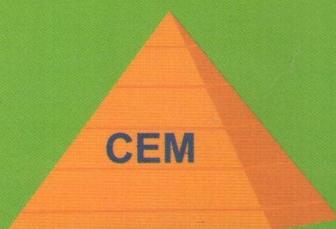


ISSN 1679-1983



Escola de Enfermagem
Nova Esperança Ltda.

Revista de
Ciências da Saúde
NOVA ESPERANÇA

Volume 07 - Número 1/2 - Dez/2009



Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

João Pessoa-PB	v. 7	n. 1/2	p. 1-96	dez. 2009
----------------	------	--------	---------	-----------

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR**Diretora-presidente da
Entidade Mantenedora**

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE

Eitel Santiago Silveira

Diretora da FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

ADMINISTRAÇÃO BÁSICA**Coordenadora do****Curso de Enfermagem - FACENE**

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do**Curso de Medicina - FAMENE**

Gladys M. Cordeiro da Fonseca

ÓRGÃOS DE APOIO ADMINISTRATIVO**Secretaria Geral**

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

Recursos Humanos

Glaucio Marinho de Benévolo

Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene

Rosa Rita da Conceição Marques

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica

Oriana Deyze Paiva Correia Leadebal

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

**Revista de Ciências da Saúde
Nova Esperança - Semestral**

Tiragem: 300 exemplares

Editor

Edielson Jean da Silva Nascimento

CONSELHO EDITORIAL

- Clélia Albino Simpson – UFRN-RN
- Homero Perazzo Barbosa – FACENE/FAMENE-PB
- Iara de Moraes Xavier – UnB-DF
- Iolanda Beserra da Costa Santos – UFPB-PB
- Jackson Roberto Guedes da Silva Almeida – UNIVASF-PE
- José Augusto Peres – UnP-RN
- Josean Fachine Tavares – UFPB-PB
- Katy Lísias Gondim Dias – FAMENE-PB
- Liana Clébia Soares Lima de Moraes – UFPB-PB
- Lucindo José Quintans Júnior – UFS-SE
- Marcos Antonio Jerônimo Costa – FACENE-PB
- Marcos Antonio Nóbrega de Sousa – UEPB-PB
- Maria Júlia Guimarães de Oliveira Soares – UFPB-PB
- Marta Miriam Lopes Costa – UFPB-PB
- Regina Célia de Oliveira – UnP-PE
- Rinaldo Henrique Aguiar da Silva – Famema-SP
- Roque Marcos Savioli – INCOR/FMUSP-SP
- Simone Carneiro Maldonado – UFPB-PB

CAPA

Luiz de Souza Soares

Diagramação

Magno Nicolau

Edição

Idéia Editora Ltda.

ideiaeditora@uol.com.br

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.7 n. 1/
2. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança – FACENE, 2009.

v.: il.;
Série Monografias

Semestral
ISSN 1679-1983

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU – 61(05)

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança -**ISSN 1679-1983**

R. Artífice Pedro Marcos de Souza, 12
Valentina Figueiredo - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP: 58.064-000 - Telefone: (83) 2106-4791
Site: www.facene.com.br
E-mail: revista@facene.com.br

Sumário

EDITORIAL

LÍNGUA INGLESA: PARA QUE TE QUERO?

TERESA CRISTINA DÁLIA PAULINO DE MENEZES, 5-6

Artigos

CÂNCER DE PELE: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA

Georgía Siqueira de Menezes

Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Sandra Aparecida de Almeida, 7-14

LEI DO ACOMPANHANTE À PARTURIENTE: ANALISANDO A VIABILIZAÇÃO DE SEUS PRESSUPOSTOS EM MATERNIDADES DE JOÃO PESSOA-PB

Magda Glenny Lopes Barros

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca

Kirlene Scheyla Viana Chianca, 15-20

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA CLIENTE SUBMETIDA À OOFORRECTOMIA: RELATO DE CASO

Clarany Alvino Leite

Maria Clerya Alvino Leite

Cristina Costa Melquíades Barreto, 21-30

PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO POTENCIAIS PARA MÁ-OCCLUSÃO EM CRIANÇAS RESIDENTES NA CIDADE DE NATAL- RN

Iara Medeiros de Araújo

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

Ricardo Dias de Castro

Neir Antunes Paes, 31-38

AUDITORIA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: ESTUDO REALIZADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE JOÃO PESSOA-PB

Ana Patrícia Silva de Souto

Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Patrícia Josefa Fernandes Beserra, 39-48

SÍFILIS: DOENÇA INFECCIOSA REEMERGENTE

Bruno Moura Lacerda

Anna Flávia Campos Ferreira Silveira

Giciane Carvalho Vieira, 49-54

UMA ESCUTA ANALÍTICA DE PESSOAS VIVENDO COM AIDS

ANTÔNIO CARLOS BORGES MARTINS, 55-62

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM GESTANTES DIABÉTICAS BASEADO NA TEORIA DE DOROTHEA OREM

CARLOS CÉSAR SILVA ALVES

MARIA ELIANE DE ARAÚJO MOREIRA, 63-70

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE AOS ESTIGMAS VIVENCIADOS POR MULHERES MASTECTOMIZADAS

LORRAINY DA CRUZ SOLANO

RAIMUNDA MEDEIROS GERMANO

LUCINEIRE LOPES DE OLIVEIRA

PATRICIA HELENA DE MORAIS CRUZ MARTINS

THIAGO ENGGLE DE ARAÚJO ALVES, 71-76

ESTUDO TERMOANALÍTICO E BIOLÓGICO DE PRODUTOS ATOMATADOS

CAROLINA UCHOA GUERRA BARBOSA DE LIMA

ANTÔNIO GOUVEIA DE SOUZA

HOMERO PERAZZO BARBOSA, 77-88

NORMAS, 89-96

Editorial

LÍNGUA INGLESA: *PARA QUE TE QUERO?*

Hoje, grandes distâncias são percorridas em poucas horas por aviões, informações cruzam o mundo em questão de segundos, muralhas que pareciam intransponíveis foram derrubadas ou se tornaram pontos turísticos. Percebe-se que, ao desaparecerem as fronteiras físicas, ficam mais evidentes as barreiras de comunicação. Uma delas é a que resulta da falta do conhecimento de outras línguas. Atualmente a língua de acesso a milhares de outros povos e comunidades e a que melhor representa a nova cultura mundial em formação é, sem dúvida, o inglês. Quem consegue entender e expressar-se nessa língua tem condições de comunicar-se com um número imenso de pessoas em todo o mundo.

O estudo da língua inglesa se tornou um fenômeno mundial. O acesso à ciência e à tecnologia ocidentais, ao comércio e ao turismo, é favorecido quando há a promoção do ensino deste idioma. Desta forma, justifica-se o interesse de vários países em prover, aos seus habitantes, o ensino do inglês. Mas embora seja fato que o inglês tenha se tornado uma língua sem fronteiras e que a sua aprendizagem seja crescente no mundo inteiro, é válido salientar que este idioma não é a "língua do poder", que este idioma não deve intervir na cultura do país, mas deve ser aceito como segunda língua, o que valoriza a identidade cultural de cada país que a utiliza.

Uma língua atinge o *status* de língua internacional quando tem um "papel especial" reconhecido em todos os lugares. Esse papel significa que, devido ao grande número de falantes, essa língua passou a servir como um meio mais amplo de comunicação não apenas entre indivíduos de diferentes países mas como base de trabalhos e discursos do meio acadêmico.

O ensino de língua inglesa constitui uma porta de acesso a valores inter-pessoais, sociais e culturais que possibilitam maior capacidade de comunicação, melhor educação e, por consequência, um melhor padrão de vida, pois carrega consigo a aceitação geral de que é o "trans-

missor de ideias modernas". A função de qualificar pessoas para que se insiram na comunidade de produção de conhecimento científico, manifesta-se na medida em que o fenômeno da globalização traz consigo a constatação de que para quem luta para estar mais engajado no mercado de trabalho não há outra escolha: é imprescindível aprender inglês.

Para se conseguir bons resultados no ensino-aprendizado de uma língua estrangeira, é preciso recorrer a diferentes estratégias. Uma das mais importantes é explorar sempre temas ligados à realidade dos alunos – no caso desta IES, os temas são voltados à saúde. Bons resultados estão relacionados ao aproveitamento de estratégias de aprendizagem que permitem a aquisição do conhecimento e a consequente apropriação da língua.

A experiência de aprender uma língua estrangeira pode ser enriquecedora e possibilitar a expansão social e cultural do aprendiz (como enfatizado anteriormente). Mas é importante lembrar que quando o aluno aprende e se apropria de um idioma, ele também começa a vivenciar mais e melhor a sua própria cultura nacional e regional. Dessa forma, a aprendizagem de uma língua estrangeira estimula a percepção das diferentes formas de pensar, de sentir e de ver a realidade que nos cerca, propiciando a formação de um sujeito mais consciente.

Ao se pensar numa aprendizagem significativa faz-se necessário incentivar os alunos a utilizar mecanismos de coerência e coesão na produção oral e escrita. Deve-se encorajá-los a abordar novas estratégias para compensar falhas na comunicação e atingir seus objetivos, deve-se permitir que errem quantas vezes for necessário, assim como se deve permitir usar palavras soltas num processo não linear, que não é direto, mas muito rico e instigante. Assim, garante-se ao aluno uma boa competência comunicativa e um bom domínio da compreensão leitora, que é um dos principais fins do ensino de língua inglesa no campo acadêmico.

Aprender uma língua estrangeira na idade adulta é totalmente possível. Com a descoberta da Neurociência no fim do século XX, ficou evidenciado que quanto mais o cérebro é estimulado, mais conexões

ele faz, ou seja, quanto mais uma pessoa usa a sua mente, mais a mente se desenvolve, esta pessoa aprende mais e fica ainda mais inteligente. O nosso cérebro vai se modificando com os nossos esforços, então, é preciso estimulá-lo constantemente.

Entretanto, muita gente ainda procura o "caminho do meio", ou o do "menor esforço" quando o assunto é redigir pequenos textos em uma língua estrangeira, particularmente o inglês; ou mesmo na produção de abstracts, quando o desafio é transformar o resumo em língua portuguesa para a língua inglesa. Com os sites de tradução instantânea da internet, a exemplo do "Google Ferramentas de Idiomas", ficou extremamente tentador, muito mais fácil e barato o acesso às traduções livres. O problema, porém, está na confiabilidade e no alcance do produto final, feito pelo programa de forma literal, geralmente sofrível.

Cabe a todos que trabalham na produção do conhecimento científico, em todas as suas esferas, difundir e valorizar a atuação do profissional tradutor e do revisor de língua estrangeira, geralmente profissionais anônimos, pouco lembrados, inclusive nas bibliografias de obras acadêmicas.

Uma instituição educacional que se preocupa em capacitar alunos na formação de futuros profissionais competentes, capazes de atuar em qualquer setor de sua área deve trazer em sua filosofia a preocupação em difundir, gerar e desenvolver o conhecimento científico, preparando o cidadão para uma profissão, além de prepará-lo para a vida. A sociedade, por outro lado, necessita de profissionais altamente preparados para ajudá-la a atingir os objetivos socialmente determinados, além de favorecer o alcance das metas individuais de seus membros. Neste cenário, entra o ensino de uma língua estrangeira moderna, que tem o condão de tornar real o elo entre informação-conhecimento e comunicação.

Teresa Cristina Dália Paulino de Menezes
(Mestranda em Ciências da Educação.
Professora de Inglês Instrumental
da Facene/Famene)

ARTIGO

CÂNCER DE PELE: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA

Georgia Siqueira de Menezes¹

Anne Jaquelyne Roque Barrêto²

Sandra Aparecida de Almeida³

RESUMO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil sendo a prevenção a estratégia de maior proteção contra o câncer de pele. O presente trabalho buscou conhecer as ações preventivas concernentes ao câncer de pele, desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada nas equipes de Saúde da Família, Distrito Sanitário V - João Pessoa/PB. A amostra foi composta por oito profissionais, sendo cinco enfermeiros e três médicos. Os depoimentos foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo e organizados em três categorias temáticas. Na categoria "Concepção dos profissionais de saúde frente à importância da prevenção do câncer de pele" possibilitou-se identificar a importância da prevenção e tratamento do câncer de pele nas Unidades Saúde da Família, bem como as baixas condições socioeconômicas da população para arcar com gastos de proteção da pele. Em relação à categoria "Educação em saúde x câncer de pele" foi identificado que existe preocupação dos profissionais de informar e esclarecer a importância da prevenção do câncer de pele para os usuários, no entanto, as ações realizadas estão voltadas, apenas, para orientações pontuais nas consultas individuais. A categoria "Dificuldades enfrentadas na prevenção e controle do câncer de pele" os profissionais de saúde enfrentam dificuldades, tendo em vista a falta de qualificação para os profissionais de saúde e não existe um monitoramento por parte dos órgãos de saúde a respeito do câncer de pele. Afirmam que se dedicam mais com o planejamento diário do PSF. Apesar das dificuldades enfrentadas pelas Unidades de Saúde da Família, as campanhas de prevenção devem ser mais sistematizadas nos PSF's, os profissionais de saúde devem enfatizar mais a prevenção por meio de ações sistemáticas que envolvam a educação sobre o tema, inclusive com o apoio financeiro dos gestores públicos.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Prevenção e Controle.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde a segunda metade do século XX, os casos de câncer de pele têm-se tornado cada vez mais frequentes, em praticamente todo o mundo, alcançando proporções epidêmicas.

Os Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, são países que estão mais próximos dos pólos e sofrem mais com a influência dos raios solares, por isso vem crescendo gradativamente o número de pacientes com câncer de pele. Já em países asiáticos registram uma incidência muito baixa de problemas relacionados com a pele, especificamente Japão e China, pois nessas culturas, são valorizadas a beleza das pessoas alvas. O Brasil, por ser um país com a maior costa tropical do planeta, com belezas naturais

¹ Enfermeira. Graduada em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE e da Universidade Federal de Alagoas-UFAL Endereço: Rua Edgar Cavalcanti Pedroza, nº 100, Água Fria, CEP: 58077-290 - João Pessoa-Paraíba. Tel (83) 8114.4259. E-mail: annejaque@gmail.com.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

inesgotáveis, banhada pelo sol e pelo atlântico, onde a pele bronzeada é sinônimo de beleza e saúde, o câncer de pele é considerado um dos grandes problemas de saúde pública.

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil. De acordo com estimativa pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de novos casos de câncer de pele deve chegar a 467 mil no ano de 2008. O tumor que apresenta maior índice continua sendo o não-melanoma (menos agressivo), com previsão de ocorrência de 55.890 casos entre homens e de 59.120 em mulheres, valores que correspondem a um risco de 59 casos a cada 100 mil homens e 61 para cada 100 mil mulheres¹.

Com a chegada do verão, o Nordeste é o local mais procurado do Brasil pelos turistas, principalmente os Europeus no período de férias. É uma região conhecida por ter belas praias e pelo seu clima tropical. João Pessoa é denominada como a cidade onde o sol nasce primeiro, devido ao fato de estar localizada, na Ponta dos Seixas, o ponto mais oriental das Américas. Com isso, desperta o interesse e olhar dos turistas e dos próprios moradores a irem às praias e ficarem expostos excessivamente ao sol.

De acordo com o INCA, o câncer de pele é mais comum em indivíduos com mais de 40 anos sendo relativamente raro em crianças e negros, com exceção daqueles que apresentam doenças cutâneas prévias. Indivíduos de pele clara, sensível à ação dos raios solares ou com doenças cutâneas prévias são as principais vítimas de câncer de pele, demoram cerca de 15 minutos para se queimarem e os lugares mais atingidos são a face, costas, braço e pernas por estarem mais expostos ao sol; os negros, por terem maior quantidade de melanina, normalmente demoram cerca de 66 minutos para começar a se queimar e as áreas mais atingidas são nas regiões palmares e plantares. Como a pele é um órgão heterogêneo, esse tipo de câncer pode apresentar neoplasias de diferentes linhagens. Os mais frequentes são o carcinoma basocelular, responsável por 70% dos diagnósticos de câncer de pele, o carcinoma epidermoide com 25% dos casos e o melanoma, detectado em 4% dos pacientes².

Nesse sentido, estudos demonstram que a prevenção ainda é a maior proteção contra o câncer de pele. As ações de prevenção têm como importância orientar os pacientes quanto aos fatores de risco, detectar e tratar precocemente as suas lesões e, além disso, reduzir a incidência e a mortalidade pelo mesmo.

Os profissionais da área de saúde especificamente Médicos e Enfermeiros devem desempenhar seu papel, preocupando-se não apenas com a saúde das pessoas de forma particular, mas visando o bem-estar de toda uma coletividade. Assim, para o câncer de pele o profissional deverá analisar o uso de medidas preventivas a partir da educação em saúde.

O cuidado de enfermagem no estudo do câncer de pele é muito complexo, onde exige do profissional uma competência que vai além dos conhecimentos técnicos e científicos. A enfermagem tem como seu papel principal na prevenção do câncer de pele nas Unidades Básicas de Saúde, fornecer informações, orientar e explicar para a população a importância das medidas preventivas no combate ao câncer de pele.

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), a conscientização sobre a importância da prevenção da exposição à radiação solar, por meio do uso de protetores solares, óculos e roupas adequadas, bem como a exposição direta, contribui significativamente para a redução de novos casos de câncer de pele³.

Entende-se que a prevenção do câncer de pele são medidas que devem ser tomadas para impedir o aparecimento ou a progressão da doença em seus vários tipos, isto é, fazer com que não favoreçam o aparecimento da doença ou realizar tratamentos que dificultem sua disseminação. A prevenção deve abordar vários aspectos, porém o mais importante é evitar os raios ultravioletas, que é seu maior agente etiológico.

O interesse por essa temática partiu da experiência de participar do Projeto: Construção de Estreitamento de Vínculo entre Comunidade x Faculdade: a partir do conhecimento de comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis no bairro do Valentina de Figueiredo. A partir dessa vivência foi percebido que a

população local não fazia a prevenção do câncer de pele e nem tampouco recebia orientações que pudessem favorecer a adesão a prevenção.

Diante do exposto surge a inquietação no sentido de responder ao seguinte questionamento: Nas Unidades de Saúde da Família são desempenhadas ações preventivas relacionadas ao câncer de pele?

Nesse sentido, para responder ao questionamento levantado foi traçado o seguinte objetivo: Conhecer ações preventivas concernentes ao câncer de pele, desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que permite a abrangência da realidade. O estudo foi realizado na área de abrangência do Distrito Sanitário V (DS V) do município de João Pessoa. A escolha do local é devida sua proximidade com a área litorânea da cidade.

Dentre as ações definidas para a organização da rede de atenção à saúde do município de João Pessoa, a Estratégia Saúde da Família se constitui como eixo estruturante para a organização da Atenção Básica. Até o ano de 2007, o distrito sanitário V contava com 14 Equipes de Saúde da Família (ESFs), sendo incorporadas, no referido ano, quatro ESFs anteriormente pertencentes ao Distrito Sanitário III (Castelo Branco) e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no bairro do Bessa (Bessa II), totalizando 18 ESF.

O Distrito Sanitário V, dentre os demais distritos apresenta a menor cobertura populacional em relação à Saúde da Família. Entre os bairros contemplados com o PSF, São José, Altiplano, Cidade Recreio e Penha apresentam uma cobertura de 100%. Os demais bairros apresentam uma cobertura menos significativa, a exemplo do Bessa, com apenas uma ESF e uma equipe de PACS com três microáreas e cobertura de 5%.

Os sujeitos da presente pesquisa foram compostos pelos profissionais

médicos e enfermeiros que trabalham nas equipes de saúde da família do Distrito Sanitário V, totalizando 36 profissionais médicos e enfermeiros e a amostra foi composta por oito profissionais sendo cinco enfermeiros e três médicos.

Como instrumento desta pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista, semi-estruturado contendo questões abertas e relacionadas com o tema do estudo.

A coleta de dados foi realizada após o projeto ser apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE (Protocolo nº24/2009 e CAAE: 0372.0.000.351-09) e encaminhamento de Ofício da Coordenação de Enfermagem à Secretaria Municipal de Saúde para liberação da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas no período de Março à Abril de 2009 nos dias úteis, do turno manhã e tarde. Foi utilizado um gravador para melhor apreciação do conteúdo coletado.

O ponto zero do estudo deu-se na unidade de saúde da Torre por ter sido este o primeiro contato a aceitar em participar da pesquisa. Após o contato foi definido dia, local e horário da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho (USF) após esclarecimento dos objetivos do estudo foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os profissionais da pesquisa foram identificados como: Enfermeiras (E1, E2, E5, E6 e E8) e Médicas (M3, M4 e M7).

A parte qualitativa foi analisada com base na técnica de Análise de Conteúdo de Bardin⁴. As entrevistas foram transcritas e agrupadas de acordo com as questões norteadoras. Foram identificadas três categorias temáticas: ***Concepção das Enfermeiras e Médicas frente à importância da prevenção do câncer de pele; Educação em saúde x Câncer de pele e Dificuldades na prevenção e controle do câncer de pele.***

A pesquisa levou em consideração a Resolução 196/96 do CNS/MS⁵, assim como a Resolução 311/2007 do COFEN⁶, que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresentação da caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

De acordo com os dados levantados, a amostra foi caracterizada a partir das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, categoria profissional, qualificação profissional e o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família.

Em relação a faixa etária houve uma variação entre os 35 aos 59 anos de idade. A faixa etária entre 40 a 49 anos com 04 (50%) dos entrevistados, seguido 35 aos 39 anos com 02 (12,5%) e dos 50 aos 59 anos com 02 (12,5%). Todos os entrevistados foram do sexo feminino (100%).

Em relação à categoria profissional dos entrevistados, 05 (62%) são enfermeiros e 03 (38%) são médicos. Desta amostra 04 (50%) dos profissionais possuem especialização no campo da Saúde Pública sendo 01 (12,5%) em Saúde da Família. A predominância do tempo de atuação profissional foi acima de 20 anos de trabalho na área de saúde com 05 (62,5%) dos entrevistados. No entanto, o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família variou entre 05 a 15 anos com 07 (87,5%) de 05 a 10 anos e 01 (12,5%) de 11 a 15 anos de atuação.

Apresentação da análise do material empírico

Será apresentada a análise do material empírico coletado junto aos participantes da pesquisa, de onde emergiram três categorias temáticas: *Concepção dos profissionais de saúde frente a importância da prevenção do câncer de pele*, *Educação em Saúde x Câncer de pele* e *Dificuldades enfrentadas na prevenção e controle do câncer de pele*.

Concepção dos profissionais de saúde frente a importância da prevenção do câncer de pele essa categoria retrata a importância da prevenção, acompanhamento e tratamento do câncer de pele nas Unidades Saúde da Família, visto que os números de casos de câncer de pele tem aumentado em todo o país, principalmente

em regiões de maior incidência de raios solares, a exemplo a região Nordeste.

Outro fato bastante relevante nas comunidades, que as Unidades de Saúde da Família assistem são as condições socioeconômicas que presenciam. São pessoas com condições econômicas precárias e que não têm condição financeira para arcar com gastos de proteção da pele. Os depoimentos abaixo apontam essa realidade:

“Na minha opinião a prevenção é muito importante, visto que têm aumentado muito a ocorrência do número de casos e agente tem que realmente prevenir através da exposição ao sol” (E1).

“Bem, o câncer de pele como nós moramos num país tropical, já tem que ter prevenção, o problema é que a área aqui é muito pobre, as pessoas vêm, aparece câncer de pele, agente encaminha direto para o Laureano, com suspeita e alguns destes são confirmados, mas as pessoas não têm dinheiro para comprar o protetor solar, não tem (...) elas andam muito a pé (...) são muito exposta ao sol (...).” (M7)

A prevenção do câncer de pele é de extrema importância, pois são medidas que devem ser tomadas para impedir o aparecimento ou a progressão da doença em seus vários tipos, isto é, fazer com que não favoreçam o aparecimento da doença ou realizar tratamentos que dificultem sua disseminação. A prevenção deve abordar vários aspectos, porém o mais importante é evitar os raios ultravioletas, que é seu maior agente etiológico. A maior forma de prevenir o aparecimento de câncer de pele é promover ações benéficas à saúde como um todo e que, por motivos mais vezes desconhecidos, estão menos associadas ao aparecimento desses tumores⁷.

Prevenir o aparecimento de um tipo de câncer é diminuir as chances de que uma pessoa desenvolva essa doença através de ações que a afastem de fatores que propiciem o desarranjo celular que acontece nos estágios iniciais.

Em países tropicais como o Brasil, onde a exposição solar é intensa (por razões culturais, com fins estéticos) os cuidados devem ser redobrados e o filtro solar é a melhor opção. A sua potência é definida

pelo SPF (Fator de Proteção Solar). O número indica o fator de multiplicação do tempo de exposição do indivíduo ao UV-B para causar o mesmo eritema que ocorreria, caso não tivesse usado o filtro.

Um indivíduo que permaneça no sol por 10 minutos adquire um determinado grau de eritema. Ao aplicar um filtro fator 15, ele pode expor-se ao sol por um tempo 15 vezes maior, ou seja, 150 minutos. É importante ressaltar que o SPF indica proteção apenas à radiação UV-B e não para o UV-A que caracteriza-se por ser um fraco indutor de eritema, logo, ao usar filtro solar somente para raios UV-B, a diminuição ou ausência do eritema pode levar a uma falsa sensação de segurança⁸.

Educação em Saúde x Câncer de Pele aborda a preocupação dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, de informar e esclarecer a importância da prevenção do câncer de pele para os usuários. Essas orientações estão baseadas na explicação sobre a melhor forma de se proteger do sol, quanto ao uso do protetor solar, uso de boné e não se expor ao sol na praia nos horários críticos (entre 10 e 16h da tarde).

“Orientação do uso de filtro solar ao sair de casa, orientações quanto a ida na praia a exposição do sol durante o horário de 10 e 16h, onde esse horário o sol está mais forte” (E2).

“Sim. Evitar sol naquele horário, depois de 10h até 16h, usar protetor solar, beber bastante água para a pele ficar hidratada e protegida” (M3).

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. No âmbito da Estratégia Saúde da Família, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem esta equipe de saúde.

Contudo espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade e enfrentando-os em parceria com a comunidade os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, a fim de desenvolver ações educativas para

a saúde, voltadas à construção de sujeitos autônomos do seu próprio cuidado⁹.

Nesse sentido é preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e desse modo, deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna e que levem à superação que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que a população merece.

Foi observado nos depoimentos que os profissionais entrevistados não desenvolvem ações efetivas de prevenção do câncer de pele e os que fazem estão voltados, apenas, para orientações pontuais e individuais aos quais tendem a pouco impacto na prevenção do câncer de pele. Outros depoimentos relataram a preocupação com a exposição solar diária dos Agentes Comunitários de Saúde que passam a ser grupo de risco para o desenvolvimento desta doença. Algumas medidas, segundo os depoimentos, foram tomadas, como por exemplo, solicitar da Secretaria de Saúde a distribuição e manutenção do protetor solar para esses profissionais. Conforme os depoimentos a seguir:

“Não, ações meramente não, ações preventivas, educativas não por conta da demanda da rotina da Unidade, mas a todo o momento a que agente esteja fazendo o exame clínico no usuário essa atuação se faz prevenir e se faz o encaminhamento necessário” (E5).

“Não. É o que mais atinge agente é a reclamação maior é na questão dos ACS, que trabalham muito no sol e então agente assim, já solicitou a prefeitura e a própria diretoria do distrito que providenciasse o protetor solar, mas nada além desse olhar para o usuário” (E6).

A Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele é uma iniciativa da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), realizada todos os anos em todo o Brasil, contando com a participação de vários Dermatologistas, onde o profissional

tem a oportunidade de explicar e passar para a população à importância da prevenção. A ação tem como objetivo o exame completo da pele, a orientação sobre a prevenção e a detecção precoce da doença.

Os pacientes que tenham diagnóstico de câncer de pele poderão realizar exames, biópsias e até cirurgias gratuitamente nos hospitais da rede pública ou hospitais credenciados à SBD. Em João Pessoa, no ano de 2009 foram atendidas 324 pessoas durante a mobilização promovida pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, Regional Paraíba.

Entre os tipos de câncer, o de pele é o de maior incidência no Brasil. De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca) por ano, são diagnosticados cerca de 1,1 mil novos casos. Entre as causas que predispoem ao início da doença, a exposição prolongada e repetida à radiação ultravioleta do sol aparece como principal agente².

As estatísticas ainda mostram que 70% das pessoas não têm o hábito de se proteger, acredita-se que isso ocorra porque as pessoas são mais 'imediatistas' e as consequências da falta de cuidados aparecem em longo prazo. A maioria das pessoas até os 18 anos já pegaram 80% do sol em toda a sua vida. Segundo a SDB, dentre os tumores existentes, o câncer de pele é o primeiro no ranking mundial. No Brasil, o câncer de pele também é o de maior incidência e chega a 24,7% dos casos de câncer, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer².

A categoria ***Dificuldades enfrentadas na prevenção e controle do câncer de pele*** retrata as dificuldades dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família enfrentam para o desenvolvimento da prevenção e controle do câncer de pele.

Observa-se nos depoimentos, que nem o Ministério da Saúde e nem a Secretaria Municipal de Saúde fazem um monitoramento sobre este tipo de ação na prevenção do câncer de pele. Afirmam que se dedicam mais com o planejamento diário do PSF e alguns relatam que é pela falta de qualificação que existe essa fragilidade entre os profissionais. Outro ponto importante, segundo os depoimentos, é a infra-estrutura inadequada da Unidade de

Saúde, ou seja, não têm espaço suficiente para desenvolver as ações com os usuários.

"Falta de treinamento para os profissionais, falta de um maior direcionamento específico mesmo para o controle de câncer de pele". (E2)

"Acredito que ainda a capacitação e assim digo o investimento, esse despertar para essa patologia porque agente trabalha com a atenção básica e a questão do câncer de pele é muito interessante, mas agente ainda não teve esse olhar". (E5)

Dentre os depoimentos analisados chama a atenção um discurso que retrata a ausência de dificuldades para o desenvolvimento das ações de prevenção do câncer de pele apenas e que é necessário o profissional querer desenvolver essas ações.

"Acho que fragilidade mesmo, não existe não, qualquer pessoa pode desenvolver uma ação preventiva do câncer de pele, não precisa assim muito (...) é mais de trabalho". (M7)

O trabalho das equipes e das organizações de saúde deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural, isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva. O que se defende é que caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas¹⁰.

A formação não pode tomar referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado¹⁰.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A

formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de pele é uma patologia que há muito tempo tornou-se conhecida, sendo um tumor formado por células da pele que sofreram transformação e que se multiplicaram de forma anormal e desordenada, dando origem a um tecido neoplásico.

São vários os fatores que predispõem o surgimento do câncer de pele, mas o principal fator é a exposição das pessoas aos raios solares de forma prolongada e repetida. Os raios solares trazem benefícios ao corpo se recebidos com mode-

ração, mas em excesso, podem provocar além do câncer, outros efeitos danosos à pele, como o envelhecimento precoce, danos oculares, queimaduras, alergias e alterações no sistema imunológico.

A maior exposição do corpo com a diminuição das roupas, a popularização das atividades ao ar livre e o afinamento da camada de ozônio vem contribuindo para o aumento do número de casos de pessoas com câncer de pele. Por isso, hoje existem muitas campanhas de prevenção contra este tipo de câncer, mas apesar disso, ainda é grande o número de pessoas que se expõem ao sol sem proteção.

Apesar da alta taxa de incidência no Brasil e no mundo sabe-se que há um alto índice de cura, principalmente quando o diagnóstico é realizado de forma precoce. Diante do crescimento dos números de pessoas com câncer de pele torna-se cada vez mais importante a educação da população para a prática da prevenção primária, quanto para a realização do autoexame de forma regular, além da ampliação de campanhas públicas de prevenção.

Portanto o uso do filtro solar, chapéu, camiseta, óculos escuros e sombrinhas são medidas de fotoproteção, o autoexame da pele e a não exposição ao sol no período do dia em que os raios ultravioletas estão mais intensos, são ações preventivas que devem ser realizadas para que se evite o aparecimento do indesejável câncer de pele. Por isso é importante, trabalhar no sentido da prevenção do câncer de pele e que cada profissional assuma esta responsabilidade, buscando suprir a carência do nosso país neste aspecto.

Através da pesquisa feita com os profissionais das Unidades de Saúde da Família (Médicas e Enfermeiras) do Distrito Sanitário V (João Pessoa - PB). Foi possível perceber que a prevenção do câncer de pele é de grande importância, mas estes não promovem ações de prevenção pelo não monitoramento dos órgãos públicos, falta de qualificação bem como à carência socioeconômica da população.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelas Unidades de Saúde da Família, as campanhas de prevenção devem ser mais sistematizadas nos PSF's, os profissionais tanto Médicos como Enfermeiros devem enfatizar mais a prevenção por meio de ações sistemáticas que envolvam a educação sobre o tema, inclusive com o apoio financeiro dos gestores públicos.

SKIN CANCER: ACTIONS TAKEN BY THE FAMILY HEALTH TEAMS

ABSTRACT

Skin cancer is the most frequent neoplasm in Brazil and prevention the strategy for better protection against skin cancer. This study aimed at preventive actions pertaining to skin cancer, developed by teams of Family Health. This is an exploratory research with a qualitative approach performed in teams of Family Health, Health District V-João Pessoa/PB. The sample was comprised of eight professionals (five nurses and three doctors). The statements were analyzed using content analysis and organized into three thematic categories. In the category design of healthcare professionals the importance of prevention of skin cancer could be identified the importance of prevention and treatment of skin cancer in the Family Health Units and the low socio-economic conditions to afford the costs of protection of the skin. Compared with class health education x skin cancer it has been identified that there is some concern of professionals to inform and clarify the importance of prevention of skin cancer for users, however, the actions are directed only to specific guidelines in individual consultation. The category of difficulties in the prevention and control of skin cancer; health professionals face difficulties in view of lack of qualification for health professionals and there is no monitoring by the health agencies about skin cancer. They claim that they engage more with the daily planning of the PSF. Despite the difficulties faced by the Health Units Family, prevention campaigns should be more systematic in the PSF's, health professionals should focus more on prevention through systematic action involving education on the subject, including the financial support of public managers.

Key words: Family Health Program. Prevention and Control.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008. [disponível na internet]. 2008 Jan [acesso em 2008 Ago 02]. Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>
2. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Câncer de pele. [disponível na internet]. Rio de Janeiro, 2006. [acesso em 2008 Ago 02]. Disponível: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=333
3. Sociedade Brasileira de Dermatologia. *A Saúde da Pele*. [disponível na internet] São Paulo, 2006. [acesso em 2008 Ago 02]. Disponível: <http://www.sbd.org.br/pagina.php?id=6>
4. Bardin. L, *Análise de Conteúdo*. 3ªed. Paris: 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de 10 de outubro 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. [disponível na internet] Brasília, 1996. [acesso em 2008 Abr 15]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
6. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [disponível na internet] 2007 Fev [acesso em 2008 Out 07]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/07/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>
7. Hora C. *et al*. Avaliação do Conhecimento quanto a Prevenção do Câncer de Pele e Sua Relação com a Exposição Solar em Frequentadores de Academia de Ginástica em Recife. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [anais na internet] 2003 nov/dez 78(6) [acesso 2008 Ago 07]. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro, 2003. Disponível: http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo_id=10083.
8. Oliveira FG, Campos CLR, Temporal FW. *Efeitos da Radiação Ultravioletas nas atividades aéreas e terrestres*. *Rev. Para Entender o Câncer* [periódico na internet] 2005 [acesso 2008 Set 06]. Disponível: http://www.dirsa.aer.mil.br/Revistas/2005/03_05.pdf
9. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Comunic, Saúde, Educ.* [periódico na internet] set.2004/fev.2005; [acesso 2010 Jan 12] 9(16):39-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>
10. Campos GWS. *Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
11. Almeida Filho N, e Rouqueyrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

ARTIGO

LEI DO ACOMPANHANTE À PARTURIENTE: ANALISANDO A VIABILIZAÇÃO DE SEUS PRESSUPOSTOS EM MATERNIDADES DE JOÃO PESSOA-PB

*Magda Glenny Lopes Barros¹
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca²
Kirlene Scheyla Viana Chianca³*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a viabilização dos pressupostos da Lei do Acompanhante à gestante, seus benefícios e dificuldades na implementação em maternidades públicas na cidade de João Pessoa. Caracteriza-se numa pesquisa exploratória qualitativa, como também de uma abordagem onde constou da transcrição dos discursos micro gravados nas entrevistas, seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram entrevistados 26 indivíduos sendo: 15 puérperas maiores de dezoito anos, 08 profissionais de enfermagem e 03 gestores no ano de 2007. Os DSC revelaram que as puérperas que participaram desse estudo não tinham o conhecimento da Lei do Acompanhante, como também aponta a rejeição inicial de alguns profissionais que se dá pela falta de experiência e prática de terem a presença desses acompanhantes durante o parto. Outro ponto destacado foi referente às instituições que devem debater as evidências disponíveis para que se possa viabilizar e disseminar a prática dessa Lei percebendo os benefícios que essa presença traz para todas as partes.

