antipirética e antimicrobiana. O estudo de produtos naturais oriundos de vegetais de uso medicinal, com atividade antimicrobiana, vem ganhado grandes perspectivas para uma possível aplicação prática no tratamento das infecções fúngicas e bacterianas. Neste trabalho, foram realizadas avaliações da atividade antimicrobiana do extrato aquoso da *Caesalpineia echinata* L, frente a espécimes de bactérias e fungos de origem clínica. Os ensaios foram realizados através do método de difusão em meio sólido, incubados a uma temperatura de 35<sup>+/-</sup> 2°C por 24-48 horas, para espécimes bacterianas, e 28-30°C durante 10-14 dias, para espécies fúngicas. De acordo com os testes, não foi evidenciada nenhuma atividade antimicrobiana satisfatória dos extratos testados, diferindo de relatos na literatura que sugerem e afirmam a ação antimicrobiana dessa planta.

**Palavras-chave:** Antimicrobiano. Plantas medicinais. Extratos.

## INTRODUÇÃO

A história das doenças e das suas causas de morte é tão antiga quanto à própria espécie humana, talvez mais desconhecida. O impacto das doenças infecciosas na evolução da espécie humana é de difícil avaliação, tanto pela sua complexidade em si, como pela escassez de dados e pontos obscuros (RODRIGUES *et al.*, 1997).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1991), a alta densidade demográfica somada a baixas condições de higiene encontradas nos países em desenvolvimento, é responsável por uma grande incidência de doenças infecciosas, causadas principalmente por

---

<sup>1</sup> Farmacêutica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. eliscbsilva@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Farmacêutico – Bioquímico. Graduado na UFPB. thompson\_oliveira@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Professora Adjunta do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Micologia.

<sup>4</sup> Professora Adjunta do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Toxicologia.

bactérias enteropatogênicas e fungos, e esta é uma das principais causas da morbidade e da mortalidade nessas regiões.

O pau-brasil (*Caesalpinia echinata* Lam.) é uma espécie arbórea da família Leguminosae, subfamília *Caesalpinioideae*, originária da mata atlântica. Algumas de suas propriedades terapêuticas têm sido descritas, sendo seu lenho adstringente, secante, e odontoálgico (XAVIER, 1995; SILVA, 2001). Embora pouco se saiba sobre sua atuação como agente antibacteriano, várias substâncias com esta atividade têm sido descritas em espécies do gênero *Caesalpinia*, como a brasilina, observada na *C. sappan* (KIM *et al.*, 2004; REDDY, 2003).

A brasilina [7,11b-dihydrobenz[b]indeno[1,2-d]pyran-3,6a,9,10(6h)-tetrol], apresenta várias propriedades farmacológicas, incluindo um potencial inibitório contra microrganismos patogênicos (XU *et al.*, 2004).

Estudos realizados na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) demonstraram que *C. echinata* é capaz de inibir o desenvolvimento de câncer em 75,37% dos camundongos em experimento, bem como impedir o desenvolvimento de microrganismos patogênicos, tais como *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris* e *Bacillus cereus* (FREIRE, 2004).

A espécie também apresenta potencial antifúngico, onde o extrato preparado a partir de seus ramos foi capaz de inibir o crescimento de fungos da espécie *Cladosporium cladosporioides* e *C. sphaerospermum* (SOUZA *et al.*, 2004).

Várias outras espécies do gênero *Caesalpinia* têm sido descritas e estudadas, por apresentarem ações medicinais, muito embora no Brasil seu uso não seja difundido, diferente de outras partes do mundo onde já se conhece, há bastante tempo, suas atividades e emprego no uso medicinal.

## **Matérias e Método**

### *Local de Trabalho*

O presente trabalho foi realizado no Laboratório de Micologia do Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

### *Obtenção do Material Botânico*

Os extratos liofilizados foram obtidos do Departamento de Química e Ciências Farmacêuticas na Universidade Federal de Pernambuco, conforme técnicas adotadas nos respectivos laboratórios (MATOS, 1988).

### *Ensaio Microbiológicos*

Para a realização dos ensaios microbiológicos foram selecionados espécimes de origem clínica, registradas no Laboratório de Micologia do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPB, bem como cepas padrões obtidas no Laboratório da Faculdade de Ciências Farmacêuticas - USP: *Staphylococcus aureus* (ATCC-25923), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC-9028), *Candida albicans* (ATCC-9002), *Aspergillus flavus* (FCF-126), *Trichophyton rubrum* (ATCC-2812), *Trichophyton rubrum* (LM-69), *Microsporum canis* (LM-003), *Microsporum gypseum* (LM-002), *Penicillium* spp (FCP-281) e *Fusarium* (FCP-108).

### *Metodologia*

**Método de difusão em meio sólido:** utilizado na determinação do “screening” da atividade antimicrobiana dos extratos da *Caesalpinia echinata* contra bactérias e fungos de origem clínica: em placas esterilizadas, foi depositado 1mL da suspensão de cada microrganismo, preparada em solução fisiológica a 0,85%, padronizada pelo tubo 0,5 Mc Farland e ajustada para 90% T (530nm), correspondendo aproximadamente a  $10^6$  UFC/mL (ODDS, 1989; CASAL, 1979). Em seguida, foi adicionado 21mL do meio sólido fundido a 50°C, procedendo da seguinte forma: após solidificação, foram realizadas cavidades de 6 x 8mm de diâmetro, onde foram depositadas alíquotas de 50µL de cada extrato solubilizado em concentrações diferentes. Foram utilizados controles com antimicrobianos padrões: tetraciclina 30g para bactérias e cetoconazol a 1000µg para fungos.

Os ensaios foram incubados a 24-48 horas a 35+ / - 2°C, para bactérias e leveduras, e a temperatura de ambiente 28-30°C, durante 10-14 dias, para fungos filamentosos (BENOUDIA *et al.*, 1988; SHADOMY *et al.*, 1985; MCGINNIS, 1980; CHIN LU, 1971; VICENT; VICENT, 1944).

## Resultados

Os resultados dos testes de atividade antibacteriana e antifúngica do extrato da planta *Caesalpinia echinata* L estão ilustrados nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

**Tabela 1** Ação antibacteriana do extrato aquoso da *Caesalpinia echinata* L., em diferentes concentrações, contra bactérias de origem clínica e diversa.

Produto (extrato-aquoso)	MICROORGANISMOS							
	<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC-25923	<i>Staphylococcus epidermidis</i> LM	<i>Escherichia coli</i> LM	<i>Klebsiella pneumoniae</i> LM	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC-9028	<i>Enterobacter</i> spp. LM	<i>Salmonella</i> spp. LM	<i>Bacillus</i> spp. LM
<b>Diluições</b>								
100mg/mL	-	-	-	-	-	-	-	-
50mg/mL	-	-	-	-	-	-	-	-
25 mg/mL	-	-	-	-	-	-	-	-
12,5 mg/mL	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Controle do microrganismo</b>	+	+	+	+	+	+	+	+

\*No controle do microrganismo foi utilizada uma droga antibacteriana, de largo espectro, conforme metodologia descrita.

Na Tabela 1, observa-se os resultados dos testes *in vitro* do extrato aquoso da planta *Caesalpinia echinata* L, em diferentes concentrações frente a bactérias Gram-Positivas e Gram-Negativas, de origem clínica e diversa. Entretanto, o extrato da planta mostrou-se totalmente inativo contra todas as espécies bacterianas utilizadas nos ensaios microbiológicos.

**Tabela 2** – Teste de atividade antifúngica do extrato aquoso da *Caesalpinia echinata* L., em diferentes concentrações, contra fungos leveduriformes e filamentosos, de origem clínica e diversa.

Produto (extrato-aquoso)	MICROORGANISMOS						
	<i>Candida albicans</i> ATCC-9002	<i>Aspergillus flavus</i> FCF-126	<i>Trichophyton rubrum</i> ATCC-2818	<i>Trichophyton rubrum</i> Lm 69	<i>Microsporium canis</i> - 003	<i>Fusarium</i> FCF - 108	<i>Penicillium</i> FCF-281
<b>Diluições</b>							
100mg/mL	-	-	-	-	-	-	-
50mg/mL	-	-	-	-	-	-	-
25 mg/mL	-	-	-	-	-	-	-
12,5 mg/mL	-	-	-	-	-	-	-
<b>Controle do microrganismo</b>	+	+	+	+	+	+	+

\*No controle do microrganismo foi utilizada uma droga antifúngica, conforme metodologia descrita.

Na Tabela 2, observar-se os resultados dos testes *in vitro* do extrato aquoso da planta *Caesalpinia echinata* L., em diferentes concentrações, frente a fungos filamentosos e leveduriformes, de origem clínica e diversa. No entanto, o extrato da planta mostrou-se totalmente inativo contra todas as espécimes fúngicas utilizadas nos ensaios microbiológicos.

### Discussão

O aparecimento das infecções, em destaque as hospitalares, estimula uma crescente necessidade em combatê-las, principalmente devido ao surgimento de cepas resistentes ou multiresistentes às drogas antifúngicas e antibacterianas, o que se aplica em especial a amostras de fungos aparentemente inofensivos, que há alguns anos atrás, como é o caso do gênero *Candida* spp., não se destacava tão predominantemente em infecções no ambiente hospitalar (LACAZ *et al.*, 2002).

Mas na atualidade, um dos parâmetros mais importantes na Microbiologia Geral é a pesquisa de novos produtos naturais, sintéticos ou semi-sintéticos, os quais possam ser mais eficientes para o tratamento das referidas infecções, e bem menos tóxicos aos pacientes

(GRABILL, 1992). Nesse contexto, o interesse em plantas medicinais com propriedades medicamentosas tem evoluído com amplas perspectivas, pela possibilidade que se tem em isolar substâncias conhecidas ou inéditas, a partir das mais variadas espécies de plantas. Portanto, a partir de alguns relatos em literatura, o nosso trabalho foi fundamentado em todos esses parâmetros.