Palavras-chave: Lei. Trabalho de parto. Puerpério.

REFLEXÕES INICIAIS

A gravidez é uma fase da vida em que a mulher requer cuidados especiais. Do ponto de vista médico/científico costuma ser dividida em três trimestres: o primeiro das reações indesejáveis, como sonolência, enjôo, náusea entre outros; o segundo a mulher sente-se mais dispostas e o terceiro, parece que demora mais a passar, o volume do útero aumenta, e causa alterações não só da aparência, mais na anatomia e fisiologia da mulher. Levando a preparação para o parto. No consenso, parto seria a expulsão do feto vital e seus anexos para o mundo exterior, seja ele parto espontâneo, induzido, dirigido ou operatório¹.

Outra fase do ciclo gravídico é o puerperal, que é o período durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas em que o organismo materno retorna as suas condições vigentes antes da gravidez².

A mulher no ciclo puerperal se encontra em seu meio sócio-econômico e cultural, do qual traz uma bagagem espiritual e emocional, medos, preconceitos e vontades. Além disso, traz também decepções, desamores, mágoas tristezas bem como alegrias, ânimo,

¹ Trabalho original resultado do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem-FACENE pela aluna Magda Glenny Lopes Barros

² Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

³ Enfermeira Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Programa de Saúde de Família. Coordenadora do Curso de Complementação de Enfermagem pelo CEFOR-RH-PB.

esperança e fé necessitando assim, ser atendida na sua integralidade, pois não há na vida da mulher fase tão repleta de dúvidas, ansiedade e frustrações como o ciclo gravídico-puerperal, a demonstrar a íntima relação entre os fenômenos psíquicos e os somático¹.

Assim, visando assistir a mulher de forma integral e, levando em conta os fatores psicológicos e culturais de cada gestante, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a humanização do parto e também a redefinição da estrutura física e humana das maternidades do país.

Ressalta-se que atualmente existe um movimento mundial para a humanização do nascimento, composto por grupos sociais organizados, em diferentes países, que têm se mobilizado para que ocorram mudanças em diversos aspectos da assistência obstétrica, dentre eles a adoção de práticas baseadas em evidências, que inclui o suporte durante o trabalho de parto e parto³.

Nessa perspectiva, além do parto humanizado, o grande benefício à gestante foi a aprovação da Lei nº 11108, garantindo a presença de 1 (um) acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A aprovação dessa Lei se deu após diversos estudos baseados em evidências científicas, os quais apontam que a presença do acompanhante para a parturiente reduz a necessidade de medicação analgésica e analgesia do parto, diminui a incidência de números de partos operatórios e aumenta a satisfação expressadas pelas mulheres, minimizando a depressão pós-parto e se constitui em apoio para a amamentação⁴.

O interesse pelo tema surgiu por considerar importante a implementação da Lei do acompanhante a gestante nas maternidades públicas de João Pessoa, bem como analisar a viabilização desta no seu pressuposto. Diante disto, emergiram alguns questionamentos: Como se deu a aceitação dos profissionais de enfermagem no que diz respeito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto? Quais os benefícios, na visão das parturientes, em relação à implantação da Lei do Acompanhante? Na visão dos gestores,

as maternidades públicas de João Pessoa estão preparadas para dar suporte às gestantes e acompanhantes na aplicação da Lei?

Deste modo, este estudo objetivou identificar à aplicação da Lei do Acompanhante à gestante, seus benefícios e dificuldades na implementação em maternidades públicas na cidade de João Pessoa.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo do tipo exploratório de caráter qualitativo. A pesquisa qualitativa é capaz de ligar a questão do significado e da intencionalidade com inerente aos atos, às relações, e as estruturas sociais⁵.

Para local do estudo utilizamos 03 maternidades públicas da cidade de João Pessoa, 02 de responsabilidade do estado e 01 municipal.

A amostra constituiu-se por 26 indivíduos sendo: 15 puérperas maiores de dezoito anos, 08 profissionais de enfermagem e 03 gestores que tinham disponibilidade e que aceitaram em participar do estudo.

Para coleta de dados utilizou-se três roteiros de entrevista semi-estruturados, direcionados especificamente a cada público da amostragem, contendo questões norteadoras no intuito de atender o objetivo do estudo, realizada no período entre fevereiro e março de 2007.

Empregou-se à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para analisar os dados, a qual consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos provenientes dos procedimentos dos depoimentos dos participantes⁶. No primeiro momento houve a transcrição do material coletado, seguido da seleção das expressões chaves de cada discurso particular, identificando a idéia central de cada expressão chave e por último reunir as expressões chaves concernentes às idéias e complementares e, em um discurso síntese que é o DSC. Finalizando com a análise junto a literatura pertinente.

Houve a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança sob o Protocolo nº 28/07 e com o registro no SISNEP – CAAE – 91.0.000.351.07.

Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato em sua participação. Em todo o momento foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS, bem como a resolução 311 que normatiza o código de ética dos profissionais de enfermagem.

ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Os sujeitos participantes desse estudo foram divididos em três grupos: puérperas, profissionais de enfermagem e os gestores das respectivas instituições, na intenção de analisar a opinião sobre a importância, o cumprimento, os benefícios e o conhecimento da Lei do Acompanhante para a parturiente, obtendo assim o melhor resultado possível e a posição desses três grupos de sujeitos.

A partir do DSC, baseado nos depoimentos das puérperas, profissionais de enfermagem e gestores, iniciou-se a

discussão dos resultados, apresentados na seguinte ordem: Conhecimento dos profissionais enfermeiros e médicos sobre o que pensam a respeito da presença de um acompanhante na sala de parto? Visão dos gestores, as maternidades públicas de João Pessoa estão preparadas para dar suporte as gestantes e acompanhantes na aplicação da Lei para as parturientes? Reação dos profissionais da instituição com relação da aplicação da Lei do Acompanhante para as parturientes? Qual a principal dificuldade enfrentada para que se implemente a Lei do acompanhante para parturiente? Em seguida as idéias centrais das parturientes em relação à implantação da Lei do Acompanhante e, por fim, as idéias centrais dos gestores no que diz respeito se as maternidades públicas de João Pessoa estão preparadas para dar suporte às gestantes e acompanhantes na aplicação da Lei.

Observa-se no DSC, a partir da análise das idéias centrais que a presença do acompanhante na sala de parto gera nos profissionais muitas expectativas, além de ser algo novo e desconhecido, pois alguns

<p>Idéia Central 1 A expectativa sobre a presença do acompanhante é negativa</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] sou contra, pois não sei como ele ia reagir..., [...] não sou a favor, já existe tanto estresse, imagine com um acompanhante que não está preparado...,</p>
<p>Idéia Central 2 A expectativa sobre a presença do acompanhante ainda é desconhecida</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] não sei direito, pois nunca passei por essa experiência, por isso sou neutra em minha opinião..., [...] não tenho condições de avaliar, pois não observei nem passei por essa experiência...[...] ainda é tudo novo, e a gente ainda não está acostumada, acho que ambos precisam ser preparados para passar por esse processo...[...] acho que nós profissionais deveríamos ser preparados para receber esse acompanhante, pois ainda ficamos ansiosos...,</p>
<p>Idéia Central 3 A expectativa sobre presença do acompanhante é positiva</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] sou a favor, pois com essa presença o trabalho de parto evolui muito mais rápido..., [...] na verdade sou adepta a essa presença durante todo o processo, pois pela experiência que passei ele ajudou a enfermagem em alguns cuidados...</p>

Quadro 1 – Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: sobre o que os profissionais pensam a respeito da presença de um acompanhante na sala de parto?

ainda não tiveram a oportunidade de ter essa presença durante a realização de um parto.

A admissão dos maridos como acompanhantes nos serviços públicos, é uma mudança poderosa no que concerne à humanização do parto. É importante notar o suporte legal desta medida, que é Lei Federal. A presença destes sujeitos provoca reações positivas e negativas nos profissionais; alguns são mais receptivos, outros parecem se sentir invadidos e questionados, "contaminados" pela presença dos leigos⁷.

A partir deste aspecto foi possível observar que a entrada na cena do parto dos acompanhantes, pais, mães, amigas, vem trazendo um conjunto de questões novas para esses profissionais, relativamente despreparados e sem referências sobre essa situação. Os serviços ainda não conseguiram equacionar uma orientação mais estruturada para esses profissionais para que possa aceitar e saber lidar com essa presença que é tão importante para as parturientes e que traz tantos benefícios comprovados cientificamente.

Analisando as idéias centrais per-

cebe-se que as instituições estão trabalhando para que a Lei seja aplicada em sua totalidade.

Diante dessa situação, algumas maternidades estão adequando a sua área física para possibilitar a permanência de um acompanhante, escolhido pela parturiente, sem comprometer a privacidade das demais parturientes, e até mesmo implantando o modelo conhecido como PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério), que possibilita que a assistência nos períodos clínicos do parto seja realizada no mesmo local, o que proporciona conforto e individualidade.

Percebemos uma discordância entre o discurso dos profissionais e dos gestores das instituições, não ficando claro os motivos que levam a falta da aplicação da Lei do acompanhante nas maternidades pesquisadas. No entanto, percebemos que alguns profissionais, em seu discurso, demonstram receio, mas só com a implementação dessa nova legislação os mesmos poderão vivenciar essa experiência, e conseqüentemente, poderão identificar e compreender os aspectos que envolvam

<p>Idéia Central 1 Melhorando a estrutura da instituição</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] estamos trabalhando para melhorar as estruturas da instituição para receber os profissionais...[...] a estrutura da instituição ainda não está completa para aplicação da Lei em sua totalidade por isso estamos fazendo reforma... [...] estamos trabalhando da melhor forma possível para melhor estruturar a instituição e assim receber esses acompanhantes...</p>
<p>Idéia Central 2 Conscientização dos profissionais</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] os profissionais ainda não se acostumaram com a idéia dessa presença, por isso estamos fazendo uma conscientização da importância dessa presença durante esse processo...[...] os profissionais rejeitam essa Lei e reclamam que não estão preparados para receber o acompanhante então estamos realizando uma educação continuada com os mesmos...[...] estamos trabalhando junto com os profissionais a importância dessa Lei para eles e para as parturientes...</p>
<p>Idéia Central 3 Conscientização dos acompanhantes</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] os acompanhantes têm que ser preparados por isso as gestantes que realizam o pré-natal aqui acompanhantes são preparados para passar por essa experiência...[...] os acompanhantes ainda não estão preparados por isso procuramos conversar e informar qual o seu papel durante o processo de parto...[...] ainda falta fazer uma educação continuada com os acompanhantes por isso estamos procurando a melhor forma para prepará-los...</p>

Quadro 2 - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: de como a instituição tem trabalhado para a aplicação da Lei do Acompanhante para as parturientes?

essa prática, principalmente no que concerne os aspectos da prática da humanização.

Quanto aos acompanhantes, essa lei vem garanti a participação efetiva da família no acompanhamento ao parto, proporcionando a parturiente importante apoio emocional. Favorecendo assim melhoria no ambiente da maternidade, objetivando o formatação de um ambiente mais humano.

Analisando a idéia central, percebe-se que os gestores relatam que os profissionais no inicio rejeitaram a idéia de ter a presença de um acompanhante durante todo processo de parto.

Essa rejeição e medo do desconhecido que os gestores relatam que os profissionais tiveram e alguns ainda têm é natural, mas que através da experiência e da prática que vai se adquirindo com o tempo esse acompanhante deixará de ser visto como um incômodo e passará a ser visto como um aliado.

Foi observado no DSC que a falta de recurso está impedindo as instituições colocarem alguns projetos para poderem implementar a Lei do acompanhante para parturiente.

Como já mencionado anteriormente, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente

durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

É imprescindível que as instituições se mobilizem com a causa, para que possam reivindicar esses recursos colocando em prática a Lei nº 11.108 e assim poder colher os frutos dos benefícios trazidos com a aplicação da mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de humanização do parto e nascimento vem se empenhando em fazer críticas ao excesso de intervenções tecnológicas que são realizadas nesse evento. Com isso, vem se buscando práticas tecnológicas que facilitem uma mudança na assistência ao parto, tornando-o mais humanizado; uma dessas práticas é a adoção da presença do acompanhante como suporte para a parturiente.

Com este estudo buscou-se analisar a viabilização e os pressupostos da Lei do Acompanhante para as parturientes em três instituições da cidade de João Pessoa-PB.

A rejeição inicial de alguns profissionais é justificada pela falta de experiência e prática de terem a presença desses acompanhantes durante o parto, contudo, essa presença escolhida pela parturiente, que é considerada pela maioria dos profissionais como problema, pode ser transformada em oportunidade benéficas fazendo com que tanto os profissionais como os acompanhantes se beneficiem

<p>Idéia Central 1 Reagindo com rejeição</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] no começo rejeitaram, mas agora estão aceitando melhor...[...] logo que souberam alguns profissionais foram contra, com receio da falta de preparação dos acompanhantes...[...] no começo foi um pouco difícil eles não acreditavam que iam ter mais trabalho...</p>
<p>Quadro 3 - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: da reação dos profissionais da instituição com relação da aplicação da Lei do Acompanhante para as parturientes?</p>	

<p>Idéia Central 1 A falta de recursos</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo [...] falta recursos para que a instituição possa investir melhor na aplicação dessa Lei...[...] falta adequar a estrutura e para isso requer tempo e recursos...[...] não temos recursos suficiente...</p>
<p>Quadro 4 – Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: qual a principal dificuldade enfrentada para que se implemente a Lei do Acompanhante para parturiente?</p>	

dessa presença, através de uma interação profissional/parturiente/acompanhante, fornecendo orientações necessárias para que o mesmo possa desempenhar o seu papel, que é ser provedor de suporte para a parturiente.

Esse acompanhante precisa ser visto como alguém que está vivenciando um momento especial, logo ele também precisa ser acolhido no contexto assistencial em que estiver inserido. Isto, por certo, produzirá um sentimento de confiança e reconhecimento do seu papel, que refletirá positivamente no desenvolvimento de suas atividades de conforto físico e emocional.

No que se referem às mudanças do contexto assistencial as instituições devem debater as evidências disponíveis para que se possa viabilizar e disseminar a prática dessa Lei percebendo os benefícios que essa presença traz para todas as partes, e

assim alcançar efetivamente a humanização do nascimento.

Além do mais, a determinação legal dessa Lei possibilita aos profissionais da área de saúde, grandes oportunidades de realizações de pesquisas, abordando temas para esclarecermos e nos aprofundarmos em questões como: quais os suportes providos por acompanhantes escolhidos pelas parturientes, os benefícios que o acompanhante traz na satisfação da mulher com a experiência do nascimento.

Também temos a oportunidade de avaliar em nosso meio, de forma mais consistente, os efeitos do companheiro, familiar ou amiga como provedor de suporte e quais as informações devem ser fornecidas ao acompanhante de escolha da parturiente para que o mesmo possa desempenhar o papel de suporte durante o parto.

LAW OF THE ACCOMPANYING THE PARTURIENT: ANALYZING A RESCUE IN YOUR ASSUMPTIONS OF MATERNITY JOÃO PESSOA-PB

ABSTRACT

This study aimed to analyze the viability of the assumptions of the Law of Escort to pregnant women, their benefits and difficulties in implementation at public maternity hospitals in the city of Joao Pessoa. It is characterized by a qualitative exploratory research, but also an approach which consisted of the transcript of the speeches microgravity in interviews, following the proposal of the Collective Subject Discourse. We interviewed 26 individuals being: 15 postpartum women over eighteen years, 08 nurses and 03 managers in 2007. The CSD showed that the mothers who participated in this study had no knowledge of the Law of the Companion, as indicated by the initial rejection of some professionals that occurs by the lack of experience and practice to have the presence of companions during childbirth. Another point highlighted was to those institutions should discuss the available evidence so that we can enable and spread the practice of law realizing the benefits that presence brings to all parts.

Keywords: Law. Labor. Puerperium.

REFERÊNCIAS

1. Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
2. Magalhães F. Obstetrícia forense. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Goer H. Humanizing birth: a global grassroots movement. *Birth* 2004. 31:308 -14.
4. Araújo MIO. Informativo da área técnica da saúde da mulher [acesso 2006. Nov.10] Disponível em: <http://saudedamulher.gov.br>
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1998.
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa quantitativa. 2ªed. Caxias do Sul: Edusc; 2005.
7. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2005 [Acesso em: 21/03/10]; 21(5): p. 1316-1327 Disponível em: <http://www.scielo.br>

ARTIGO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA CLIENTE SUBMETIDA À OOFORECTOMIA: RELATO DE CASO

Clarany Alvino Leite¹

Maria Clerya Alvino Leite²

Cristina Costa Melquíades Barreto³

RESUMO

A sistematização da assistência de enfermagem constitui-se em uma atividade intelectual deliberada que auxilia na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados. O seu uso possibilita a aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem na prática, ordenando e direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada. O objetivo deste trabalho foi aplicar a sistematização da assistência de enfermagem a uma cliente submetida a ooforectomia. Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido com uma paciente ooforectomizada, no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro em Patos-PB em novembro de 2006, buscando identificar os diagnósticos de enfermagem baseado na Taxonomia da NANDA, bem como as outras fases do processo de enfermagem: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação. Diante dos resultados obtidos identificou-se cinco diagnósticos: eliminação urinária alterada, déficit de conhecimento, dor aguda, risco de infecção e ansiedade. Os achados reforçam a necessidade de lembrar a sistematização da assistência de enfermagem por meio do processo de enfermagem como um instrumento metodológico fundamental na prestação dos cuidados de forma holística e individualizada ao paciente.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Diagnósticos de enfermagem. Ooforectomia.

INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método organizado e científico que contribui para nortear a prática profissional, servindo de instrumento para o enfermeiro identificar os problemas de saúde e promover o cuidado de enfermagem, de maneira ordenada e sistematizada, voltada à satisfação das necessidades do cliente, família e comunidade^{1,2}.

A SAE é atividade privativa do enfermeiro e utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: clarinhaalvino@hotmail.com. Correspondência: Rua Manoel Claudino da Silva, Nº 427, Centro, CEP: 58790-000. Pedra Branca-PB. Tel: 083 8882-6470.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestranda em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba. Aluna do Curso de Licenciatura em Enfermagem pela UFPB. E-mail: clerya@bol.com.br.

³ Enfermeira. Mestranda no Curso de Ciências da Educação na Universidade Lusófona de Lisboa. Coordenadora de Programa de Tutoria Acadêmica e Atividades Complementares do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP. E-mail: cristinamellquiades@ig.com.br.

assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

O enfermeiro, ao planejar a assistência de enfermagem para sua clientela utiliza o Processo de Enfermagem (PE) para, de forma ordenada e científica, organizar suas ações e atingir seus objetivos.

O PE, considerado a base de sustentação da SAE, pode ser entendido como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional. O PE é constituído por etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, a demarcação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação³.

O sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem mais difundido no Brasil, e empregado neste estudo, é a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), resultante do trabalho de um grupo de enfermeiras norte-americanas e canadenses, que nos anos 70 iniciaram estudos com a preocupação de construir uma terminologia que referisse os problemas de saúde do cliente pelos quais tem responsabilidade profissional.

Os objetivos da ação de enfermagem na assistência aos pacientes pré e pós-operatórios consistem em tornar a experiência cirúrgica tão segura e confortável quanto possível para o paciente; em prevenir no que esteja ao alcance da enfermagem, no aparecimento de complicações pós-operatórias; em ajudar o paciente a recuperar-se do estresse provocado pela cirurgia.

Na luta contra diversas enfermidades, a enfermagem deve estar preparada para assumir desafios em diferentes ambientes, entre estes o esclarecimento à população na prevenção de alterações ovarianas, visto que, na maioria dos casos as pacientes só têm acesso a estas, quando suas lesões já estão muito desenvolvidas. É importante destacar que, a ooforectomia, cirurgia para retirada do ovário, diminui

acentuadamente o risco de desenvolver o câncer, mas em alguns casos, não o elimina totalmente; e que várias são as técnicas utilizadas para o diagnóstico precoce de cistos e tumores ovarianos, que possibilita uma abordagem não invasiva e econômica.

Conforme Carvalho⁴ a incidência do câncer de ovário aumenta com a idade, com picos na sétima década. A média de diagnóstico é de 60 anos, sendo pouco freqüente antes dos 40 anos. É importante saber que, o risco para câncer de ovário diminui com o aumento do número de gestações, e a amamentação também representa um fator protetor contra o desenvolvimento do tumor.

Em sua pesquisa, Alberti *et al.*⁵ acrescentam que, um declínio súbito de andrógenos em decorrência da ooforectomia pode levar à diminuição da libido e provocar osteoporose, além de alterações nos níveis de lipoproteínas e aumento do risco de doenças cardiovasculares.

O presente trabalho teve como objetivo sistematizar a assistência de enfermagem a uma cliente submetida a ooforectomia.

Este estudo justifica-se pela importância de fornecer aos profissionais de enfermagem um subsídio ao conhecimento da ooforectomia e proporcionar-lhes uma base sólida no cuidado à paciente que irá submeter-se a esta cirurgia, auxiliando-os a aplicar o processo de enfermagem e orientando-os no atendimento a paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO

As glândulas sexuais femininas (ovários) ou gônadas são glândulas endócrinas. Essa estrutura produz hormônios, intimamente associados com o mecanismo reprodutor. Suas atividades são reguladas pela adenoipófise⁶.

Considerações anatomo-fisiológicas dos ovários

Os ovários são glândulas reprodutivas com forma de amêndoa, localizadas junto à parede pélvica lateral de ambos os lados do útero⁷. Estão ligados à face posterior dos ligamentos largos, abaixo da extremidade fimbriada das tubas de Falópio. Cada ovário está unido à parede lateral

do útero pelo ligamento ovariano e à parede pélvica pela porção do ligamento largo que se continua com a tuba de Falópio, porção denominada infundíbulo pélvico ou ligamento suspensor⁸.

A estrutura interna do ovário é constituída por: *estroma ovariano* – tecido conjuntivo que constitui a maior parte do ovário. É dentro deste estroma que os óvulos e as células secretoras dos hormônios femininos se formam; pelos *folículos ovarianos* – existem milhões em cada ovário, cada um contendo um óvulo. Os folículos passam por etapas progressivas de desenvolvimento que culminam na liberação de um óvulo, um por mês aproximadamente, que é o processo da ovulação; e pelo *corpo lúteo* – formado a partir de células foliculares, após o folículo madurado ter ovulado⁹.

Moore e Persaud⁷ afirmam que os ovários produzem estrógeno e progesterona, hormônios responsáveis pelo desenvolvimento das características sexuais secundárias, pela regulação da gravidez, bem como também pela manutenção dos ovócitos.

O ovário apresenta externamente uma superfície rugosa, brilhante e mais ou menos irregular. O tamanho e a aparência externa dos ovários variam de acordo com a maturidade da mulher, uma vez que os ovários sofrem constantes alterações até depois da menopausa⁸.

Algumas mulheres podem ter seus ovários acometidos por processos não bem conhecidos dando origem a cistos ou tumores, que por vezes, chegam a alterar sua forma e função. Em algumas destas, esse quadro é revertido com o uso de anti-concepcionais, mas quando o tratamento medicamentoso não produz o efeito esperado, é realizada uma intervenção cirúrgica para retirar os ovários atingidos, técnica essa conhecida como ooforectomia, ou ainda pode-se retirar apenas o tecido formado no ovário (ooforocistectomia)¹⁰.

Alterações ovarianas

Os tipos de lesões mais comuns encontrados nos ovários compreendem os cistos funcionais ou benignos e os tumores.

Cistos não neoplásicos

São lesões frequentes, de grande interesse clínico e, sobretudo cirúrgico, relacionados muitas vezes com alterações funcionais do ovário. Quando se rompem, provocam hemorragia que pode ser violenta e de diagnóstico diferencial difícil; porém, na maioria dos casos são assintomáticos⁶.

Cistos serosos de inclusão: são múltiplos, não funcionantes e resultam provavelmente, de ovulações repetidas, com inclusões do epitélio de revestimento no córtex do ovário, sendo em geral microscópicos¹¹.

- *Cistos foliculares*: os folículos císticos do ovário são tão comuns que praticamente são considerados fisiológicos. Originam-se de folículos de Graaf não rompidos ou de folículos que se romperam e imediatamente se fecharam⁶.
- *Ovários policísticos*: consiste na presença de numerosos folículos císticos ou cistos foliculares, associados com frequência a oligomenorreia; a paciente com estes problemas apresenta anovulação persistente, obesidade e hirsutismo⁶.
- *Cistos do corpo lúteo*: resultam de hemorragia excessiva no corpo lúteo e do fechamento cicatricial precoce no ponto de ovulação¹¹.

Tumores de ovário

São neoplasias comuns entre as mulheres. O câncer de ovário é responsável por 6% de todos os cânceres que atingem as mulheres. Existem inúmeros tipos de tumores de ovário, tanto benignos quanto malignos¹².

Segundo Smith¹³ aproximadamente 90% dos tumores ovarianos encontrados em mulheres jovens são benignos e metabolicamente inativos e mais de 75% dos tumores anexiais benignos são funcionais.

- *Tumores serosos*: formado por células repletas de líquido seroso e claro. Cerca de 75% são benignos ou de malignidade limítrofe, e 25% são malignos.

- *Tumores mucinosos*: são pouco menos comuns e são responsáveis por cerca de 25% de todas as neoplasias do ovário. Ocorrem principalmente nas mulheres de meia-idade e são raros antes da puberdade e após a menopausa. Cerca de 80% são benignos ou limítrofes, e 15% são malignos⁶. Smith¹³ afirma que eles são caracterizados pela secreção de muco, esses tumores tendem a ser os maiores tipos de tumores ovarianos encontrados e podem ter 30 cm ou mais.
- *Tumores endometrióides*: são responsáveis por aproximadamente 20% de todos os cânceres de ovário, com exclusão da endometriose, que é considerada uma condição não neoplásica. Cerca de 40% acometem ambos os ovários⁶.
- *Adenocarcinoma de células claras*: esse tipo pouco comum de tumor do epitélio de superfície do ovário caracteriza-se pela presença de células epiteliais grandes com abundante citoplasma claro⁶.

Tumor de células germinativas

Os tumores de células germinativas incluem o disgerminoma, tumores de seio endodérmico, carcinoma embrionário, coriocarcinoma, teratomas e formas mistas. De acordo com Smith¹³ é o segundo tipo mais comum de tumor ovariano e contém células que refletem as três camadas do tecido embrionário (ectoderma, mesoderma e endoderma) ou elementos extra-embrionários.

- *Disgerminoma*: apesar de raros, estes são os tumores malignos de células germinativas mais comuns, com predominância em mulheres acima dos 30 anos de idade (10% em meninas pré-púberes)¹³.
- *Teratoma maduro (benigno)*: também conhecidos como cistos dermóides, são tumores possivelmente oriundos de partes do ovo que normalmente desaparecem

com o amadurecimento (maturação). Sua origem é indefinida, e eles consistem em células embrionárias indiferenciadas. Eles crescem lentamente e são encontrados durante a cirurgia, contendo um material sebáceo, espesso e amarelado, originando-se do revestimento cutâneo. Cabelos, dentes, ossos e muitos outros tecidos são encontrados em estado rudimentar dentro desses cistos. Como vimos, os cistos dermóides são apenas um dos tipos de lesão que podem se desenvolver, e, em geral, o tratamento depende do tipo¹⁴. Esses tumores podem ser benignos ou malignos (1-2% malignos, geralmente em mulheres com mais de 40 anos)¹³.

Fisiopatologia e etiologia

O mecanismo etiológico exato dos vários cistos e tumores ovarianos são essencialmente desconhecidos, mas a disfunção endócrina foi implicada em alguns tipos. Cistos e tumores benignos ovarianos tendem a afetar a menstruação e a fertilidade, dependendo do tipo específico¹².

Segundo Nettina¹⁵ frequentemente, quando encontrados durante os anos reprodutivos; as massas encontradas nas mulheres com mais de 50 anos apresentam maior probabilidade de serem malignas. Fernandes, Lippi e Baracat¹⁶ afirmam que é raro o aparecimento do câncer epitelial do ovário antes dos 30 anos e a faixa etária de maior incidência está acima dos 50 anos.

Manifestações clínicas

É possível que a paciente sinta pressão no abdome inferior, lombalgia, irregularidades menstruais e dor, a qual pode ser confundida com a dor da apendicite, de um cálculo uretral ou de um outro distúrbio abdominal¹⁵.

Algumas pacientes podem ser assintomáticas ou apresentar apenas uma pequena dor pélvica. Já a ruptura destes cistos provoca dor aguda e hipersensibilidade¹².

As autoras citadas¹² declaram ainda

que: pacientes com tumores associados a hormônios hipotalâmicos, hipofisários ou adrenais, ou influenciados por esses hormônios, podem apresentar hirsutismo (crescimento de pilificação facial), atrofia mamária e esterilidade dependendo do tipo específico. Alguns tumores benignos podem tornar-se malignos.

Avaliação diagnóstica

Tumores e cistos podem ser detectados durante um exame pélvico. A ultrassonografia e a laparoscopia são utilizadas para se determinar o tamanho do tumor. O teste de gravidez é realizado, a fim de excluir a prenhez ectópica. Porém, a cirurgia é o único meio de confirmar o diagnóstico de tumor benigno ou cisto¹⁵. Conforme Fernandes, Lippi e Baracat¹⁶, a ultrassonografia é, na atualidade, o método propedêutico mais solicitado para o diagnóstico diferencial de tumores pélvicos, sendo um método com elevada acuidade para a determinação de presença, tamanho, localização e caráter dos tumores pélvicos.

Tratamento clínico e cirúrgico

Os cistos funcionais com menos de 5 cm de largura não requerem tratamento, ou são tratados com contraceptivos orais durante 1 a 3 meses, para proporcionar alívio sintomático e tentar suprimi-los. Quando um cisto é grande, complexo ou se rompe, é necessária a realização de uma cirurgia por meio de laparoscopia ou laparotomia, que pode ser uma ooforectomia (remoção do ovário), uma ooforocistectomia (remoção apenas do tecido) ou uma salpingo-ooforectomia, que corresponde à remoção do ovário e da tuba uterina¹².

De acordo com Nettina¹⁵ a ruptura pode causar inflamação peritoneal.

Ooforectomia

Como dito anteriormente, a ooforectomia é a remoção do ovário. Através de seu estudo, Nelson¹⁰ chegou à conclusão que a escolha da operação depende da idade da paciente e dos sintomas, dos achados durante o exame físico e do exame direto dos anexos durante a exploração.

Técnica cirúrgica

- A cavidade abdominal é aberta;
- Para remover um grande cisto ovariano, uma sutura franzida frouxa pode ser colocada na parede do cisto, e um trocar é introduzido no centro; a sutura é apertada em torno do trocar enquanto o líquido é aspirado. O trocar é removido, e a sutura é apertada. Todo tecido ovariano normal é preservado;
- Para remoção de um cisto dermóide, o campo é protegido com compressas de laparotomia porque o conteúdo de cada cisto produz irritação caso se espalhe na cavidade peritoneal. É feita uma incisão ao logo da base do cisto entre a parede e o tecido ovariano. A parede é dissecada. O ovário é fechado com suturas interrompidas ou contínuas;
- Para decorticação de ampliação do ovário e ressecção dos bordos, um grande segmento do córtex ovariano oposto ao hilo é removido. Os cistos são puncionados com a ponta da agulha e colapsados. Os cantos do estroma ovariano estendem-se profundamente no hilo, e são ressecionados com um bisturi pequeno. O córtex é fechado;
- Para prevenir o prolapso da trompa no fundo de saco, esta pode ser suturada ao folheto posterior do ligamento largo;
- A ferida abdominal é fechada¹⁰.

Processo de Enfermagem

A assistência de enfermagem pode variar desde assepsia e um simples curativo, até medidas altamente complexas na assistência de um paciente, numa unidade de tratamento intensivo, no sentido de obter atendimento para suas necessidades de saúde. Contudo, o processo de enfermagem é o mesmo.

Conforme Smeltzer e Bare¹⁷ o PE é uma abordagem de soluções de problemas para satisfazer as necessidades de enfermagem e de cuidado de saúde de uma pessoa.

Os elementos essenciais do PE são aqueles planejados, centralizados no paciente, orientados para o problema, e dirigidos para um objetivo. O termo "paciente" é usado aqui para identificar o receptor da assistência e pode significar um indivíduo, uma família ou uma comunidade¹⁸.

Existem cinco fases básicas, no processo:

Avaliação (Coleta de dados): coleta sistemática de dados para determinar-se o estado de saúde do paciente e identificar-se quaisquer problemas de saúde reais ou potenciais.

Diagnóstico de Enfermagem: identificação dos problemas de saúde efetivos ou potenciais que são possíveis de resolução por meio de ações de enfermagem¹⁷.

Planejamento: envolve a determinação do que a enfermeira deve fazer para auxiliar o paciente e a seleção das intervenções adequadas de enfermagem, para executá-lo. A enfermeira elabora um plano de cuidados que prescreva intervenções para o alcance dos resultados esperados. De acordo com Alfaro-Lefevre¹, planejar envolve:

- Estabelecer prioridades;
- Fixar os resultados esperados com adequação;
- Determinar as intervenções de enfermagem;
- Assegurar que o plano seja registrado.

Implementação: execução do plano de cuidados, visando ajudar ao paciente na resolução dos diagnósticos de enfermagem¹⁷.

Avaliação final: determinação das respostas do paciente às intervenções de enfermagem e do grau em que os objetivos foram atingidos¹⁹.

O diagnóstico de enfermagem foi mencionado na década de 50 pela primeira vez, classificado por Abdellah na década de 60, nos anos 70, ANA publica o papel do Diagnóstico para a prática de Enfermagem e surge a NANDA (North American Nursgin Diagnosis Association) nos anos 80, as sucessivas conferências bienais, resultaram na criação da Taxonomia I, baseada nos 9 padrões de resposta humana:

trocar, comunicar, valorizar, relacionar, escolher, mover, perceber, sentir e conhecer. E na década de 90, houve a revisão e atualização dos diagnósticos, que resultou na criação da Taxonomia II, sendo constituída atualmente de 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos.

A nova edição da NANDA 2007-2008 traz o acréscimo de 15 novos diagnósticos, assim como 26 diagnósticos revisados. Os novos diagnósticos refletem uma ênfase na promoção da saúde e incluem dois diagnósticos com foco na comunidade: Contaminação e Risco de Contaminação. Quatro das revisões aceitas foram enviadas por pessoas de fora dos Estados (Brasil e Canadá), o que reflete a crescente internacionalização da terminologia dos diagnósticos de enfermagem²⁰.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. O local de realização do estudo foi o Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, conveniado com o SUS e outros convênios particulares, situado à Rua Horácio Nóbrega S/N, bairro Belo Horizonte, Patos – PB. A amostra constitui uma cliente M. P. S., de 47 anos, interna para tratamento cirúrgico de ooforectomia na enfermaria Miguel Couto, leito 03. A coleta de dados foi realizada nos dias 21 e 22 de novembro de 2006 na clínica cirúrgica do referido hospital.

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista, utilizando um questionário com um roteiro contendo um levantamento de dados com perguntas objetivas e subjetivas, juntamente com a coleta de dados do prontuário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A paciente foi acompanhada por dois dias sucessivos, nos quais, diariamente era realizada a sua avaliação e identificado os diagnósticos de enfermagem, baseados na Taxonomia da NANDA²¹.

A partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem, através do levantamento de dados, foi traçado o planejamento da assistência de enfermagem quando foram determinadas as metas, os objetivos e estabelecido às intervenções de enfer-

tagem. Todas as etapas do processo foram implementadas tendo como meta primordial sistematizar a assistência de enfermagem a uma cliente submetida à ooforectomia, tendo com isso o bem estar da cliente e sua recuperação.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

História clínica

M. P. S., 47 anos, do sexo feminino, solteira, agricultora, procedente de sua residência na cidade de Patos-PB, foi admitida no dia 19 de setembro de 2007, às 8:30 h no hospital Regional de Patos – Deputado Janduhy Carneiro, na enfermaria Miguel Couto, Leito 03, n do prontuário 105.306, com queixa de dor abdominal e alterações menstruais, tendo se submetido a uma ooforectomia.