Tratando-se da atividade antibacteriana do extrato da *Caesalpinia echinata* L., frente a bactérias de origem clínica e diversa, os resultados neste trabalho diferem totalmente dos dados encontrados por Freire (2004), que demonstrou ter ação ótima contra bactérias, em especial as de origem Gram-negativas, como o *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris* e *Escherichia coli*. Kim (2004), avaliou a atividade do extrato do lenho da *Caesalpinia echinata* contra cepas metaciclina-resistentes de *Staphylococcus aureus*, obtendo inibição do crescimento bacteriano em todas as amostras testadas. Os nossos resultados comprovam, a partir da metodologia empregada, que o extrato aquoso da *Caesalpinia echinata*, nas referidas concentrações, apresentou-se ineficaz frente aos microrganismos testados.

Estudos realizados por Souza (2004) demonstrou que a espécie em discussão também apresentou potencial antifúngico, onde extrato de seus ramos foi capaz de inibir o crescimento de colônias de fungos da espécie *Cladosporium cladosporioides* e *Cladosporium Sphaerospermum*. Todavia, em nosso trabalho foi demonstrado, a partir da realização dos testes *in vitro*, que o extrato aquoso, em diferentes concentrações da *Caesalpinia echinata*, não apresentou nenhuma atividade significativa contra os fungos testados, diferindo de relatos na literatura.

Cada vez mais tem se estudado o potencial biológico de produtos oriundos de espécies vegetais, quer sejam extratos, partições ou óleos, entre outros. E sempre no sentido de determinar a atividade destas substâncias contra microrganismos de característica patogênica, como as espécies participantes neste estudo, principalmente com ênfase naquelas de origem hospitalar.

O uso constante de medicamentos de origem vegetal e a conseqüente recuperação da saúde, a não-satisfação com a eficácia e o alto custo dos medicamentos, associado à admiração pelos produtos naturais, conduzem milhões de pessoas no mundo inteiro ao uso dos medicamentos de origem natural para a terapêutica das mais diversas patologias (ROBBERS *et al.*, 1997).

## Conclusão

Nos últimos anos, pesquisas com plantas medicinais têm sido desenvolvidas, considerando-se aspectos farmacológicos, botânicos, fitoquímicos, com ação antimicrobiana, em especial contra fungos e bactérias.

Estes objetivos tornam-se ânsia para pesquisadores do mundo todo, e o nosso estudo traz consigo estes parâmetros. Apesar do nosso trabalho não ter atingido o objetivo primordial, que seria testar e demonstrar a eficácia deste produto de origem natural contra microrganismos de âmbito hospitalar, novas pesquisas e metodologias serão empregadas em uma continuidade do estudo para a averiguação, conforme relatos em literatura das mais diversas recomendações do uso medicinal da *Caesalpinia echinata* L.

## ACTIVITY ANTIMICROB OF THE RUDE EXTRACT OF CAESALPINIA ECHINATA LAM

### ABSTRACT

The *Caesalpineae echinata* (L), it has been used by old people due to your varied medicinal properties, being used in the prevention and treatment of some diseases with analgesic action, antiinflammatori, antipiretic and antimicrob. The study of natural products originating from of vegetables of medicinal use with activity antimicrob comes won great perspectives for a possible practical application in the treatment of the infections fungi and bacterial. In this work, evaluations of the activity antimicrob of the extract aqueous of *Caesalpineae echinata* L front to specimens of bacterials and mushrooms of clinical origin. The rehearsals were accomplished, through the diffusion method in solid middle, incubated her/it a temperature of 35+ / - 2°C for 24-48 hours for bacterial specimens, and 28-30 °C for 10-14 days for species fungi. In agreement with the tests, any activity antimicrob of the tested extracts was not verified, differing of reports in the literature that you/they suggest and they affirm to have evidenced action antimicrob of this plant.

**Keywords:** Antimicrob. Medical. Extracts.

### REFERÊNCIAS

BENOUDIA, A.; HASSAR, M.; BENJILALI, B. **Les propriétés antiseptiques des huiles essentielles in vitro, testées contre germes pathogenes hospitaliers.** Fitoterapia, 59 (2): 1115-119, 1988.

- CASALS, J. B. Tablet sensitivity testing of pathogenic fungi. *J. Clin. Pathol.*, 32:719-722, 1979.
- CHIN LU, Y. In vitro study of pyrrolnitrin. *Jama J. Am. Med. Assoc.*, 70 (8): 19-22, 1971.
- GRAYBILL, J.R. Future directions of antifungal chemotherapy. *Clin. Inf. Diseases*, 14 (1): 170-181, 1992.
- KIM, Kang-Ju et al. Inhibitory effects of *Caesalpinia sappan* on growth and invasion of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Journal of Ethnopharmacology*, v.91, p.81-87, 2004.
- LACAZ, C. S.; PORTO, E.; MARTINS, J. E. C. **Micologia médica**. São Paulo: Savier, 2002. 695p.
- MATOS, F. J. A. **Introdução à fitoquímica experimental**. Fortaleza: Editora UFC, 1988.128p.
- McGINNIS, M. R. **Laboratory Handbook of Medical Mycology**. New York: Academic Press, 1980.411-416p.
- ODDS, F. C. **Antifungal activity of saperconazole (R.66905) in vitro**. *J. Antimicrob. Chemother.*, 24:533-537, 1989.
- OMS – Organización Mundial de la Salud. Pautas para la evaluación de medicamentos herbários. Ginebra, 1991.
- REDDY, V. L. N. et al. Inhibitory activity of homoisoflavonoids from *Caesalpinia sappan* against *Beauveria bassiana*. **Fitoterapia**, v. 74, p. 600-602, 2003.
- RODRIGUES, E. A. C et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. 3-27; 639-647p.
- ROBBERS, J. E.; SPEEDIE, M. K.; TYLER, V. E. **Farmacognósia e farmacobiotecnologia**. São Paulo: Premier, 1997. 372p.
- SILVA, R. C. **Plantas medicinais na saúde bucal**. Vitória, 2001.
- SHADOMY, S.; ESPINEL-INGROF, A.; GEBHAR, R. J. In vitro studies with sf 86-327, a new orally active allylamine derivatives. **I Med. Vet. Mycol.**, 23: 125-132, 1985.
- SOUZA, C. A. S.; AVANCINI, C. A. M.; WIEST, J. M. Atividade antimicrobiana de *Tagetes minuta* L. - *Compositae* (Chinchilho) frente a bactérias Gram-positivas e Gram-negativas. **Braz. J. Vet. Res. Anim. Sci.** (on-line). Dec. 2004, v. 37, n. 6. Acesso em 31/01/2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-95962000000600001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-95962000000600001&lng=en&nrm=iso). ISSN 1413-9596.
- VICENT, J. G.; VICENT, H. W. Filter paper disc modification of the Oxoford cup penicillin determination. **Proc. Soc. Exp. Biol. Med.**, 25: 162-164, 1944.
- XAVIER, M. N; RAMOS, I. N. C.; XAVIER, L. F. **A Fitoterapia no Combate as Afecções Bucais**, Idéia, 1995.
- XU, H. X.; LEE, S. F. The antibacterial principle of *Caesalpinia sappan*. **Phytother Res.**, v. 18, p. 647-51, 2004.

**< PRODUÇÃO DISCENTE >**

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA ADULTA HOSPITALIZADA COM NEOPLASIA DE PÂNCREAS

Maria de Paula Sales Coutinho<sup>1</sup>  
Leyliane Cristina Alves Pereira<sup>1</sup>  
Estela Rodrigues Paiva Alves<sup>1</sup>  
Rosa Rita da C. Marques<sup>2</sup>

## RESUMO

O câncer é uma doença que ataca o processo básico da vida na célula, em quase todos os casos, alterando o seu genoma, produzindo crescimento desordenado e invasivo das células cancerosas (GUYTON, 1988). Os sinais e sintomas do câncer pancreático relaciona-se com a localização do tumor na glândula e à sua extensão para o estômago, duodeno, os ductos biliares, o retroperitônio e a porta hepática. Sendo a neoplasia de pâncreas uma patologia pouco discutida; e dada à sua importância epidemiológica e clínica, surgiu o interesse em realizar este estudo de caso, baseado na história de uma paciente adulta acometida por neoplasia de pâncreas, na tentativa de melhorar o padrão de assistência de enfermagem a esta paciente, baseada na taxonomia da NANDA, e conciliar a teoria e a prática, assim cumprindo requisito da disciplina Enfermagem Clínica I, na sua terceira avaliação teórico-prática.

**Palavras Chaves:** Câncer de pâncreas. Assistência de Enfermagem. Estudo de caso.

## INTRODUÇÃO

O câncer descreve uma classe de doenças caracterizadas por crescimento descontrolado de células mutantes. Os cânceres matam em decorrência da invasão destrutiva de órgãos normais, por extensão direta e disseminação para locais distantes através do sangue, linfa ou superfícies serosas. Todos os cânceres invadem ou se metastizam, porém, cada tipo específico exibe características biológicas e clínicas singulares, que devem ser avaliadas para uma abordagem adequada do seu estudo, diagnóstico e tratamento (SIMONE, 2001).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2005 apontam que ocorrerão 467.440 novos casos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão, no sexo masculino, e mama e colo do útero, para o sexo feminino, acompanhando a mesma magnitude observada no mundo (BRASIL, 2005).

---

<sup>1</sup> Acadêmicas do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem pela UFPB. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPB. Orientadora do trabalho.

São esperados 229.610 novos casos para o sexo masculino e 237.830 para sexo feminino. Estima-se que no ano de 2005 o câncer de pele não melanoma (113 mil novos casos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama feminina (49 mil), pulmão (26 mil), estômago (23 mil) e colo do útero (21 mil) (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, os tumores mais incidentes, para o sexo masculino, serão devidos ao câncer de pele não melanoma (56 mil casos novos), próstata (46 mil), pulmão (17 mil), estômago (15 mil), e cólon e reto (12 mil). Para o sexo feminino, destacam-se os tumores de pele não melanoma (57 mil casos novos), mama (49 mil), colo do útero (21 mil), cólon e reto (14 mil) e pulmão (9 mil) (BRASIL, 2005).

O câncer de pâncreas é atualmente a quarta causa de morte por câncer nos Estados Unidos e a segunda causa de morte por câncer no Brasil, do Estado da Paraíba e do Município de João Pessoa. Segundo dados da Secretaria da Saúde do Município, do ano 2000, até fevereiro de 2005, cerca de 81 casos de câncer de pâncreas foram notificados; os portadores tinham acima de 40 anos e residiam no município (Secretaria da Saúde do Município de João Pessoa).

As principais causas de cânceres conhecidas, segundo Blot (2001), são: tabaco, álcool, poluição ambiental, agentes medicinais, radiação. Enquanto para Enciclopédia (2005), os fatores hereditários, imunológicos contribuem para o aparecimento do câncer.

A maior parte dos casos de câncer de pâncreas localiza-se na região da cabeça do órgão. O risco de desenvolver o câncer de pâncreas aumenta após os 50 anos de idade, principalmente na faixa entre 65 e 80 anos, havendo uma maior incidência no sexo masculino. A maior parte dos casos da doença é diagnosticada em fase avançada, portanto, é tratada para fins paliativos. O tipo mais freqüente é o adenocarcinoma, com 90% dos casos (INCA, 2005).

Os sinais e sintomas do câncer pancreático relacionam-se com a localização do tumor na glândula e a sua extensão para o estômago, duodeno, ductos biliares, retroperitônio e porta hepática. Ocorre dor em 90% dos pacientes, a qual pode ser vaga e bastante inespecífica, podendo surgir até três meses antes do início da icterícia.

As principais complicações detectadas em nossa pesquisa, em decorrência da patologia acometida pela nossa paciente, foram, anemia, infecção do trato urinário e icterícia obstrutiva.

Ao paciente com câncer considerado ressecável pensa-se em realizar uma ultrasonografia endoscópica ou laparoscopia, para determinar se há invasão vascular e metástases para os linfonodos, ou se ocorreu disseminação peritoneal e metástase hepática pequena. Os sinais e sintomas do câncer pancreático são inespecíficos. A maioria dos pacientes com perda de peso e dor abdominal, apresentando ou não icterícia, não apresenta câncer pancreático. Nos pacientes com icterícia, o câncer pancreático tem de ser diferenciado das condições benignas tratáveis, como a pancreatite crônica, com obstrução do ducto biliar comum, e das causas de colestase extra e intra-hepática.

A ressecção cirúrgica do CA pancreático oferece a única chance de cura. Apenas 10% dos cânceres pancreáticos são ressecáveis, e a taxa de sobrevivência de cinco anos após a ressecção é de 10% (DI MAGNO, 2001). A pancreatoduodenectomia é o procedimento cirúrgico de escolha, a taxa de mortalidade cirúrgica é de 2 a 5%, outros procedimentos como a pancreatectomia regional e pancreatectomia total não são usualmente realizados devido à alta taxa de sobrevivência não ultrapassando cinco anos.

O tratamento de enfermagem consiste no tratamento e alívio da dor, atenção aos requisitos nutricionais, ao cuidado cutâneo e alívio dos desconfortos associados à icterícia, anorexia, perda de peso. A dor deve ser controlada utilizando aspirina, acetaminofeno e anti-inflamatório não esteroidais; se estes não aliviarem a dor, deve-se utilizar analgésicos opióides (SMELTZER; BARE, 2002).

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

A trajetória metodológica escolhida para o alcance do objetivo proposto está estruturada no estudo de caso, que é o método de pesquisa que envolve uma análise completa em profundidade de um indivíduo, grupo, instituição ou outra unidade social (POLIT; HUNGLER, 1995), por se tratar de um acompanhamento junto a uma paciente acometida por neoplasia de pâncreas.

O estudo foi realizado no Hospital Padre Zé<sup>3</sup>, setor de Clínica Médica, no período de 27 de abril a 03 de maio de 2005, com apenas um indivíduo do sexo feminino, de 70 anos de idade.

---

<sup>3</sup> O hospital localiza-se no município de João Pessoa/PB.

Para a operacionalização do Processo de Enfermagem foi feito o levantamento de dados com um roteiro de entrevista estruturada, com questões abertas e fechadas, contemplando dados de identificação da paciente, exame físico, dor e outras queixas, necessidades de autocuidado, dados de interesse para a enfermagem, como prescrição médica, exames laboratoriais.

Após a análise dos dados foi elaborada uma história clínica da paciente, onde foram abordados os sinais e sintomas levantados, os exames laboratoriais e a conduta terapêutica.

A partir destes dados foram identificados os diagnósticos de enfermagem, levando em consideração os fatores relacionados e as características definidoras, baseados na taxonomia da NANDA, que deram subsídios para elaborar o plano de cuidados de enfermagem e, assim, implementar e avaliar a assistência de enfermagem prestada à paciente acometida por neoplasia de pâncreas.

## **OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

### **História Clínica**

M.F.O, 70 anos, sexo feminino, alfabetizada, católica, casada, aposentada, sedentária, genitora de 15 filhos, sendo que 13 filhos estão vivos, teve 1 aborto espontâneo e 1 natimorto, residente no município Cuitegi-PB. Sua moradia é própria, tem saneamento básico, coleta de lixo, possui três gatos domésticos, já foi submetida a cirurgias como colescistectomia e perinioplastia, não tem nenhum tipo de alergia, entrou na menopausa aos 45 anos, na sua infância foi acometida de caxumba, sarampo, varicela, atualmente é hipertensa, nos antecedentes familiares só sua mãe era hipertensa. O marido é fumante há mais de 20 anos, sendo a paciente fumante passiva.

No dia 04/04/2005 foi admitida na clínica médica do HPZ, na cidade de João Pessoa procedente de sua residência, no município de Cuitegi-PB, tendo como queixas principais: dores abdominais, constipação, prurido generalizado. Hipótese diagnóstica: anemia, infecção do trato urinário, icterícia obstrutiva, neoplasia de pâncreas. Realizados os seguintes exames: bioquímica, hemograma, parasitológico de fezes, USG, TC. Aguardando o resultado da tomografia.

No dia 27 de abril de 2005, às 9 horas, ao exame físico: **SN**: consciente, orientada no tempo e no espaço, cooperativa, afebril, ativa, ictérica. Sono e repouso prejudicados. **Cabeça**

normocéfala, face atípica, acuidade visual preservada, simétricos. **Ouvidos:** acuidade preservada. **Pescoço:** posição mediana, forma e volume regular, mobilidade ativa, ausência de gânglios linfáticos à palpação. **Pele e mucosas:** conjuntiva icterícia, mucosa lábio bucal hipocorada, mucosas hipocoradas, pele icterícia, desidratada, ressecada, turgor e elasticidade diminuídos, cabelos quebradiços, pouco consistentes, sem brilho, ausência de pediculose, com presença de seborréia, unhas consistentes. **Tórax:** atípico, hemitórax simétricos. Mamas simétricas, sem retrações, fissuras ou abaulamentos, indolor à palpação, ausência de secreções e nódulos palpáveis. **SR:** eupnéica, respiração torácica, expansibilidade torácica bilateral, FTV presentes, murmúrios vesiculares presentes. **SCV:** regular, rítmico, BCNF em 2T, sem presença de edema. **SIG:** abdome globoso, flácido, doloroso à palpação profunda no hipocôndrio direito e esquerdo, e à ausculta presença de sopro (pâncreas), ruídos hidroaéreos ausentes nos quatro quadrantes, presença de cicatriz cirúrgica no quadrante superior direito (colescistectomia), eliminações ausentes, com mais de 4 dias, presença de melena e acolia fecal quando defeca (SIC). **SGU:** micção espontânea com cor e odor característicos (SIC). **SME:** MMSS: sensibilidade e força motora preservada, perfusão sanguínea preservada. MMII: sensibilidade e força motora preservada, presença de varizes e fissuras em ambos MMII. Deambula sem ajuda. **SSVV:** T= 36,8° C, P=80 bpm, FR= 72 bpm, R= 20 irp, PA= 110x 70 mmHg, CA= 100 cm, Alt=1,46m, Peso= 53 kg, ICM= 25,23 kg/m<sup>2</sup>. Paciente refere não ter conhecimento sobre sua patologia, principalmente o prurido.

Resultado dos exames: **hemograma:** série vermelha - hematócrito e hemoglobina indicam anemia branda; série branca: leucócitos normais. **Bioquímica:** glicose em jejum dentro dos padrões normais; creatinina normal; uréia aumentada; amilase diminuída, de acordo com os valores referenciais; aminotransferase do aspartato de alanina, valores aumentados com necrose de células; fosfatase alcalina, níveis aumentados com obstrução biliar; bilirrubina total, indireta e direta aumentadas; imunoenensaio da insulina plasmática: níveis detectáveis de insulina sérica. Sumário de urina dentro dos padrões da normalidade, células epiteliais de descamação, bactéria da flora normal. **Parasitológico de fezes:** helmintos e protozoários negativos. **USG:** de abdome vesícula não visualizada ecograficamente (paciente colescistectomizada); estase hepática (fígado adiposo); pâncreas, baço, rins ecograficamente normais. **Tomografia:** que até a presente data a paciente não realizou o exame. Paciente em uso de antihipertensivos, analgésicos, antiulcerosos, laxantes, colestiramina, dieta branda hipolipídica