Ao exame físico apresenta: PA: 120X80mmHg; T: 37.5°C; P: 80Bpm; R: 19Irpm. A usuária encontra-se consciente, orientada, com estado nutricional normal; pele íntegra, hidratada e normocorada; ausência de anormalidades na cabeça; visão normal; nariz sem anormalidades; acuidade auditiva normal; boca sem anormalidades apresentando prótese dentária e língua saburrosa; sem anormalidades no pescoço; tórax sem alteração anatômica, expansão torácica normal, eupneica; RCR 2T; abdome plano, com presença de incisão cirúrgica; eliminações intestinais presentes e normais e vesicais alteradas (SIC); MMSS e MMII com sensibilidade preservada. Queixa-se de dores abdominais.

Durante a anamnese a cliente afirma que há mais de cinco meses apresentava alterações menstruais e há um mês dor abdominal. Quanto a história familiar afirma ainda, que a mãe apresenta problemas cardíacos. Dispõe de água encanada e tratada, destino de lixo e dejetos adequados e criação de animal doméstico, um gato; higiene corporal insatisfatória, com a frequência de um banho ao dia e grau de independência total; sono prejudicado; não pratica atividades físicas; não apresenta atividades de lazer; deambulação prejudicada por conta da cirurgia; dieta satisfatória; faz amizades com facilidade; tem

bom relacionamento familiar; não pratica atividade sexual; religião evangélica; em relação ao conhecimento sobre seu problema de saúde, a mesma está desorientada. Apresenta-se apreensiva e preocupada, temendo a recuperação da cirurgia. Apresentando resultados de exames normais.

Planejamento da Assistência de Enfermagem

Através do plano de cuidados, vamos descrever as principais metas para o paciente que se submete à cirurgia da ooforectomia.

Diagnóstico de Enfermagem: Eliminação urinária alterada/retenção urinária, relacionado com a manipulação cirúrgica, evidenciado por sensação de bexiga cheia.

Resultado Esperado: A paciente irá esvaziar a bexiga regularmente e completamente.

Intervenções: Tranquilizar a paciente, por meio do diálogo, no momento de interação, para que ela mantenha-se relaxada e realize a micção;

Observar o padrão de micção e monitorar o débito urinário;

Palpar a bexiga. Investigar relatos de desconforto, bexiga cheia, incapacidade para urinar;

Verificar as medidas que adota rotineiramente para urinar, por ex., privacidade, posição normal, fluxo de água da torneira, despejar água morna sobre o períneo;

Cateterizar quando indicado/ conforme protocolo se a paciente é incapaz de urinar ou é desconfortável.

Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento acerca de condição, prognóstico, tratamento, autocuidado e necessidade de alta, relacionado com informação mal interpretada.

Resultado Esperado: A paciente irá verbalizar compreensão da condição, das complicações potenciais e das necessidades terapêuticas.

Intervenções: Rever os efeitos do procedimento cirúrgico e as expectativas futuras, por ex., a paciente precisa saber se ela não irá mais menstruar ou ter filhos, se ocorrerá menopausa cirúrgica e sobre a possível necessidade de reposição hormonal.

Discutir o retorno à atividade. Estimular atividades leves, inicialmente, com períodos de repouso frequentes e aumento de atividades.

Identificar as necessidades alimentares, por ex., dieta rica em proteína, ferro adicional.

Rever a terapia de reposição hormonal.

Estimular que tome medicamentos prescritos junto com sua rotina de vida (com as refeições).

Rever os cuidados com a incisão quando adequado.

Diagnóstico de Enfermagem: Dor aguda relacionada à incisão cirúrgica, à flatulência e à imobilidade evidenciada por relato verbal de dor.

Resultado Esperado: A paciente relatará alívio da dor.

Intervenções

Administrar os analgésicos de acordo com a prescrição;

Estimular a deambulação, mudança de decúbito e respiração profunda;

Avaliar a dor, observando localização, características, gravidade, investigar e relatar alterações da dor;

Colocar travesseiros sob a cabeça, o pescoço e os ombros;

Manter o apoio da cabeça quando o paciente é mudado de posição;

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção, relacionado à exposição ambiental aumentada a patógenos.

Resultado Esperado: A paciente estará livre de risco para infecção.

Intervenções: Realizar a técnica asséptica corretamente antes e após o contato com o paciente;

Limitar as visitas, quando apropriado;

Ensinar a paciente e aos membros da família sobre os sinais e os sintomas de infecção;

Instruir a usuária e a família quanto às causas, aos riscos e ao contágio da infecção.

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade relacionada à percepção da cirurgia evidenciada pelo nervosismo e insônia.

Resultado Esperado: A ansiedade será reduzida a um nível tolerável, o que será evidenciado pelo sono não interrom-

pido, pela ausência de agitação e pelas respostas emocionais moderadas.

Intervenções: Demonstrar calma e confiança durante interações com a paciente;

Proporcionar tranqüilidade e conforto;

Interagir frequentemente com a paciente e responder de imediato às solicitações de ajuda;

Avaliar o estresse emocional que a paciente está apresentando;

Identificar o significado da perda para a paciente e estimular a expressar seus sentimentos apropriadamente;

Permitir que a paciente fale e formule perguntas sobre a cirurgia e sobre questões relacionadas à sua saúde;

Incentivar a presença das pessoas que podem dar a paciente apoio emocional.

Implementação da Assistência de Enfermagem

1º dia - No dia 21 de novembro de 2006, o primeiro contato com a paciente foi acalmá-la, a mesma encontrava-se impaciente com dor na incisão abdominal, porém orientada e consciente; em seguida, realizamos também a anamnese, aferimos os sinais vitais e foram feitas a conscientização e orientação sobre a cirurgia, através de apoio psicológico, orientamos também quanto ao tratamento farmacológico (sob prescrição médica) e prestamos ajuda nas mudanças de decúbitos para um maior conforto. Aceitou 100% do jejum. Foi orientada quanto a importância da deambulação precoce para a eliminação de gases, funcionamento do intestino, cicatrização cirúrgica e circulação sanguínea. A mesma realizou a deambulação com auxílio.

2º dia - No dia 22 de novembro de 2006, paciente no primeiro dia pós-operatório, mantendo repouso absoluto. Foi orientada a não falar muito, a fim de evitar acúmulo de gases no abdome. Foi providenciada a troca do curativo e dos lençóis, com vistas a evitar infecção. Seu banho foi preparado. Ela foi ajudada a locomover-se para o banheiro, onde foi auxiliada no banho e a vestir-se. Queixava-se de sensação de bexiga cheia, mas não conseguia

urinar. Orientada a abrir a torneira, usar a ducha e procurar relaxar, para facilitar a micção, assim o fez. Aos poucos, em pequena quantidade, sua bexiga foi sendo esvaziada até recuperar-se.

Avaliação da Assistência de Enfermagem

Durante a avaliação constatou-se que a situação de saúde e a capacitação funcional estavam respondendo as nossas expectativas com a assistência prestada, onde a mesma verbaliza que a eliminação urinária está presente e normal, que está livre da dor e se sente confortável; sem sinais de infecção incisional evidente; demonstra interesse e compreensão nos hábitos alimentares saudáveis, principalmente os ricos em fibras.

De acordo com o dinamismo das fases do PE com as ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao paciente, as intervenções elaboradas e aplicadas, foram satisfatórias, uma vez que, todos os objetivos e resultados esperados foram alcançados, tendo com isso o bem estar da cliente e sua recuperação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao procurar um serviço de saúde, um cliente traz consigo, além da sintomatologia clínica, questões de ordem psicofetivas ligadas a esses sinais e sintomas,

ao seu conceito da doença, suas consequências e gravidade. Os profissionais da equipe de saúde devem ter uma postura de acolhimento e disponibilidade para seus clientes. Devem também ter informações atualizadas, tecnicamente corretas e pertinentes às questões do paciente para desenvolver ações educativas e esclarecimentos necessários.

Enfim, para que a assistência seja adequada, com qualidade é necessário que os profissionais tenham reconhecimento dos seus limites e um desejo de integração multiprofissional, e da necessidade de relacionamentos adequados entre profissionais e entre estes e seus clientes. Comunicando-se de maneira exata e eficiente, criando oportunidades para discussão de problemas pessoais, medos, e esclarecimento de dúvidas, o enfermeiro faz seus clientes sentirem-se acolhidos, apoiados, contribui para a sensação de bem-estar e conforto, particularmente, daqueles que têm uma alteração de saúde e necessitam de uma cirurgia.

Nessa pesquisa tivemos a oportunidade de evidenciar que o processo de enfermagem proporciona ao cliente/paciente segurança em relação à assistência que prestamos, resultando numa melhor comunicação e entendimento do seu estado clínico, favorecendo a recuperação e o relacionamento interpessoal. Para tanto, devemos considerar a importância do PE tanto para a cura e reabilitação do cliente/paciente quanto para a humanização.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE FOR A PATIENT SUBMITTED TO OOPHORECTOMY: A CASE REPORT

ABSTRACT

The systematization of nursing care is based on a deliberate intellectual activity that helps in decision-making, whose focus lies in achieving the expected results. Its use enables the application of the theoretical foundations of nursing practice, ordering and directing the care of an individual, personalized and humanized. The objective of this study was to systematize nursing care to a client underwent oophorectomy. This is a case study, developed with an ovariectomized patient at the Hospital Regional Deputy Janduhy Carneir in Patos-PB in November 2006, seeking to identify nursing diagnoses based on the NANDA Taxonomy, as well as other stages of nursing: data collection, planning, implementation and evaluation. Considering the results obtained identified five diagnoses: altered urinary elimination, lack of knowledge, acute pain, risk of infection and anxiety. The findings reinforce the need to remember the systematization of nursing care through the nursing process as a fundamental methodological tool in providing care in a holistic and individualized to the patient.

Key-words: Nursing Assistance. Nursing diagnostics. Oophorectomy.

REFERÊNCIAS

1. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
2. Alves VM, *et al.* Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(1):70-75.
3. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000. Recife. Olinda-PE.
4. Carvalho GM. Enfermagem em ginecologia. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2004.
5. Alberti LR, *et al.* Avaliação morfofuncional do autoimplante ovariano no retroperitônio. *Revista Eletrônica de Medicina.* 2002;35(01):30-35. [acesso em:2006 Nov 07]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/avaliacao_morfofuncional.pdf.
6. Crum CP. O trato genital feminino. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins e Cotran/ patologia: bases patológicas das doenças. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. cap. 22, p.1105-67.
7. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
8. Ziegel EE, Cranley MC. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.
9. Guyton AC. Fisiologia humana. 6ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1988.
10. Nelson GL. Cirurgia ginecológica e cesariana. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. cap.13, p. 358-412.
11. Miranda D, *et al.* Sistema genital feminino. In: Brasileiro Filho G. Bogliolo patologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. cap. 17, p. 481-513.
12. Timby BK, Smith NE. Enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Barueri-SP: Manole; 2005.
13. Smith RP. Ginecologia e obstetrícia de Netter. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. v.2.
15. Nettina SM. Prática de enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
16. Fernandes LRA, Lippi UG, Baracat FF Índice de risco de malignidade para tumores do ovário incorporando idade, ultrassonografia e o CA-125. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(5):345-351.
17. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
18. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler AC. Planos de cuidados de enfermagem: orientação para o cuidado individualizado do paciente. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
19. Gas BWD. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
20. NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.
21. NANDA. North american nursing diagnosis association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Organizado por North American Nursing Association. Porto Alegre: Artmed; 2002.

ARTIGO

PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO POTENCIAIS PARA MÁ-OCCLUSÃO EM CRIANÇAS RESIDENTES NA CIDADE DE NATAL- RN

Iara Medeiros de Araújo¹
Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira²
Ricardo Dias de Castro³
Neir Antunes Paes⁴

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a prevalência dos fatores de risco potenciais para má-oclusão em crianças residentes na cidade de Natal-RN. Desenvolveu-se um estudo epidemiológico de caráter transversal com entrevista, através de formulário pré-testado, contendo informações sobre o alimento utilizado na mamadeira, limpeza oral, uso da chupeta, sucção digital e meses da amamentação. Foi realizado um estudo piloto na Faculdade de Odontologia da UFRN nos dias de atendimentos às crianças no setor de Odontopediatria com finalidade de testar o questionário. Compuseram a amostra 218 cuidadores no dia da Campanha Nacional de Vacinação. O sorteio foi executado em uma planilha com os 213 locais selecionados e fizeram parte da pesquisa 10 locais da cidade. No elenco das variáveis incluídas no estudo, utilizaram-se, como variáveis dependentes, o uso da mamadeira, chupeta e a sucção digital, sendo consideradas como desfechos da pesquisa. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial, sendo utilizado o teste qui-quadrado e a análise das razões de chance. O aleitamento materno inferior a seis meses apresenta como um dos principais fatores de risco para o uso da mamadeira ($p < 0,001$, OR = 2,8, I.C. = 1,589 – 4,906), chupeta ($p < 0,001$, OR = 3,7, I.C. = 2,076 - 6,624) e a sucção digital ($p < 0,014$, OR = 3,5, I.C. = 1,225 - 10,181). A partir dos dados encontrados, conclui-se que a amamentação materna é considerada um fator primordial para a não instalação de hábitos orais deletérios.

Palavras-chave: Maloclusão. Hábitos. Epidemiologia. Criança.

INTRODUÇÃO

Hábitos bucais deletérios

A sucção é considerada um ato fisiológico extremamente necessário para o desenvolvimento oral e facial do bebê e pela sua importância na saúde, deve ser respeitada¹. Inicia-se a partir do quinto mês de vida intra-uterina, mas observado nitidamente na vigésima nona semana e completada na trigésima segunda semana de

¹ Odontóloga. Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Professora-orientadora da Facene/Famene. Endereço profissional: Avenida Frei Galvão, 12, Gramame. CEP: 58067-695. João Pessoa-PB. Fone: (83) 32352697. E-mail: imedeiros_araujo@yahoo.com.br

² Odontólogo. Doutor em Odontologia Social pela UNESP. Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

³ Odontólogo. Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Doutorando em Farmacologia pela Universidade Federal da Paraíba. Professor de Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

⁴ Graduação em Ciências e Matemática e em Estatística. Pós-Doutor pela Johns Hopkins University (USA). Professor da Universidade Federal da Paraíba.

gestação. Sua importância fundamental se encontra no aspecto de que este ato é considerado o primeiro subsídio adquirido pela criança para captura do seu alimento².

Para Silva e colaboradores³ o recém-nascido apresenta dois padrões de sucção: nutritiva e não-nutritiva. A primeira satisfaz a necessidade nutricional, emocional e psicológica do bebê através do aleitamento materno. Quando este ato é cessado antes dos primeiros meses de vida, poderá favorecer o aparecimento da sucção não-nutritiva.

Camargo; Modesto e Coser⁴ ressaltam que a necessidade fisiológica da sucção deve cessar entre nove e doze meses de vida, podendo permanecer por mais tempo, dependendo do desenvolvimento de cada criança. Não existe um período de tempo específico, ou seja, até que idade essa sucção pode ser considerada normal. O que se sabe é que ela pode se prolongar por volta dos três anos, baseado no comportamento adquirido pela infante, seguindo a luz do desenvolvimento social e emocional por ele absorvido.

Valdrighi⁵ e colaboradores enfatizam que a sucção é um fenômeno nato e que quando não se consegue unir a plenitude alimentar com a emocional, a criança tende a introduzir um objeto na boca, geralmente a chupeta.

Buscar definir a etiologia dos hábitos de sucção não-nutritivos é um ponto crucial, tendo em vista que a amamentação é considerada um das mais importantes, pois o mecanismo administrado pelo bebê para obtenção do seu alimento, leva ao fortalecimento da musculatura e estrutura óssea. Outro mecanismo de compreensão está baseado na dedicação materna ao seu filho, onde questões econômicas podem influenciar nesse desapego integral⁶.

Estudos revelam três teorias que tentam explicar o prolongamento dos hábitos bucais deletérios. O primeiro se baseia na insuficiente satisfação das necessidades de sucção na infância⁷ a segunda refere-se a distúrbios emocionais⁸ e a terceira hábito apreendido⁹.

Dados da literatura afirmam que esses hábitos não apresentam finalidade nenhuma para a criança, geralmente são utilizados por aquelas que não atingiram as necessidades emocionais. Distúrbios

emocionais como ciúmes, rejeição, ansiedade ou qualquer outro estímulo que altere o humor infantil pode levar ao aparecimento. Sua persistência pode ocasionar o espaçamento anormal dos incisivos superiores, inclinação lingual dos incisivos inferiores, mordida aberta anterior e arco superior estreito¹⁰.

Cunha¹¹ e colaboradores relatam que para que o hábito se instale, existe a necessidade de a criança repeti-lo constantemente, a fim de se tornar resistente ao tempo. O mesmo reforça Coeli e Toledo¹² destacando que a criança, com automatismo adquirido, torna-se inconsciente e o hábito passa a ser incorporado à personalidade.

A partir do momento que a persistência ultrapassa a fase oral, este hábito torna-se indesejável de maneira a promover alteração no padrão regular do crescimento facial e ser responsável pelo aparecimento de má-oclusão¹³.

Para Valença¹⁴ e colaboradores os hábitos bucais deletérios podem ser responsáveis pela origem de forças anormais sobre arcadas dentárias, contribuindo na maioria dos casos para o aparecimento das más-oclusões em indivíduos durante o período de crescimento.

Bruneli¹⁵ e colaboradores referem-se aos hábitos de maior ocorrência na literatura, aos quais se costuma atribuir algum significado na etiologia das más-oclusões. São os hábitos de sucção polegar e outros dedos, chupeta, interposição (língua, lábio superior ou inferior e bochecha), hábitos de deglutição atípica, de respiração bucal, onicofagia e de postura.

Para este estudo, serão abordados apenas o uso da chupeta, sucção digital e a mamadeira em decorrência desses fatores serem encontrados como principais atores no desenvolvimento das más-oclusões.

Amamentação como fator protetor nos hábitos bucais deletérios

Amamentação natural é o melhor agente protetor contra quase todas as infecções comuns nos primeiros dias após o nascimento, além de diminuir riscos aos processos alérgicos de transferência materno-fetal através da IgA e de outros elementos que diminuem a aderência

bacteriana, reduzindo a incidência de cólicas, alergias, diarreias e eczemas¹⁶.

Mesmo que a opção amamentação natural esteja clara e aceitável à mãe, geralmente ela recebe influência direta da sociedade, passando para o método artificial como escolha primordial para alimentar seu filho¹⁷.

Segundo o Ministério da Saúde¹⁸ as crianças que se alimentam ao seio materno desde o primeiro dia de vida, não necessitam da mamadeira e chupeta, pois o uso desses objetos, só vem a prejudicar seu desenvolvimento oral.

Crianças amamentadas naturalmente trabalham a sua musculatura oral de maneira a favorecer o crescimento harmonioso da estrutura facial, além de contribuir para saciar sua fome completamente¹⁵

Moura¹⁹ e colaboradores enfatizam que além do desenvolvimento bucal, a amamentação natural ajuda no estabelecimento da fonação, deglutição e respiração, sem falar nos fatores nutricionais e afetivos.

Oliveira²⁰ e colaboradores apontam que praticamente 90% das crianças brasileiras conseguem iniciar a amamentação, no entanto, o tempo executado não ultrapassava 90 dias, agravando-se pelo fato de não ser o alimento exclusivo.

Carvalho¹⁶ avalia que quando a mãe supera todas as dificuldades da amamentação e consegue chegar pelo menos aos seis meses de vida da criança, o desmame deve ser realizado com a introdução de sopinhas e sucos na colher e no copinho, pois usando a mamadeira, desvaloriza o trabalho muscular exercido pela criança.

Gomes²¹ e colaboradores recomendam às mães o uso do copo como substituto da amamentação natural nos momentos de impossibilidade deste, pois a musculatura ativa em ambos os métodos é a mesma, com a vantagem de não provocar a confusão de bicos.

Leite²² e colaboradores conferem que as causas freqüentes de desestímulos à amamentação natural se encontram principalmente na liberdade e comodidade proporcionada pela mamadeira. Experiências negativas passadas pelas mães em relação à prática da amamentação podem influenciar também para o desmame precoce.

Para Fraiz²³, o uso da mamadeira não apresenta limites diante da sociedade, sendo aceito com grande facilidade pelas crianças em virtude de seu conteúdo apre-

sentar constituintes açucarados, podendo ser utilizada a qualquer hora, por qualquer responsável pelos seus cuidados.

Rea^{24,25} argumenta que pesquisas científicas demonstram o verdadeiro valor da amamentação natural para o desenvolvimento geral do bebê e que sua ampliação só será adquirida mediante políticas e ações de prevenções ao desmame precoce fornecidas pelas autoridades de saúde.

O referente trabalho tem o objetivo de investigar a prevalência dos fatores de risco potenciais para má-oclusão em crianças residentes na cidade de natal – RN.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo do tipo transversal, favorecendo uma avaliação estatística descritiva, para verificação das freqüências absolutas e percentuais das variáveis a serem estudadas, baseadas em entrevistas diretas. Além disso, procura investigar a relação entre a prevalência e os fatores de risco potenciais.

Foram entrevistados 218 cuidadores de crianças de zero a cinco anos de idade que foram vacinar seus filhos na cidade do Natal- RN, por ocasião do dia nacional de vacinação no ano de 2006.

Para estabelecer o tamanho da amostra, considerando ser um estudo seccional, deveria ser levada em conta a estimativa da prevalência de hábitos em crianças na cidade de Natal. Uma vez que esta informação não está disponível, pela ausência de pesquisas epidemiológicas sobre este agravo, considerou-se uma estimativa de prevalência de 45%. Foi adotada uma margem de erro de 20%. Pelo fato do delineamento amostral ser por estágios (sorteio de pontos de amostragem e sorteio de indivíduos), foi admitido um efeito de desenho de 1,5, sendo este o fator multiplicador, acrescentando 20% ao tamanho final como estimativa de perdas, finalizando em uma amostra, segundo estratégia descrita por Luiz e Magninini²⁶ de 211 indivíduos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN para devida análise recebendo parecer favorável à sua execução com protocolo 027/06, estando de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa em seres humanos tem a respon-

sabilidade de assegurar a integridade de todos os participantes. Esta integridade inclui questões sobre a preservação da privacidade, redução de riscos e desconfortos, busca de benefícios, a não discriminação e a proteção de grupos de pessoas vulneráveis. Estratégias utilizadas para estas questões encontram-se em dois documentos de extrema necessidade para o pesquisador: o uso do termo consentimento livre e esclarecido e a avaliação por Comitês de Ética em Pesquisa.

O formulário utilizado para coleta de dados continha itens como alimento da mamadeira, hábito de limpar a boca, uso da chupeta, sucção digital e meses da amamentação. Foi realizado um estudo piloto na Faculdade de Odontologia da URFN nos dias de atendimentos às crianças no setor de Odontopediatria com finalidade de testar o questionário.

Realizou-se um treinamento prévio com os participantes do projeto na universidade na clínica de odontopediatria, procurando um consenso entre os grupos de forma a conseguir respostas mais fidedignas entre eles.

Foi feita visita à Secretaria Municipal de Saúde com forma de obtenção da autorização para participação na pesquisa, esclarecendo o conteúdo do trabalho.

Para realização do trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde forneceu o dia de Campanha de Vacinação infantil, junto com a lista de todos os postos. A realização da pesquisa foi programada para o dia 10

de junho de 2006. O sorteio foi executado em uma planilha com os 213 locais selecionados para a Campanha e fizeram parte da pesquisa 10 locais da cidade.

Dos 10 postos que entraram na pesquisa, quatro estavam localizados no Distrito Sanitário Norte (Cicon Cidade do Sol, Creche Santa Mônica, USF Nova Natal I, Volante 01), dois no Distrito Sanitário Sul (Unidade Integrada de Saúde da Cidade Satélite, Assembléia de Deus) dois no Distrito Sanitário Leste (USF Rocas, Escola Estela Gonçalves) e dois no Distrito Sanitário Oeste (USF de Monte Líbano, Escola Municipal Câmara Cascudo).

O tempo médio entre uma entrevista e outra foi de aproximadamente 20 minutos de diferença como forma de padronizar as alterações entre os turnos, pois a maior parte dos cuidadores procurou vacinar suas crianças preferencialmente no período da tarde em decorrência de possuírem seus afazeres no turno da manhã.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado a cada sujeito amostral antes do início da pesquisa e foi lido ou entregue ao participante para que ele entendesse o propósito da pesquisa.

Os dados foram coletados através de um formulário, organizados em um banco de dados e analisados através do *software* SPSS versão 13.0. Na análise bivariada utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para verificar a existência de associações entre as variáveis.

Variável		Uso da Mamadeira				p	OR	IC (95%)
		Sim		Não				
		n	%	n	%			
Idade da criança	Até 24 meses	80	66,1	41	33,9	0,013*	1,992	1,152-3,445
	Após 24 meses	48	49,5	49	50,5			
Alimento da mamadeira	Dieta láctea e carboidratos	85	98,8	1	1,2	0,180	4,595	0,404-5,257
	Láctea e vitaminas e minerais	37	94,9	2	5,1			
Hábito limpar a boca	Sim	10	66,7	5	33,3	0,517	1,441	0,475-4,368
	Não	118	58,1	85	41,9			
Meses da amamentação	Até 6 meses	73	71,6	29	28,4	0,001*	2,792	1,589-4,908
	Maior que 6 meses	55	47,4	61	52,6			

*estatisticamente significativo (95% de confiança)

Tabela1. Distribuição das freqüências do uso de mamadeira de acordo com as variáveis relativas a idade da criança, alimento da mamadeira, hábito de limpar a boca, meses da amamentação, em crianças menores de 5 anos de idade, valores de "p" e odds ratio com respectivos intervalos de confiança (95%). Natal, RN. 2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características da Amostra

Na Tabela 1, referente aos cuidados com a criança, foi observada significância na associação para as crianças que foram amamentadas até seis meses de vida ($p = 0,001$). Outro fator de destaque foi que o uso da mamadeira apresentou-se como mais prevalente em crianças com até 24 meses de idade ($p = 0,013$). Nos quesitos referentes ao conteúdo alimentar e higiene bucal infantil, houve um predomínio para uma dieta rica em carboidratos, tendo como fator agravante a ausência da limpeza da estrutural oral da criança (66,7%).

O tempo de amamentação natural é fator primordial para aquisição do uso da mamadeira, tendo em vista que quando não ultrapassa o valor mínimo de seis meses, as chances aumentam para o uso do leite artificial. A preocupação maior por parte dos pesquisadores em relação ao tempo reduzido da amamentação reside justamente no fato das crianças adquirirem prejuízos para mastigação, deglutição, respiração e fala.

Carvalho¹⁶ enfatiza que só através do mecanismo da pega executado pelo bebê no momento da amamentação natural é que se realiza de maneira eficaz a atividade muscular, pois quando se usa a mamadeira ao invés do peito, apenas os músculos bucinadores e do orbicular da boca trabalham, deixando de estimular os músculos pteri-

góideo lateral e medial, masseter, temporal, digástrico, genio-hióideo e milo-hióideo.

Além dessa perda funcional, Moraes e Feres⁸ ressaltam o caráter tendencioso da mamadeira para o uso da chupeta e a sucção digital. Em relação ao desmame precoce a literatura é enfática em responder os prejuízos ocasionados na estrutura facial da criança, esquecendo de detalhar o porquê deste ato. A investigação sobre alegação materna em fornecer seu leite ao filho, tem gerado indagações importantíssimas para a avaliação da amamentação.

A Tabela 2 mostra a estreita relação entre o uso da chupeta, idade da criança e a amamentação. Crianças que foram amamentadas somente até os seis meses de idade, têm 3,7 vezes mais chance de apresentar hábito de uso da chupeta.

A sucção da chupeta é considerada como hábito mais evidente na literatura. Este resultado apresentou semelhança aos encontrados por vários autores^{27,28,6,29,9}. Uma das justificativas para seu uso se baseia no fato da sua disponibilidade e custo acessível para toda população.

Na Tabela 3 verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e a frequência da amamentação. Valor semelhante foi encontrado na proteção da amamentação natural para sucção digital (OR= 3,5). A diferença desse hábito para a chupeta alegado por vários autores está principalmente na facilidade do acesso (por ser da própria

Variável		Uso da chupeta				p	OR	IC (95%)
		Sim		Não				
		N	%	n	%			
Idade da criança	Até 24 meses	52	43,0	69	57,0	0,047*	1,767	1,005-3,107
	Após 24 meses	29	29,9	68	70,1			
Meses da amamentação	Até 6 meses	54	52,9	48	47,1	0,001*	3,708	2,076-6,624
	Maior que 6 meses	27	23,3	89	76,7			

*estatisticamente significativo (95% de confiança)

Tabela 2. Distribuição das frequências do uso de chupeta de acordo com as variáveis idade da criança e meses da amamentação, em crianças menores de 5 anos de idade, valores de "p" e odds ratio com respectivos intervalos de confiança (95%). Natal, RN. 2006.

Variável	Sucção digital				p	OR	IC (95%)	
	Sim		Não					
	n	%	n	%				
Idade da criança	Até 24 meses	12	9,9	109	90,1	0,842	1,415	0,535- 3,745
	Mais de 24 meses	7	7,2	90	92,8			
Meses da amamentação	Até 6 meses	14	13,7	88	86,3	0,014*	3,532	1,225- 10,181
	Maior que 6 meses	5	4,3	111	95,7			

*estatisticamente significativo (95% de confiança)

Tabela 3. Distribuição das frequências para sucção digital de acordo com as variáveis idade da criança e meses da amamentação, em crianças menores de 5 anos de idade, valores de "p" e odds ratio com respectivos intervalos de confiança (95%). Natal, RN. 2006.

criança) e por ter características como odor, calor e consistência muito semelhante aos mamilos maternos. A preocupação primordial para a continuação deste hábito é justamente defeito na morfologia do palato duro e no posicionamento dental, proporcionando o aparecimento principalmente da mordida aberta anterior.

Com relação ao tempo de uso desses objetos (chupeta, sucção digital e a mamadeira), os resultados mostraram uma forte tendência ao declínio para idade dos 2 anos. Contrapondo a este resultado, Zuanon e colaboradores³⁰ encontraram a permanência da chupeta, dedo e mamadeira acima dos três anos de idade. Corrêa³¹ enfatiza que para as crianças até dois anos de idade, a oralidade infantil é extremamente evidenciada e sua satisfação é centrada na cavidade bucal. Caso o uso desses objetos ultrapasse esta idade, pode ocorrer alteração na estrutura facial, muito embora se a persistência não ultra-

passar os quatro anos, essas alterações podem ser corrigidas.

CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos pode-se concluir que:

Foi verificada uma maior prevalência de crianças que faziam uso da mamadeira (58,7%).

Fizeram uso da mamadeira principalmente as crianças que não conseguiram ser amamentadas por um período superior a seis meses de vida ($p < 0,001$).

O uso da chupeta foi mais prevalente (37,2%) que a sucção digital (8,7%).

Com relação à duração dos hábitos (chupeta e a mamadeira), os resultados mostraram uma prevalência maior para idade inferior a 24 meses.

PREVALENCE OF THE POTENTIAL RISK FACTORS OF THE OCCLUSION IN RESIDENT CHILDREN IN THE CITY OF NATAL-RN

ABSTRACT

This study had as objective to investigate the prevalence of the potential factors of risk for harm-occlusion in resident children in the city of Natal-RN and its association with the characteristics of the child, as well as verifying the knowledge of the caregivers on infantile buccal health. A study was developed epidemiologist of transversal character with interview, through daily pay-tested form, contains information on the food used in the baby's bottle, habit to clean the mouth, use of chupeta, digital suction and months of breast-feeding. A study was carried through pilot in the College of Odontology of the UFRN in the days of atendimentos to the children in the sector of Odontopediatria with purpose to test the questionnaire. 218 cuidadores in the day of the National Campaign of Vaccination had composed the sample. The drawing was executed in a spread sheet with the 213 selected places and had been part of the research 10 places of the city. In the cast of the enclosed 0 variable in the study, they had been used, as changeable dependents, the use of the baby's bottle, chupeta and the digital suction, being considered as outcomes of the research. The collected data had been submitted to the analysis descriptive and inferencial statistics, being used the test qui-square and the analysis of the possibility reasons. The inferior maternal aleitamento the six months presents as one of the main factors of risk for the use of baby's bottle ($p < 0,001$, OR = 2,8, I.C. = 1,589 - 4,906), chupeta ($p < 0,001$, OR = 3,7, I.C. = 2,076 - 6,624) and the digital suction ($p < 0,014$, OR = 3,5, I.C. = 1,225 - 10,181). From the found data, one concludes that breast-feeding materna is considered a primordial factor for not the installation of deleterious verbal habits.

Key words: Malocclusion. Habits. Epidemiology. Child.

REFERÊNCIAS

1. Modesto A, Azevedo GT. Hábito de sucção do polegar: como descontinuá-lo? *Rev. Odontopediatria*. 1996 Abr/Jun;5(2):41-47.
2. Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.
3. Silva Filho OG, Ferrari Jr. FM, Aiello CA, Zopone N. Correção da mordida cruzada posterior nas dentaduras decíduas e mista. *Rev da APCD*. 2000;54(2):142-147.
4. Camargo MC, Modesto A, Coser RM. Uso racional da chupeta. *J. bras. Odonto*. 1998 jul./set.; 1(3):43-47.
5. Valdrighi HC, Vedorcelo FM, Coser RM, Paula DM, Paula DB. Hábitos deletérios x aleitamento materno: sucção digital ou chupeta. *RGO*. 2004;52(4):237-239.
6. Serra Negra JMC, Pordeus IA, Rocha Jr. JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e má-oclusões. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1997;11:79-86.
7. Lino AP. Fatores extrínsecos determinantes de maloclusões. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 5ª ed. São Paulo: Santos, 1995. cap.41; 941-8.
8. Moresca CA, Feres MA. Hábito viciosos bucais. In: Petrelii E. *Ortodontia para fonoaudiologia*. São Paulo: Lavosie. 1994. p. 163-176.
9. Tomita NE, Sheiham A, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre determinantes sócio econômicos e hábitos bucais de risco para má-oclusões em pré-escolares. *Pesq Odont Brás*. 2000;14: 169-175.
10. Santana VC, Santos RM, Silva LAS, Novais SMA. Prevalência de mordida cruzada aberta anterior e hábitos bucais indesejáveis em crianças de 3 a 6 anos incompletos na cidade de Aracaju. *JBP*. 2001 mar./abr; 4(18): 153-160.
11. Cunha SRT, Corrêa MSNP, Oliveira PML, Schalka MMS. Hábitos bucais. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. Cap. 39, p. 561-576.
12. Coeli BM, Toledo AO. Hábitos bucais de sucção: aspectos relacionados com a etiologia e com o tratamento. *Rev Odontopediatria (São Paulo)*. 1994 jan./mar; 3 (1).
13. Zavanelli AC, Cárdua DRO, Silva EMM. A participação familiar na prevenção da cárie. *FOL-Faculdade de odontologia de Lins/UNIMEP*. 2000 jan./dez.; 12 (1 e 2).

14. Valença AMG, Vasconcelos FGG, Cavalcanti AL, Duarte RC. Prevalência e características de hábitos orais em crianças. *Pesq Brás Odontoped Clin Integ*. 2001 jan/abr; 1(1):17-23.
15. Brunelli BL, Melo JM, Pacheco MCT. Hábitos bucais indesejáveis: Diagnósticos e tratamento. *UFES. Rev Odontol. Vitória*. 1998;1(1): 18-24.
16. Carvalho GD. Amamentação: uma avaliação abrangente II. *Rev Secretário Saúde*. 1997;4(28): 8-10.
17. Czernay APC, Bosco VL. A introdução precoce e o uso prolongado da mamadeira: ainda uma realidade. *JBP. Curitiba*. 2003;6(30): 138-144.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação nacional de Saúde. Ações Básicas de saúde e desenvolvimento da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
19. Moura LFAD, Rebelo MCCBL, Moura MD, Área Leão VL. Avaliação da eficácia de métodos de higiene bucal em bebês. *JBP* 2000;3(12): 141-146.
20. Oliveira ACR, Cecchin, Gasparly LMB, Longhinoti LB. Estudo do tempo de aleitamento materno no Hospital Universitário São Francisco de Paula. *Pediatria Atual*. São Paulo. 1997 nov./dez.; 10 (11/12): 59-61.
21. Gomes CF, Terezza EMC, Murade ECM, Padovani CR. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. *J Pediatr*. 2006;82(2):103-9.
22. Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pires LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Rev Assoc. Paul. Cir. Dent*. 1999;53(2): 151-154.
23. Fraiz FC. Dieta e cárie na primeira infância. In: Walter LR, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para bebê*. São Paulo: Artes Médicas, 1997, p. 107-122.
24. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19:37-45.
25. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):142-146.
26. Luiz RR, Magnanini MMF. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho R. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 295-308.
27. Bittencourt LP, Modesto A, Bastos EPS. Influência do aleitamento materno sobre a frequência dos hábitos de sucção. *RBO*. 2001;58(3): 191-193.
28. Morais ES, Lira CC, Ely MR, Thomaz EbaF, Valença AMG. Prevalência de mordida aberta e cruzada na dentição decídua. *Rev Brás. Ciência da Saúde*. 2001;5(1): 23-30.
29. Sousa FRN, Taveira GS, Almeida RVD, Padilha WWN. O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e má-oclusão. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*. 2004 set./dez.;4(3): 211-216.
30. Zuanon ACC, Oliveira MF, Giro EMA, Maia JP. Relação entre hábito bucal e maloclusão na dentadura decídua. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2000;3(12):105-108.
31. Corrêa MSNP. Hábitos bucais. *Rev da APCD*. 1998;52(4): 325.