## Planejamento da assistência de enfermagem um adulto hospitalizado com neoplasia de pâncreas

Paciente: M. F. O. - Idade: 70 anos

Enfermaria: 03/leito: 03 - Data de Admissão: 04/04/05

Diagnóstico Médico: neoplasia de pâncreas, anemia, ITU e icterícia obstrutiva

Data: 27/04/05

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Aprazamento
Integridade da pele prejudicada relacionada ao estado metabólico alterado evidenciado por prurido intenso, mucosa lábio-bucal hipocorada, pele icterícia, ressecada, turgor e elasticidade diminuídos.	A paciente irá apresentar melhora no prurido após ter sido medicada com colestiramina CPM.	Sugerir que a paciente corte as unhas curtas. Inspeccionar as superfícies da pele. Usar loções emolientes. Recomendar elevação das extremidades para evitar edemas e aumentar o retorno venoso. Administrar a colestiramina CPM.	Atenção Atenção Atenção Atenção 10-22
Dor aguda relacionada à agentes lesivos (biológico), evidenciado pelo relato verbal de dor a palpação profunda, mudança de apetite e alimentação.	A paciente referirá alívio da dor após ser medicada com analgésico CPM.	Administrar analgésicos CPM se necessário. Desviar o foco da dor. Documentar a localização da dor. Promover medidas de conforto.	S/N Atenção Atenção Atenção
Constipação relacionada a hábitos de evacuações irregulares evidenciada por melena, dor abdominal, ruídos hidroáereos hipoativos, ausência de fezes há 4 dias.	A paciente referirá melhora no padrão intestinal após ingesta hídrica e de laxantes CPM.	Determinar a coloração, consistência, frequência e quantidades das fezes. Auscultar os sons intestinais ao exame físico.  Monitorar a ingesta hídrica e alimentar. Encorajar o paciente a tomar de 1500 a 2000ml de líquidos.	Atenção Atenção Atenção 6-8-10-12-14-18-20-22
Déficit de autocuidado para higiene (couro cabeludo) relacionado à fraqueza, e cansaço, evidenciado por seborréia e prurido no couro cabeludo.	A paciente irá relatar melhora no prurido do couro cabeludo após higiene dos cabelos.	Proporcionar privacidade durante a rotina do banho. Colocar o material necessário para o banho ao alcance da paciente e, se necessário, ajudá-la. Inspeccionar a paciente após o banho e observar se a mesma realizou eficientemente a limpeza corporal.	Atenção Atenção Atenção
Déficit de conhecimento sobre a patologia acometida, relacionada à falta de exposição, evidenciado por verbalização do problema.	A paciente explicará a sua patologia após ser orientada pela enfermagem.	Explicar os sinais e sintomas da patologia. Estimular a paciente a procurar mais dados sobre a patologia. Explicar a paciente a importância da terapêutica e da alimentação para a melhora do padrão de vida.	Atenção Atenção Atenção

**Implementação da assistência de enfermagem para um adulto hospitalizado com neoplasia de pâncreas**

<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO</b>
27/04/05	9h	Paciente orientada quanto à mudança de decúbito, utilização de cremes para melhorar a hidratação da pele e a importância de ter unhas curtas a fim de evitar lesão da pele.
27/04/05	10h	Administrado 30 gotas de dipirona CPM para alívio da dor; paciente, orientada quanto às técnicas de alívio da dor.
27/04/05	11h	Realizado exame físico e observado a presença de sons intestinais. Orientada para aumentar a ingestão de água e frutas.
27/04/05	7h	Proporcionado privacidade e auxílio para a paciente durante o banho.
27/04/05	10h30	Paciente orientada quanto à sua patologia.

**Avaliação da assistência de enfermagem para um adulto hospitalizado com neoplasia de pâncreas**

<b>DATA</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>AValiação DA ASSISTÊNCIA</b>
27/04/05	A paciente irá apresentar melhora no prurido após ter sido medicada com colestiramina CPM.	Paciente referiu melhora do prurido após ter sido medicado.
27/04/05	A paciente referirá alívio da dor após ser medicada com analgésico CPM.	Paciente referiu alívio da dor após ter sido medicada.
27/04/05	A paciente referirá melhora no padrão intestinal após ingestão hídrica e de laxantes CPM.	Paciente refere que as fezes ainda são sólidas e a cor e de melena.
27/04/05	A paciente irá relatar melhora no prurido do couro cabeludo após higiene dos cabelos.	Após higiene do couro cabeludo paciente referiu melhora no prurido.
27/04/05	A paciente explicará a sua patologia após ser orientada pela enfermagem	A paciente ainda apresenta dúvidas e questiona ainda o porquê da icterícia.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho foi realizado na forma de estudo de caso, proporcionando-nos um aprofundamento dos nossos conhecimentos sobre câncer, conciliando teoria à prática, realizando procedimentos necessários para maior conforto e segurança da paciente.

A assistência dada à paciente foi de forma que amenizasse desconhecimento da patologia, com a comunicação, higiene geral, promovendo assim um melhor bem estar.

A experiência na clínica médica com a paciente, necessitou de todo cuidado e atenção, enriqueceu nosso conhecimento, e promoveu também um crescimento pessoal e espiritual para nós. A importância do profissional é essencial quando há segurança aos desempenhos dos procedimentos realizados e, com isso, atingindo melhor os objetivos propostos.

Portanto, procuramos colocar em prática os cuidados necessários para suprir as necessidades da paciente, promovendo uma assistência de enfermagem humanizada, baseada nas referências consultadas. Pois o apoio do profissional é necessário e indispensável para que o paciente readquirira seu bem-estar físico e emocional.

## **ABSTRACT**

Cancer is a disease that attacks the basic process of life in the cell, in almost all the cases, thus changing the cell genome, and producing invasive and uncontrolled growth of cancerous cells (GUYTON, 1988). The signs and symptoms of pancreatic cancer are related to the localization of the tumor in the gland and to its extension to the stomach, the duodenum, the bile ducts, the retroperitoneum and the porta hepatis. As the pancreas neoplasia is a little discussed pathology, and considering its clinical and epidemiological importance, I have decided to carry out this case study based on the history of a female adult patient ill with pancreas neoplasia so as to improve the standard of nursing assistance to her, based on the taxonomy of NANDA, and so we reconciled theory and practice, thus meeting the requirements of the subject Clinical Nursing I, in its third theoretical-practical evaluation.

**Keywords:** Pancreas cancer. Nursing assistance. Case study.

## **REFERÊNCIAS**

- BLOT, W.J. Epidemiologia do câncer. In: GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. C. Cecil **Tratado de medicina interna**. V. 1. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo - CONTAPP. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em 20 de maio de 2005.
- DIMAGNO, E. P. Carcinoma de pâncreas. In: GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. C. Cecil **Tratado de medicina interna**. V. 1. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ENCYCLOPAÉDIA BRITÂNICA DO BRASIL PUBLICAÇÕES. **Câncer**. Disponível em [www.psfmonteverde.hpg.ig.com.br](http://www.psfmonteverde.hpg.ig.com.br). Acessado em 19 de maio de 2005.

JOÃO PESSOA. SIM/Secretaria da Saúde do Município de João Pessoa. Câncer de pâncreas. Dados de 2000 a 2005.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SIMONE, J. V. Oncologia. In: GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. C. Cecil **Tratado de medicina interna**. V. 1. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 9. ed. V. 1e 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

## HOME CARE: SAIBA MAIS SOBRE ESTA INOVAÇÃO

Raquel Farias Lins<sup>1</sup>  
Suely Aragão Azevedo<sup>1</sup>  
Sidcleia Onorato Arruda<sup>2</sup>

### RESUMO

Home Care é um conjunto de procedimentos hospitalares que podem ser feitos na casa do paciente, onde são realizadas todas as etapas do cuidado médico, prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças, e até dos procedimentos de reabilitação. Assim como na internação hospitalar, no Home Care uma equipe formada por vários profissionais está envolvida direta e indiretamente no tratamento e no cuidado do paciente, no entanto, na medicina domiciliar, como a família acompanha mais de perto o processo, a presença desses profissionais é mais marcante e conseqüentemente melhor aproveitada. Surgiu nos Estados Unidos e na Europa por volta da 2ª Guerra Mundial. A partir da década de 1960 tornou-se mais forte e a idéia de “deshospitalização” foi levada em consideração. Adaptado à realidade brasileira pelo pioneirismo de algumas empresas, o Home Care idealiza um atendimento mais humanizado e gerenciado, como alternativo complementar ao sistema de saúde vigente, otimizando custos e recursos. O atendimento domiciliar atua no Brasil em média há 10 anos e por isso ainda se encontra no estágio de amadurecimento. O futuro do Home Care é promissor, pois esse serviço é uma alternativa economicamente viável e criativa para o atendimento de saúde. Esse trabalho foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica e tem como objetivo esclarecer o que vem a ser o serviço de Home Care.

**Palavras-chave:** Home Care. Assistência. Domicílio.

### INTRODUÇÃO

O termo Home Care é de origem inglesa, onde a palavra “Home” significa “lar”, e a palavra “Care” traduz-se por “cuidados”, e designa-se literalmente cuidados no lar. (PORTAL HOME CARE, 2005). Home Care também pode ser conceituado como a prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio.

De acordo com a RESOLUÇÃO-COFEN nº 256 de julho de 2001, esta modalidade assistencial exprime, significativamente, a autonomia e o caráter liberal do profissional Enfermagem (RIBEIRO, 2003).

---

<sup>1</sup> Acadêmicas da FACENE.

<sup>2</sup> Especialista em Serviços de Saúde Pública. Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Enfermagem Nova Esperança.

Segundo Santos (2003), esse tipo de serviço surgiu nos Estados Unidos e na Europa, por volta da 2ª Guerra Mundial. Nos Estados Unidos, várias enfermeiras se uniram e passaram a cuidar dos pacientes em casa. Na Europa, com o bombardeamento de hospitais, os médicos começaram a ir até os pacientes. Sendo estes os primeiros passos no serviço de medicina hospitalar.

A partir da década de 1960 este movimento tornou-se mais forte e a idéia de “desospitalização precoce” foi levada em consideração. Nesta época os hospitais estavam sempre lotados ocasionando a falta de leitos e formando filas imensas. Além disso, a população crescia, o número de doentes e feridos por causa da Guerra do Vietnã aumentava, e o período de vida dos idosos também aumentava, necessitando de cuidados médicos e de enfermagem.

Todavia, em se tratando de uma inovação da assistência em saúde no âmbito domiciliar, temos como objetivo esclarecer e nos aprofundar sobre o Home Care, levando em consideração seu surgimento, conceitos, benefícios para o Enfermeiro e para o paciente, bem como aos estabelecimentos hospitalares.

## **DESENVOLVIMENTO**

De acordo com o PRONEP, o Home Care abrange desde procedimentos mais simples como o tratamento de feridas em diabetes, terapia intravenosa e fototerapia para recém-nascidos, até outros de maior complexidade, como a intervenção domiciliar para condições mais graves, nas quais os pacientes não são capazes de se locomover e de fazer sua própria higiene pessoal, podendo necessitar de respiração artificial, terapia nutricional e acompanhamento integral por profissionais treinados; porém quando surgiu tinha apenas o objetivo de atender paliativamente os doentes que apresentavam patologias crônicas e tratamentos de longa duração, com necessidade de cuidados permanentes.

Segundo Santos (2003), a insuficiência na área de saúde originou as “Nursing Care” (tratamento direcionado ao idoso crônico terminal). Assim, foram aparecendo empresas que se propunham a tratar de diversas patologias nas casas dos pacientes.