ARTIGO

AUDITORIA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: ESTUDO REALIZADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE JOÃO PESSOA-PB

Ana Patrícia Silva de Souto¹

Anne Jaquelyne Roque Barrêto²

Patrícia Josefa Fernandes Beserra³

RESUMO

A auditoria em Enfermagem pode ser definida como uma avaliação sistemática da qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente, sendo o prontuário um dos seus instrumentos de análise. Este trabalho teve como objetivos verificar a organização e as anotações realizadas nos prontuários dos pacientes pelos profissionais de Enfermagem e se os registros de Enfermagem no prontuário do cliente/paciente estão completos, legíveis e assinados. Tratou-se de um estudo de natureza exploratória e documental, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) em um Hospital Público Municipal, na cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi constituída por 50 prontuários de pacientes, escolhidos aleatoriamente, que estiveram internados, no Hospital, em 2006 e arquivados no SAME. As informações coletadas foram agrupadas e compiladas através de um aplicativo computacional (Microsoft Excel) em tabelas e figuras. Em apenas 4% dos prontuários haviam registros de anamnese feita pelo enfermeiro, a categoria Auxiliar/Técnicos de Enfermagem foi a que mais registrou no prontuário com 92%, estando as anotações centralizadas nas rotinas de enfermagem. Em apenas 38% dos prontuários identificaram-se anotações feitas pelos enfermeiros, com 28% a respeito dos procedimentos realizados. Quanto aos registros efetuados com falta de assinatura nos prontuários pelos profissionais de Enfermagem, encontrou-se um percentual de 32%. Quanto à identificação do profissional apenas em 12% continham letra legível do profissional responsável pela anotação. No tocante ao preenchimento da folha de evolução de Enfermagem encontramos em sua grande maioria preenchimentos realizados de maneira incompleta, não seguindo uma seqüência lógica e não revelando a real situação do paciente. Os profissionais da Enfermagem devem começar a repensar a composição das anotações e torná-las um forte instrumento da comunicação entre a equipe de saúde, a fim de evidenciar as reais necessidades básicas do paciente, proporcionar uma melhor qualidade assistencial e contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Administração Hospitalar. Registros Hospitalares.

INTRODUÇÃO

A auditoria em Enfermagem pode ser definida como uma avaliação sistemática da qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente "in loco" e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrados, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada¹.

¹ Enfermeira. Graduada em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE e da Universidade Federal de Alagoas-UFAL Endereço: Rua Edgar Cavalcanti Pedroza, nº 100, Água Fria, CEP: 58077-290 – João Pessoa-Paraíba. Tel (83) 8114.4259. E-mail: annejaque@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba-UFPA. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Mossoró-RN

O prontuário é um documento que existe há mais de um milênio, e é composto por vários impressos, que são padronizados de acordo com cada instituição. O prontuário do paciente serve de pilar para o setor administrativo de uma instituição de saúde; pois nele existem uma gama de informações essenciais para avaliação da assistência prestada, bem como dos seus custos. Dessa forma o manuseio incorreto desse documento reflete de maneira direta na prestação de contas e principalmente na qualidade do atendimento ofertado. As informações desse documento devem seguir uma seqüência lógica e legível, revelando a real situação do paciente e os cuidados para atender às suas necessidades².

Sendo um documento de grande valia para o paciente, é o instrumento utilizável em caso de reivindicações perante os médicos, o hospital e os poderes públicos; para o médico, desde que contenha os dados convenientemente registrados, torna-se importante para o diagnóstico e tratamento; para a equipe de enfermagem, desde que contenha os dados devidamente registrados, torna-se importante para a evolução da assistência de enfermagem; para o hospital, permite maior flexibilidade quanto às transferências e altas, baixando a média de permanência, também auxilia na qualidade dos serviços prestados e na coleta de dados para fins estatísticos; para pesquisa, fornece elementos de casos diversos, com todas as variáveis antecedentes, concomitantes e consequentes da enfermidade; para a equipe de saúde, independentemente de ser objeto permanente de informações, permite à enfermagem condições de ter o plano de cuidados atualizados³.

Todo prontuário é passível de erros em seus registros, devido às suas funções multiprofissionais. Portanto, é necessária uma análise minuciosa de seu conteúdo, realizada através da auditoria².

Teoricamente, todos os profissionais que atendem o paciente realizam as anotações; dentre esses, destaca-se o profissional de enfermagem como responsável pela maior parte da produção diária das anotações da evolução clínica do paciente.

A Enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado

dos pacientes. Os registros no prontuário do paciente são realizados, não só pelos Enfermeiros, mas também pelos Auxiliares de Enfermagem, por meio de observações baseadas no estado geral do paciente e nas informações médicas. O registro das ações de Enfermagem no prontuário é um instrumento de grande significado na assistência de Enfermagem, sendo indispensável para a adequada prestação do cuidado ao paciente⁴.

A percepção dos profissionais de Enfermagem como sendo um dos principais contribuintes no processo de auditoria, torna mais eficiente a assistência ao paciente através de melhor atenção e esmero para a qualidade dos registros no prontuário. Por ser uma área na qual ainda há poucos profissionais atuando, existe uma grande necessidade de melhor orientação aos Enfermeiros quanto à importância de sua contribuição, bem como sobre os benefícios desse serviço.

Na prática da Enfermagem, tem-se observado a dificuldade da comunicação em todas as áreas de atuação, quer seja na pesquisa, no ensino e na assistência ao paciente, assim houve a motivação para desenvolver este trabalho, no intuito de contribuir para o aprimoramento da assistência de Enfermagem, por meio da comunicação escrita.

Diante deste contexto, sendo os prontuários um dos instrumentos necessários para avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Como a equipe de Enfermagem visualiza o prontuário do paciente/cliente? Como são preenchidos os impressos pela equipe de Enfermagem? Esses escritos estão de acordo com as normas existentes na Lei 7498/86?

Tendo em vista a relevância do estudo a partir dos registros de Enfermagem no prontuário do paciente, para possibilitar a visualização/comprovação de uma assistência de qualidade nos espaços hospitalares, este estudo possui os seguintes objetivos:

- verificar a organização e as anotações realizadas nos prontuários dos pacientes, pelos profissionais de Enfermagem no hospital;

- verificar se os registros de Enfermagem no prontuário do cliente/paciente estão completos, legíveis e assinados.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de um estudo de natureza exploratória e documental, com abordagem quantitativa. Os estudos exploratórios são desenvolvidos com o objetivo de proporcionar visão geral de tipo aproximativo, acerca de determinado fato⁵. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipótese precisa e operacionalizável.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica; vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

O estudo foi realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) em um Hospital Público Municipal, na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Tal instituição foi escolhida por ser de fácil acesso e referência no atendimento hospitalar no município de João Pessoa.

A população do estudo foi constituída por prontuários de pacientes que estiveram internados no Hospital no ano de 2006 e se encontram arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME),

tendo como amostra 50 (cinquenta) prontuários escolhidos aleatoriamente.

O instrumento utilizado foi um formulário estruturado contendo questões fechadas subdivididas em duas partes: na primeira contendo a caracterização do prontuário e na segunda a caracterização das anotações de enfermagem no prontuário, todas voltadas para atender aos objetivos a que se propôs o estudo.

A coleta de dados foi formalizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE (Protocolo nº 15/2008) e encaminhamento do ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE ao Hospital Público Municipal, comunicando a pretensão do estudo. A coleta de dados foi realizada nos meses de março a abril de 2008, em dias úteis nos turnos manhã e tarde, através de um formulário estruturado e preenchido pela pesquisadora com informações contidas nos prontuários dos pacientes.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa é importante destacar que foram levadas em consideração a Resolução do COFEN nº 311/2007⁶ e a Resolução nº 196/96⁷ que preconizam o código de ética dos profissionais de enfermagem e pesquisa em seres humanos, respectivamente.

Quanto à análise dos dados, as informações coletadas foram agrupadas e compiladas através de um aplicativo computacional (Microsoft Excel) em tabelas e figuras, com valores percentuais e absolutos, de acordo com a análise quantitativa.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem, nos prontuários de pacientes de acordo com o registro de identificação do nº da enfermagem e nº do leito. Hospital Público Municipal – João Pessoa/PB. Ano 2006.

Anotações	Nº Enfermagem		Nº Leito	
	N	%	N	%
Sim	50	100	50	100
Não	00	00	00	00
Total	50	100	50	100

Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente estudo teve como objetivos verificar a organização e as anotações realizadas nos prontuários dos pacientes pelos profissionais de Enfermagem no hospital, bem como, os registros de Enfermagem no prontuário do cliente/paciente se estão completos, legíveis e assinados a partir das respostas obtidas no instrumento elaborado e analisado.

Os dados que se seguem são referentes aos de caracterização da amostragem, como também os de relevância ao alcance dos objetivos propostos.

Caracterização do prontuário

Com relação aos dados de identificação do paciente, verificou-se que estão registrados nos prontuários, tendo um percentual de 100% (50), onde deduzimos que tal rigor está associado a um padrão, exigido pelo Ministério da Saúde, devendo conter tais informações.

De acordo com a Tabela 2, observa-se que nos 50 (100%) prontuários analisados, existem os registros referentes a data de admissão, bem como, a data da alta, óbito e transferência, tendo-se observado a impossibilidade de ter o quantitativo separado dos dados.

Caracterização das anotações da enfermagem no prontuário

De acordo com o gráfico 1, verificou-se que continham nos 50 prontuários (100%) os registros dos nomes completos

dos pacientes, idade, bem como, endereço completo. Consideram-se importantes os registros desses dados, pois os prontuários serão manuseados diariamente por toda a equipe que está prestando cuidado ao paciente.

Pode-se verificar que em 23 (46%) prontuários foram encontrados os registros, com relação ao telefone de contato dos pacientes. Supõe-se que este percentual seja decorrente de que muitos familiares abandonam os pacientes em hospitais, muitas vezes por desacreditarem na cura do mesmo. Percebemos também que em apenas 23 (46%) prontuários foram encontrados os impressos arquivados na ordem cronológica correta.

Deduzimos, a partir desta investigação, que os profissionais sabem pouco sobre a organização correta de um prontuário, pelo que é interessante que as instituições realizem programas de educação continuada, em especial com os programas de aperfeiçoamento, atualização ou aprimoramento. Estes "são programas em que os funcionários recebem informações para melhorar e ampliar conhecimentos e habilidades no seu campo específico de atuação"^{8:155}.

A capacitação dos profissionais é necessária para que estes possam desempenhar suas funções voltadas para transformação, ou seja, inovadora, tendo como eixo norteador a qualidade da assistência, bem como para possibilitar o desenvolvimento e aperfeiçoamento destes.

O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde devem ser registrados todos os

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem, nos prontuários de pacientes de acordo com o registro de identificação da data de admissão, de alta, óbito e transferência. Hospital Público Municipal – João Pessoa/PB. Ano 2006.

Anotações	Data Admissão		Data Alta/Óbito/Transferência	
	N	%	N	%
Sim	50	100	50	100
Não	00	00	00	00
Total	50	100	50	100

Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

cuidados profissionais prestados aos pacientes e que atesta o atendimento médico a uma pessoa numa instituição de assistência médica ou em um consultório médico. É também o documento repositório do segredo médico do paciente⁹. Ele deve ser constituído por: ficha clínica; exames complementares; folha de evolução clínica; folha de pedido de parecer; folha de prescrição médica; que no prontuário em uso, está logo após o quadro TPR (temperatura, pulso, respiração), podendo conter relatório de enfermagem ou este ser feito em folha separada; quadro TPR (temperatura – pulso – respiração) é a primeira folha do prontuário quando em uso, e resumo de alta/óbito/transferência.

Este modelo serve tanto para os ser-

viços de urgência/emergência, como para os ambulatoriais e para as internações. No primeiro caso, as informações podem estar resumidas em uma folha (frente e verso), e mais os anexos (exames complementares).

Observa-se no gráfico 2 a representação das ações de Enfermagem a partir dos registros de dados observados no prontuário. Em apenas 02 (4%), prontuários haviam registros de anamnese feita pelo enfermeiro. Pela anamnese o Enfermeiro estabelece o contato inicial e importante com o paciente e o registro dos procedimentos executados e dos dados coletados deve ser fiel e claro. A equipe de Enfermagem deve coletar todos os dados do paciente, para que se tenham informações verdadeiras sobre o seu real estado de saúde.

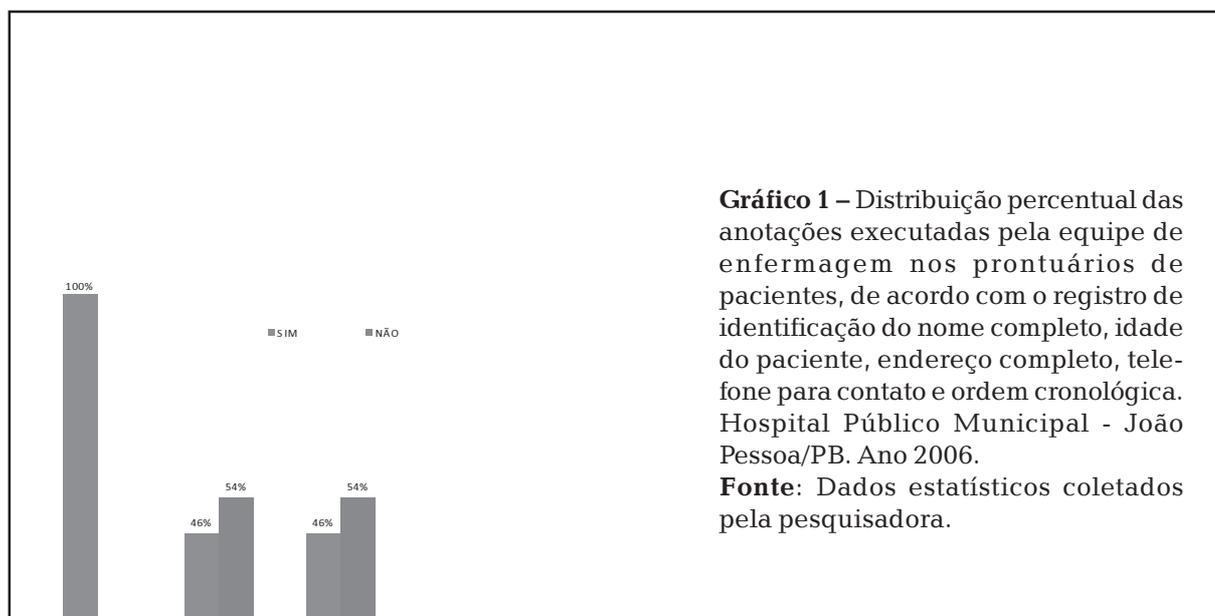


Gráfico 1 – Distribuição percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem nos prontuários de pacientes, de acordo com o registro de identificação do nome completo, idade do paciente, endereço completo, telefone para contato e ordem cronológica. Hospital Público Municipal - João Pessoa/PB. Ano 2006.
Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

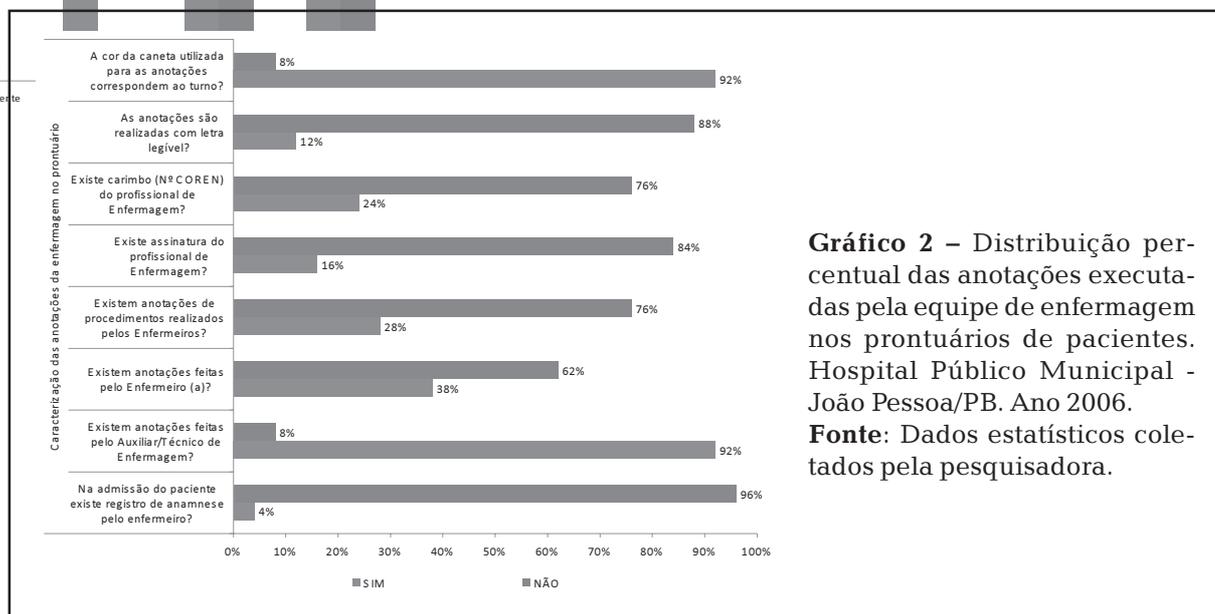


Gráfico 2 – Distribuição percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem nos prontuários de pacientes. Hospital Público Municipal - João Pessoa/PB. Ano 2006.
Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

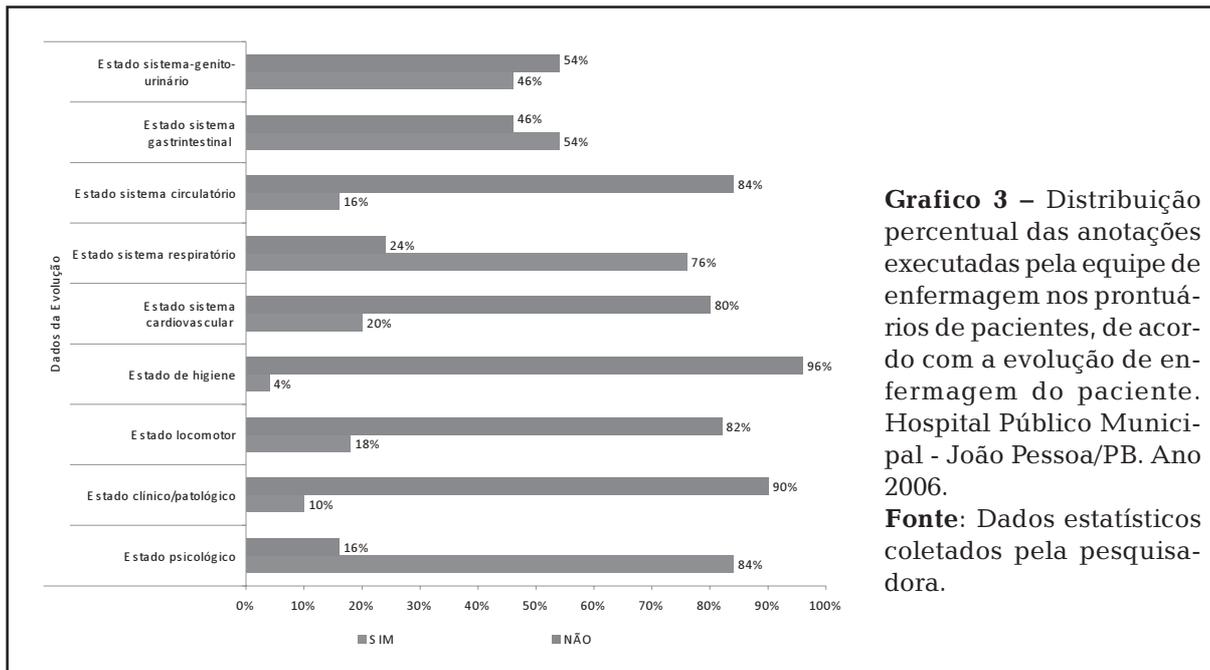


Gráfico 3 – Distribuição percentual das anotações executadas pela equipe de enfermagem nos prontuários de pacientes, de acordo com a evolução de enfermagem do paciente. Hospital Público Municipal - João Pessoa/PB. Ano 2006.

Fonte: Dados estatísticos coletados pela pesquisadora.

A categoria Auxiliar/Técnicos de Enfermagem foi a que mais anotou no prontuário com 92% (46), estando as anotações centralizadas nas rotinas de enfermagem, tais como registros de cuidados prestados, controles e perdas fisiológicas, entre outras atividades de rotina.

Na análise destes registros pode-se observar que as anotações realizadas pelos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem são muito repetitivas, fragmentadas e pouco significativas, não fornecendo uma visão global da assistência prestada ao paciente.

No que diz respeito às anotações feitas pelos Enfermeiros, identificou-se que em apenas 19 prontuários (38%) existiam as anotações. Supõe-se que tal limitação seja decorrente de suas atividades estarem voltadas para atribuições burocráticas e administrativas, afastando-os da assistência direta ao paciente.

A anotação de Enfermagem é o meio utilizado pela Enfermagem para informar sobre a assistência prestada, e como consequência, uma fonte disponível para avaliação da eficiência e eficácia dessa assistência. Assim, demandam clareza em relação a sua forma e conteúdo, a fim de garantir a compreensão e legibilidade da informação.

Quanto aos registros efetuados com falta de assinatura nos prontuários pelos profissionais de Enfermagem, encontrou-se um percentual de 32% (16). Assim, re-

comenda-se que as anotações devem conter assinatura legível do profissional que executou a atividade em todos os registros que fizessem necessários, bem como a caracterização da sua função dentro da equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem).

Os dados apresentados acima indicam que os integrantes da equipe de enfermagem não estão atentos às questões relativas ao aspecto legal das anotações. De acordo com alguns estudos com prontuários, concluiu-se que as anotações, como estavam sendo redigidas, não tinham validade jurídica, principalmente no que se referia à ausência de assinatura¹⁰.

Ainda no Gráfico 2, observou-se que existiam 14 (28%) anotações nos prontuários feitos pelos Enfermeiros a respeito de procedimentos realizados. Foi constatado que os preenchimentos dos formulários não são feitos corretamente, trazendo prejuízos para a instituição, não se tendo um controle de custo exato, como também prestando uma assistência deficiente para o paciente, pois se trata de um trabalho multidisciplinar, envolvendo vários profissionais.

Vale ressaltar que o prejuízo apontado se reflete para os pacientes e a equipe multiprofissional, pela imprecisão dos dados registrados e suas consequências para a condução do processo terapêutico.

Quanto à identificação do profissional que executou a anotação verificou-se que no total de 50 prontuários analisados, apenas em 06 (12%) continham letra legível do profissional responsável pela anotação, dos quais 24% (12) registraram o número do COREN. Observou-se também que 92% utilizaram a cor da caneta específica para o turno, para fazer os registros de Enfermagem.

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem em seu Art. 76, Cap. VI estabelece, como dever preliminar do profissional, registrar o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem e sua assinatura quando no exercício profissional das atividades de enfermagem⁶.

No tocante ao preenchimento da folha de evolução de Enfermagem, conforme se observa no Gráfico 3, encontramos em sua grande maioria preenchimentos de maneira incompleta, não seguindo uma seqüência lógica e não revelando a real situação do paciente, ou seja, observamos a falha na anotação do estado clínico/patológico, do estado de higiene, da locomoção, do sistema cardiovascular, do sistema circulatório, do sistema gastrintestinal, do sistema geniturinário do paciente, que dependendo da patologia, pode trazer vários danos ao mesmo.

A necessidade psicológica foi identificada em 42 (84%) anotações. Quanto às anotações do estado psicológico do paciente, verificou-se que as informações que constavam eram bastante repetitivas, e muitas vezes incompletas. Os dados sobre o estado psicológico do paciente identificado neste estudo apresentam descritos como segue: *consciente, orientado*.

A incapacidade de dormir causa estresse psicológico. Vários distúrbios de sono podem ameaçar a sensação de bem-estar de uma pessoa. O sono e repouso são tão importantes quanto a boa nutrição e o exercício adequado, pois fornecem o restabelecimento da energia gasta em determinado período. Assim, o profissional deve observar e anotar as condições do paciente, a fim de detectar problemas que possam estar interferindo no seu restabelecimento^{11;12}. Vale salientar que é função do enfermeiro identificar as necessidades do estado psicológico do paciente e lhes proporcionar medidas para suprir estas necessidades¹³.

A necessidade do estado clínico/patológico foi identificada em 05 (10%) anotações. Verificou-se nesta análise que a equipe de Enfermagem não evidencia nas anotações, as condições do estado clínico/patológico do paciente. Algumas observações poderiam ser feitas pela equipe, para melhor explicitar esse estado, tais como, início da patologia, sinais clínicos específicos, medicamentos.

A necessidade de locomoção foi identificada em 09 (18%) anotações. Os registros encontrados neste estudo referentes à locomoção foram identificados como deambulando, deambulando com auxílio, acamado. Assim, os dados não revelam o motivo da necessidade de auxílio ao deambular, nem tão pouco evidenciam as condições da incapacidade parcial do paciente.

Verificou-se que a falta de informações, nos registros, sobre a atividade motora do paciente, impede que outros profissionais estejam atentos a esta necessidade que o paciente pode estar apresentando durante a permanência no hospital. É necessário que a equipe de Enfermagem registre todos os eventos da necessidade de locomoção, com vistas a proporcionar uma melhor comunicação entre os membros da equipe de saúde.

O exame físico do aparelho locomotor confere, para a Enfermagem, a possibilidade de avaliar o grau de dependência do paciente com o objetivo de dimensionar os recursos humanos necessários para uma assistência de enfermagem adequada. Essa avaliação é responsabilidade do Enfermeiro, porém a equipe pode ser treinada para reconhecer os problemas da marcha e da amplitude normal do movimento¹⁴. O Enfermeiro deve, ainda, orientar a equipe sobre a importância do registro e do relato de qualquer eventualidade a respeito da marcha do paciente como fraqueza muscular, auxílio ao deambular e mudanças de posição a fim de prevenir quedas e lesões articulares¹⁵.

A necessidade do estado de higiene foi identificada em 02 (4%) anotações. Observou-se que a equipe de Enfermagem necessita de investir mais no que se refere à higiene do paciente, melhorando as anotações de Enfermagem contidas no prontuário do paciente. A manutenção da

higiene física é necessária para o bem-estar, segurança e sensação de conforto do indivíduo, o doente pode necessitar da assistência de enfermagem para a prática de hábitos rotineiros de higiene. O profissional deve preservar a independência do paciente tanto quanto possível, garantir a privacidade e favorecer o bem-estar físico¹⁶.

A necessidade do estado cardiovascular foi identificada em 10 (20%) anotações. Observou-se que a equipe de enfermagem pouco registra da verificação das funções cardíacas dos pacientes. O sistema cardiovascular é uma vasta rede de tubos de vários tipos e calibres, que põe em comunicação todas as partes do corpo. Dentro desses tubos circula o sangue, impulsionado pelas contrações rítmicas do coração.

A necessidade do estado respiratório foi identificada em 38 (76%) anotações. O profissional de enfermagem deve avaliar a respiração, frequência, amplitude e ritmo dos movimentos ventilatórios, que indicam a qualidade e eficiência do processo respiratório. Essa avaliação propicia ao enfermeiro a oportunidade de estabelecer uma base de informações, além de proporcionar uma estrutura para a detecção de algumas alterações na condição respiratória do paciente.

A necessidade de regulação circulatória foi identificada em apenas 08 (16%) anotações. A avaliação da regulação circulatória permite à equipe de Enfermagem identificar problemas decorrentes de distúrbios cardíacos ou vasculares. Os registros dessa necessidade podem fornecer dados que determinam o padrão cardiocirculatório do paciente, prevenindo complicações, por meio da atenção dos profissionais às manifestações clínicas do paciente. Os registros dessa necessidade indicam que a equipe de enfermagem não valoriza a necessidade de avaliação de alterações da função circulatória, porém necessita reconhecer a importância de registrar todos os dados que compõem esta avaliação.

É recomendado que durante a avaliação vascular periférica, o profissional da Enfermagem observe o fluxo sanguíneo das extremidades, que devem apresentar coloração rósea, indicadora de boa perfusão. Também é importante, para a avaliação da perfusão periférica, aplicar o teste de enchimento capilar, que consiste em comprimir as polpas digitais do leito

ungueal dos dedos das mãos e dos pés, observando bilateralmente a coloração das mesmas e comparando-as, obtendo, assim, parâmetros da circulação vascular¹⁴.

A necessidade de eliminação gastrintestinal foi identificada em 27 (54%) anotações. Nos registros da eliminação intestinal foram identificados registros referentes ao ato de evacuar ou não e episódio de vômitos. Outros dados importantes quanto à coloração, consistência e aspectos das fezes não foram registrados bem como o volume, aspecto e frequência dos episódios de vômitos. A avaliação da necessidade de eliminação implica na identificação do funcionamento dos órgãos excretores com vistas à prevenção de problemas que possam ocorrer no período de internação do paciente.

O processo de eliminação atende à necessidade do organismo de desprezar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, no qual o trato urinário e intestinal constitui-se na principal via de eliminação. Os problemas relacionados à eliminação podem interferir na rotina da vida diária, podendo, inclusive em alguns casos ameaçar a própria vida¹⁷.

A necessidade de eliminação genito-urinária foi identificada em 23 (46%) anotações referentes a diurese espontânea e sonda vesical de demora. Pelo exposto, especificamente, para a eliminação urinária, os registros indicaram apenas a apresentação do episódio de diurese, deixando de evidenciar dados como, cor, odor, densidade, e outros aspectos, que são importantes para a avaliação da função urinária.

Na avaliação da função urinária, determinadas estruturas podem fornecer parâmetros do funcionamento renal, entre elas destacam-se: avaliação de pele e mucosa, identificação de ruptura cutânea causada pela incontinência urinária, decorrente da perda de água; dor a palpação dos rins, indicando processo infeccioso ou inflamatório; diminuição no episódio de diurese; bexiga aumentada à palpação; avaliação do meato uretral para verificação de secreção ou lesão nessa estrutura¹⁶.

Outros aspectos foram identificados na avaliação dos registros de enfermagem nos prontuários: como as anotações sobre o cateterismo vesical de demora a respeito da falta de informações referentes a(o) volume drenado, coloração da urina, densidade e quantidade da urina presente

na bolsa coletora. Não foram observadas anotações com especificação de dados como frequência, quantidade e características, comprometendo desta forma a análise mais profunda da avaliação ao paciente.

Diante dos resultados encontrados e considerando a dificuldade que os integrantes da equipe de enfermagem apresentam para os registros de dados, bem como a identificação de que a forma como estão sendo realizadas não expressam a qualidade na assistência prestada, entende-se a necessidade de intervenções que possam facilitar a comunicação entre a equipe de enfermagem com vistas a propiciar uma melhor assistência de Enfermagem prestada ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse cenário das anotações de Enfermagem é preocupante, quando se sabe que não basta registrar, é necessário ter anotações de boa qualidade para atingir, entre outras finalidades, a criação de um documento legal que poderá mais tarde, ser usado na justiça, para avaliação do cuidado prestado. As anotações poderão ser os melhores amigos ou os piores inimigos dos profissionais. Para ela, "a melhor defesa quanto ao que realmente observou ou fez é o fato de existir alguma anotação sobre isso"^{18:179}.

Apesar de estudos indicarem que a Enfermagem reconhece a importância da anotação no prontuário, verifica-se pelos achados do presente estudo, que não houve grandes avanços na composição dos registros, demonstrando uma falta de reflexão da equipe de Enfermagem em relação à seriedade e à complexidade das anotações, principalmente por esta ser uma forma de comunicação entre a equipe de saúde.

Verifica-se neste contexto, que as anotações em Enfermagem representam um meio importante de avaliar a assistência prestada ao paciente, como parte da documentação legal e jurídica a ele restrita. Os profissionais da Enfermagem devem começar a repensar a composição das anotações e torná-las um forte instrumento da comunicação entre a equipe de saúde,

a fim de evidenciar as reais necessidades básicas do paciente, proporcionando uma melhor qualidade assistencial e contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem.

Se as anotações de Enfermagem são definidas como o registro sistematizado elaborado pela equipe de Enfermagem no prontuário do paciente sobre o tratamento, das alterações subjetivas ou objetivas observadas, ou referidas pelo paciente, ou acompanhante¹⁹, há que se refletir seriamente, com as equipes de enfermagem das instituições de saúde, visando mudanças urgentes nesta documentação legal e técnica comprobatória dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

Para tanto é necessário conscientização e fundamentação dos profissionais, que devem compreender as anotações como fonte indispensável do saber holístico a respeito do paciente e principal subsídio da construção de uma profissão que busca o ser, o fazer, o cuidar, ou seja, a missão da Enfermagem.

É notória a influência direta nesses achados, no tocante à necessidade de uma reflexão coletiva sobre a necessidade de aplicar o serviço de auditoria na enfermagem, visando oferecer qualidade na assistência, beneficiando diretamente os usuários e a instituição.

Torna-se importante também ressaltar a grande importância dos registros de enfermagem para a segurança e a defesa dos padrões de assistência desenvolvidos, uma vez que os mesmos se constituem em documentos de valor legal para defesa das instituições e dos profissionais nos momentos em que forem feitas indagações acerca da real implementação das medidas terapêuticas necessárias à assistência às necessidades dos usuários atendidos.

Assim, esperamos que esta pesquisa traga contribuição para os profissionais de Enfermagem, ressaltando a necessidade de atentar para a importância de nos responsabilizarmos tanto pela assistência prestada quanto pelos registros no prontuário do paciente, tendo em vista que esta necessidade estimula a busca de conhecimentos e habilidades para realizar uma assistência eficaz.

AUDIT THE PATIENT'S CHART: STUDY IN A PUBLIC HOSPITAL OF JOÃO PESSOA-PB**ABSTRACT**

The audit in Nursing can be defined as a systematic assessment of the quality of nursing care provided to the client, and the record one of their instruments of analysis. This study was designed to evaluate the organization and the notes made in the medical records of patients, healthcare professionals and nursing records and nursing records in the client / patient are complete, legible and signed. This was an exploratory study and documentary, with a quantitative approach, performed in the Medical Archives and Statistics (SMAS) in a Municipal Public Hospital in the city of Joao Pessoa. The sample consisted of 50 medical records of patients randomized, who were hospitalized at the Hospital in 2006 and filed in the SAME. The information collected was collated and compiled through a software (Microsoft Excel) in tables and figures. In only 4% of the charts had records of interview done by the nurse, the category Support / Technical Nursing was the most recorded in the chart with 92%, and central to the notes in the nursing routine. In only 38% of the records identified notes made by nurses, with 28% regarding the procedures performed. As for the records made with no signature in the medical professionals of Nursing, found a rate of 32%. The identification of training only 12% were legible professional responsible for the note. Regarding the completion of leaf evolution of Nursing found mostly fills incomplete, not following a logical sequence and not revealing the real situation of the patient. The nursing professionals must begin to rethink the composition of the notes and make them a strong instrument of communication between the health team in order to highlight the real needs of the patient, providing an improved quality of care and contribute to the development Nursing.

Key Words: Nursing. Hospital administration. Hospital Records.

REFERÊNCIAS

1. Motta ALC. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo: Iátria; 2003.
2. Riolino AN, Kliukas GBV. Relato de Experiência de Enfermeiros no Campo de Auditoria de Prontuário – Uma Ação Inovadora – Rev. Nursing; 2003.
3. Fontineli JK, Administração Hospitalar. Goiânia: AB; 2002.
4. Santos SR, Paula AF, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev. Latino Americana Enfermagem [periódico na internet]. 2003 Jan/Fev [acesso em 2007 Out 19]; 11(4). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000100012&script=sci_arttext&tlng=pt.
5. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas; 2002.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/07: Código de ética dos profissionais de enfermagem. [resolução na internet] 2007 Fev [acesso em 2010 Jan 12]. Disponível: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Trata das diretrizes e normas regulamentadora de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
8. Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em Enfermagem. In: Kurgant, P. organizadora. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p.215-222.
9. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Manual de orientação ética e disciplinar. [manual na internet]. [acesso em 2008 Abr 25]. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/parte3b.htm>.
10. Oguisso T. Dimensões éticas-legais das anotações de enfermagem no prontuário do paciente. Rev Paul de Enferm, 2003 set/dez; 22(3): 245-54.
11. Elhart D. et al. Princípios científicos de enfermagem. Lisboa: Portuguesa, 1983.
12. Sparks SM, Taylor CM, Dyer JG. Diagnóstico em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
13. Du Gas B. Enfermagem prática. 4ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1988.
14. Posso MBS. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004.
15. Potter PA. Semiologia em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
16. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
17. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
18. Alfaro-Lefréve, R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
19. Cianciarullo, TICQ. Teoria e Prática em Auditoria de Cuidados. São Paulo: Ícone; 1997.

ARTIGO

SÍFILIS: DOENÇA INFECCIOSA REEMERGENTE

Bruno Moura Lacerda¹

Anna Flávia Campos Ferreira Silveira²

Giciane Carvalho Vieira³

RESUMO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela **espiroqueta** *Treponema pallidum*. É uma doença bastante remota, com mais de 500 anos de existência. Na transição para o século XVI a infecção tornou-se uma pandemia, porém com a introdução da penicilina, na década de 40, do século XX, o panorama da doença foi plenamente modificado. Nas últimas décadas, a sífilis reapareceu como um problema de saúde mundial. O presente trabalho buscou identificar os possíveis fatores que contribuem para a reemergência da patologia, na atualidade. Realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema proposto, entre os meses de janeiro a março de 2007. Constatou-se que, mudanças observadas na sociedade, sobretudo, alterações na estrutura familiar como a liberalização dos costumes e maior valorização das relações afetivo-sexuais, têm apresentado estrita relação com a reemergência da infecção. Encontram-se relacionados, também, fatores demográficos, tais como: o grande número de jovens sexualmente ativos e a migração urbana com mudanças sócio-culturais. Destacam-se, ainda, o aumento do nível de prostituição, da utilização de drogas, tratamentos inadequados das formas primárias da doença, avanços tecnológicos, além da associação ao vírus HIV que pode acelerar e alterar o curso da doença. A sua erradicação requer um maior engajamento de autoridades públicas e de profissionais da área da saúde, tanto na busca de meios de prevenção e tratamentos mais eficazes, quanto de esclarecimentos sobre a reincidência desta patologia e de seus agravos à saúde humana.

Palavras-chave: Sífilis. Doença infecciosa. Reemergência.

INTRODUÇÃO

No mundo inteiro, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) atingem milhões de pessoas. A cada ano, são 340 milhões de novos casos de DST curáveis no mundo. Para o Brasil, a Organização Mundial da Saúde estima entre 10 a 12 milhões de casos novos de DST por ano, sendo grande parte deste representados pela sífilis e gonorréia¹.

Segundo Brook², a sífilis é uma Doença sexualmente transmissível causada por uma **espiroqueta** denominada *Treponema pallidum*. É transmitida, principalmente, por contato sexual e pela placenta da mãe para o feto, durante a gestação, mas também pode penetrar em mucosas integras ou epiderme. É uma doença bastante remota com mais de 500 anos de existência. Na transição para o século XVI, a infecção tornou-se uma pandemia, preocupando todo o mundo.

Inúmeras propostas terapêuticas foram utilizadas, visando a erradicação da infecção, porém apenas com a introdução da penicilina por Mahoney, no século XX, o panorama da doença foi plenamente modificado. Entretanto, nas últimas décadas surgiram alguns fatores que acarretaram no ressurgimento da doença, tornando a infecção pelo treponema

¹Farmacêutico/ Bioquímico; estudante de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. E-mail: brunosmoura@hotmail.com

²Estudante de medicina da Faculdade de Ciências Médicas. E-mail: annaflavia_campos@hotmail.com

³Mestre em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela UFPB. Especialista em Patologia Clínica – Análises Clínicas pelo HCFMUSP. Professora da Faculdade de Medicina Nova Esperança. E-mail: giciane.carvalho@uol.com.br

mais uma vez lugar de destaque como um problema mundial de saúde.

Este trabalho torna-se relevante, pois busca explicações para a reemergência de uma patologia tão antiga, mas que em pleno século vinte e um, ainda se encontra disseminada, não apenas em países subdesenvolvidos, mas sobretudo nos países desenvolvidos.

OBJETIVOS

- Discutir sobre a reemergência da sífilis na atualidade e os agravos desencadeados pelo acometimento da infecção.
- Fazer um breve relato do contexto histórico da sífilis.
- Identificar na literatura os possíveis fatores que estão contribuindo para a reemergência da patologia na atualidade.
- Identificar na literatura os agravos à saúde em decorrência ao acometimento pelo *Treponema pallidum*.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para a elaboração do trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema proposto, através de fontes, como livros, sites na internet e artigos científicos. Foram utilizados inicialmente livros que exploravam o tema como os de patologia e infectologia.

O passo seguinte foi pesquisar nos periódicos científicos que abordassem a temática proposta, onde seria possível um confronto das informações coletadas entre os artigos específicos à patologia em questão. Portais como Scielo e bases de dados como a Lilacs foram pesquisados. Ao total, foram utilizados sete artigos encontrados em distintas revistas científicas.

Alguns dados quantitativos sobre a infecção foram encontrados em sites da internet, como o site do Ministério da saúde acessado no ano de 2008 e o site Nera, sistema integrado à saúde, acessado também no mesmo ano.

A DOENÇA

A sífilis é uma doença infecciosa,

causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gran-negativa, espiralada, delgada e móvel, que apresenta externamente a sua membrana uma bainha rica em glicosaminoglicano³.

A infecção determina lesões cutâneas polimorfas, podendo acometer o sistema circulatório e nervoso, além de outros tecidos. A transmissão da doença pode ocorrer de mãe para o feto, caracterizando a sífilis congênita, ou pode ocorrer após o nascimento, por contato direto, caracterizando a sífilis adquirida⁴.

Segundo Brook², a sífilis congênita ocorre pela transmissão da infecção da mãe para o feto, através da placenta, podendo ocorrer a partir da 10^a a 15^a semana de gestação, embora seja mais comum sua incidência no quarto mês. Quanto mais precoce a transmissão para o feto, maior a intensidade da infecção, sendo maiores as chances de ocorrência de aborto.

Na sífilis congênita perinatal ou do lactente, a criança nem sempre apresenta lesões ao nascimento, podendo estas surgirem dias ou até mesmo meses depois. As manifestações no lactente podem se apresentar pelo baixo peso, dor ao manuseio, rinite hemorrágica característica, sendo a secreção nasal rica em espiroquetas. São sugestivas da infecção o aparecimento de bolhas palmoplantares, hepatomegalia, esplenomegalia, além de alterações ósseas, principalmente dos ossos longos.

Em 60% dos casos, a sífilis congênita pode aparecer após um ano de idade, caracterizando a forma tardia congênita. Nesta forma, ocorre uma tríade de ceratite intersticial, dentes de Hutchinson e surdez do oitavo nervo. As alterações oculares consistem em ceratite intersticial e coroidite, com produção de pigmento anormal, causando uma retina manchada. Alterações dentárias envolvem os incisivos, que são pequenos e exibem a forma de uma chave-de-fenda. A surdez do oitavo nervo desenvolve-se em decorrência da sífilis meningovascular.

A forma adquirida é caracterizada pelo contato direto, após o nascimento, e apresenta-se dividida em recente e tardia. A forma recente observa-se no primeiro ano de evolução, sendo o período de desenvolvimento imunitário da infecção

não tratada. Esse período engloba a sífilis primária, secundária e latente⁴.

A sífilis primária ocorre cerca de três semanas após o contato com um indivíduo infectado. Consiste em uma lesão única, eritematosa, firme, indolor e elevada, conhecida como cancro, localizada no local de invasão do treponema no pênis, colo uterino, parede vaginal ou ânus. A lesão evolui espontaneamente, sem deixar cicatriz, em torno de quatro semanas, quando as reações sorológicas tornam-se positivas³.

A sífilis secundária decorre da disseminação dos treponemas pelo organismo. Apresenta início dentro de quatro a oito semanas após o surgimento da lesão primária. Caracteriza-se, clinicamente, por erupção generalizada e polimórfica, podendo até mesmo simular outros tipos de dermatoses. As lesões consistem em exantema maculopapular avermelhado em qualquer parte do corpo e em pápulas grandes ou condilomas, pálidas e úmidas, na região anogenital, nas axilas e boca. Esse estágio pode cursar com febre, linfadenopatia, cefaleia e artrite⁴. Nesta fase da infecção, as lesões também remitem de forma espontânea. As reações sorológicas são sempre positivas, e tanto a fase secundária quanto a primária são fases ricas em espiroquetas e eminentemente contagiosas. Essas lesões podem aparecer entre três a cinco anos, após a infecção; entretanto, depois desse período, o paciente não é mais infectante².

Subsequentemente à fase secundária, os sintomas tornam-se subclínicos, caracterizando a sífilis recente latente, onde os treponemas são encontrados em regiões favoráveis, como linfonodos, e o teste sorológico apresenta positivo para sífilis. Essa fase cursa frequentemente com dores osteoarticulares e cefaleia⁴.

Após o primeiro ano de evolução da infecção em doentes não tratados ou tratados de forma inadequada, ocorre a caracterização da sífilis adquirida tardia⁴. Essa fase da doença pode se apresentar pela forma latente, por ausência de sintomas e sorologia positiva, como também pela forma sintomática, que pode se iniciar após a fase secundária ou seguir um período variável de latência, sob as formas cutâneas, óssea, cardiovascular, nervosa e

de outros tecidos. As reações sorológicas apresentam-se positivas na maioria dos casos.

Conforme Brook², em cerca de 30% dos casos, a infecção sífilítica inicial evolui espontaneamente para cura completa, sem qualquer tratamento. Em outros 30%, a infecção não-tratada permanece latente. Nos demais casos, a doença evolui para fase terciária, que pode surgir de três a doze anos após a infecção. Nessa fase da infecção, os treponemas são escassos e o indivíduo não é mais infectante.

A sífilis terciária ocorre anos após a infecção inicial, apresenta-se sob as formas: sífilis terciária benigna, sífilis cardiovascular e neurosífilis. O acometimento dos órgãos internos na fase terceira da doença cursa com maior frequência por alterações cardiovasculares em 80 a 85% dos casos, e do sistema nervoso central com 5 a 10%, seguido de alterações em menor frequência no fígado, pele, ossos e testículos.

A sífilis terciária benigna é um tipo muito raro na atualidade e caracteriza-se por lesões gomosas cinza-esbranquiçadas e elásticas. Ocorre na maioria dos órgãos, mas sobretudo na pele³.

As manifestações cardiovasculares são caracterizadas por aneurismas aórticos, nos quais há cicatrizes inflamatórias da túnica média, alargamento e incompetência do anel valvar aórtico e estreitamento das bocas dos óstios coronários. Alterações eletrocardiográficas transitórias podem aparecer na sífilis recente e tardiamente 10 a 30 anos após o início da infecção, raramente antes de 5 anos. Os homens de raça negra são afetados em maior proporção.

O sistema nervoso pode ser afetado transitoriamente na sífilis recente, surgindo cefaleia e, por vezes, rigidez de nuca ou paralisia dos nervos cranianos, em geral devido a lesões das meninges. A sífilis tardia lesa o sistema nervoso de 5 a 35 anos após o início da infecção, sendo os brancos mais afetados⁴.

SÍFILIS: CONTEXTO HISTÓRICO

No final do século XV, quando Colombo retornou do Novo Mundo, foram

relatados os primeiros casos de sífilis na Europa, originando uma hipótese de que a sífilis fora introduzida por seus homens, pois antes do século XV, ninguém na Europa havia feito qualquer tipo de referência a essa doença⁵.

Ainda, conforme Saraceni⁵, após a descoberta do Novo Mundo, a doença surgiu de forma devastadora, atingindo figuras famosas, como o rei Carlos VIII da França, Henrique VIII da Inglaterra e o escultor renascentista Benvenuto Cellini.

Na passagem para o século XVI, a sífilis transformou-se em uma pandemia, com um quadro clínico muito agudo, frequentemente fatal no estágio secundário da doença.

Em 1905, o agente etiológico da sífilis foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman e denominado *Spirochaeta pallida*.

O primeiro teste sorológico para a doença tornou-se disponível em 1906, através de Wassermann, Neisser e Bruck, utilizando a técnica de fixação de complemento. O antígeno utilizado para reação foi preparado a partir do extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis. Essa técnica permitiu o diagnóstico antes do aparecimento dos sintomas da doença, permitindo a prevenção da transmissão da doença a outros, embora não provesse uma cura para esses infectados⁵.

Através do maior entendimento da infecção, tratamentos efetivos passaram a ser procurados, iniciando-se de forma lenta, a partir dos compostos mercuriais. Porém, apenas em 1943, a partir da introdução da penicilina por Mahoney, para o tratamento da sífilis, houve uma mudança significativa no panorama da infecção. Esse fato deu-se através da acentuada ação treponemicida promovida pela droga. Essa descoberta foi o marco histórico da queda gradual da frequência e mortalidade por sífilis⁶. Entretanto, nas últimas décadas surgiram alguns fatores que acarretaram no ressurgimento da doença, considerada hoje, depois da blenorragia, a mais frequente entre as doenças sexualmente transmissíveis⁴.

A REEMERGÊNCIA DA DOENÇA

A concepção de que as doenças in-

fecciosas reemergem não é nova, nem tampouco a busca por suas causas. O processo de mudança contínuo das interações entre as populações humanas e seus condicionantes históricos, sociais, políticos, econômicos e culturais; animais e de microrganismos, e destas todas com o meio ambiente modificado pela ação humana, contribui plenamente para reemergência de doenças infecciosas. No tocante a reemergência da sífilis não foi diferente⁷.

Conforme Gastal⁶, com a introdução da penicilina nos tratamentos da sífilis, por Mahoney, em 1943, os casos da infecção passaram a ser tratados eficazmente, resultando na queda gradual da frequência e mortalidade da doença no mundo. Imaginava-se a princípio, com o sucesso apresentado pela terapia, que a extinção da infecção seria apenas uma questão de tempo. Inicialmente, os resultados da antibioticoterapia foram, de fato, muito animadores.

Nos Estados Unidos, o número de casos de sífilis se reduziu significativamente no final da década de 40, até a década de 70. Entretanto, nas últimas décadas, uma série de mudanças apresentadas pela sociedade fez com que as projeções otimistas fossem profundamente alteradas.

Nas décadas de 60 e 70, a partir do advento da pílula anticoncepcional, ocorreu a denominada revolução sexual da era moderna. O fenômeno possibilitou aos jovens e adultos da época maior liberdade sexual. Tal fato colaborou, sem sombra de dúvidas, para a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis, pois possibilitava a multiplicidade de parceiros sexuais⁸.

Além deste, outros fatores contribuíram de plena forma para a reincidência da infecção. Mudanças observadas na sociedade, sobretudo alterações na estrutura familiar, como a liberalização dos costumes e maior valorização das relações afetivo-sexuais. Os fatores demográficos, tais como: grande número de jovens sexualmente ativos, migração urbana com mudanças socioculturais, aumento do nível de prostituição, aumento da utilização de drogas, intercâmbio sexo por droga, tratamentos inadequados das formas primárias da doença, alta prevalência de

resistência aos antimicrobianos, falta de acesso a serviços de saúde efetivos e confiáveis, além da associação ao vírus HIV, que pode acelerar a evolução e alterar curso da doença⁸.

Segundo estudo divulgado por Price⁹, os casos de sífilis nos Estados Unidos da América aumentaram 8% entre 2003 e 2004; de 2,5 para 2,7 casos por 100 000 pessoas. Isto representa o quarto aumento consecutivo nesse país, sendo o aumento preponderante entre os homossexuais. Os casos masculinos têm aumentando consideravelmente, em contrapartida, os casos femininos de sífilis permaneceram estáveis, determinando 13 anos de declínios em suas taxas.

Ainda conforme Price⁹, o aumento na incidência de sífilis entre os homossexuais foi marcada por elevadas taxas de coinfeção por HIV, comportamento sexual de elevado risco e uso de drogas, principalmente metanfetaminas.

A utilização de drogas pode contribuir consideravelmente para a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis. Drogas estimulantes, como as metanfetaminas, que são anfetaminas modificadas consumidas por inalação, ingestão ou mesmo injetadas, podem predispor os usuários à infecção por DST curáveis e incuráveis. Este fato deve-se à estimulação e ao aumento da libido ofertada pela droga, contribuindo para maior probabilidade de práticas de sexo de forma insegura por indivíduos sob efeito da droga.

No Brasil, as metanfetaminas são ainda pouco conhecidas, porém outras drogas estimulantes apresentam-se bem populares, como a cocaína, o crack e o ectsasy, e podem, também, apresentar-se como fator de risco para disseminação de DST e conseqüentemente da sífilis¹⁰.

No Brasil, a infecção pelo *treponema pallidum* apresentava-se com carência de dados quanto à incidência da infecção. Entretanto, a partir de 1986, segundo lei estabelecida pelo Ministério da Saúde, todos os casos de sífilis congênita, no âmbito nacional, passaram a ser obrigatoriamente notificados por médicos e outros profissionais da área de saúde no exercício de suas profissões¹¹.

Conforme estudo realizado em 2004 e divulgado pelo Ministério da Saúde,

parturientes de 15 a 49 anos de idade de todas as regiões do país revelavam uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa e de 0,42% para HIV, com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e de 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita¹.

Na Paraíba, no período entre 1998 a 2004, nos 233 municípios do Estado, foram registrados 238 casos de sífilis congênita. Em 2005, foram notificados 141 casos durante todo o ano. Em 2006, nos primeiros oito meses, foram notificados 132 casos de sífilis congênita no Estado¹¹.

Conforme Ramos¹¹, apesar dos esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde para notificação da forma congênita, a subnotificação dos casos é considerada mais uma regra do que exceção, contribuindo para dados imprecisos da incidência da infecção, impossibilitando a avaliação do impacto desse agravo na população. Contudo, estima-se que no Brasil ocorram 900 mil casos de sífilis por ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que, a infecção pelo *Treponema pallidum*, é uma doença reemergente e apresenta-se como um problema de saúde, não apenas dos países subdesenvolvidos, como, também, dos próprios países desenvolvidos.

Diversos fatores contribuem para a reemergência. Dentre eles, destacam-se os relacionados a alterações na sociedade, sobretudo, na estrutura familiar como a liberalização dos costumes e maior valorização das relações afetivo-sexuais. Existem os fatores demográficos, tais como: o grande número de jovens sexualmente ativos, a migração urbana com mudanças sócio-culturais. Sem falar, naqueles fatores relacionados ao aumento do nível de prostituição, aumento da utilização de drogas, intercâmbio sexo por droga, tratamentos inadequados das formas primárias da doença, alta prevalência de resistência aos antimicrobianos, falta de acesso a serviços de saúde efetivos e confiáveis, a própria revolução tecnocientífica, além da associação ao vírus HIV que pode acelerar a evolução e alterar curso da doença.

Como consequência, a infecção pelo *Treponema pallidum*, mais uma vez, na história, toma lugar de destaque como um problema mundial de saúde e requer mais engajamento de profissionais da área e de

autoridades, na busca de meios de prevenção e tratamentos mais eficazes, para minimizar e, quem sabe, erradicar esta moléstia que nos aflige nos dias atuais.

SYPHILIS: REAPPEARANCE INFECTIOUS DISEASE

ABSTRACT

Syphilis is a disease that is sexually transmitted by the *Treponema pallidum* and has more than 500 years of existence. On transition for the XVI century, the infection became pandemic, but the introduction of penicillin in the 1940's modified the panorama of the disease. In the last decades, Syphilis reappeared as a worldwide health problem. This work aims at equating the factors that could possibly contribute to the reappearance of this pathology. Carried out a literature revision about the theme proposed was between January and March of 2007. It was verified that changes in society, above all, changes in familiar structure, such as the liberation of costumes and bigger value of affective-sexual relationships, has been related with the reappearance of the infection. Demographic factors such as the number of sexually active teenagers and urban migration with social-cultural changes have also been related. Yet, the increase of prostitution, the increase of drugs, inadequate treatment of the primary syphilis stand out, besides the association with the HIV virus that can accelerate the disease's course. As a consequence, the infection by the *Treponema pallidum* takes an important place in history again. It's eradication requires great attention from the public authorities and health professionals, with working on prevention and efficient treatments for syphilis and searching for clarification about the reappearance of this pathology and its consequences to human health.

Key words: *Syphilis*. Contagious disease. Reappearance.

Referências

1. Ministério da Saúde. DST em números. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 05 Out 2008.
2. Brook GF, Butel JS, Morse AS, Jawetz MA. Microbiologia Médica. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
3. Kumar V, Abbas AK, Fausto. Robbins e Cotran - Patologia Estrutural e Funcional. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Brasileiro Filho G, organizador. Bogliolo: patologia geral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
5. Saraceni V, Leal M, Hartz Z. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.5, no.3, Recife Jul/Set 2005.
6. Gastal F, Leite SSO, Andreoli SB, Gameiro MA, Gastal CL. Tratamento etiológico em psiquiatria: o modelo da neurosífilis. Revista Brasileira de psiquiatria. Vol. 21, n.1, São Paulo, 1999.
7. Drotman P. Emerging infectious diseases: a brief biographical heritage. Emerg Infect Dis. 1988 [Acesso em 2009 Set 28]; 4(3). Disponível em <<http://www.cdc.gov/eid>>.
8. Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. Doenças sexualmente transmissíveis: AIDS. [acesso em 2009 Out 06]. Disponível em: <http://www.cic.unb.br/docentes/fatima/imi/imi200/r/In.htm>.
9. Price JH. Grande aumento das taxas de sífilis nos homossexuais. [Acesso em: 2008 Out 10]. Disponível em: <http://72.14.209.104/search?q=cache:CfLVstysQasJ:www.aidsportugal.com/article.php%3Fsid%3D5637+casos+de+s%C3%ADfilis+aumento+da+incidencia&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=6&ie=UTF-8>.
10. Einsten IA. Anfetaminas. Disponível em <<http://72.14.209.104/search?q=cache:-pinWTxcsDoJ:www.alcoolismo.com.br/anfetaminas.htm+metanfetaminas+s%C3%A7%C3%A3o&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=6&ie=UTF-8>>. Acesso em: 28 Set 2009.
11. RAMOS, César. *Sífilis congênita*. Disponível em: http://72.14.209.104/search?q=cache:IttDPdW5j6wJ:www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php%3Fp_secao%3D734+subnoticia%C3%A7%C3%A3o+sifilis+ramos&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk. Acesso em: 10 Out 2008.
13. Nera, Sistema de conteúdo integrado à Saúde. Avaliação da Saúde. Disponível em: <http://www.nerdhost.com.br/noticias/index.php>. Acesso em: 20 Out 2008.

ARTIGO

UMA ESCUTA ANALÍTICA DE PESSOAS VIVENDO COM AIDS

Antônio Carlos Borges Martins¹

RESUMO

Com este trabalho propõem-se pensar como as pessoas vivendo com HIV/aids estão resignificando suas vidas no contexto terapêutico. Para tanto utilizou-se um estudo biográfico, acrescido da exposição de dois fragmentos de casos e algumas percepções da clínica psicanalítica. Trata-se de uma pesquisa fundamentada nas Teorias Psicanalíticas. O estudo revelou que no contexto terapêutico os sujeitos infectados pelo HIV puderam rever suas vidas e elaborarem conteúdos daí surgidos. Disto resultaram as resignificações de suas vidas que são, assim como as suas perspectivas, subjetivas e, portanto, diferenciadas.

Palavras-Chave: AIDS. Teorias psicanalíticas. Morte. Resignificação.

INTRODUÇÃO

Culturalmente a aids está associada a uma complexa rede de medos, crenças e preconceitos, o que com frequência, ainda hoje, implica em problemas de ordem psicossocial para homens e mulheres infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Tais problemas são ampliados quando estes sujeitos pertencem a populações há muito estigmatizados, conforme ocorre com os usuários de drogas, homossexuais, bissexuais, travestis e profissionais do sexo masculino ou feminino.

Se é verdade que tais constatações indicam as graves consequências provocadas pelos preconceitos gerados no início da epidemia, faz-se também **mister** esclarecer que desde aquele momento observava-se que as pessoas acometidas pela aids, além do tratamento clínico-médico, deveria ser possibilitada uma escuta dos seus componentes afetivo-emocionais, uma pois se tratava de sujeitos demasiadamente marcados com os estigmas e a história da própria doença e da epidemia.

Pensando nas questões supramencionadas propõe-se com este artigo apresentar possíveis contribuições da escuta psicanalítica às pessoas acometidas pela aids.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa em Psicanálise inserida no espaço das investigações qualitativas, aproximando-se da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Até porque, segundo Turato¹, a atitude psicanalítica e nela o uso de concepções provenientes da dinâmica do inconsciente do sujeito, a atitude existencialista e a atitude clínica são os três sustentáculos de sua proposta de trabalho de investigação, a metodologia clínico-qualitativo.

¹ É graduado em Filosofia (Licenciatura); em Psicologia (Licenciatura) e Ciências (Licenciatura). É mestre em Psicologia (Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - MG - CES/JF); e mestre em Letras/Literatura Brasileira (Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - MG - CES/JF). Atualmente é Professor da Fundação de Ensino Superior de Cajazeiras - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras.

A Psicanálise define o investigador como instrumento do trabalho de pesquisa científica, sendo os fenômenos psíquicos apreendidos por sua percepção, algo decorrente do esforço em identificar as manifestações do inconsciente na clínica analítica. O que se faz possível através da insistência do pesquisador em manter-se fiel ao tripé: supervisão de casos clínicos, estudo de textos que fundamentam o trabalho psicanalítico e a análise pessoal. Essa busca insistente já foi indicada no item apresentação. E mais

[...] a psicanálise consiste num método com seus procedimentos para investigação sobre processos mentais praticamente inacessíveis por qualquer outro modo que não seja através da reação afetiva próxima em análise com o profissional psicanalítico^{1:272}.

Turato também apresenta diferenças do ponto de vista do rigor da pesquisa entre a metodologia psicanalítica e a clínico-qualitativa, donde é possível extrair algumas informações acerca da metodologia utilizada pela primeira, como as seguintes: os pressupostos de pesquisa elaborados pelo investigador psicanalista

fazem-no aguardar num 'campo' onde o sujeito vier procurá-lo e num momento de coleta em que o *timing* do psicanalisando fizer trazer um material para igualmente, confirmar ou rever as hipóteses iniciais deste analista. [...] o psicanalista em pesquisa clínica utilizará, [...] somente seus pacientes, já que o material de pesquisa será o material de análise terapêutica, sendo que os dados 'colhidos' não virão pela proposta de um assunto colocado ao analisando.

Pelo procedimento de investigação, o psicanalista terá material abundante e profundo de cada paciente, já que o sistema de sessões regulares, nas quais ocorrerão a relação terapêutica, e secundariamente, a relação pesquisador-pesquisando, permitirá uma apreensão ampla dos fenômenos do universo psíquico do indivíduo sob estudo. Porém, na pesquisa clínico-qualitativa, embora também a amostra de sujeitos seja, por natureza, pequena, dificilmente poderá se resumir a três ou quatro casos (muito

menos a um ou dois estudados em quase exaustão, como é possível na pesquisa psicanalítica)^{1:273}.

E segue ele apontando ainda mais algumas distinções:

Outros procedimentos têm, no momento, lugar garantido na construção metodológica da pesquisa clínico-qualitativa, o que não é confirmado na psicanálise clínica, tais como: o uso do emprego do gravador para registro da entrevista, uma entrevista semidirigida como instrumento auxiliar de pesquisa disposto já no projeto; e o *setting* construído no ambiente usual do sujeito (uma instituição de saúde, sua residência, etc.)^{1:274}.

O presente trabalho desenvolve uma pesquisa bibliográfica, acompanhada de uma exposição de dois fragmentos de casos e de algumas percepções clínicas. O sujeito pesquisador está ciente de que sua subjetividade manifesta-se na escolha do tema, nas questões levantadas, nos seus objetivos, na bibliografia, uma vez que é ele quem decide os passos da pesquisa. Ele sabe que o sujeito pesquisado, assim como o pesquisador, é complexo, inacabado e em permanente transformação, justamente por tratar-se de um sujeito. Ciente ainda das implicações de uma investigação psicanalítica, como por exemplo, o fato de ser ele mesmo o instrumento da pesquisa, procurou utilizar os recursos que ela disponibiliza para chegar à seleção dos dois fragmentos de casos apresentados. Vale indicar mais uma vez a constância no tripé citado há pouco.

Aqui é possível sinalizar alguns elementos que se tornaram chaves para tal escolha: pensou-se em privilegiar, em consonância com os objetivos deste trabalho, a resignificação da vida pelas pvha (pessoas vivendo com HIV/aids) no contexto terapêutico, nos casos em questão, com uma peculiaridade, o fato de elas resignificarem a vida quando da morte tão próxima; tentar trazer mais uma vez à baila a questão – o que pode a clínica psicanalítica na contemporaneidade, fora do espaço específico dos consultórios privados; e por fim, e não menos importante que os elementos anteriores, mostrar a

atualidade da escolha de Freud pelo tratamento de pessoas em situações excluídas, conforme ocorria com as mulheres histéricas nos primórdios da psicanálise.

Guardadas as devidas diferenças, têm-se hoje condições de semelhante exclusão, ou quiçá um pouco mais marginalizadoras, para com as pvha; sobretudo com aquelas que contraíram o HIV a partir de relações sexuais, agravando tal marginalização se esta pessoa for um profissional do sexo.

Os relatos dos dois fragmentos de casos e das percepções clínicas, em conformidade com a psicanálise, surgem das recordações do pesquisador. Os atendimentos aos dois sujeitos relatados nas frações de casos ocorreram no período de agosto de 1993 e novembro de 1994, anos em que ambos faleceram, no Hospital de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, referência para o tratamento de doentes de aids no estado da Paraíba, situado no município de João Pessoa.

Enviou-se o projeto de pesquisa intitulado "o processo de resignificação da vida pelas pessoas portadoras de HIV/aids", ao Comitê de Ética em Pesquisa – CES/JF, que emitiu parecer favorável. No documento, informam-se que os fragmentos de casos e as percepções vindas da práxis clínica serão utilizados exclusivamente para fins de análise, tornando-os públicos, todavia preservando a identidade dos sujeitos pesquisados.

Para pensar o problema indicado nesta pesquisa e interpretar os fragmentos de caso e percepções da escuta clínica analítica, percorrem-se os caminhos indicados pela teoria psicanalítica freudiana, com conceitos como: transferência, resistência e elaboração.

Reconhecem-se os limites deste estudo uma vez que nele não se observa uma investigação exaustiva dos dois casos e sim de uma fração deles. Sabe-se que isto deveu-se a dificuldades vinculadas aos custos exigidos pela pesquisa. No entanto, esteve-se sempre alerta e tudo foi realizado visando a atingir os objetivos desta pesquisa e não deixar que os obstáculos impedissem a qualidade do trabalho.

AIDS E RESSIGNIFICAÇÕES DA VIDA

A síndrome da imunodeficiência adquirida não é somente algo da área biomédica, é muito mais do que isso. Ela envolve subjetividades, acerca das quais nem sempre é fácil de se falar/escutar, mas várias são as pvha que vão se dando conta dessa realidade e que se decidem pelo tratamento de seu psiquismo, e vários são os profissionais que também se tocam pela necessidade de oferecer essa escuta. Pois sabe-se que: "o psiquismo não necessariamente adoce da mesma maneira que o organismo. Pelo contrário, "a saúde do psiquismo dá a vida e ao organismo da pessoa infectada, a sua melhor qualidade" 2:1 (grifo do autor).

O tema da subjetividade convoca a se indagar acerca da incerteza, esta protagonista do pensamento das pessoas infectadas pelo HIV. Com suas rotinas rigorosas, aquelas que já iniciaram ou uso das terapias anti-retrovirais (TARV), e com o fantasma perseguidor da possível necessidade de começar o tratamento, aquelas que ainda estão fora dele, ambos os grupos colocam em questão algumas das situações anteriores às suas condições de soropositividade para o HIV. E saindo de suas pseudo-certezas, são remetidas às dúvidas e às incertezas. A vida precisa então ser inventada a cada dia, a cada momento, pois só assim, parece existir a possibilidade de aquelas pessoas seguirem ainda confiantes, esperançosas e criativas.

As dúvidas, quando trabalhadas, conseguem transformar o viver de uma pessoa. A análise possibilita ao sujeito conviver melhor com suas incertezas. Nela, ele procura saber de si para poder cuidar de si. A escuta analítica de pvha tem indicado que a experiência do saber de si propicia o aprender a se amar de novo, uma vez que ela recorda, recupera e reintegra materiais inconscientes de forma que sua vida atual possa ser mais satisfatória. Pois a relação psicanalítica é antes de tudo uma relação criadora, daí a oportunidade de inventar a vida.

Se em várias patologias, o status de doenças crônicas impõe às pessoas que com elas sofrem, uma convivência diária com a ideia opressiva de uma morte anunciada, com a aids, o advento de tal distinção

trouxe para muitas pessoas infectadas pelo HIV esperanças e motivos a mais para lutarem por melhor qualidade de vida e pela conquista da cura. Mas é também verdade que para outras, o início da TARV é um momento que reacende a angústia inicial surgida com o diagnóstico. Para estas, inicialmente, a nova fase, o novo status da aids, não lhes proporciona tanto motivo para lutar, antes promove nelas um esmorecimento.

Atualmente, parece que o fantasma da morte que marcou sobremaneira o início da aids, começa muito lentamente a ser afastado. Assim, receber o diagnóstico de soropositividade vai também, pouco a pouco, perdendo sua condição de sinônimo de morte. Ao contrário do que ocorria no início da epidemia, quando, a tônica das Campanhas Públicas do Ministério da Saúde do Brasil era "aids mata", neste início de século 21, esse mesmo Ministério incentiva as pessoas a se submeterem ao teste para verificarem suas condições sorológicas para o HIV e disponibiliza tratamento gratuito para todos os portadores no país.

A aids ainda não tem cura, está sob condições administráveis, mas isso não significa que exista um baixo custo do tratamento para as pessoas por ela acometidas. Fala-se aqui, não em custos financeiros, mas de efeitos adversos agressivos ao soma e conseqüentemente também ao psiquismo do sujeito. Tristeza, desencanto, revolta, desespero, depressão, angústia, isolamento, temores, dentre outras queixas e questionamentos, mostram a condição sine qua non de um atendimento às necessidades emocionais dessas pessoas.

A escuta psicanalítica às pvha no hospital foi fundamental para que muito se aprendesse desses caminhos trilhados. Possibilitar àquelas pessoas o acesso a uma escuta analítica, passou a ser a meta do psicólogo clínico. E mesmo sabendo do impossível, seguia-se pedindo-lhes que falassem tudo. Falar e ser escutado sem restrições fazia a diferença: indicava a possibilidade do inconsciente, da psicanálise, do analista.

Desde cedo, verificou-se que a transferência era algo palpável nas relações entre os profissionais de saúde que atuavam no hospital e os pacientes ali internos.

Observava-se, por exemplo, como ocorriam algumas conquistas, no tratamento médico de algumas pessoas através de suas longas conversas com uma auxiliar de enfermagem. Sabia-se que ali havia transferência, mas que, não raro, a própria profissional desconhecia.

Entendia-se que, embora eficiente, aquela não era a transferência utilizada no trabalho analítico. Pensava-se na transferência analítica, esse fenômeno basilar no processo psicanalítico, no qual situações vividas outrora e recalçadas pelo sujeito podem retornar em forma de revivência. O sujeito pode endereçar ao analista tantos sentimentos amistosos, de amor e admiração, como de inveja, ciúme, emulação e ódio. Pensava-se também na função da psicanálise para aquelas pessoas, naquele espaço.