Ao contrário do que os médicos pensavam, este serviço tornou-se bem mais eficaz que o internamento hospitalar, pois tem reduzido o risco de infecção hospitalar, manutenção do paciente no convívio familiar, redução no número e custo de internações, variando entre 20%

a 70% mais barato que o preço cobrado nos hospitais. Começava então a surgir uma solução economicamente viável e criativa para o atendimento de saúde: o Home Care, que, com o passar do tempo, as seguradoras e os planos de saúde começaram a remunerar alguns de seus procedimentos, ampliando ainda mais este serviço.

Na Europa, o Home Care também é visto como uma excelente alternativa de tratamento de saúde, embasado nas estatísticas de que com este serviço houve um aumento relativo na quantidade de leitos hospitalares disponíveis, em torno de 30% a 40%.

Adaptado à realidade brasileira pelo pioneirismo de algumas empresas, o Home Care idealiza um atendimento mais humanizado e gerenciado como alternativa complementar ao sistema de saúde vigente, otimizando custos e recursos. O serviço de atendimento domiciliar atua no Brasil em média há 10 anos e por isso ainda se encontra no estágio de amadurecimento.

Infelizmente, por este mercado ainda estar se concretizando no país, não se tem noção exata sobre o número de empresas atuantes e prestadoras deste serviço. Dados não oficiais de 1998 revelaram existir em torno de 80 empresas de Home Care. Atualmente, este número já é obsoleto.

De acordo com a Biblioteca Virtual da PRONEP, assim como na internação hospitalar, no Home Care uma equipe formada por vários profissionais está envolvida direta e indiretamente no tratamento e no cuidado do paciente. No entanto, na medicina domiciliar, como a família acompanha mais de perto o processo, a presença desses profissionais é mais marcante e conseqüentemente melhor aproveitada.

A equipe multiprofissional é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, além do pessoal de apoio, como motoristas e técnicos administrativos, entre outros. A função de cada um deles é bem definida.

O médico estabelece de forma integrada, com toda a equipe, a conduta clínica que deverá ser seguida por todos os membros; o enfermeiro responsabiliza-se pelas funções assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa; o nutricionista se concentra na manutenção do equilíbrio nutricional do paciente, melhorando as suas condições de resposta ao tratamento; o farmacêutico trabalha nos “bastidores”, sua função é o controle de qualidade de todos os medicamentos e soluções usadas no tratamento, incluindo orientações sobre compatibilidade, interações medicamentosas e estabilidades de cada droga envolvida com a

terapia em uso; o fisioterapeuta, por sua vez, trata da manutenção e reabilitação de toda a parte motora e respiratória; o fonoaudiólogo é importante para a reabilitação oral, que envolve fala e deglutição; o psicólogo cuida da reabilitação e manutenção psíquica do paciente e de seus familiares.

Todos estes profissionais são especializados no tratamento de pacientes severamente comprometidos e possuem sólida experiência com pacientes clínicos, crônicos e terminais. Essa experiência técnica é fundamental para o bom desempenho do profissional. Entretanto, técnica não é tudo. O profissional deve ser capaz de visualizar o paciente como um todo, envolvendo o contexto familiar, seus valores pessoais, seus sentimentos, deve estar apto a enfrentar uma diversidade de sentimentos: autocontrole, auto-estima e equilíbrio são características importantíssimas para o domínio desta atividade.

Conforme afirma Ben (2000), esse atendimento é específico e a equipe de enfermagem é quem acompanha o paciente e dá continuidade ao tratamento com eficiência, qualidade e responsabilidade [...]; o futuro do Home Care é promissor, pois esse serviço é uma alternativa para o paciente. Além disso, existe a expectativa de vida que é elevada e resgata a valorização do indivíduo. Outro aspecto importante é que diminui o risco de infecção hospitalar e reduz os custos para o Estado e para a família.

No Brasil, o Home Care está suprindo parte da necessidade surgida com redução de leitos em hospitais, além de ser uma forma encontrada pelas famílias para reduzir custos e proporcionar bem-estar, segurança e participação na recuperação do paciente. Ao contrário do que se pensa, que pacientes com baixa renda per capita têm acesso à assistência domiciliar. O governo, através do NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas), atende 900 pacientes e é o único atendimento voltado ao idoso.

Após a regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – Home Care (Resolução COFEN – 270/2002), toda empresa de prestação de serviços de Enfermagem Domiciliar e/ou filiais, deve ser dirigida por Profissional Enfermeiro, devidamente inscrito e em dia com suas obrigações junto ao Conselho Regional de sua área de atuação.

Santos (2003), refere que a figura do cuidador é fundamental no Home Care, principalmente nos casos de internação domiciliar. Essa pessoa deve ser escolhida pela família e, se possível, deve fazer parte do núcleo familiar. O cuidador se responsabiliza pelos cuidados básicos, que não dependam da atuação técnica de um profissional; é ele que

acompanha de perto a evolução da condição do paciente. É desejável que o cuidador seja uma pessoa calma e carinhosa, interessada em aprender, que supere alguns tabus corporais e que saiba respeitar as questões íntimas do paciente e da família.

É preciso deixar claro, entretanto, que o cuidador não substitui a atuação do profissional de enfermagem. Embora o cuidador assuma uma série de tarefas, suas responsabilidades possuem limites, que terminam no momento em que o paciente passa a necessitar de ações que impliquem conhecimento técnico-científico.

Para a maioria dos pacientes em Home Care, a participação da família na sua recuperação é uma influência positiva, não só do ponto de vista clínico, mas também do psicológico, uma vez que a tendência é sempre uma colaboração mais eficiente entre profissionais de saúde, família e paciente.

Algumas concessões de privacidade também são necessárias para permitir a presença da equipe de profissionais de saúde dentro da residência. É preciso que um familiar esteja sempre disponível, evitar ausência prolongada e manter o alerta frente a uma possível piora do estado de saúde do paciente.

Além disso, os familiares devem estar conscientes do grau de complexidade da doença e ter noção dos possíveis insucessos do tratamento. Independentemente da evolução do paciente, a família e, sobretudo o cuidador, precisam estar seguros de que estão contribuindo da melhor maneira possível, e cientes de que medidas “heróicas”, além de desgastá-los emocionalmente, podem não ter resultados práticos.

Após a solicitação da internação domiciliar, a família submete-se ao pedido de aprovação pelo convênio (Seguradora/Plano de Saúde). Após a liberação, que pode demorar horas ou dias, monta-se toda a estrutura necessária. Só então o paciente é removido em ambulância, dando início à assistência domiciliar.

A família é responsável pela limpeza do ambiente onde se encontra o paciente, que deve ser feita diariamente. Monta-se a cama hospitalar, suporte de soro, cadeira de rodas, goteira ortopédica e equipamentos mais especializados. Porém, quando o material não estiver sendo usado, deve ser devolvido ao hospital. O material destina-se ao uso exclusivo do paciente, e não deve ser usado por familiares ou profissionais da equipe.

Um(a) auxiliar de enfermagem permanecerá de plantão por 12 ou 24 horas, dependendo dos horários das medicações e grau de cuidados necessários. Chamamos a esse período de alta complexidade, quando os cuidados são por 24 horas; média complexidade,

quando os cuidados são por 12 horas (quer diurna ou noturna); e baixa complexidade, quando a equipe realiza apenas o procedimento (como curativos, ou medicações injetáveis ocasionais). Os turnos se iniciam às 7 horas, e a troca é periódica a cada 12 ou 24 horas. No regime de alta complexidade, o auxiliar de enfermagem só se ausenta quando seu substituto estiver presente.

O auxiliar de enfermagem de plantão deve ser um profissional selecionado e treinado, com ampla experiência em UTI ou Emergência, apto a tomar decisões rápidas, sempre orientadas pelo médico do paciente, ou pela equipe médica do hospital.

A enfermeira supervisora é a chefe direta da equipe de auxiliares de enfermagem que dá cuidados ao paciente. Ela visita periodicamente as residências, supervisionando o trabalho da equipe, conferindo estoques e registros. Realiza procedimentos mais complexos e orienta o auxiliar em dúvidas.

Os lixos especiais, chamados de perfuro-cortante (ex: agulhas, lâminas) são recolhidos em latas, para maior segurança no manuseio. O lixo derivado de cuidados simples (ex: higiene corporal, curativos) é descartado como lixo doméstico.

A alimentação do paciente é de responsabilidade da família, que deve providenciar o preparo conforme orientação do nutricionista. Não é responsabilidade do auxiliar de enfermagem o preparo de alimentos manufaturados. Apenas em casos de alimentos industrializados o preparo será feito por este.

O médico responsável pelo paciente, escolhido por este ou por sua família, visita-o periodicamente. A frequência destas visitas é estabelecida pelo convênio, baseada nas necessidades do paciente, e mediante relatório médico.

Na ocasião da alta, recolhe-se toda a estrutura no menor tempo possível, ou conforme acordo. E o médico define a medicação que deverá continuar a ser usada, e que deve ser providenciada pela família antecipadamente, evitando imprevistos.

Por questão ética e legal, o prontuário do paciente deve ser manipulado apenas pelos profissionais responsáveis por seus cuidados. Todo registro é um documento que deverá ficar sob a guarda do hospital.

A internação domiciliar não gera custos à família. Toda a medicação prescrita e materiais são fornecidos no limite de cada convênio. Para pacientes que não disponham de convênio, apresenta-se antecipadamente à família uma previsão de custo da internação domiciliar.

As empresas de Home Care brasileiras, ainda em fase de crescimento e desenvolvimento, se comunicam através dos seguintes conceitos: liderança mercadológica e melhor qualidade de vida para o paciente e sua família.

Normalmente, estas empresas fazem uso de venda pessoal, propaganda e relações públicas, para transmitir seu conceito ao público.

Como meios de comunicação, as ferramentas acima são bastante eficazes. Porém, ainda há falhas de comunicação, pois o conceito nem sempre está de acordo com o público-alvo das empresas. Ou seja, existe a necessidade de um maior estudo quanto ao verdadeiro público-alvo dos serviços de Home Care no Brasil.