Cita-se o atendimento a um jovem A.L., 23 anos que trabalhava como profissional do sexo até o agravamento da doença. Encontrava-se acamado no leito do hospital, estava agressivo, recusava até mesmo a visita de seus familiares, pois a aids o havia ferido naquilo que ele mais prezava: a beleza física. Seu corpo escultural de outrora (conforme ele mesmo afirmava) tornara-se esquelético após uma grande perda de peso e de massa muscular. Os sofrimentos físicos, diarreia, Sarcoma de Kaposi, intensas dores de cabeça, somados aos problemas emocionais daí surgidos, fizeram com que o médico o orientasse a solicitar o atendimento por um dos profissionais do Setor de Psicologia, ao que ele se recusou de imediato. Uma vez aumentadas as dificuldades, e ele próprio já se sentindo um tanto quanto desgastado, efetuou o pedido e deu-se início ao atendimento.

"Estou cansado de tanto ter que falar com médicos, enfermeiras, assistentes sociais, e agora também com psicólogos". Foram essas as suas primeiras palavras. Aponta-se como o seu discurso seguia mostrando que parecia estar ocorrendo em seu sofrer um reencontro com um objeto, dado que este tipo de encontro pode produzir tanto um flash de satisfação quanto o horror, já que nada mais há que se buscar. E mais, sabe-se que todo encontro com o objeto, é na verdade, um reencontro com esse mesmo objeto de uma

satisfação que se teve/tem. E isso é o que leva à repetição, à destrutividade.

Após seu falecimento, refletiu-se ainda algum tempo sobre aqueles encontros difíceis, marcados em alguns momentos pela resistência. Segundo Pimenta³, a resistência é esse impedimento do retorno do recalcado ao sistema consciente, dada a energia que o mantém no inconsciente a fim de impossibilitar o surgimento da angústia. Foi necessário analisá-la e superá-la, assim como foi também preciso reconhecer e se dedicar à transferência para que fosse assegurada a continuidade do processo. Mas entendeu-se que ao disponibilizar para aquele sujeito a possibilidade da palavra, colaborou-se com o seu assumir o desejo de falar e de falar o desejo. E ainda que a factualidade da morte estivesse ali bastante presente, ousou-se uma escuta analítica.

A impressão inicial era de que seria um trabalho difícil, já que ele se encontrava por demais revoltado com toda aquela situação. Ao escutá-lo, porém, contribuiu-se para que a sua necessidade de verbalização de seus sentimentos angustiantes e opressores; e de sua história, que em nenhum outro lugar provavelmente teria sido exposta daquela maneira, pudesse vir à palavra. Não era uma narrativa de fatos, mas conforme se percebeu desde o início, o presente e o passado se mesclavam de tal modo que, ao falar de sua exclusão no passado, na família, na escola, ela fundia-se à exclusão em que se encontrava no momento. Parece que é essa a compreensão de Freud desde o trabalho com as histéricas, a psicoterapia analítica reconstituindo um passado no presente.

Ainda um outro atendimento no hospital remete à questão da transferência e mais uma vez entende-se a pertinência da psicanálise, posto que não se justifica uma clínica psi específica da aids, pois desde Freud, a psicanálise sempre se faz a partir do inconsciente. E mesmo quando o sujeito se apresenta marcado no corpo por uma possível morte próxima de acontecer, é válido recordar que é a transferência, e não o tempo, que define a possibilidade de uma análise. Por essa razão, mais uma vez a escuta analítica foi ofertada a uma jovem A.M., 17 anos, possibilitando-a

recordar, talvez repetir e elaborar conteúdos significativos de sua vida.

A adolescente A.M., chegou no início da tarde transferida de outro hospital de referência em busca de tratamentos mais eficazes para as suas dificuldades respiratórias. Ela mesma solicitou o atendimento psicológico indicando em seu pedido o nome do único psicólogo estagiário do setor. Antes de seguir para o quarto da paciente, como de costume, verificou-se o prontuário, e ali, o médico de plantão informava da impossibilidade da paciente falar, em função do agravamento dos seus problemas respiratórios.

Desde o resultado positivo de seu teste de sorologia para o HIV, A.M. assumiu o tratamento tanto na clínica médica quanto na psicológica e quando os recursos se esgotaram no hospital de origem e informaram-lhe que seria transferida, ela desejou ser escutada, pedindo que lhe viesse sua psicoterapeuta. Durante aquela sessão, ela decidiu que, apesar da impossibilidade da psicoterapeuta atendê-la no hospital para onde estava sendo transferida, não suspenderia o tratamento psicoterápico, conforme não o faria com o tratamento clínico. Orientada pela psicóloga a solicitar o atendimento pelo estagiário de psicologia daquele hospital, pois o conhecia e confiava no seu trabalho, A.M., o fez tão logo foi possível.

Retirando a máscara de oxigênio, disse: "preciso falar, você pode me escutar?" ela sabia muito bem de sua condição e, conforme informara o médico, não havia mais nada que se pudesse fazer. Entretanto, se não havia o que fazer, era possível que muito se pudesse escutar. O desejo de continuidade de sua análise permanecia e disso A.M. não abriria mão mesmo diante da orientação médica. Sugeriu-se, então, que falasse com calma e que tantas quantas fossem as pausas necessárias, que ela as fizesse, pois para tanto disponibilizava-se o tempo que fosse necessário.

Durante quase duas horas, houve por parte da paciente uma espécie de organização do material elaborado, nas inúmeras sessões de A.M. com sua psicoterapeuta. Entre retiradas e reposicionamento da máscara de oxigênio, a adolescente ia como que recordando

fragmentos de sua vida, enquanto se esforçava para esclarecer o sentido do material que surgia. Namoro, escola, trabalho, dor, aflição, hospitalizações; cerimônias religiosas, estudos bíblicos, manutenção do controle e aceitação da sua soropositividade através do conforto encontrado em suas práticas religiosas, brincadeiras de infância, desejos, sonhos, etc. Diante de tanto material verbalizado, o atendimento priorizou a escuta, as poucas intervenções feitas objetivaram ajudá-la a ir trazendo à luz todas aquelas lembranças que realmente davam a impressão de uma despedida.

A.M. lembra suas resistências iniciais à psicoterapia e como foi aprendendo a deixá-las, contando para tanto com a paciência e dedicação de sua analista. Recorda, também, a coragem que precisou ter a fim de dirigir sua atenção para o que realmente marcara a sua maneira de lidar com a vida, com a doença, e agora, com a morte que se aproximava. Lembra, ainda, a sua escolha em manter o seu vínculo religioso mesmo tendo, como adolescente, constatado o desespero de sentir sua vida se esvaindo, justamente no momento em que poderia viver as mais interessantes aventuras, no auge da juventude. Sua força interior, afirmara a jovem, era conquistada nos cultos religiosos e nas meditações do texto bíblico.

Na escuta de pvha, não raro, a evocação de Deus se faz presente, ora traduzindo sentimentos hostis, ora amistosos e mesmo amáveis. Parece que o expressar crenças e questões religiosas, quase sempre, surge e ressurgue como uma resposta possível ao sentimento de desamparo diante da soropositividade para o HIV. Mudanças no comportamento religioso foram observadas na clínica com esses sujeitos. Transferências de denominações religiosas, sentimentos de maior proximidade com o divino, maior frequência a atividades religiosas são recorrentes nas falas acerca do tema. O certo é que quase sempre há uma melhor adesão à crença religiosa.

Freud em seu pequeno artigo *Uma experiência religiosa* tece considerações sobre um jovem que passou a ser crente, assimilou e conformou-se a tudo aquilo que lhe haviam ensinado na infância sobre Deus. Para o autor, aquele impulso voltado para a religião era na realidade uma repetição da situação edípica⁴. Parece

que a crença no Deus, que é pai, funciona como um apoio à estrutura psíquica do sujeito, propiciando-lhe uma melhor superação ou uma maior capacidade de suportar tanto problemas relacionados à saúde quanto os sociais. Mas este é um problema que exige uma pesquisa mais demorada, merecendo maiores detalhamentos.

A escuta de A.M. se fez numa única sessão, pois no dia seguinte a mesma havia falecido. Este atendimento renovou o convite a pensar que em situações extremas, como é o caso da proximidade da morte, a psicanálise, essa prática clínica alicerçada na escuta, pode ser de grande valia, ajudando a pessoa a morrer com dignidade. O amor de transferência ali se fez forte, capaz de assegurar a continuidade do tratamento, ainda que à distância da analista. Isso porque, em seu processo A.M. já havia compreendido que a análise era sua e não da analista, visto que o desejo em questão era o seu. (Sabe-se, certamente, da existência e necessidade do desejo da analista). E mais, parece que a possibilidade dessa compreensão deveu-se sobretudo à força daquele tipo de amor e como ele foi manejado pela analista desde o seu advento.

Apoiando-se nas observações de Freud acerca do amor transferencial e no fragmento do caso apresentado, é importante salientar que

[...] todas as recomendações que Freud faz sobre o manejo da transferência, longe de se constituírem regras morais exigem do analista que ocupe o lugar de objeto do desejo para o analisando. Se o analista não aceitar fazê-lo fica impedida a circulação pulsional pela qual emerge o sujeito. O amor de transferência faz obstáculo à cura, mas é através dele que o analista conduz o tratamento desde que saiba dele valer-se: aceitar o amor, propondo ao analisando que teça com palavras sua história de amor pelo Outro^{5:113}.

São muitas as histórias de amor pelo Outro que vão sendo tecidas pelas pvha, e algumas delas testemunharam-se desde o período em que o único medicamento disponível para o tratamento era o AZT. É pertinente esclarecer que embora hoje se disponha de vários medicamentos para o tratamento, é preciso ressaltar que ainda não se atingiu a cura. Com as TARV, no Brasil, reduziu-se de forma extraordinária

o número de mortes em consequência da aids.

Cada pessoa a seu modo, expondo ou não publicamente sua soropositividade para o HIV, vai buscando ressignificar a vida à sua maneira. Enquanto a cura definitiva não chega, muitas destas pessoas seguem dia após dia inventando a cura que é o viver com HIV/aids investindo na qualidade de vida. Tornam-se militantes em grupos do movimento social de luta anti-aids e de assistência às pvha; vivem as rotinas ambulatoriais e/ou hospitalares e de adesão ao tratamento; sofrem com as mudanças de suas trajetórias com as dores, as tristezas, os conflitos internos e externos e a angústia; participam de reuniões, encontros, fóruns, debates, congressos, seminários; celebram os momentos fortes da história da aids no Brasil e no mundo, e também nas histórias pessoais; não raro, cuidam uns dos outros e apostam em criativas formas de convivência com a infecção. Elas são, como bem expressa o título do trabalho monográfico da psicóloga Gerlani Florêncio Araújo⁶ sobre a versão da epidemia no discurso das pvha, Mãos que tecem a história em HIV/aids.

Mas, afinal quem são estes personagens cujas mãos tecem a história em HIV/aids e que relatam na clínica analítica histórias de amor pelo Outro? As pvha que chegam na clínica são: mulheres e homens, adolescentes, adultos, idosos, e mesmos crianças. São bissexuais, heterossexuais, travestis, transsexuais, homossexuais, usuários de drogas injetáveis ou não; religiosos, casados, solteiros, profissionais das mais variadas áreas; uma diversidade de perfis que muito se assemelham àquelas das personalidades destas tantas pessoas. Desta maneira,

os indivíduos soropositivos não possuem um perfil definido a priori, nem de idade, nem de sexo, nem de orientação sexual, nem de reação à infecção, nem de maneira de conduzir a sua vida, antes ou depois do diagnóstico de soropositividade, nem necessariamente de características de personalidade semelhantes a outras pessoas contaminadas. Em cada caso, o impacto emocional de estar infectado e as consequências desse impacto na vida cotidiana dependem da história pessoal do acesso ou não a recursos amplos pra conviver com a infecção.

Há, sim, um ponto em comum: é o da pessoa saber-se portadora de um vírus que

mesmo sendo cada vez mais compreendido e melhor tratado medicamente, gera uma severa, discriminação social na maior parte dos casos. Discriminação que, obrigando muitas vezes a esconder esta condição, incide fundamentalmente como obstáculo de acesso aos recursos – comunitários, emocionais e econômicos – para combater a infecção^{2:11}.

Ouvem-se com frequência histórias de amor pelo Outro, isto é, desde o momento em que as pessoas chegam, questionando-se acerca da sua contaminação, onde o Outro aparece inicialmente como o lugar de onde lhe veio a contaminação: o Outro, que surge sem rosto e sem o nome próprio, o Outro fantasmático, que é a própria morte adentrando à vida. Morte que, se de fato habita o corpo das pvha e lhes surge como algo urgente, também já se encontra trabalhando nos corpos de todos os outros homens e mulheres soronegativos e sorointerrogativos posto que, como se sabe, a morte é inevitável.

Com a escuta destas histórias observa-se que são muitas as situações que em geral agravam as instabilidades emocionais das pvha, como: a necessidade de encobrir o diagnóstico; o temor à rejeição, uma maior evidência dos conflitos já vividos com seus familiares; a falta de perspectivas de cura; o afastamento das atividades profissionais; os sentimentos de estranhezas percebidos nos olhares ou nas palavras; o medo da indiferença, do repúdio, do sofrimento e da morte; mesmo assim atenta-se para a realidade de que o tratamento do psiquismo dos pacientes com HIV/aids não conduz para uma forma especial de psicoterapia.

Na aids, o tema, que surge para o sujeito é vida/morte, portanto, não há que se criar um novo modelo de psicoterapia para lidar com a questão emergente. Pois se o sujeito precisará elaborar o problema da castração, ou seja, o problema dessa ameaça trágica que está vivenciando, certamente, ele poderá fazê-lo recorrendo ao trabalho analítico.

A análise exige da pessoa acometida pela aids, conforme o faz com qualquer outro sujeito, coragem a fim de dirigir sua atenção aos fenômenos de sua doença. Os sintomas precisam ser encarados não como algo do passado, mas como uma força atual, capaz de expressar um material recalcado, essa preciosidade para o

tratamento. Pois é daí que o paciente repete ou atua, manifesta suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter; além de repetir todos os seus sintomas no seu discurso durante o tratamento.

É pela via da transferência que o recalçado pode tornar-se consciente, dado ao trabalho de interpretação. O sucesso acontece quando o analista consegue que os sintomas sejam ressignificados pela transferência, substituindo a neurose comum por uma neurose de transferência da qual o paciente pode ser curado pelo tratamento.

A experiência do imprevisível, própria da práxis psicanalítica, se deve a uma posição dialetizante entre o analista e o sujeito em análise, que juntos realizam uma caminhada inédita, construída passo a passo. Nela, há a escuta psicanalítica, este instrumento de trabalho às vezes tão incômodo já que aponta e denuncia o mal-estar. Escuta a partir da qual o analista realiza o seu ofício onde quer que se encontre. Foi justamente aí que se apostou quando se assumiu a tarefa clínica com as pessoas impactadas emocionalmente em decorrência da contaminação pelo HIV.

Pois, diante das questões da contemporaneidade, a pergunta: o que pode um analista?, parece nunca querer se calar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo constatou-se a possibilidade de contribuições da psicanálise para o atendimento de pvha. Pois há muito se sabe: a psicanálise é esse fazer arriscado e silencioso, essa construção de um caminho surpreendente caracterizado por um mergulho na subjetividade. Sabe-se também, que é pela análise pessoal que se aprende e apreende a linguagem do inconsciente.

Verificou-se, via discurso dos sujeitos acometidos pela aids, que eles puderam ressignificar suas vidas no contexto terapêutico e que para isto se serviram de inúmeros elementos. O estudo dos fragmentos dos casos A.M. e A.L., fundamentados nas Teorias Psicanalíticas, tornaram possível considerar que aqueles sujeitos também foram atuantes na construção das respostas dadas à epidemia. Eles o fizeram, através das suas produções de subjetividade, das quais, foram ressignificando suas vidas.

AN ANALYTIC LISTENING TO PEOPLE LIVING WITH AIDS

ABSTRACT

This work proposes to consider: how people with HIV/aids signify their lives at therapeutic context. With this purpose a biographical study was used together with the exposition of two case fragments and some perceptions in psychoanalytic clinic. It is about a research based on Psychoanalytic Theory. The study has showed that patients with HIV could review his/her lives and make a plan of new contents. From this process resignifications of their lives occur which are, like their own perspectives, subjective and therefore different one from another.

Key Words: Aids. Psychoanalytic Theory. Death. Resignification.

REFERÊNCIAS

1. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humana. Petrópolis: Vozes; 2003.
2. Lent CF, Valle A. Pontes: AIDS e Assistência. Rio de Janeiro: Banco de Horas do IDAC; 1997.
3. Pimenta AC. Sonhar, brincar, criar, interpretar. São Paulo: Ática; 1986.
4. Freud S. Uma experiência religiosa (1928 [1927]). V. XXI. In: Freud S. Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
5. Fuks BB. Freud e a Judeidade: a vocação dos exílios. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000.
6. Araújo GF. Mãos que tecem histórias em HIV/AIDS. 2001. 96f. Monografia (Especialização em Sexualidade Humana). Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa; 2001.

ARTIGO

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM GESTANTES DIABÉTICAS BASEADO NA TEORIA DE DOROTHEA OREM

*Carlos César Silva Alves¹
Maria Eliane de Araújo Moreira²*

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo identificar os déficits de autocuidado em um grupo de gestantes diabéticas, baseada na teoria de Dorothea Orem e detectar os fatores que interferem na realização do seu autocuidado. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta foi realizada em um serviço de pré natal de um hospital público da cidade de João Pessoa - PB. Os dados foram coletados utilizando a técnica de entrevista com roteiro estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas. A partir dos diagnósticos de enfermagem obtidos (déficit de autocuidado para alimentação, padrão de sono perturbado, fadiga, risco para solidão e manutenção ineficaz da saúde), conclui-se que o conjunto de todos déficits encontrados revela uma carência na assistência com enfoque na atenção integral à gestante. E que para que essa clientela tenha seus déficits supridos, os profissionais de saúde devem conhecer as peculiaridades e a realidade social de cada gestante para que possam planejar e executar ações educativas a fim de tornar a assistência no pré natal mais eficiente.

Palavras-chave: Autocuidado. Gestantes. Diabetes.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como uma intolerância aos carboidratos de qualquer intensidade que inicia ou é reconhecida pela primeira vez na gestação⁽¹⁾. No Brasil, a prevalência do DMG em mulheres com mais de 20 anos atendidas no Sistema Único de Saúde é de 7,6%, destes 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez⁽²⁾.

Estudos prospectivos mostram que, em torno de 60% das mulheres com DMG, progrediram para diabetes, num período de 16 anos⁽³⁾, caracterizando um sério problema de saúde pública, pois a maioria das complicações crônicas inerentes à doença é altamente incapacitante para realização das atividades diárias e produtivas, compromete a qualidade de vida e o tratamento das mesmas é extremamente oneroso para o sistema de saúde⁽⁴⁾.

O DMG pode ser controlado, desde que as pacientes envolvam-se em ações tais como o uso de medicação hipoglicemiante de forma regular, monitorização da glicose sanguínea, realização de atividade física e ingestão de uma dieta que possa garantir ganho materno adequado de peso e aporte adequado de nutrientes ao feto sem provocar hiperglicemia pós prandial e nem aumento excessivo de peso.

A educação também é parte integrante do tratamento, pois o controle adequado do

¹ Enfermeiro e biólogo. Responsável Técnico pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Complexo Hospital Dr. Clementino Fraga. Especialista em Infectologia pela Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas. Endereço para correspondência: Rua Enfª Ana Mª Barbosa de Almeida, 160/301 – Jardim Cidade Universitária – João Pessoa (PB), Brasil. CEP: 58052-270. Tel: (83)3242-2700. E-mail: carlos_cesarsa@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Faculdade de Enfermagem Santa Emilia de Rodat.

diabetes torna-se irrealizável se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento⁽³⁾.

Um dos modelos que podem direcionar as ações assistenciais do enfermeiro e responder as necessidades do portador de uma doença crônica advém da Teoria do Déficit de Autocuidado, de Dorothea E. Orem. A autora considera a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade do cliente e da percepção dele sobre sua condição clínica⁽⁵⁾.

O postulado principal da Teoria do Déficit de Autocuidado é a incapacidade da pessoa em cuidar dela própria para atingir saúde e/ou bem estar, esse déficit ocorre quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e a sua demanda terapêutica que consiste nos fatores que devem ser trabalhados, controlados e modificados no indivíduo por afetarem o funcionamento do organismo e seu desenvolvimento humano⁽⁶⁾.

Assim o papel do enfermeiro consiste em auxiliar e coordenar as práticas do autocuidado, orientando e apoiando os pacientes a exercitarem o mesmo, verificando ainda os problemas surgidos, auxiliando as famílias a criarem sistemas que preencham as necessidades do autocuidado e avaliando a suficiência e eficiência do autocuidado⁽⁷⁾.

O ensino do paciente é a principal estratégia empregada para preparar o paciente para o autocuidado⁽⁸⁾. Assim o problema da pesquisa constitui-se em apreciar o conhecimento e habilidade que as gestantes diabéticas têm sobre sua doença para otimizar a qualidade na assistência prestada a essas pacientes com o objetivo de:

- Identificar os déficits de autocuidado em um grupo de gestantes diabéticas, baseada na teoria de Dorothea Orem.

METODOLOGIA

A construção metodológica deste estudo é do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando a Teoria do Autocuidado de Orem.

A população desta pesquisa foi composta por gestantes e a amostra por sete gestantes diabéticas atendidas no ambulatório do Instituto Cândida Vargas, localizado no município de João Pessoa, Estado da Paraíba.

Por tratar-se de um estudo qualitativo, vale ressaltar que a composição da amostra teve como requisito principal a saturação dos dados obtidos.

Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios: ser maior de 18 anos com diagnóstico de DMG confirmado, ter disponibilidade e interesse; que sejam atendidas no local de estudo e concordar em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista com roteiro estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas com base na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem.

Os dados foram colhidos e registrados no formulário pelo pesquisador, quando a paciente compareceu ao ambulatório para a consulta médica. As pacientes que satisfaziam os critérios de seleção averiguados previamente nos prontuários eram entrevistadas no local, após explicação do motivo da pesquisa e do aceite por escrito da mesma.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Santa Emilia de Rodat, atendendo às orientações contidas na Resolução 196/96 CNS e foi aprovado dentro das normas com o número 016/2005; assim como a Resolução 311/2007 do Cofen, que trata do Código de Ética do Profissional de Enfermagem.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização da População Estudada

A caracterização da população estudada é apresentada através de um conjunto de aspectos demográficos, envolvendo:

faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, ocupação profissional, religião, procedência, altura, peso atual e anterior à gestação, DUM e IG.

Participaram do estudo sete (07) clientes cuja idade variou dos 22 aos 40 anos, sendo que o maior índice de mulheres com DMG encontra-se na faixa etária entre 30 a 40 anos, correspondendo a um percentual de 57% (4), seguida da faixa entre 20 e 30 anos com índice de 43% (3). Sob este aspecto Smeltzer e Bare⁽⁸⁾ afirmam que um dos fatores de risco para DMG é a idade superior a 30 anos.

No que concerne ao estado civil da amostra estudada verificou-se a ocorrência de 57% (4) mulheres solteiras e 43% (3) casadas. Vale salientar que o estado civil não mantém relação direta com a ocorrência de problemas endócrinos, incluindo o diabetes.

No tocante ao nível de instrução ficou evidenciado, que a maioria da população estudada tem nível de escolaridade entre alfabetizada 43% (3) e fundamental completo 43% (3), perfazendo um percentual de 86% (6), e renda familiar de 1 salário mínimo 57% (4). Demonstrando assim, o incipiente nível cultural e econômico da população em estudo.

No que se refere à religião, observou-se que 100% (7) das mulheres entrevistadas eram católicas. Polak⁽⁹⁾ destaca que as "ações de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, os hábitos, práticas que caracterizam o estilo de vida do grupo social ao qual o indivíduo pertence." Dessa forma a religiosidade é um fator importante para a implementação de intervenções de enfermagem na busca da promoção do autocuidado.

Segundo o índice de massa corporal pré-gravídico das clientes do estudo, observou-se que 43% (3) das mulheres encontravam-se obesas, 29% (2) com índice normal e 14% (1) com sobrepeso. Observou-se ainda que as gestantes que se encontram na faixa de sobrepeso ou de obesidade são aquelas que já apresentavam o diabetes melitus antes da gestação, evidenciando que esse grupo apresenta déficits na habilidade de autocuidado. Vale salientar que das sete gestan-

tes que participaram do estudo apenas uma não soube informar a sua massa corporal pré-gravídico.

Em pesquisa realizada com um grupo populacional de diabéticos, Gagliardino⁽¹⁰⁾ verificou que a maior parte deles desconhecem questões básicas no manejo da própria doença, levando-os a sugerirem que os serviços frequentados por esse grupo dão pouca ênfase aos aspectos educacionais e preventivos no atendimento ao diabético.

Requisitos do autocuidado universal

No tocante a demanda de autocuidado universal para necessidades de alimentação e hidratação (Tabela 1), foi encontrado o diagnóstico de enfermagem, com base na taxonomia da NANDA⁽¹¹⁾, déficit de autocuidado acerca da alimentação relacionados a: preferência alimentar insatisfeita pelo tipo de dieta e pela falta de recursos de informação.

A North American Nursing Diagnosis Association⁽¹¹⁾ define o déficit de autocuidado acerca da alimentação como a capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.

A dieta deve ser planejada visando como meta principal o controle da glicose, sem no entanto desconsiderar o estilo de vida da paciente, base cultural e as preferências alimentares⁽⁸⁾. Essa dieta deve garantir a gestante um ganho de peso adequado, sendo a mesma encorajada a ingerir refeições e lanches conforme prescrito para sua dieta⁽¹²⁾.

A adesão em longo prazo ao plano de refeições é um dos aspectos mais desafiadores do tratamento do diabetes. Para auxiliar os pacientes na incorporação de novos hábitos alimentares aos seus estilos de vida, a terapia comportamental, o grupo de apoio e o aconselhamento nutricional contínuo devem ser encorajados⁽⁸⁾.

No que concerne aos aspectos relacionados à necessidade de eliminação e excreção, não foi encontrado nenhum diagnóstico de enfermagem ou déficit de autocuidado nas participantes desse estudo (Tabela 1).

No que se refere à manutenção de equilíbrio entre atividade e descanso (Tabela 2), foram encontrados déficits que levaram aos seguintes diagnósticos de enfermagem: padrão de sono e repouso prejudicados e fadiga.

O padrão de sono perturbado é definido como um distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono⁽¹¹⁾. Nesse estudo 57,14% (4) das gestantes informaram que apresentavam dificuldade nesse aspecto, devido à falta de posição confortável para dormir, dores nas costas e sensação de peso.

O desconforto da coluna lombar, no final da gestação, ocorre devido à lordose progressiva da coluna vertebral, conforme a dilatação do útero. Com o crescimento uterino ocorre também a distensão dos ligamentos redondos que apóiam o útero, podendo ocasionar um dor aguda e rápida. A gestante pode apresentar insônia no final da gravidez. Devido ao seu corpo grande e pesado pode não encontrar uma posição confortável para dormir e, ao amanhecer, sentir-se cansada⁽¹³⁾.

Sendo assim, a enfermagem precisa esclarecer que esses sintomas são comuns na gestação e não são graves, entretanto deve preparar a gestante para enfrentar esses desconfortos, fornecendo-lhe conforto, apoio e segurança através do ensino como medida de autocuidado.

Quanto à fadiga, é como uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual, estando relacionado tanto com o estresse quanto à gravidez⁽¹¹⁾.

O estresse emocional pode ter um impacto negativo sobre os níveis de glicose, principalmente quando a ingestão de alimentos e a insulina permanecem inalteradas. Além disso, durante os períodos de estresse emocional, a pessoa com diabetes pode modificar o padrão usual de refeições, exercício e medicamento⁽⁸⁾.

As pessoas com diabetes devem ser

conscientizadas da deterioração potencial no controle da doença que pode acompanhar o estresse emocional. Elas devem ser encorajadas a tentar aderir o máximo possível ao plano de tratamento do diabetes durante os períodos de estresse. Além disso, as estratégias de aprendizado para minimizar o estresse e lidar com o problema, quando ele ocorre, constituem importantes aspectos da educação do diabetes.

No aspecto referente à interação social foram encontrados os seguintes déficits (Tabela 2): ausência de atividades sociais fora do lar e privação afetiva.

Sendo o organismo humano um sistema com partes interligadas e interdependentes, a homeostase do fator equilíbrio entre solidão e interação social, é indispensável. Visto que, a solidão reduz os estímulos sociais e a necessidade para interação, indispensáveis à promoção de oportunidades para a culturação, socialização e conseqüente desenvolvimento do potencial humano⁽⁵⁾.

Dentre os fatores psicossociais aos quais pode ser imputada a característica de pré-patogênese, encontram-se: ausência de relações parenterais estáveis, falta de apoio no contexto social em que vive, transtornos sociais ou pessoais, entre outros. Tais estímulos têm influência direta sobre o psiquismo humano, com conseqüências danosas somáticas e mentais⁽¹⁴⁾.

Os déficits encontrados no subrequisito de interação social levaram ao diagnóstico de risco para solidão que é definido como estar em risco de experimentar vaga disforia⁽¹¹⁾.

Quanto aos aspectos relacionados ao risco à vida e ao bem estar (tabela 2), não foi evidenciado nenhum déficit de autocuidado, uma vez que nesse ponto foram abordadas questões sobre etilismo e tabagismo e nenhuma das participantes do estudo se enquadrava em tais grupos e, ainda assim, conheciam o risco desses vícios ligados a sua saúde e a do bebê.

Tabela 1. Distribuição das demandas de autocuidado da população estudada, segundo sub-requisitos do autocuidado universal diagnóstico de enfermagem e fatores relacionados ou de riscos.

Demandas de AC Subrequisitos	Diagnóstico de Enfermagem	Fatores relacionados ou de riscos
Necessidades de alimentação e hidratação	Déficit no autocuidado para alimentação	<ul style="list-style-type: none"> ● Preferência alimentar insatisfeita pelo tipo de dieta ● Falta de recursos de informação
Necessidade de eliminação e excreção	--	--

Tabela 2. Distribuição das demandas de autocuidado da população estudada, segundo sub-requisitos do autocuidado universal diagnóstico de enfermagem e fatores relacionados ou de riscos.

Demandas de AC Subrequisitos	Diagnóstico de Enfermagem	Fatores relacionados ou de riscos
Equilíbrio entre atividade e descanso	<ul style="list-style-type: none"> ● Padrão de sono perturbado ● Fadiga 	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de posição confortável para dormir ● Dores na coluna lombar ● Sensação de peso ● Estresse emocional
Interação social	<ul style="list-style-type: none"> ● Risco para solidão 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ausência de atividades sociais fora do lar ● Privação afetiva
Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	--	--

Tabela 3. Distribuição das demandas de autocuidado da população estudada, segundo sub-requisitos do autocuidado universal diagnóstico de enfermagem e fatores relacionados ou de riscos.

Demandas de AC Subrequisitos	Diagnóstico de Enfermagem	Fatores relacionados ou de riscos
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano	<ul style="list-style-type: none"> ● Manutenção ineficaz da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entendimento inadequado sobre o parto ● Falta de conhecimentos a cerca do diabetes

No contexto dos aspectos da promoção do funcionamento e desenvolvimento humano (Tabela 3) foram encontrados déficits que levaram ao seguinte diagnóstico de enfermagem: manutenção ineficaz da saúde.

Esse diagnóstico relaciona-se com o entendimento inadequado sobre o parto e a falta de conhecimentos acerca do diabetes⁽¹¹⁾.

No que diz respeito ao preparo para o parto, 71% (5) das gestantes relataram

não terem recebido as devidas orientações e que todas, 100% (7), inclusive as que foram orientadas, exprimiram dúvidas e medo quanto a esse momento. E nenhuma, das gestantes entrevistadas, relatou ter sido orientada quanto aos aspectos da amamentação.

Quando a gestante não é preparada para o parto a dor leva maior tensão e mais medo, que por sua vez gera mais dor. Isso leva a um trabalho de parto mais difícil, que pode evoluir para o parto operatório.

Por isso, durante o pré-natal, a enfermagem deve informar e preparar a mulher para o parto, dirimir todas as suas dúvidas, a fim de que possa enfrenta-lo com habilidade, conhecimento e segurança⁽¹⁵⁾.

A falta de conhecimentos acerca do diabetes encontrada nas gestantes do estudo, relaciona-se com a falta de informações adequadas sobre essa doença. Esta situação é agravada pelas informações incompletas e vagas relatadas pelas participantes do estudo, como: *“doença que mata, que não pode comer açúcar, açúcar no sangue, fome, tontura”*, dentre outros.

As práticas educativas em saúde têm estado presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde, porém, não têm conseguido, via de regra, gerar grandes transformações, que tenham impacto no modo de vida da população, em suas condições de saúde e na construção de sua cidadania⁽¹⁶⁾.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na gestação a mulher passa por diversas mudanças, ocasionando algumas demandas e déficits de autocuidado, que precisam ser compensadas e supridos de forma a preservar o seu bem-estar e manter a sua saúde. O enfermeiro ocupa um papel importante no acompanhamento às gestantes de baixo e de alto risco, que necessitam de recomendações e cuidados para que a gestação chegue a termo, a fim

de prevenir os riscos à sua saúde e a do conceito. Para tanto, a gestante deve ser incentivada a engajar-se no autocuidado, devendo compreender a natureza da assistência e os fatores intervenientes na mesma.

Acerca dos resultados obtidos, identificou-se, pela assistência embasada no modelo teórico de OREM, os déficits de autocuidado que levaram aos seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco para isolamento social, Padrão de sono perturbado, Interação social prejudicada, Ansiedade, Déficit de autocuidado acerca de: alimentação, sobre sua doença e sobre o parto.

O conjunto de todos esses déficits revela uma carência na assistência com enfoque na atenção integral à gestante, uma vez que os profissionais de saúde continuam a valorizar mais os aspectos físicos, esquecendo dos fatores culturais, psicológicos e econômicos do ser humano.

Para que essa clientela tenha seus déficits supridos, os profissionais de saúde devem conhecer as peculiaridades e a realidade social de cada gestante para que possam planejar e executar ações educativas a fim de tornar a assistência no pré-natal mais eficiente. Neste contexto, o enfermeiro, desenvolvendo o papel de educador, deve aproveitar e estimular as gestantes diabéticas a engajar-se num plano de autocuidado, fazendo com que perceba e compreenda que tais déficits representam uma ameaça, tanto para ela quanto para o bebê.

DEFICIT OF SELF IN PREGNANT DIABETIC BASED ON THE THEORY OF DOROTHEA OREM**ABSTRACT**

This research aimed to identify the deficits of self in a group of diabetic women, based on the theory of Dorothea Orem and detect the factors that interfere in the conduct of its autocuidado. Trata is a type of exploratory study, with a qualitative approach. The gathering was held in a pre-natal service of a public hospital in the city of Joao Pessoa - SW. Data were collected using the technique of structured interview with roadmap, containing objective and subjective questions. From the nursing diagnoses obtained (lack of self feeding, disturbed sleep pattern, fatigue, loneliness and risk to health maintenance ineffective), concluded that the combination of all deficits found shows a lack of assistance with focus on attention Full to pregnant women. And as for that customer has met its deficits, caregivers must be aware of the peculiarities and social reality of each pregnant so they can plan and implement educational actions to make assistance more effective in pre homeland.

Key words: Self-care. Pregnant women. Diabetes.

Referências

1. Freitas F. Rotinas em obstetrícia. In: *Diabete melito e gestação*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 407-428.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. *Gestação de Alto Risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenetarivas. *Manual de Diabetes*. 2ª ed. CODEG; 1994.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. *Manual de Enfermagem*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
5. Fontes WD. Déficit de autocuidado no câncer de mama: proposta educativa de enfermagem. [Dissertação de mestrado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1997.
6. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 5ª ed. St Louis: Morby, Year book; 1995.
7. Psciottani F. O autocuidado e a teoria de Orem: o papel do enfermeiro. *Diabetes Clínica: Jornal multidisciplinar do diabetes e das patologias associadas*. 2003 Jul/Ago;7:4.
8. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: Brunner e Suddarth: *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 933-80.
9. Polak YNS. *Enfermagem em nutrição parenteral: uma revisão da prática segundo Orem*. Curitiba: Relisul; 1991.
10. Gagliardino JJ. A avaliação da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina. *Diabetes Clín* 2002 jan/fev; 6(1):46-54.
11. *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2007-2008*. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Schirmer J. *Assistência pré-natal: Manual técnico*. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde - SP / Ministério da Saúde; 2000.
13. Ziegel E E. *Enfermagem em obstetrícia*. Guanabara Koogan; 1985.
14. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998.
15. Valverde MMM. *Um referencial amoroso para assistir: cuidar das adolescentes grávidas*. Pelotas: UFPEL: Editora Universitária; 1997.
16. Cocco MIM. *Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório*. In: Bagnato MHS, Cocco MIM, Sordi MRL, organizadoras. *Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares*. Campinas (SP): Alínea; 1999. p. 63-70.

ARTIGO

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE AOS ESTIGMAS VIVENCIADOS POR MULHERES MASTECTOMIZADAS¹

Lorrainy da Cruz Solano¹

Raimunda Medeiros Germano²

Lucineire Lopes de Oliveira³

Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins⁴

Thiago Enggle de Araújo Alves⁵

RESUMO

A mulher com câncer de mama mastectomizada é um dos extremos das ressignificações e reconfigurações do cotidiano e imaginário feminino. A escolha por trabalhar com o cotidiano e imaginário dá-se por serem estes formadores do terreno para o alicerçamento das diferenciações, significações, complexidades e heterogeneidades do universo do ser/feminino. O objetivo deste estudo é oferecer uma aproximação do impacto do existir com câncer de mama e do ser mastectomizada, procurando relacionar a perda do signo de feminilidade para a conformação de auto-imagens e autoprojeções de inferioridade, assexualidade e esterilidade, confrontando com o processo de trabalho da enfermagem frente à problemática. O caminho metodológico empregado foi à pesquisa bibliográfica para fundamentar a discussão que cerceia o tema. Destaca-se o caráter imprescindível de refletir acerca do processo de trabalho da enfermagem e os estigmas vivenciados por mulheres mastectomizadas, nos pondo na busca da construção de relações plurais, dialógicas e dinâmicas entre estes sujeitos sociais.

Palavras-chave: Enfermagem. Mulheres. Mastectomia.

INTRODUÇÃO

Na era da mundialização há uma substancial valorização do corpo humano que alcançou, mesmo em diferentes medidas, povos, classes e indivíduos. O desejo de conhecer a própria corporeidade e de melhorá-la, a aspiração à saúde, à plenitude das próprias capacidades e também à beleza, a difusão das atividades físico-esportivas, tudo isso se tornou um traço característico do homem e da mulher contemporâneos, onde quer que eles consigam superar a situação, na qual a vida cotidiana é esmagada pelas necessidades básicas¹.

¹ Artigo de Revisão.

² Enfermeira. Especialista em enfermagem do trabalho. Mestranda em enfermagem pela UFRN. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE/RN. E-mail: lsolano@facenemossoro.com.br.

³ Enfermeira. Professora doutora da UFRN. Líder do Grupo de Pesquisa Caleidoscópio de Educação em Enfermagem/UFRN. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN, docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN.

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família/UERN. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE/RN. E-mail: patriciahelena@facenemossoro.com.br

⁶ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN e Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/FACENE/RN. Professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN e Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/FACENE/RN. E-mail: thiagoenggle@facenemossoro.com.br

A sociedade se acostumou com os extremos de violência e crueldade entre os seres humanos, vulgarizando valores tidos dogmáticos e hoje mutagênicos como: educação, respeito e solidariedade. A cidadania é um exemplo claro disto, sendo somente percebida nos discursos políticos, mas efetivamente, o termo passa longe do nosso cotidiano e é um componente periférico de nosso imaginário.

A partir desta realidade é que começamos a tentar entender a inserção de nosso objeto de estudo na sociedade contemporânea. Um acontecimento só é pertinente na medida em que se situe num contexto². Daí, a necessidade de promover uma aproximação do impacto do existir com câncer de mama e do ser mastectomizada, procurando relacionar a perda do signo de feminilidade para a conformação de auto-imagens e auto-projeções de inferioridade, assexualidade e esterilidade, confrontando com o processo de trabalho da enfermagem frente às singularidades dessas mulheres.

O eixo deste trabalho é o imaginário feminino, onde acontece o ciclo vital dos anseios, angústias, sonhos, ilusões e incógnitas do ser/existir da mulher mastectomizada, como também o cotidiano, terreno para o alicerçamento das diferenciações, significações do universo do ser feminino.

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo subsidiado pela pesquisa bibliográfica considerando que a discussão implica em repensar o processo de trabalho da enfermagem e para tanto necessita de um alicerce teórico.

Partindo da compreensão que a nossa identidade é composta por relações, estruturada por narrativas íntimas e culturais e que os discursos sociais revelam os roteiros dos acontecimentos que constituem o quebra-cabeça de nossa identidade, seria interessante perguntar quais acontecimentos guardados na memória nos permitem construir narrativas de vida³.

SER MULHER: IMAGINÁRIO E COTIDIANO

O imaginário feminino constitui o cerne da intrincada teia cultural que prende a mulher mastectomizada aos

estigmas que a permeiam. O imaginário é o sonho, o onírico, o mito ou a narrativa da imaginação. É também, o espaço das des/construções simbólicas; onde os enredos da vida cotidiana são produzidos e ençados, por ser este o palco de transformações ou conformações das personagens. Seria ainda, o terreno para o alicerçamento das diferenciações, significações, complexidades e heterogeneidades do universo do ser/feminino; a intersecção entre o passado e o presente⁴.

Ser mulher, ter um corpo de mulher em nossa sociedade significa responder a uma série de apelos que o ideário da cultura estabeleceu – ter um corpo dócil, desejante, harmonioso, uma sexualidade sadia, e, ao mesmo tempo, estar inserida, como ator social, em um sistema pautado pela subordinação do corpo feminino, submetido a práticas sexuais normativas, como procriar. A diferença traduzida em opressão/subordinação se põe, portanto, na positividade masculina, e na negatividade feminina. Esses elementos vêm atuando, ainda, como força estruturante das relações sociais fundamentais, sendo exteriorizados na aparência dos corpos e interiorizados na construção das subjetividades e das identidades de homens e mulheres⁵.

O processo histórico e o ideário religioso cristão, foram os pilares desta cultura marginalizadora e mutiladora que estabelece as relações e as fronteiras entre ser mulher e ser homem, que reforça o caráter biológico do sexo e nega as implicações sociais inerentes a esta existência.

Excede assim a noção de sexo (todos possuem) e parte para a idéia de sexualidade (desempenho, motivações e práticas sexuais). E é justamente no caráter arquitetado da sexualidade que nos deparamos com o modelo cultural hebraico-cristão solidificado em nossa sociedade.

O papel da mulher que cuida, controla, que é "meio mãe" do marido, que é doméstica, parece des-erotizar a imagem da mulher frente ao cônjuge. No lar a figura feminina é sempre a da mãe, a mulher é abafada pelos afazeres domésticos, pelos cuidados com os filhos que desfigura a face sexual da mulher, que retira sua libido, gastando-a com um trabalho desvalorizado e não-remunerado⁶.

O impacto deste contexto cultural-

social-histórico na organização desigual de gênero afeta as auto-imagens inconscientes e fantasias sobre a feminilidade do ser mulher. Ao socializar seu corpo a mulher se sujeita. Originam-se daí as fantasias persecutórias do ser mulher. Fantasias estas que tumultuam o imaginário feminino determinando o modo como a mulher se auto-projeta social e sexualmente. Estas auto-imagens e/ou auto-projeções nos reportam a simbologia do ser mulher, onde existem signos de feminilidade. Entendemos que signo é uma representação simbólica. Assim, apontamos como signos de feminilidade a vulva e a mama^{5,6}.

A mama é o signo de feminilidade da mulher que responde aos apelos sexuais/homem e maternais/filhos. É praticamente impensável ser mulher sem seios; esta não seria mulher, seria homem ou uma mulher com problemas. Em nossa cultura, muito se valorizam as mamas firmes, bem definidas, e, atualmente, o aumento do seu volume, elevando, com isso, o número de cirurgias plásticas com a finalidade de implante de próteses de silicone⁷.

A mídia concorre para a eternização dos estereótipos, revistas, televisão, cinema, histórias infantis, romances, como também a igreja (ideário cristão), escolas, família. Enfim, todos os instrumentos de massificação são úteis nessa intentona. As histórias infantis atravessam os anos normalizando os corpos e os comportamentos.

À mulher moderna, circunscrita às camadas média alta de centros urbanos, é veiculada, especialmente pelas revistas femininas, o mito padrão de ser: sexy, feliz, ousada, independente, romântica, bem amada, atrevida, segura de si, vencedora, exibida, apaixonada, divertida. Para além das situações adversas há uma realidade fantasmática de mitos, sonhos, crenças que permeiam o universo feminino. São registros intemporais que associados à diferença de gênero, se reproduzem, resignificam e se manifestam na forma como a mulher vivencia seu corpo, no uso do corpo, e nas rotinas corporais como cuidados, ações e rituais⁸.

Para Foucault⁹ é o diagrama de um poder que não atua do exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem e mulher

necessários ao funcionamento e manutenção da sociedade capitalista.

Afora as implicações já citadas neste texto, a condição biológica da mulher justifica e hierarquiza o acesso da mulher à saúde. Voltar à atenção à saúde da mulher para o entendimento da situação sócio-política-afetiva desta é permitir a re/construção da identidade feminina a partir de outra holística⁵.

A MULHER MASTECTOMIZADA: ESTIGMAS E REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A mulher que vivencia a mastectomia apresenta sentimentos de rejeição a si mesma, os quais persistem até o momento em que ela consegue reelaborar a situação vivida e aceita a sua facticidade. Enquanto isso não acontece, a mulher experimenta sentimentos de inferioridade, exclusão social e assexualidade⁷.

A cicatriz do corpo traz a dor da ferida do imaginário do ser mulher agora mutilada. É bom lembrar que são corpos onde se lêem todas as informações geradas pelo universo da cultura no tempo e no espaço. Universo que mantém vivo este corpo e ao mesmo tempo é sustentado por ele⁸.

A temática Câncer é cerceada por estigmas e preconceitos que vão desde a ignorância etiológica da população e de seus portadores até a forma de comunicação dos saberes popular e científico que lidam com tais portadores, dando espaço para expressões do tipo "CA", "Aquele Doença" etc¹⁰.

Assim, estar com câncer ou ser portador de neoplasia pode não significar concretamente estar morto, mas necessariamente expressa uma certeza de morte iminente. Muito embora, morrer seja das poucas certezas que temos ao estarmos vivos, ao portador de câncer esta se torna companheira constante, podendo levar ao suicídio concreto ou irreal.

O Câncer de Mama como roubo precoce da vida. É desse modo, hegemonicamente, que as mulheres recebem de imediato o diagnóstico câncer de mama; e o sofrimento aumenta quando procede ao

diagnóstico, as explicações ou execução da terapêutica, onde pode se incluir a mastectomia.

Os efeitos desta afecção no cotidiano e imaginário da portadora, invariavelmente, são de desfiguramento, perda da atratividade sexual e medo da morte. Como vimos, o câncer de mama é a mutilação não só da mama, mas da identidade feminina pela perda do signo de feminilidade. Com a amputação do seio a mulher sente perder a sexualidade/homem e a reprodutividade/filho, desorientando-se quanto ao seu papel social e sexual na sociedade. Ademais, a mastectomia é compreendida, intrinsecamente, como uma deficiência física, implicando em uma visão distorcida das mulheres mastectomizadas; delas próprias e daqueles que a cercam. Ser mastectomizada pode significar ser assexuada, estéril e inútil.

A auto-projeção que a mulher portadora faz é de sua condenação eterna ao exílio sexual, social e a morte, sentindo ter perdido, ou mesmo sido roubada suas expectativas de vida. Ademais, ela é vista como um ser insólito.

Como vemos, trabalho, lazer, relações interpessoais, sexo, estética, afeto e auto-aceitação são alguns dos espaços públicos e privados atingidos pelo ser/existir mastectomizada. O abalo sísmico no cotidiano e imaginário feminino.

A mulher mastectomizada vê-se constantemente invadida com orientações, estímulos, histórias que aconteceram com algum conhecido, conselhos, analogias, enfim, todo um aparato denominado apoio psicológico fácil de ser dito, mas para elas difícil de ser vivido. São eufemismos e paliativos comuns àqueles que a cercam ocultando, ou pelo menos tentando, estigmas e preconceitos velados nesse aparato de fundamentação simplista que exprime o caráter insólito da portadora.

Reina a solidão e a incompreensão e estes se agravam quando parte daqueles que mais deveriam entender, os trabalhadores da saúde, não os entendem.

Sendo assim, a enfermagem como um dos integrantes do processo de trabalho da saúde, tem suas especificidades de conhecimentos e práticas, na assistência aos seres humanos. Por isso, faz-se necessário

uma reflexão contínua acerca de seu conhecimento e de sua prática.

O trabalho da enfermagem caracteriza-se pelo cuidado direto ao usuário, em toda a sua integralidade, como ser biológico e social. Compõem a categoria enfermagem, trabalhadores de formação diferenciada que dividem o trabalho.

Ora, o portador de câncer, seja de mama ou não, espera que no mínimo exista compreensão naqueles responsáveis por sua reabilitação, ou seja, os trabalhadores da saúde. Se o estigma do câncer atinge proporções consideráveis na imaginação dos leigos, no cotidiano dos profissionais este se transmuta em impessoalidade, desmotivação, distanciamento e silêncio entre os sujeitos, profissional e usuário. Infelizmente este é o modo hegemônico de saber/fazer destes legalizado pela vasta literatura biologizante e pelo uso da mídia já explicitado.

A autonomia regrada do enfermeiro encontra respaldo na inferioridade atribuída à condição feminina, por ser uma profissão exercida há anos, hegemonicamente por mulheres.

O impacto deste acervo medicocêntrico, curativo, unidirecional e míope é o parco poder de resolubilidade das reais necessidades de saúde da mulher mastectomizada. A busca de práticas assistenciais menos reducionistas não encontra espaço para consolidar-se, esbarrando em séculos de positivismo, de objetividade e individualismo. Somos todos filhos de uma mentalidade em que a única visão verdadeira do mundo é aquela concebida da racionalidade das ciências naturais¹¹.

O esfacelamento do usuário, permite o estabelecimento além do unidirecionalismo do processo de trabalho sujeito/objeto do monólogo, tornando-o afásico e por conseguinte, legitimando uma relação hierárquica ou de poder. Se a fala é o instrumento que distingue o homem de outros seres vivos, a impossibilidade do seu uso por quem precisa torna-se obstáculo a qualquer avanço nas relações entre os indivíduos, seja na sociedade, seja nos espaços das enfermarias, na convivência cotidiana entre trabalhadores da saúde e pacientes¹². Vale salientar que "Segundo o Ministério da Saúde, a neoplasia que

mais mata e acomete a população feminina é o câncer de mama"¹³.

Uma justaposição de compartimentos faz esquecer as comunicações e as solidariedades entre os conhecimentos especializados, os técnicos especialistas que tratam os problemas de modo isolado e esquecem que, nessa época de mundialização, os grandes problemas são transversais, multidimensionais e planetários².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O imaginário feminino é o marco para a compreensão dos efeitos no cotidiano da mulher portadora do câncer de mama mastectomizada, por ser o espaço das des/construções simbólicas onde os enredos da vida cotidiana são produzidos e encenados, sendo o palco de transformações ou conformações das personagens.

Como foi visto, o câncer de mama é muito mais do que o maior problema de saúde pública em mulheres, é o extremo do complexo sócio-histórico-cultural-

afetivo que atribula o universo feminino à medida que expõe as cicatrizes históricas determinantes da condição objetual do ser mulher com suas fantasias/fantasmas persecutórias.

A resolubilidade do processo de trabalho da enfermagem é proporcional as re/configurações de estigmas e preconceitos frente à mulher mastectomizada. Cabe-nos tentar entender toda a simbologia do ser/existir delas, começando pela aproximação desses sujeitos mediante o estabelecimento de uma relação dialógica.

Diante disso, emerge a necessidade da fundamentação teórica plural da categoria de enfermagem para transpor a elementariedade, objetivando um processo de trabalho competente e crítico.

Da mesma forma, percebemos a necessidade de continuação dos estudos acerca do problema para propor saídas que preencham o fosso assistencial existente entre a enfermagem e a mulher mastectomizada, na busca da edificação de relações plurais, dialógicas e dinâmicas entre estes sujeitos.

THE NURSING WORK PROCESS WHEN DEALING WITH WOMEN WHO HAVE GONE THROUGH MASTECTOMY.

ABSTRACT

A woman who has breast cancer and has gone through mastectomy is one of the most extreme aspects of the female daily life. The choice to work with the imaginary and the routine was made because these are the basis for differential meanings, complexity and heterogeneity of the universe for the female. The aim of this work was to get closer to the impact of having breast cancer and having gone through mastectomy, trying to relate the loss of femininity sign to the conformation of self images of feeling smaller, asexual and sterility. Dealing with the problem by confronting with the nurses' work process. The methodology used was a literature search to substantiate the discussion surrounding the issues. It is very important to think about the nurses' work process and the stigmas experienced by women who have gone through mastectomy. It give us the opportunity to build plural, dialogical and dynamic relationships between these social characters.

Keywords: nursing, women, mastectomy.

REFERÊNCIAS

1. Berlinguer G, Garrafa V. O mercado humano. 2 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.
2. Morin E, Almeida MC; Carvalho EAC. (org.). Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 4^a edição. São Paulo: Cortez, 2007.
3. Cyrulnik B. O murmúrio dos fantasmas. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
4. Durand G. O Imaginário: ensaio acerca das ciências e da filosofia da imagem. Rio de Janeiro: DIFEL, 1998.
5. Galvão L, Díaz J. (org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1999.
6. Massi M. Vida de mulheres: cotidiano e imaginário. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
7. Madeira AMF, Almeida GBS, Jesus MCP. Refletindo sobre a sexualidade da mulher mastectomizada. Rev Mineira de Enfermagem (serial on line) 2007 jul-set (cited 2008 jul 31); 11(3):254-257. Available from: URL: <http://www.enf.ufmg.br/reme/remev11n3.pdf>.
8. Almeida MC, Knobb M, Almeida AM. Polifônicas Idéias: por uma ciência aberta. Porto Alegre: Sulina, 2003.
9. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.
10. Ferrari C, Herzberg V. Tenho câncer, e Agora: enfrentando o câncer sem medos ou fantasias. 2 ed. Rio de Janeiro: FAZ Serviços de Marketing S/C Ltda, 1997.
11. Leopardi MT, Kirchhof AL, Capella BB, et al. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.
12. Morais PB. Discursos e Interditos: a medicina frente a pacientes terminais de câncer. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 1997.
13. Borghesan DH, Pelloso SM, Carvalho MDB. Câncer de mama e fatores associados. Cienc Cuid Saúde, 2008 7 (Suplem. 1): 62-68.

ARTIGO

ESTUDO TERMOANALÍTICO E BIOLÓGICO DE PRODUTOS ATOMATADOS

Carolina Uchoa Guerra Barbosa de Lima¹
Antônio Gouveia de Souza²
Homero Perazzo Barbosa³

RESUMO

Este trabalho objetivou a realização do estudo da estabilidade de produtos atomatados (ketchup, molho e extrato de tomate) em diferentes tipos de embalagem, ao abrir e em diferentes dias de armazenamento sob refrigeração, através da realização de análises físico-químicas, microbiológicas e termográficas. As análises realizadas (pH, acidez, atividade de água (Aw), cloreto, umidade, matéria seca e cinzas) para o mesmo tipo de embalagem, não apresentaram diferença significativa ($p > 0,05$) nos diferentes dias de armazenamento. O ketchup apresentou diferença significativa ($p < 0,05$) entre as embalagens na acidez, Aw, umidade e matéria seca. Com relação ao molho de tomate, foi encontrada diferença significativa entre os tipos de embalagem, apenas na atividade de água. O extrato de tomate só apresentou diferença significativa entre as embalagens na análise de cloreto. Na realização da análise microbiológica, não foi encontrado nenhum tipo de microorganismo. Já nas análises termogravimétricas, observou-se que a embalagem de lata para o extrato e o molho de tomate, e a embalagem de plástico para o ketchup, são mais estáveis e dão maior proteção aos produtos; já as embalagens cartonadas apresentam maior perda da qualidade do produto, em virtude de sua maior permeabilidade ao oxigênio.

Palavras-chave: Produtos atomatados. Análise térmica. Microbiologia. Análise físico-química. Embalagens.

INTRODUÇÃO

O tomate é uma planta da família das solanáceas, cuja espécie é denominada cientificamente *Lycopersicon esculentum*, Mill. O centro primário de origem do tomate é o Geocentro Sul-Americano, que abrange as regiões situadas ao longo da Cordilheira dos Andes¹.

O tomate é consumido *in natura* como ingrediente preferido nas saladas, sob a forma de suco, desidratado, como ingrediente de sopas, em conserva, em extrato, coado e condimentado (ketchup), ou com vinagre (pickles). O fruto verde em alguns países é utilizado inclusive para o preparo de doces¹.

¹ Mestre em Ciências e Tecnologia de Alimentos (Bioquímica). Doutoranda em Farmacologia LTF / UFPB. Professora de Imunologia e Bioquímica das Faculdades Nova Esperança – FACENE e FAMENE, João Pessoa – PB. Rua José Gonçalves de Abrantes, nº 86, apt 201, Bessa. CEP 58037-265. E-mail: caroluchoa81@gmail.com. Tel: 8825-8423.

² Doutor em Química. Professor da Universidade Federal da Paraíba / CCEN, João Pessoa – PB. Universidade federal da Paraíba, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Campus I, Departamento de Química (LACOM), Cidade Universitária. CEP: 58059-900. Tel: 216-7441.

³ Professor Doutor de Bioquímica das Faculdades Nova Esperança – FACENE e FAMENE, João Pessoa – PB. Rua José Gonçalves de Abrantes, 98, apt 201, Manaíra. CEP: 58038-220. E-mail: homeroperazzo@yahoo.com.br. Tel: 9135-3556.

O tipo de embalagem no qual o produto é acondicionado também pode influenciar na sua vida útil. Em geral, os atomatados exigem um material de embalagem que ofereça boa proteção contra a oxidação, contra a perda de umidade e a contaminação microbiológica. As embalagens devem evitar as alterações das características sensoriais do produto, além de satisfazer as necessidades de *marketing*, custo, disponibilidade entre outras. Em casos onde é feito o acondicionamento a quente do produto, para diminuição da concentração de oxigênio no espaço livre e da carga microbiana da embalagem, exige-se também do material de embalagem, uma estabilidade térmica e dimensional nas temperaturas de enchimento. Além desses requisitos a boa hermeticidade do sistema de fechamento assegura a manutenção das características do material de embalagem e evita a re-contaminação microbiológica do produto².

Apesar de estarem presentes em pequena quantidade, os carotenóides que fazem parte do tomate, apresentam elevado valor nutricional merecendo destaque o licopeno, que apresenta atividade antioxidante superior aos demais encontrados. Tomates contêm cerca de 30 mg de licopeno por quilograma de tomate cru, porém maiores quantidades são encontradas em alguns dos produtos atomatados³. Rao e Agarwal^{4,5} verificaram que os subprodutos do tomate como molho e ketchup têm maior quantidade de licopeno biodisponível do que o fruto, isto ocorre devido à isomerização, a qual o licopeno é submetido durante o cozimento, processamento e estocagem dos alimentos.

O presente trabalho teve como objetivo realizar um estudo físico-químico, microbiológico e termoanalítico de produtos atomatados (ketchup, extrato e molho de tomate), e observar se há efeito da embalagem sobre os parâmetros estudados.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização dessa pesquisa, foram utilizados produtos adquiridos diretamente dos supermercados da cidade de João Pessoa, PB, de mesma marca e

embalagens diferentes (cartonada, lata e plástico) e transportados para o laboratório de Flavor do Centro de Tecnologia da Universidade Federal da Paraíba (CT/UFPB). As embalagens foram acondicionadas em temperatura de estocagem (ambiente e sob refrigeração - 14 °C), durante 5, 10, 15 e 20 dias. As análises foram realizadas ao abrir e durante o período de estocagem.

As análises físico-químicas, como o pH, acidez, atividade de água (*Aw*), cloretos, cinzas, umidade e matéria seca foram realizadas de acordo com as Normas Analíticas do Instituto Adolfo Lutz⁶.

O estudo estatístico foi realizado nas análises físico-químicas (Qui-quadrado e Teste de Friedman), de acordo com Zar⁷, utilizando o programa Bioestat versão 4.0.

A metodologia utilizada para as análises microbiológicas estava de acordo com a Instrução Normativa (IN) nº 62 do Ministério da Agricultura⁸.

As curvas termogravimétricas (TG) e calorimétricas (DSC) foram obtidas no Laboratório de Combustíveis (CCEN/UFPB), utilizando o Analisador Térmico TA Instruments SDT 2960 Simultaneous. As análises foram realizadas no intervalo de temperatura de 27 a 650 °C, nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20 °C/min., massa de amostra de 10 ± 0,5 mg, atmosferas de nitrogênio e ar sintético e fluxo de 110mLmin⁻¹.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O tipo de embalagem no qual o produto é acondicionado também pode influenciar na sua vida útil. Em geral, os atomatados exigem um material de embalagem que ofereça boa proteção contra a oxidação, contra a perda de umidade e a contaminação microbiológica. As embalagens devem evitar as alterações das características sensoriais do produto, além de satisfazer as necessidades de *marketing*, custo, disponibilidade entre outras. Em casos onde é feito o acondicionamento a quente do produto, para diminuição da concentração de oxigênio no espaço livre e da carga microbiana da embalagem, exige-se também do material de embalagem, uma estabilidade térmica

e dimensional nas temperaturas de enchimento. Além desses requisitos a boa hermeticidade do sistema de fechamento assegura a manutenção das características do material de embalagem e evita a contaminação microbiológica do produto.

As análises físico-químicas dos atomatados foram realizadas ao abrir e em diferentes tempos de armazenamento sob refrigeração, como pode ser observado nas Tabelas.

De acordo com as tabelas acima, pôde-se observar que houve um aumento da concentração de pH, acidez, cloreto, matéria seca e cinzas, embora estatisticamente não seja significativo ($p > 0,05$), devido à perda de umidade do alimento para o ambiente, provocada pelo acondicionamento sob refrigeração. Já a atividade de água (A_w) e a umidade baixaram, pelo mesmo motivo citado anteriormente.

De acordo com Franco; Landgraf⁹, embora haja o aumento dos valores de pH e acidez, tornando os alimentos menos ácidos, durante o armazenamento dos produtos estudados, o pH obtido após o vigésimo dia é inferior àquele em que a proliferação bacteriana é possível. Esses alimentos normalmente deterioram-se devido ao crescimento de bolores e leveduras, uma vez que estes toleram pH inferior a 4,5; embora não tenha sido observada a presença de microorganismos depois do vigésimo dia de armazenamento.

Na Tabela 1 pode ser observado que o armazenamento sob refrigeração fez com que o teor de cloreto na embalagem cartonada do molho de tomate aumentasse consideravelmente a partir do décimo dia de armazenamento, embora não seja estatisticamente significativo ($p > 0,05$).

De acordo com a ABIA (Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação), o pH ideal para o consumo do molho de tomate deve ser até 4,20; o da acidez deve ser até 1,0% e o de cloreto deve ser até 1,5%, mostrando que o molho deve ser consumido aproximadamente até três dias depois de aberto.

Segundo Franco; Landgraf⁹, o aumento da concentração do cloreto, faz com que ocorra a diminuição dos valores

de A_w , por reduzir os valores de P (pressão de vapor da água parcial encontrada no alimento), evitando assim o crescimento de microorganismos, como foi observado nas análises realizadas.

De acordo com a FDA (Food and Drug Administration)¹⁰, os parâmetros encontrados durante as análises do ketchup e do extrato de tomate, nos dois tipos de embalagem, são aceitáveis, até o vigésimo dia de armazenamento (Tabela 2).

Com relação ao molho de tomate, foi encontrada diferença estatisticamente entre os tipos de embalagem, apenas com relação à atividade de água ($p < 0,05$).

Já o ketchup apresentou diferença estatisticamente entre as embalagens no que diz respeito à A_w , umidade, matéria seca e acidez ($p < 0,05$).

Por sua vez, o extrato de tomate só apresentou diferença estatisticamente entre as embalagens no quesito cloreto ($p < 0,05$).

Um bom teor de matéria seca, indica uma boa quantidade e qualidade dos tomates utilizados como matéria-prima. Verificou-se que não há diferença estatística nos valores de matéria seca entre os tipos de embalagem dos atomatados, com exceção do ketchup.

Todas as análises físico-químicas realizadas nos produtos atomatados, não tiveram diferença estatisticamente ($p > 0,05$).

Análises microbiológicas

As análises microbiológicas foram realizadas em todas as amostras, ao abrir e nos dias de armazenamento, no Laboratório de Controle de Qualidade do Centro de Tecnologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

Um indício de que o produto passou por um processo de esterilização adequado, foi a ausência de qualquer alteração nas embalagens (estufamento). Assim, se a embalagem permanecer inalterada, não houve liberação de gases pela atividade microbiana, indicando que o alimento está estéril, e pode ser consumido sem perigos, como pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 1: Análise físico-química e estatística do molho de tomate em embalagem cartonada.

Análises	Molho de tomate cartonado					Análise estatística		
	Ao Abrir	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	p	χ^2	GI
pH	3,95	4,28	4,28	4,31	4,33	0,9999	0,0240	4,0000
Aw	0,988	0,986	0,984	0,963	0,901	1,0000	0,0060	4,0000
Acidez (%)	0,30	0,30	0,30	0,31	0,33	1,0000	0,0020	4,0000
Cloreto (%)	1,32	2,63	4,02	5,41	5,50	0,4836	3,4630	4,0000
Umidade (%)	87,8	87,4	87,3	86,7	83,4	0,9974	0,1480	4,0000
Matéria seca (%)	12,2	12,6	12,7	13,3	16,6	0,9175	0,9490	4,0000
Cinzas (%)	1,57	1,60	1,76	1,85	2,00	0,9994	0,0740	4,0000

Tabela 2: Análise físico-química e estatística do molho de tomate em embalagem em lata.

Análises	Molho de tomate lata					Análise estatística		
	ao abrir	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	p	χ^2	GI
pH	4,20	4,28	4,29	4,31	4,33	1,0000	0,0020	4,0000
Aw	0,999	0,999	0,998	0,997	0,995	1,0000	0,0000	4,0000
Acidez (%)	0,30	0,33	0,35	0,37	0,39	10,0000	0,0140	4,0000
Cloreto (%)	1,75	1,78	1,80	1,83	1,85	10,0000	0,0030	4,0000
Umidade (%)	88,6	88,4	87,3	86,7	85,0	0,9989	0,0970	4,0000
Matéria seca (%)	11,4	11,6	12,7	13,3	15,0	0,9557	0,6640	4,0000
Cinzas (%)	1,40	1,45	1,76	2,80	2,83	0,9106	0,9950	4,0000

Tabela 3: Análise físico-química e estatística do ketchup em embalagem de plástico.

Análises	Ketchup plástico					Análise estatística		
	ao abrir	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	p	χ^2	GI
pH	3,66	3,70	3,73	3,75	3,77	1,0000	0,0020	4,0000
Aw	0,954	0,953	0,950	0,948	0,944	1,0000	0,0000	4,0000
Acidez (%)	0,79	0,87	0,88	0,90	0,93	1,0000	0,0120	4,0000
Cloreto (%)	4,43	4,55	4,60	4,97	4,97	0,9997	0,0530	4,0000
Umidade (%)	66,6	65,0	63,6	63,1	62,5	0,9996	0,1690	4,0000
Matéria seca (%)	33,4	35,0	36,4	36,9	37,5	0,9896	0,3030	4,0000
Cinzas (%)	2,74	2,75	2,75	2,78	2,80	1,0000	0,0010	4,0000

Tabela 4: Análise físico-química e estatística do ketchup em embalagem cartonada.

Análises	Ketchup cartonado					Análise estatística		
	ao abrir	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	p	χ^2	GI
pH	3,56	3,79	3,87	3,87	3,93	0,9999	0,0220	4,0000
Aw	0,970	0,965	0,965	0,965	0,960	1,0000	0,0000	4,0000
Acidez (%)	0,96	0,98	1,00	1,00	1,10	1,0000	0,0120	4,0000
Cloreto (%)	4,1	4,48	4,97	5,8	6,02	0,9696	0,5390	4,0000
Umidade (%)	68,3	68,0	67,8	67,4	66,9	1,0000	0,0180	4,0000
Matéria seca (%)	31,7	32,0	32,2	32,6	33,1	0,9998	0,0370	4,0000
Cinzas (%)	2,71	2,73	2,75	2,85	2,90	1,0000	0,0100	4,0000

Tabela 5: Análise físico-química e estatística do extrato de tomate em embalagem de lata.

Análises	Extrato de tomate lata					Análise estatística		
	ao abrir	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	p	χ^2	Gl
pH	4,39	4,39	4,40	4,42	4,43	1,0000	0,0000	4,0000
Aw	0,998	0,998	0,997	0,996	0,994		1,00000,0000	
4,0000								
Acidez (%)	0,40	0,42	0,46	0,47	0,47	1,0000	0,0090	4,0000
Cloreto (%)	3,21	3,30	3,33	3,40	3,50	1,0000	0,0070	4,0000
Umidade (%)	82,68	82,6	82,0	81,94	81,91	1,0000	0,0070	4,0000
Matéria seca (%)	17,32	17,4	18,0	18,06	18,1	0,9990	0,0033	4,0000
Cinzas (%)	2,71	2,73	2,75	2,85	2,90	1,0000	0,0100	4,0000

Tabela 6: Análise físico-química e estatística do extrato de tomate em embalagem cartonada.

Análises	Extrato de tomate cartonada					Análise estatística		
	ao abrir	5 dias	10 dias	15 dias	20 dias	p	χ^2	Gl
pH	3,95	4,28	4,28	4,31	4,33	0,9999	0,0000	4,0000
Aw	0,991	0,9686	0,983	0,960	0,921	1,0000	0,0000	4,0000
Acidez (%)	0,30	0,30	0,31	0,31	0,40	0,9999	0,0090	4,0000
Cloreto (%)	1,32	2,34	2,92	4,97	5,85	0,9190	0,0070	4,0000
Umidade (%)	87,29	86,1	86,0	84,5	83,5	0,9987	0,0070	4,0000
Matéria seca (%)	12,71	13,9	14,0	15,5	16,5	0,9623	0,0033	4,0000
Cinzas (%)	2,00	2,14	2,17	2,20	2,35	0,9999	0,0100	4,0000

Tabela 7: Análise estatística entre os tipos de embalagem dos produtos atomatados

PRODUTOS	ESTATÍSTICA
Molho de tomate cartonado e lata	pH: Fr=0.8; G.l=1; p=0.3711 Aw: Fr=5.0; G.l=1; p=0.0253 Acidez: Fr=3.2; G.l=1; p=0.073 Cloreto: Fr=1.8; G.l=1; p=0.1797 Umidade: Fr=1.8; G.l=1; p=0.1797 Matéria seca: Fr=1.8; G.l=1; p=0.1797 Cinzas: Fr=0.0; G.l=1; p=0.9999
Ketchup plástico e cartonado	pH: Fr=1.8; G.l=1; p=0.1797 Aw: Fr=5.0; G.l=1; p=0.0253 Acidez: Fr=5.0; G.l=1; p=0.0253 Cloreto: Fr=0.20; G.l=1; p=0.6547 Umidade: Fr=5.0; G.l=1; p=0.0253 Matéria seca: Fr=5.0; G.l=1; p=0.0253 Cinzas: Fr=0.000; G.l=1; p=0.9993
Extrato de tomate cartonado e lata	pH, Aw, acidez, umidade, matéria seca e cinzas: Fr=5.0; G.l=1; p=0.0253 Cloreto: Fr=0.20; G.l=1; p=0.6547

Tabela 8: Estudo microbiológico dos atomatados.

	Molho Lata	Molho Cartão	Ketchup Plástico	Ketchup Cartão	Extrato Lata	Extrato Cartão
<i>Coliformes fecais</i> (NMP/g)	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
<i>Coliformes totais</i> (NMP/g)	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
<i>S. aureus</i> (UFC/g)	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
<i>Salmonella</i> em 25g	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente

Análise Térmica

As curvas termogravimétricas foram obtidas utilizando uma atmosfera de ar sintético e de nitrogênio, com fluxo de 110ml/min, numa faixa de temperatura de 25°C a 650°C, com razões de aquecimento de 10°C/min, 15°C/min e 20°C/min.