As vantagens deste serviço para o paciente são inúmeras, tais como: ser tratado nas acomodações e no conforto do seu lar; ter maior privacidade; poder usar a sua própria roupa, ter maior controle e segurança física, ter maior dignidade em um ambiente que não alimenta a idéia de enfermidade; estar em um ambiente de maior socialização; poder contar com o apoio, atenção e carinho da família; alimentar-se adequadamente com alimentos preparados em sua casa, sob orientação profissional; recuperar a saúde no menor prazo possível (já foi comprovada que a recuperação, com tratamento na própria casa, é mais eficiente e mais rápida). Já para a família seria: ver, sentir e cuidar do paciente-familiar em sua casa, sem precisar se deslocar para o hospital em um curto horário predeterminado, tendo muitas vezes que pernoitar no hospital para cuidar do familiar; não gastar dinheiro e tempo com locomoção e estacionamento, sem considerar os riscos do trânsito, além da redução do estresse; melhor acompanhamento da evolução do paciente, através dos serviços prestados.

Para o convênio seria redução das despesas em, no mínimo, 30%, podendo se ampliar, de acordo com o caso e maior grau de satisfação para os seus usuários, valorizando e prestigiando o plano de saúde.

Enquanto que para o hospital há carência de leitos para todos os doentes; o hospital passa a ter prejuízos financeiros, caso o paciente permaneça internado além de um certo período quando todos os exames necessários e procedimentos já foram feitos e o paciente encontra-se estabilizado, impedindo a rotatividade de outros enfermos.

E para a equipe multidisciplinar do sistema Home Care propicia um trabalho organizado e bem planejado, que se traduz em uma visão global do paciente, algo muitas vezes impossível quando o paciente está hospitalizado; a equipe continua recebendo os seus honorários de acordo com a tabela do convênio; o paciente recebe acompanhamento do

médico responsável da empresa de Home Care, que, por sua vez, mantém o médico titular atualizado a respeito do seu paciente.

Enfim, visualizamos que em assistência semelhante a essa em discussão, não há desconforto semelhante aos que estamos habitualmente submetidos, tais como: desumanização dos serviços de saúde; ausência de vagas para internação e por sua vez a falta de profissionalismo e/ou profissionais bem capacitados.

## **REFERENCIAL METODOLÓGICO**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter exploratório que tem como objetivo esclarecer e aprofundar sobre o atendimento Home Care, levando em consideração seu surgimento, conceitos e benefícios propiciados por essa assistência.

De acordo com Costa (2000), o estudo exploratório é a investigação de uma pesquisa empírica, que tem como finalidade desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fatos ou fenômenos para a realização de uma pesquisa futura, para clarificar e/ou modificar conceitos.

O estudo foi fundamentado em uma pesquisa bibliográfica, que diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos na obra, que tem como base conduzir o leitor a determinado assunto e à produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa (FECHINI, 1993).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através do levantamento bibliográfico, observa-se que ainda existem dificuldades quanto ao assunto estudado, devido à pouca explanação do tema e desconhecimento por parte da população, e até dos profissionais da área da saúde.

O Home Care traz implícito em seus serviços a humanização da assistência ao paciente, processo bastante amplo, que tem certas resistências, já que implica na mudança de comportamento dos profissionais da área da saúde, pois trata da aproximação dos profissionais da área aos pacientes, assistindo-os de maneira mais completa, considerando sua personalidade, suas emoções, crenças, etc.

Assim sendo, percebemos que mesmo com a adesão dos profissionais a esta área de atuação, e caso tenha a devida formação e capacitação voltadas ao Home Care, torna-se inviável o desenvolvimento de atividades, uma vez que se faz necessário a existência de especialistas voltados a esta área.

## ABSTRACT

Home Care is a set of hospital procedures that can be made in the house of the patient. Where the stages of the medical care, prevention, diagnosis, treatment of illnesses, and even of the procedures of whitewashing are carried through wheels. As well as in the hospital internment, in the Home Care a team formed for some professionals is involved direct and indirectly in the treatment and the care of the patient, however in the domiciliary medicine, as the family folloies more than close the process, the presence of these professionals marcante and it is consequently better used to advantage. World-wide War appeared in the United States and the Europe for return of 2<sup>a</sup>. From the decade of 1960 one became stronger and the idea of "desospitalização" was taken in consideration. Adapted the Brazilian reality for the pioneirismo of some companies, the Home Care idealizes alternative a humanizado and managed attendance with complementary to the system of effective health. Optimizing costs and resources. The domiciliary attendance acts in Brazil in average has 10 years and therefore still it meets in the period of training of matureness. The future of the Home Care is promising, therefore this service is a viable and creative alternative economically for the health attendance. This work was carried through from bibliographical research and has as objective to clarify what it comes to be the service of Home Care.

**Key Words:** Home – Care. Assistance. Domiciliary.

## REFERÊNCIAS

- BEN, Luiza Watanabe Dal. **Home Care**: assistência domiciliar. Publicação oficial bimestral do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Disponível em: [http://www.corensp.org.br/revista/ anteriores/ maio\\_junho\\_000/4.htm](http://www.corensp.org.br/revista/ anteriores/ maio_junho_000/4.htm). Acesso em: 20 maio 2005.
- COSTA, Solange Fátima Geralda et.al. **Metodologia da pesquisa**. Coletânea de termos. João FECHINI, O. **Fundamentos da metodologia**. São Paulo: Atlas, 1993.
- HISTÓRIA do Home Care. **Portal Home Care**, 2005. Disponível em: <[http://www.portalthomecare.com.br/historia\\_home\\_care.php](http://www.portalthomecare.com.br/historia_home_care.php)>. Acesso em: 12 set. 2005.
- PRONEP Biblioteca Virtual. **9 perguntas sobre Home Care**, 2001. Disponível em: <<http://www.pronep.com.br/cjp/biblio.htm#inicio>>. Acesso em: 22 maio 2005.
- RIBEIRO, Gerson da Silva et al. **Aspectos éticos, legais e disciplinares do exercício da Enfermagem no Brasil**. João Pessoa: Idéia, 2003. 154p.

SANTOS, Lana Cristina Nascimento; et al. **Home Care**: o médico em casa. Copyright©. 2003. Disponível em: <[http:// www.projetoradix.org/artigos/comsaudeV/artigos\\_2.htm](http://www.projetoradix.org/artigos/comsaudeV/artigos_2.htm)>. Acesso em: 22 maio 2005.

VANTAGENS do Home Care. **Portal Home Care**. 2005. Disponível em: <<http://www.portalhomecare.com.br/vantagens.php>>. Acesso em: 12 set. 2005.

# **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: PERCEPÇÃO, DIFICULDADES E RELATOS DE MÃES ACOMPANHADAS EM UM PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA-PB**

Kilma de Oliveira Tavares<sup>1</sup>  
Maria Anarilda Nogueira Lima<sup>1</sup>  
Maria da Glória Prata Fernandes<sup>1</sup>  
Gigliola Marcos Bernardo de Lima<sup>2</sup>

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é entendido como sendo aquele fornecido do seio materno, devendo ocorrer logo após o nascimento e até o sexto mês, sem introdução de outros alimentos, exceto suplementos vitamínicos ou medicamentos. No Brasil, as pesquisas mostram que a taxa do AME é relativamente baixa. Apesar da sua importância, poucas são as mães que o praticam. O presente trabalho objetivou investigar a percepção e dificuldades encontradas por mães acompanhadas em um Programa Saúde da Família, durante o processo de amamentação, identificando o conhecimento das mesmas acerca do AME, e benefícios alcançados por essa prática, para mães e filhos. A pesquisa enquadra-se em um estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratória-descritiva desenvolvido no PSF - de João Pessoa – PB; no período de 13/09/2004 a 09/10/2004. Para levantamento do material empírico foi utilizado um roteiro de entrevista do tipo semi-estruturado, posteriormente os dados foram analisados de acordo com a literatura pertinente. Ao término da pesquisa, observamos que as mães questionadas eram bem informadas acerca do tema central, visto que as mesmas relatavam de forma clara e sucinta os benefícios trazidos pelo AME, bem como adotavam este método para com seus filhos, porém houve relatos também de dificuldades, visto que a sobrecarga de trabalhos influenciava na rotina de vida dessas mulheres.

**Unitermos:** Aleitamento Materno Exclusivo. Percepção. Programa de Saúde da Família.

## **INTRODUZINDO A TEMÁTICA**

O presente trabalho versa acerca do aleitamento materno, sendo este entendido como o alimento essencial para a criança durante os seis primeiros meses de vida, onde há um aumento na velocidade do crescimento e desenvolvimento do bebê. E, além de aporte nutricional ideal, é também uma maneira de proporcionar prazer, inter-relação afetiva mãe-filho, melhorando o desenvolvimento psicológico, social e motor do recém-nascido.

No Brasil, as políticas de saúde da criança têm priorizado, dentre outras, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como estratégia fundamental para a redução da mortalidade infantil no País e para a melhora da qualidade de vida e saúde das crianças brasileiras. Existem alguns problemas a serem enfrentados, como: a inadequação da informação nas comunidades; os riscos encontrados no uso de leite artificial pouco incentivado, e o não-cumprimento das leis que protegem as mulheres trabalhadoras que amamentam. É

indiscutível o avanço mostrado em estudos sobre o aumento da prevalência da prática do aleitamento materno natural no Brasil. Os incentivos com campanhas e a capacitação de profissionais de saúde têm sido a prova real desses avanços (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

Portanto, é importante a política de aleitamento materno que vem sendo implantada e sedimentada em inúmeros estados e municípios brasileiros, estando ainda muito longe de atingir a meta de aleitamento materno exclusivo recomendado, bem como a de garantir que nossas crianças sejam amamentadas até o segundo ano de vida ou mais.

## **OBJETIVOS**

- Investigar as dificuldades encontradas pelas pacientes do PSF – Beira Rio, localizado no bairro São José, na capital de João Pessoa-PB, durante o processo de amamentação.
- Identificar o conhecimento dessas mulheres sobre o AME.
- Conhecer os benefícios que o aleitamento materno trouxe aos filhos das entrevistadas.

## **CAMINHO METODOLÓGICO**

A pesquisa enquadra-se em um estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratória-descritiva desenvolvido no PSF - Beira Rio, localizado no bairro São José, na capital de João Pessoa-PB, no período de 13/09/2004 a 09/10/2004. Para levantamento do material empírico foi utilizado um roteiro de entrevista do tipo semi-estruturado, contendo questões referentes aos objetivos da pesquisa, e posteriormente os dados foram analisados de acordo com a literatura pertinente à temática. É importante ressaltar que a pesquisa obedeceu às diretrizes adotadas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O aleitamento materno é de fundamental importância para a sobrevivência e a qualidade de vida da criança no primeiro ano de vida, pois muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros seis meses, pois o efeito protetor do mesmo contra diarreias e doenças respiratórias pode diminuir substancialmente, quando a criança recebe, além do leite, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

É notório que os padrões alimentares dos bebês são diferentes dos adultos. Para seu bom crescimento e desenvolvimento, faz-se necessário um número de calorias, sais minerais e nutrientes adequados. É importante que o seu alimento esteja na temperatura, textura, consistência e quantidade ideal. Pois é durante o primeiro ano que a taxa de crescimento é mais rápida do que em qualquer outra etapa da vida. No entanto, se o organismo do recém-nascido não se encontra totalmente desenvolvido, como resultado, a sua capacidade de digestão, absorção e excreção dos nutrientes também não é plena.

O alimento ideal para a criança, nos primeiros meses de vida, é o leite materno, cujas vantagens sobre todos os outros leites já estão sobejamente demonstradas na literatura científica mundial, recebendo reforços a todo momento (CIAMPO; RICCO; ALMEIDA, 2004).

Segundo o Manual do Aleitamento Materno Exclusivo da Secretaria Especial de Estado de Proteção Social – SEEPS, o leite materno possui, na sua composição, todos os nutrientes em quantidade e qualidade necessários ao crescimento e desenvolvimento adequados do bebê. Ou seja, ele contém água, proteína, gordura, açúcar (lactose), sais minerais, vitaminas e fatores de proteção; todos de vital importância para a maturação fisiológica desse organismo em desenvolvimento, visto que a dieta do bebê não deve exceder seus requerimentos, nem sobrecarregar sua capacidade digestiva ou de excreção.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, *apud* Carvalho e Tamez (2002), a melhor forma de alimentação é o aleitamento materno exclusivo, no mínimo, por seis meses. Essa recomendação foi adotada recentemente (março de 2001), embasada em uma revisão sistemática da literatura sobre a ótima duração do AME. Essa revisão mostrou que a AME, sendo aderida por seis meses, traz benefícios para a mãe e ao seu filho, sem prejudicar o crescimento da criança.

Segundo Giugliani *apud* Carvalho e Tamez (2002), em virtude da crescente conscientização da importância da amamentação exclusiva, em 1991, estabeleceu categorias bem definidas de aleitamento materno. Assim, uma criança é considerada em aleitamento materno exclusivo quando recebe somente leite de peito, diretamente da sua mãe ou amadeite, ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos vitamínicos ou medicamentos. Apesar dos esforços em divulgar a definição precisa de aleitamento materno exclusivo, ainda persiste alguma confusão sobre o conceito de exclusividade na amamentação.

Muitos consideram amamentação exclusiva o que a OMS (1991) classifica como aleitamento materno predominante, ou seja, a criança recebe água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, soluções de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas), além do leite materno. Esse conceito equivocado pode subestimar o real impacto da amamentação exclusiva na saúde da criança.

As mamas, fisiologicamente, são idênticas até a puberdade, tanto para homens quanto para mulheres, sofrendo diferenciação com a ação dos hormônios, quando estes começam a atuar. Sob a influência do estrógeno e de outros hormônios, as mamas dão início ao seu desenvolvimento. A mama situa-se na parte superior do tórax, entre a segunda e a sexta costela, sobre o músculo peitoral maior, desde o esterno até a linha mesoaxilar (SMELTZER e BARE, 2002).

Segundo Vinha (1999), as mamas, também chamadas de seios, são formadas pelos tecidos *glandular*, responsável pela produção (secreção) e expulsão do leite; *conjuntivo* (celular) e *adiposo* (gorduroso). A forma interna de uma mama é semelhante a um conjunto de 18 a 20 cachos de uva, cujos frutos são bem pequenos. Esses frutos (alvéolos) estão ligados a canais muito finos e curtos (canalículos), que se unem a um canal mais largo e comprido (canal lactífero). Esse canal maior desemboca em uma bolsa ou depósito de leite (seio lactífero ou lactífero), encontrado sob a aréola. No mamilo, os canais se estreitam até atingir um calibre de 0,5mm e terminam em orifícios situados na superfície mamilar. O conjunto de seios galactóforos chama-se ampola.

Ainda sob a ótica de Vinha (1999), um conjunto de 10 a 100 alvéolos denomina-se lóbulo. Um conjunto de lóbulo, canalículos, canal lactífero, seio galactóforo e poro mamilar denominam-se lobo, que é uma unidade anatômica de funcionamento independente, ou seja, um lobo não depende dos outros lobos para desempenhar a sua função de produzir e expulsar o leite da mama. A mama possui de 18 a 20 lobos em média. O conjunto de lobos é chamado glândula mamária.

Com relação aos hormônios, a formação e a secreção do leite são processos neuroendócrinos e bioquímicos complexos, envolvendo os terminais sensitivos da aréola aos dos mamilos, que estão sob controle hormonal, dependem da interação da prolactina, ACTH, TSH, insulina cortisol, hormônio de crescimento, progesterona, estrógeno, hormônio lactogênio placentário e ocitocina (CIAMPO, RICCO e ALMEIDA, 2004).

Durante a gravidez, a mama completa seu desenvolvimento devido às grandes quantidades de estrogênios e progesterona, que são secretadas pela placenta. Os mesmos são responsáveis pelo desenvolvimento da mama durante toda a gestação preparando sua estrutura para a lactação (CARVALHO e TAMEZ, 2002).

Na concepção de Vinha (1999), quando o bebê mama, ele estimula as terminações nervosas do mamilo, gerando impulsos que vão até a hipófise, promovendo a liberação da prolactina na corrente sanguínea, mantendo seus níveis e, conseqüentemente, a produção de leite.

O hipotálamo, além de estimular a produção de prolactina pela adeno-hipófise, estimula a liberação de um outro hormônio pela neuro-hipófise, a ocitocina, que alcança a mama através da corrente sanguínea e produz a contração das células mioepiteliais dos alvéolos mamários, resultando na ejeção do leite para os ductos, e de seu fluxo pelo mamilo (CARVALHO e TAMEZ, 2002).

Segundo Lang (1999), a lactação já pode ocorrer a partir da 16ª semana após a concepção, caso a gestação seja interrompida. Logo após o nascimento e ao estímulo da sucção, o leite a ser liberado recebe o nome de colostro. Este é produzido durante os primeiros três a quatro dias após o parto que, em seguida, transforma-se progressivamente em leite maduro ou definitivo.

O colostro é perfeitamente adequado ao recém-nascido. Pois é rico em proteínas, particularmente em imunoglobulinas IgM, IgG e IgA, além de lactoferina e lisozimas; juntamente com os macrófagos, os neutrófilos e os linfócitos, que protegem os recém-nascidos contra as infecções, principalmente aquelas que a mãe já sofrera exposição anterior, tendo se tornado imune. Ele também tem função laxativa, ajudando o bebê na eliminação do mecônio e prevenindo, desse modo, a reabsorção da bilirrubina, que pode provocar icterícia durante os primeiros dias de vida (LANG, 1999).

Como vantagens do aleitamento materno para a mãe, podemos citar nos aspectos fisiológicos, involução uterina, proteção contra anemia, menos incidência de câncer de mama e ovário, efeito contraceptivo e retorno ao peso normal; psicológicos, redução da ansiedade e fortalecimento do vínculo mãe-filho; econômicos, economia de tempo e dinheiro, disponibilidade, lugar e temperatura ideal, prático e higiênico. Já para o bebê, podemos citar como vantagens os aspectos nutricionais; de defesa, de proteção a alterações psicossociais e

na prevenção de problemas motor-orais (mastigação, fala, respiração e alinhamento dos dentes) (SILVA e MARQUES, 2001).

Torna-se, portanto, percebido, que o aleitamento materno promove um fortalecimento da criança no seu sentido físico e afetivo. Por intermédio do leite é possível transmitir substâncias que contribuirão para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, bem como, o amadurecimento da imunidade contra certas doenças. Porém, existe também contratempos a serem transpostos, dentre eles podemos citar:

- por parte da criança: malformação congênita, tipo lábio-leporino e fenda palatina, doenças congênitas ou não que afetem o sistema nervoso central, impedindo a sucção;
- por parte da mãe: febre tifóide e febre amarela, hepatite B, doença mental severa, neoplasias, uso de alguns medicamentos, HIV + / HTLV1 (SILVA E MARQUES, 2001).

Tendo em vista os direitos sociais da mulher e da criança, a Constituição Brasileira, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que vigoram no Brasil, garantem uma série de direitos às mães trabalhadoras. Segundo a Constituição Federal, as trabalhadoras da cidade e do campo têm o direito à licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo de emprego e de salário (Capítulo II - Art. XVIII); os pais têm direito à licença paternidade de cinco dias, após o nascimento da criança, para que possam dar assistência ao filho e à companheira, recebendo salário integral (Art. XIX). De acordo com a CLT, a gestante não pode ser demitida sem justa causa. Se isso acontecer, a empresa deve pagar a indenização prevista na Lei, mais o salário correspondente à licença maternidade, ou seja, 16 (dezesesseis) semanas. Casar ou engravidar não é motivo para demissão, e não pode constar em nenhum contrato de trabalho que uma mulher casada ou grávida seja demitida por esse motivo (Art. 391). A gestante tem direito ao pagamento de salário integral. Na volta à empresa, ela pode ocupar o mesmo cargo que exercia antes do parto. Para receber o auxílio maternidade, a mãe deverá apresentar ao empregador o atestado de gravidez, e estar em serviço na época de repouso, antes do parto (Art.392). Pela lei, as mães trabalhadoras devem ter todas as condições de amamentar seus filhos, no seu local de trabalho, pelo menos até a idade de seis meses. Além disso, a amamentação pode e deve continuar depois dos seis meses, pelo tempo que a mãe julgar necessário.

## REFLEXÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A entrevista foi realizada no PSF do bairro São José em João Pessoa – PB, com 05 mães que se encontravam realizando o aleitamento materno exclusivo, onde foi utilizado um gravador portátil para a execução da entrevista. Antes da realização da entrevista, as participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As falas das colaboradoras relataram algumas dificuldades na hora da amamentação, porém, também afirmam a importância de se realizar esse tipo de aleitamento, no mínimo até os seis meses iniciais da vida do recém-nato. O que podemos constatar nos relatos abaixo:

Não encontrei nenhuma dificuldade na hora da amamentação, mas na hora que eu estou dando de mamar dá um escurecimento na vista. Me ensinaram muita coisa sobre aleitamento materno, como: quanto mais ele mamar é melhor pra ele, porque ele vai ficar cada vez mais fortinho e vai estimular a eu ter mais leite pra ele. No caso dele, que fez uma cirurgia de coração, o benefício é a recuperação mais rápida e vai proteger ele para não ter infecção. P1 – (M.G.S.)

Não tenho dificuldade nenhuma. A amamentação é um alimento e serve contra doenças. Os benefícios são muitos, mas não lembro muito bem, só sei que é muita coisa, por isso que sempre estou dando de mamar, e não estou dando nada que não seja o leite. P2 – (K.A.S.)

Só senti dificuldade de amamentar nos primeiros dias porque os meus seios estavam muito cheios, então doía muito quando ele ia mamar. Antes de ter meu filho aprendi muito sobre aleitamento no pré-natal, livros e revistas; sendo orientada a estimular a mama, então eu sei que o leite é o mais ideal para o bebê. Já os benefícios, são todos, porque ele fica forte e muita criança que não tem a amamentação correta são mais fáceis de adoecer, sendo o meu filho, saudável, pois é difícil ele ficar doente. P3 – (M.A.L.).

Mediante a pesquisa foi possível observar que as mães participantes encontravam-se bem orientadas sobre o aleitamento materno e os benefícios que o mesmo traz, tanto para elas quanto para os seus filhos. Entretanto, mesmo diante do conhecimento adquirido acerca do

aleitamento materno, podemos perceber que havia falhas em alguns pontos, tais como: as condições precárias de higiene, pois mesmo havendo orientações quanto à limpeza das mamas, das mãos e no cuidado com o bebê, esta não era praticada por elas.

Embora haja falhas em alguns pontos, não é de total responsabilidade das mães e dos profissionais de saúde o êxito no cumprimento dos objetivos dos programas de aleitamento materno, mas também de políticas públicas que possam assegurar o direito à cidadania necessária para a melhoria da qualidade de vida dessas mães.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este trabalho, percebemos que a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, cada vez mais tem sido valorizada na promoção da saúde da criança. No entanto, ela ainda é pouco praticada. Nenhum programa que vise à melhoria da saúde da população infantil pode deixar de contemplar a promoção do aleitamento materno e, em especial, do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida da criança.

Para aumentar as taxas de amamentação exclusiva de forma substancial, faz-se necessário educar a população em geral, quanto ao valor dessa prática, melhorar as práticas dos serviços de saúde, dar suporte às mães na comunidade e em seus locais de trabalho, e restringir a promoção inadequada dos substitutos do leite materno.

Uma vez que informações e suportes dados às mães têm se mostrado bastante eficazes na promoção do aleitamento materno exclusivo, é importante o treinamento adequado de profissionais de saúde, agentes de saúde e pessoas leigas que se propõem a dar apoio às mães que estão amamentando. Não há desenvolvimento em uma nação, se o seu povo, e, em especial, as suas crianças não são saudáveis.

## **ABSTRACT**

The exclusive baby-feeding by the mother is understood as that coming from maternal breast, which has to occur soon after the baby is born until the sixth month without other kinds of nourishment, except for vitamin and remedies. In Brazil, researches show that the number of baby-feeding by the mother is low. In spite of its importance, there are a few mothers doing it. The present work aimed at investigating the perception and difficulties found by mothers researched in a FHCP, during the motherly baby-feeding process, identifying their knowledge about it and the benefits reached through this practice. The research is a qualitative, exploratory, descriptive and developed approach in a PSF, in João Pessoa, PB, from

September thirteenth 2004 to October tenth 2004. To the empirical material, a semi-structured interview was used. Later, the data were analysed according to the pertinent literature. Upon finishing this research, we observed that the interviewed mothers were well informed about the central theme, once they gave a clear summarized account of the coming benefits. Nevertheless, there were accounts of difficulties too, once overcharge with work influenced the routine of these women.

Key words: Exclusive baby-feeding by the mother. Perception. Family Health Care Program.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Z. P.; BRANT, J. A. C. **Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame**. 3. ed., 1986.
- CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científica para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.
- CIAMPO, A. D. C.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. **Aleitamento materno**: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Ateneu, 2004.
- LANG, S. **Aleitamento do lactente**: cuidados especiais. São Paulo: Santos, 1999.
- SILVA, M. de F. A. G. da; MARQUES, R. de F. da S. V. **Manual de aleitamento materno exclusivo**. SESP, 2001.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Surddarth**: enfermagem médico-cirúrgico. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: CLR Baleiro, 2000.

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *Revista* é uma publicação periódica semestral, de circulação nacional, organizada pelos docentes das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança objetiva publicar artigos, traduções, resenhas, ensaios e resumos de pesquisa em nível de mestrado e doutorado da área de saúde e correlatas.

Para tanto, contará com a participação de um Conselho Editorial (interno) e um Conselho Consultivo *ad hoc* (externo), integrados respectivamente pelos docentes das Faculdades acima citadas e por docentes vinculados a outras instituições de ensino superior e entidades de pesquisa.

Os Conselhos Editorial e Consultivo terão a responsabilidade de avaliar os textos enviados à *Revista* mediante parecer circunstanciado, observando as normas editoriais estabelecidas, bem como seus respectivos conteúdos.

Os textos enviados para publicação deverão ser apreciados por membros do Conselho Editorial e, em caso de aprovação, apreciados pelos membros do Conselho Consultivo.

Para cada parecer enviado à organização da Revista, o consultor será certificado pelas Instituições.

Os textos encaminhados para publicação deverão atender às seguintes especificações:

1. folha, à parte, com os dados de identificação do(s) autor(es) (Instituição de origem do(s) autor(es) – no máximo quatro), bem como sua titulação acadêmica, endereço convencional, telefone, endereço eletrônico e página eletrônica (quando possuir), especificando a seção para a qual envia o trabalho (artigos, traduções, resenhas, ensaio, pesquisa);
2. declaração devidamente assinada por um dos autores, em comum acordo com os demais, autorizando a publicação do trabalho;
3. título do texto em caixa alta e, em seguida, o(s) nome(s) do(s) autor(es);
4. uma cópia em disquete 3 ½ HD, acompanhado de três cópias impressas em papel no formato A4 e editor de texto Microsoft Word for Windows 6,0 ou versão mais atualizada;
5. utilizar a fonte **Times New Roman**, tamanho **12**, espaço entre linhas **1.5 cm**;
6. configuração de página: margem superior 3,0 cm, inferior 2,5 cm, esquerda 3,0 cm e direita 2,5 cm;

7. as referências deverão ser reunidas no final do trabalho, em ordem alfabética, de acordo com as especificações da ABNT/NBR 6023;
8. os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos;
9. caberá ao(s) autor(es) enviar seus textos após rigorosa revisão ortográfica;
10. as notas deverão ser registrados no rodapé da página, conforme a ABNT/NBR 10520;
11. em hipótese alguma os disquetes e originais impressos serão devolvidos;
12. no final do texto poderá constar o endereço do autor, telefone, *home page* e correio eletrônico;
13. os trabalhos enviados deverão ser inéditos para serem publicados com exclusividade neste periódico.

### **Normas Específicas para os Textos**

**Artigos:** no máximo de 15 laudas com as referências bibliográficas, segundo as especificações da ABNT/NBR 6023. Os trabalhos devem apresentar a seguinte seqüência: título; resumo de 10 (dez) linhas em português e em uma língua estrangeira com no máximo cinco palavras-chave ou descritores em ciências da saúde;

**Traduções:** tradução de artigos em, no máximo, 10 (dez) laudas seguindo as especificações atribuídas a artigos traduzidos;

**Resenhas:** apresentação e análise de livros publicados na área de saúde, até 3 (três) laudas. Serão aceitos para apreciação, resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto.

**Relatório de pesquisa:** texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área (no máximo 4 laudas);

**Resumos de pesquisa em nível de especialização, de mestrado ou doutorado:** texto original da monografia, dissertação ou tese com 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras;

**Espaço discente:** espaço reservado a relatório de pesquisa, texto de seminários e resumos. Texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área de saúde ou afins, no máximo 8 (oito) laudas para os relatórios de pesquisa, 5 (cinco) laudas, para os textos de seminários e uma

lauda para os resumos. Todos os textos deverão constar obrigatoriamente: nome do autor(es) e o nome do professor/orientador, bem como sua titulação.

## **ENDEREÇO**

Os textos deverão ser enviados para a Faculdade de Enfermagem ou Medicina Nova Esperança (aos cuidados do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica FACENE/FAMENE). Rua Atífcie Pedro Marcos de Souza, nº 12. Bairro: Valentina de Figueiredo. João Pessoa – Paraíba. Fone: 3237-9999. CEP.: 58.064-000. E-mail: [revista@facene.com.br](mailto:revista@facene.com.br) ou [nupea@facene.com.br](mailto:nupea@facene.com.br).

## MODELO DE FICHA CADASTRAL

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Modalidade de Assinatura: ( ) Anual (dois exemplares)

( ) Apenas um exemplar

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## ASSINATURAS

### REVISTA CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA

- |                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| ( ) Anual (dois exemplares) | R\$ 40,00 |
| ( ) Exemplar Avulso         | R\$ 20,00 |

#### Formas de Pagamento

1. Cheque nominal à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Rua Artífice Pedro Marcos de Souza, 12. Valentina de Figueiredo. João Pessoa-PB. CEP.: 58064-000. (anexar Ficha cadastral preenchida, conforme modelo);
2. Depósito na Agência: 35025 – Banco do Brasil. Conta corrente: 6553-6, em favor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Enviar, via Fax (083) Fone/fax: (83) 3237-6666 ou 3237-9999, juntamente com a Ficha Cadastral preenchida.