O ar sintético é um gás incolor e inodoro, composto de oxigênio e nitrogênio (características do ar atmosférico), inflamável, com ponto de ebulição em torno de -194,3°C, pouco solúvel em água, densidade igual a 1200kg/m³ a 21°C e 1atm, é um produto estável à temperatura ambiente e ao ar, sob condições normais de uso e de armazenagem. Esse ar acelera a combustão.

Já o nitrogênio é um gás incolor, inodoro e insípido, não é inflamável, é ligeiramente mais leve que o ar sintético e ligeiramente solúvel em água. É um gás inerte.

De acordo com a Figura 1 observou-se que, nas três razões de aquecimento (10, 15 e 20°C/min), utilizando a atmosfera de ar sintético, a decomposição do extrato de tomate em embalagem cartonada começou em torno de 31°C, perdendo cerca de 78,9% de sua matéria, principalmente umidade e compostos mais voláteis, e o processo se deu em duas etapas, tendo a etapa final de decomposição de todo o produto, numa temperatura em torno de 544°C.

Isso mostra que o extrato de tomate em embalagem cartonada possui uma estabilidade numa temperatura de até 31°C.

A Figura 2 mostra a análise do extrato de tomate cartonado utilizando a atmosfera de nitrogênio, que é um gás inerte, e não provoca a oxidação, sendo realizadas as análises nas mesmas razões que o ar sintético. A decomposição iniciou numa

temperatura semelhante a do ar sintético (+/- 31°C), com perda de matéria de +/- 80,1%, porém a etapa final de decomposição se deu numa temperatura bem mais elevada, em torno de 628°C.

Com relação ao extrato de tomate em embalagem lata, pôde ser observado que na termogravimetria utilizando o ar sintético, a temperatura do início da decomposição foi um pouco mais elevada (em torno de 33°C, com perda de matéria a cerca de 80,5%) e a etapa final se deu em torno de 574°C, como pode ser visto na Figura 3.

Ao utilizar o nitrogênio, pôde ser visto que a temperatura inicial de decomposição do extrato de tomate em lata foi em torno de 31°C (com perda de matéria de +/- 79,7%), e a temperatura final de decomposição foi de 630°C, como pode ser observado na Figura 4.

Nas análises do molho de tomate cartonado em ar sintético, a temperatura inicial de decomposição foi em torno de 32,3°C, com perda inicial de massa de 83,8%, e a temperatura final foi cerca de 528°C, como se observa na Figura 5. Já quando utilizou o nitrogênio, a temperatura inicial de decomposição do produto foi cerca de 31°C, com perda inicial de massa de 81,9%, porém a temperatura final de decomposição foi de 626,7°C, como se observa na Figura 6.

Com relação ao molho de tomate em embalagem metálica (lata), pôde-se observar que a temperatura inicial da decomposição utilizando o ar sintético foi de 30°C, com perda inicial de massa em torno de 84,9%, e a temperatura final de decomposição foi de 534,6, como se observa na Figura 7. Já com o nitrogênio, a temperatura inicial de decomposição foi em torno de 33°C, com perda de massa de 83,5%, e a temperatura final de decomposição é em torno de 628,7, como pode ser visto na Figura 8.

a) EXTRATO DE TOMATE CARTONADO (AR SINTÉTICO):

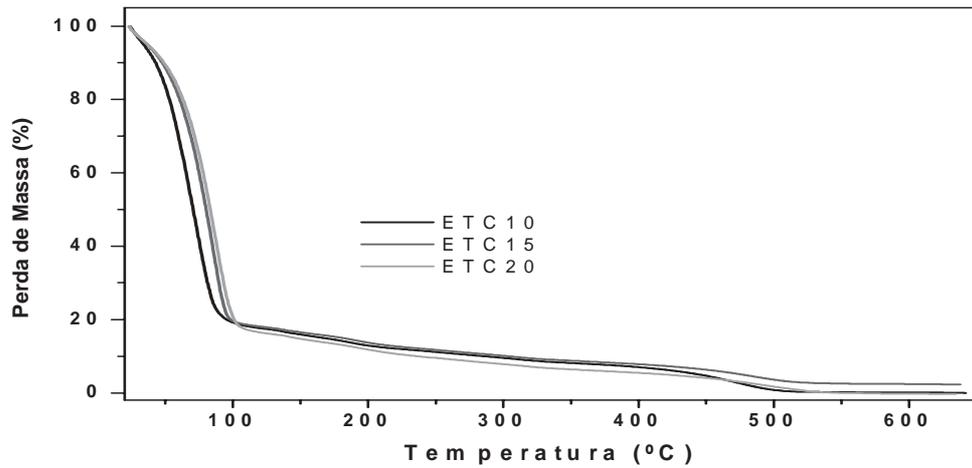


Figura 1: Curvas TG do Extrato de Tomate cartonado, em atmosfera de ar sintético nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

b) EXTRATO DE TOMATE CARTONADO (NITROGÊNIO):

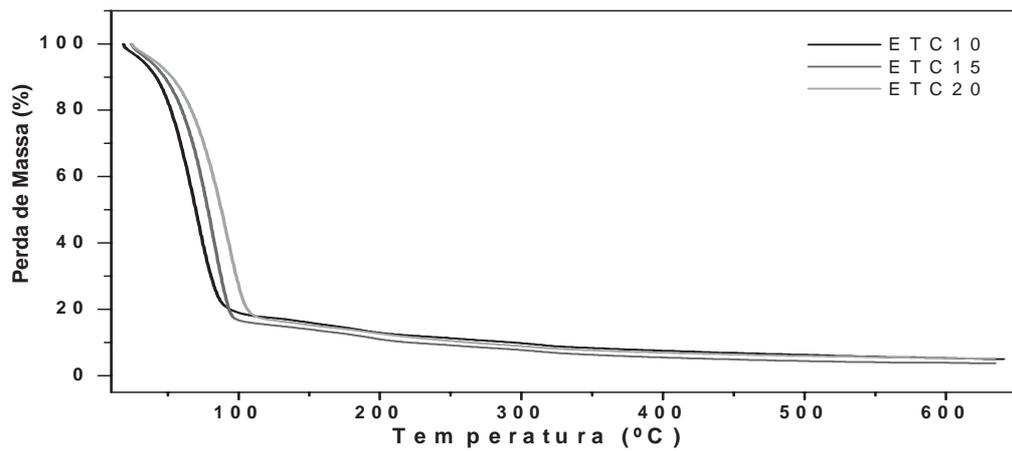


Figura 2: Curvas TG do Extrato de Tomate cartonado, em atmosfera de N₂ nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

c) EXTRATO DE TOMATE LATA (AR SINTÉTICO):

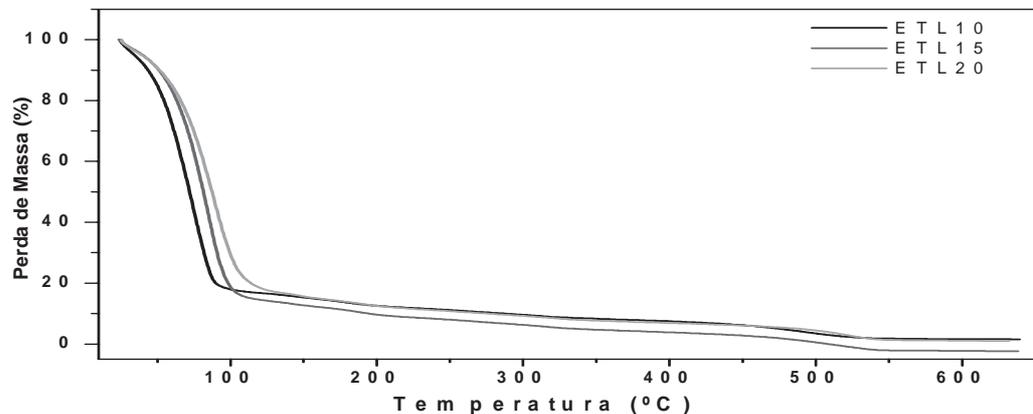


Figura 3: Curvas TG do Extrato de Tomate lata, em ar sintético nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

d) EXTRATO DE TOMATE LATA (NITROGÊNIO):

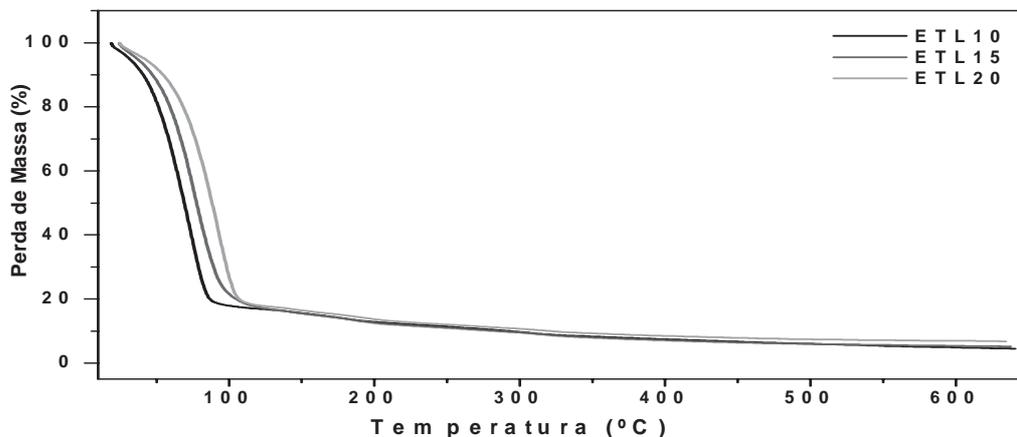


Figura 4: Curvas TG do Extrato de Tomate lata, em nitrogênio nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

e) MOLHO DE TOMATE CARTONADO (AR SINTÉTICO):

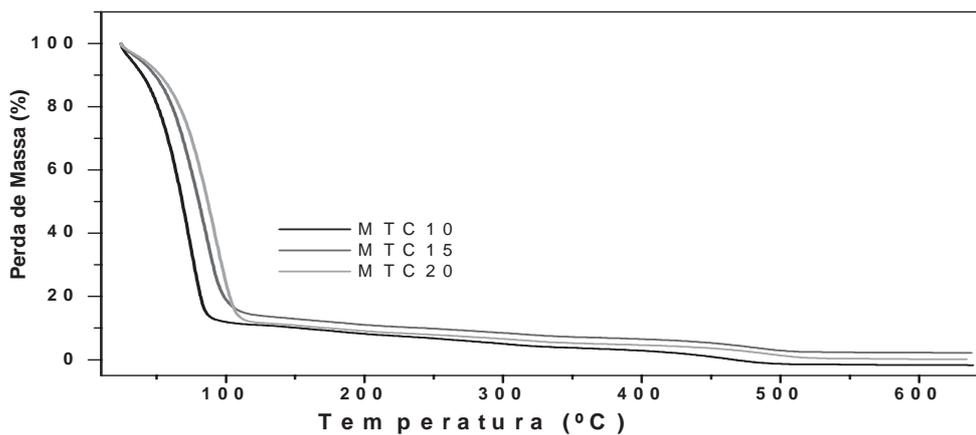


Figura 5: Curvas TG do Molho de Tomate cartonado, em ar sintético nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

f) MOLHO DE TOMATE CARTONADO (NITROGÊNIO):

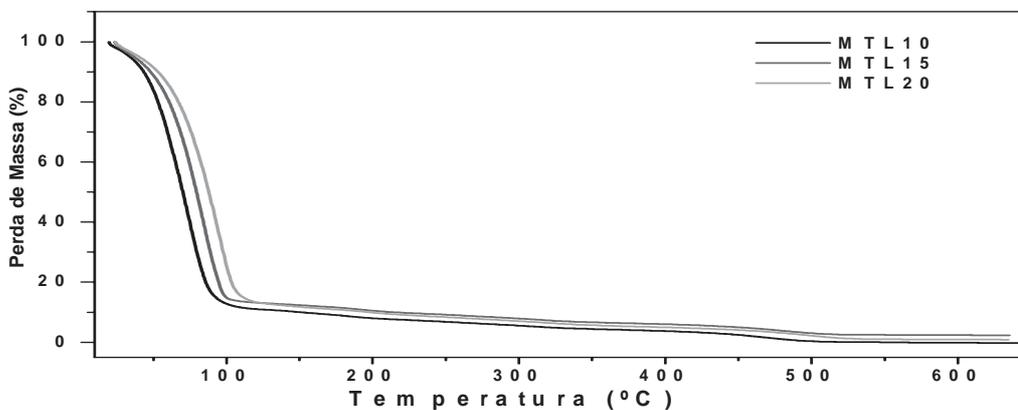


Figura 6: Curvas TG do Molho de Tomate cartonado, em N₂ nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

g) MOLHO DE TOMATE LATA (AR SINTÉTICO):

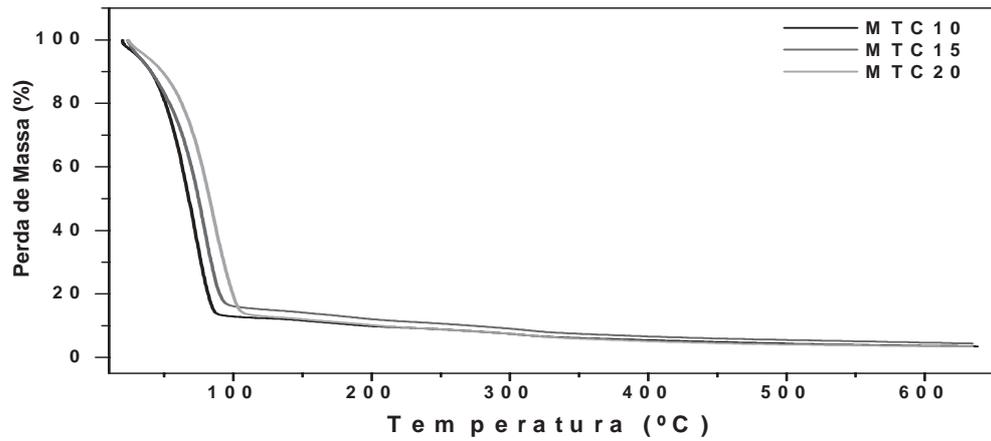


Figura 7: Curvas TG do Molho de Tomate lata, em ar sintético nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

h) MOLHO DE TOMATE LATA (NITROGÊNIO):

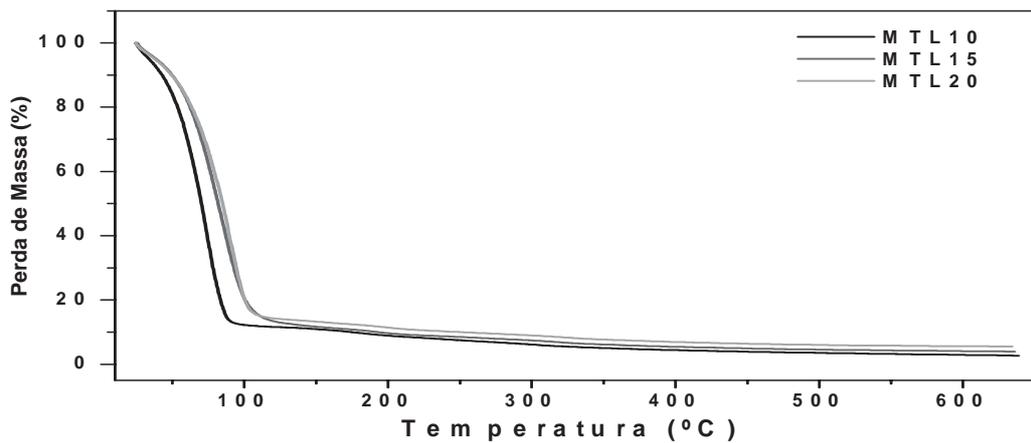


Figura 8: Curvas TG do Molho de Tomlata, em N2 nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

i) KETCHUP PLÁSTICO (AR SINTÉTICO):

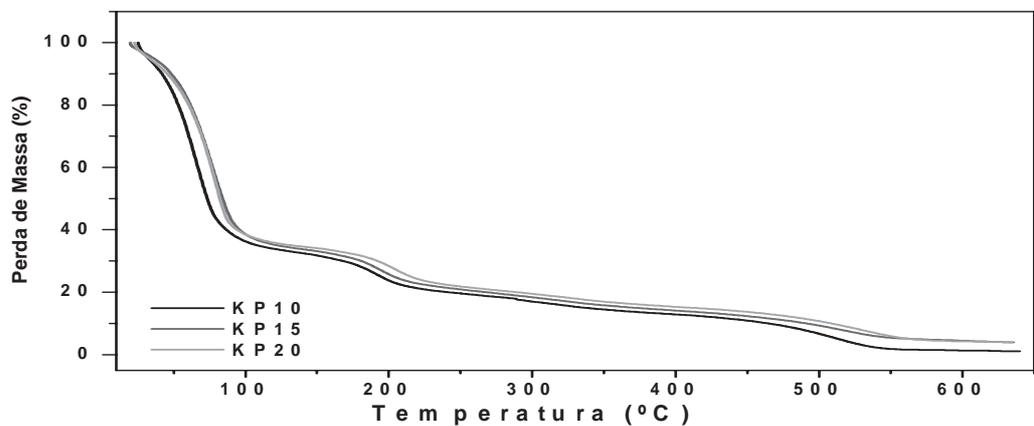


Figura 9: Curvas TG do Ketchup plástico, em ar sintético nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

j) KETCHUP PLÁSTICO (NITROGÊNIO):

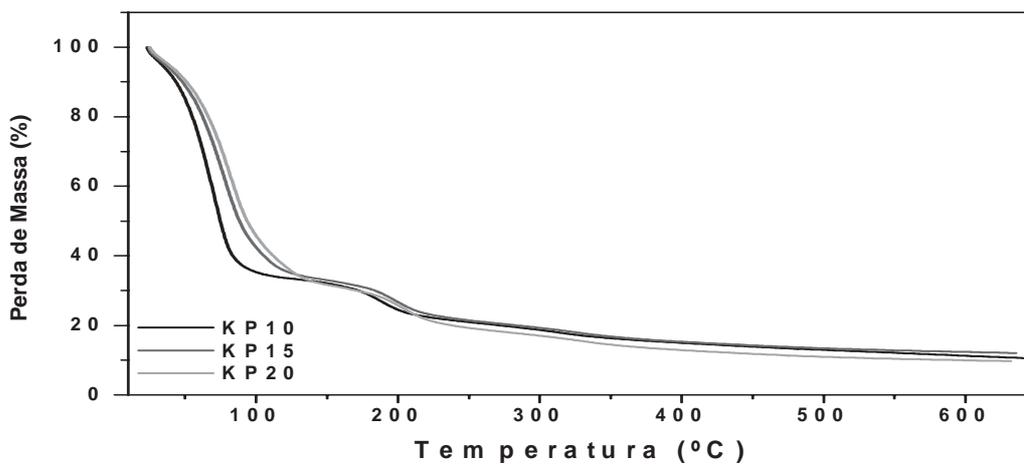


Figura 10: Curvas TG do Ketchup plástico, em N₂ nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

h) KETCHUP CARTONADO (AR SINTÉTICO):

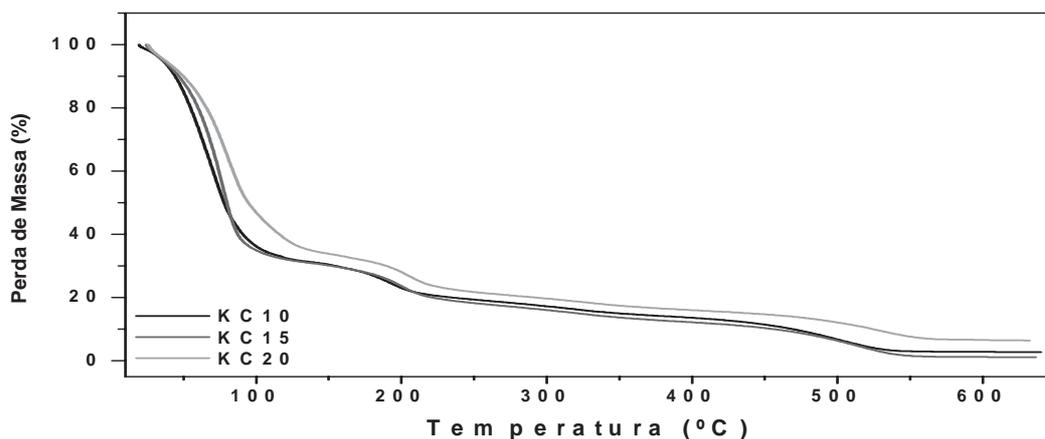


Figura 11: Curvas TG do Ketchup cartonado, em ar sintético nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

i) KETCHUP CARTONADO (NITROGÊNIO):

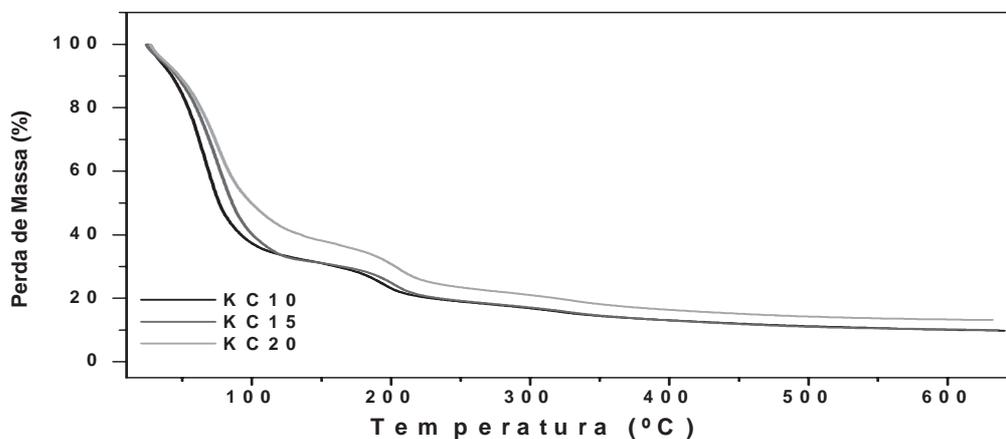


Figura 12: Curvas TG do ketchup cartonado, em N₂ nas razões de aquecimento de 10, 15 e 20°C/min.

O ketchup em embalagem de plástico apresentou uma temperatura de decomposição inicial em ar sintético de 31°C, perdendo cerca de 62% de massa na primeira etapa. Já a temperatura final de decomposição foi de 629,6°C, como pode ser visto na Figura 9.

Quando as análises foram realizadas utilizando o nitrogênio, a temperatura inicial foi de 33°, ocorrendo a perda de 63%, e a temperatura final de decomposição foi de 629,6°C, que é observado na Figura 10.

A temperatura que iniciou a decomposição do ketchup em embalagem cartonada foi em torno de 31°C, perdendo cerca de 64,6% da massa total, e a temperatura final foi de 627,6%, como pode ser observado na Figura 11.

Na análise do ketchup cartonado utilizando o nitrogênio, como mostra a Figura 12, observa-se que a temperatura inicial de decomposição desse produto foi em torno de 35°C, com perda de 59,4% da massa total, e a temperatura final de decomposição foi de 629,3°C.

Com isso, chega-se a conclusão que a embalagem de lata para o extrato e o molho de tomate, e a embalagem de plástico para o ketchup, são mais estáveis e dão maior proteção aos produtos, já as embalagens cartonadas apresentam maior perda da qualidade do produto, em virtude de sua maior permeabilidade ao oxigênio.

CONCLUSÕES

De acordo com as análises realizadas, pode-se concluir que:

- O tipo de embalagem na qual o atomatado é acondicionado, influencia na sua vida útil;
- As embalagens devem evitar as alterações sensoriais, a oxidação dos produtos, a perda de umidade, a contaminação microbológica, além de satisfazer o custo, a disponibilidade e o *marketing*;
- Houve um aumento do pH, teor de cinzas, cloreto e matéria seca, devido à perda de umidade do alimento para o ambiente, provocada pela acondicionamento sob refrigeração;
- Todas as análises físico-químicas

realizadas ao abrir, e com cinco, dez, quinze e vinte dias de armazenamento sob refrigeração não sofreram alterações estatisticamente significativas;

- De acordo com as análises físico-químicas, o molho e o extrato de tomate devem ser consumidos em até três dias depois de aberto e armazenado sob refrigeração;
- O aumento da concentração de cloretos faz com que ocorra a diminuição dos valores de A_w , e também o pH é inferior ao necessário para o crescimento de microorganismos, podendo ocorrer apenas a deterioração por bolores e leveduras, o que não foi observado;
- Até o vigésimo dia de armazenamento sob refrigeração, o ketchup, nos dois tipos de embalagens, apresentou características físico-químicas ideais para o seu consumo;
- Com relação ao molho de tomate, foi encontrada diferença entre os tipos de embalagem, apenas com relação à atividade de água;
- Já o ketchup apresentou diferença estatisticamente entre as embalagens no que diz respeito à A_w , umidade, matéria seca e acidez, onde: $p = 0,0253$;
- O extrato de tomate só apresentou diferença estatisticamente entre as embalagens no quesito cloreto, onde: $p = 0,0253$;
- Todas as análises físico-químicas realizadas nos produtos atomatados, não tiveram diferença estatisticamente, pois o "p" sempre foi maior que 0,05;
- As embalagens de lata e cartonada estavam em perfeita condição, desenvolvendo uma pigmentação de cor vermelha na sua superfície interna, durante a estocagem sob refrigeração, e a embalagem de plástico não apresentou nenhuma alteração durante seu armazenamento;
- Houve a ausência de qualquer tipo de microorganismos nas embalagens analisadas, o que mostra que o produto passou por um processo de esterilização adequado;

- Sob atmosfera de nitrogênio, os produtos atomatados apresentaram maior estabilidade térmica do que quando submetidos ao ar sintético, pois o nitrogênio não provoca a oxidação dos produtos;
- De acordo com as análises térmicas realizadas, a embalagem de lata para o extrato e o molho de tomate, e a embalagem de plástico para o ketchup, são mais estáveis e dão maior proteção aos produtos, já as embalagens cartonadas apresentam maior perda da qualidade do produto, em virtude de sua maior permeabilidade ao oxigênio.

THEMAL ANALYSIS AND BIOLOGICAL STUDIES OF ATOMAT PRODUCTS

ABSTRACT

This work aims evaluate the thermal, biological and physiochemical stability of tomatoes products (ketchup and tomato sauce and extract) as function of the packing material and storage time. The applied techniques (pH, acidity, activity of water (Aw), chloride content, humidity, dry matter and ashes content) demonstrate that for the same packing type, there are no significant deviations of product characteristics ($p > 0.05$) after the used storage period. Conversely, the ketchup has presented considerable modification of acidity, Aw, humidity and matter dries ($p < 0.05$), as function of the kind of packs. Regarding the tomato sauce, such deviation was observed just to Aw. The tomato extract only significant modification to the chloride content was observed, regarding to the type of packing. The biological analyses show complete absence of microbial infection. The thermogravimetric curves indicate that the can packing type are widely recommended for the tomato extract and sauce, however, the plastic packing are more indicated to ketchup, due to its stability and larger product protection. In opposition, as result of the high oxygen permeability the paper pack demonstrate strong reduction of the tomatoes products quality.

Keywords: Atomat Products. Thermal analysis. Microbiology. Physical-chemical analysis. Packaging.

REFERÊNCIAS

1. Espinoza W. Manual de produção de tomate industrial no Vale do São Francisco. Brasília: IICA - Escritório no Brasil; 1991.
2. Jaime SBM, Alves RMV, Segantin E, Anjos VDA, Mori EEE. Estabilidade do molho de tomate em diferentes embalagens de consumo. Ciências e Tecnologia de Alimentos. 1998;18(2).
3. Hart DJ, Scott J. Development and evaluation of an HPLC method for the analysis of carotenoids in foods, and the measurement of the carotenoid content of vegetables and fruits commonly consumed in the UK. Food Chemistry. 1995;54:101-11.
4. Rao AV, Agarwal S. Role of lycopene as antioxidant carotenoid in prevention of chronic disease: a review. Nutrition Research. 1999;19(2):305-23.
5. Rao AV, Agarwal S. Role of lycopene as antioxidant carotenoid in prevention of chronic disease: a review. Journal of the American College of Nutrition. 2000;19:563-69.
6. Instituto Adolfo Lutz. Normas Analíticas do Instituto Adolfo Lutz. 3ª ed. São Paulo; 1985.
7. Zar JH. Biostatistical analysis. 3ª ed. Prentice-Hall: London; 1999.
8. Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação - ABIA. Compêndio da Legislação de Alimentos: consolidação das normas e padrões de alimentos. Atos do Ministério da Agricultura. São Paulo: ABIA. 1989;1(10):79. (NTA - 12/15).
9. Franco BDGM, Landgraf M. Microbiologia de alimentos. São Paulo: Atheneu; 2004.
10. U.S. Department of Health & Human Services. FDA U.S. Food and Drug Administration. New Hampshire; 2007 jul 16. Disponível em: www.fda.gov.

REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA – ISSN 1679-1983

NORMAS EDITORIAIS

Objetivos

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983 é uma publicação semestral, de circulação nacional, da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., entidade mantenedora das Faculdades Nova Esperança, e tem como objetivos, entre outros, publicar trabalhos científicos voltados à área da saúde e áreas afins, através de artigos originais, artigos de revisão, relatos de caso, resenhas, ensaios e resumos de pesquisas de pós-graduação – mestrado e doutorado, além de outras categorias científicas; e disseminar o conhecimento científico democraticamente entre profissionais, estudantes e pesquisadores da área da saúde.

Os textos encaminhados para publicação devem ser originais ou provenientes de dissertações e teses, não remetidos a outros periódicos e, no caso dessas últimas, que não tenham sido publicadas.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança permite a reprodução dos trabalhos publicados, desde que citada rigorosamente a fonte.

Os artigos serão avaliados quanto à originalidade, relevância do tema, coerência científica e atendimento às normas éticas.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança aceita artigos remetidos por e-mail desde que sejam seguidas as orientações contidas nas Normas para Análise dos Artigos.

Autoria

Os manuscritos encaminhados para publicação deverão atender às seguintes especificações:

- 1. Folha de rosto:** contendo os dados de identificação do(s) autor(es), como: titulação acadêmica, instituição de origem, endereço convencional com Cep, telefone, endereço eletrônico (para um dos autores, visando contato) e página eletrônica (quando possuir), especificando a seção para a qual envia o trabalho (Artigos Originais: Traduções, Resenhas, Ensaio etc.; Pesquisa, Carta ao Editor, Resumo de Tese, Relato de Caso, Errata);
- 2. Declaração:** atestando que o artigo é original, encaminhado à Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança para a seção pertinente, e devidamente assinada pelo(s) autor(es), quando for o caso, cedendo os direitos autorais à Revista e autorizando a publicação do mesmo.
- 3.** O nome completo de cada autor deverá vir sem abreviação, supressão ou inversões.
- 4.** Aceita-se no máximo 5 (cinco) autores por trabalho para cada edição.
- 5.** A Revista se reserva o direito de admitir, para apreciação, apenas um trabalho por autor e edição.

Procedimentos éticos

1. Enviar cópia de **Parecer favorável**, emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido e cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP, ou diretamente pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, quando o trabalho envolver seres humanos (direta ou indiretamente), de acordo com o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS nº 196/96, e suas complementares.
2. Cada artigo ou trabalho enviado à Revista será encaminhado a dois avaliadores *ad hoc* na área, que emitirão parecer consubstanciado, de acordo com as normas da Revista, do conteúdo e dos procedimentos éticos que envolvem o trabalho. A lisura da avaliação exige que os avaliadores desconheçam a autoria dos trabalhos e os autores desconheçam a identidade de seus avaliadores. Tal procedimento visa a assegurar a integridade ética e profissional dos sujeitos envolvidos nesse processo.
3. Os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos.

NORMAS PARA ANÁLISE DOS ARTIGOS

Envio dos originais

1. Remeter uma cópia do artigo em CD-ROM, acompanhado de duas cópias impressas em papel no formato A4 e editor de texto Microsoft Word for Windows, em versão atualizada para a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Centro de Ensino das Faculdades Nova Esperança – Facene/Famene, Avenida Frei Galvão, 12, Bairro Gramame, João Pessoa-PB – CEP: 58067-695. Em uma das cópias, os nomes dos autores devem ser suprimidos, visando a análise dos avaliadores.
2. A Revista aceita o envio de trabalhos, preferencialmente, via e-mail. Desde que, para isso, os autores sigam os critérios a seguir:
 - 2.1 envio da documentação completa e assinada referida nos itens Autoria e Procedimentos Éticos;
 - 2.2 aceita-se o envio da documentação via e-mail, desde que esteja devidamente assinada, escaneada e anexada ao artigo.
3. Utilizar em todo o texto a fonte Arial, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5 cm; configuração de página: margem superior 3 cm, inferior 2 cm, esquerda 3 cm e direita 2 cm.
4. Os autores ficam responsáveis pela rigorosa revisão gramatical dos originais manuscritos, não cabendo à Revista tal procedimento. Em caso de constatação da ausência da revisão textual, o Conselho Editorial reserva-se no direito de recusar os trabalhos que não seguirem esta norma.
5. Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio do trabalho.
6. O Conselho Editorial reserva-se no direito de rejeitar os artigos que não apresentarem valor científico; mostrarem problemas éticos, ou que tenham erros significativos de metodologia, gramática, bibliografia, bem como de realizar adaptações ao estilo da Revista.
7. Em hipótese alguma os CDs e originais impressos serão devolvidos.

Folha de Rosto

A Folha de Rosto deve conter:

1. **Título e Subtítulo** (quando houver) em língua portuguesa, em caixa-alta, centralizado e em negrito.
2. Os nomes dos autores em formato normal, com apenas as iniciais em maiúsculo; e, em notas de rodapé, em números cardinais, deve-se apresentar as credenciais dos mesmos, com as informações pedidas no item 1 da Autoria.

- 3. Resumo** – Os resumos devem seguir a norma ABNT 6028:2003, e apresentar os seguintes itens: título em caixa-alta e em negrito alinhado à esquerda; texto em língua portuguesa, espaço simples, com no máximo 300 palavras. Expressará de maneira precisa e concisa, o material e métodos utilizados, o que foi observado ou realizado e as conclusões que o(s) autor(es) considera(m) justificadas. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas, e deverá conter a seguinte estrutura: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO, e CONSIDERAÇÕES FINAIS, não sendo preciso nominar cada item. O resumo deverá ser acompanhado de até cinco palavras-chave, que são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. As palavras-chave deverão ser baseadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine. O DeCS pode ser consultado através do endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. Estas devem vir no final do Resumo, alinhadas à esquerda, sem espaço entre linhas, precedidas de ponto a cada palavra.

Resumo em Língua Estrangeira

1. Como elemento pós-textual deve vir no final do trabalho, antes das referências. Aceita-se o resumo em inglês *Abstract*, ou em espanhol *Resumen*, ou em francês *Résumé*. Segue os mesmos padrões do Resumo na versão em português e deve ser absolutamente fiel ao original.
2. As palavras-chave em língua estrangeira, a saber, em inglês *Keywords*; em espanhol *Palabras clave*; e em francês *Mots-clés* seguem, obrigatoriamente, as mesmas orientações da versão em português.

NORMAS ESPECÍFICAS PARA OS TEXTOS

1. **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Conclusão, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas, (apêndices e anexos são opcionais). Máximo de 15 laudas.

Itens que compõem esta seção

Introdução: deve estabelecer com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com outros trabalhos no mesmo grupo. Extensas revisões da literatura, não serão aceitas, devendo ser substituídas por referências aos trabalhos ou fontes mais recentes, onde tais revisões tenham sido apresentadas. Deve esclarecer: a) a natureza do problema cuja resolução se descreve no artigo; b) a essência do estado da arte no domínio abordado (com referências bibliográficas); e c) o objetivo do artigo e sua relevância (justificativas) para fazer progredir o estado da arte.

Material e Métodos (quando a pesquisa envolve seres humanos): descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a amostra, detalhar técnicas e equipamentos novos, indicar quantidades exatas, referenciar os métodos e as técnicas utilizadas, incluindo métodos estatísticos, de modo a permitir reprodutividade. Recomenda-se evitar descrições extensas de métodos rotineiros. Não devem ser utilizados nomes comerciais, nomes pessoais ou iniciais de pacientes, fotos que o exponham e similares, nem seus números de registro hospitalar.

Resultados: todos os resultados devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Orienta-se evitar superposição de dados como textos e como tabelas. Destaque apenas para as observações mais importantes, com um mínimo de interpretação pessoal. Utilizar gráficos simples e de fácil compreensão. Sempre que necessário, os dados numéricos devem ser submetidos à análise estatística.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outros achados já publicados. Comunicações pessoais ou publicações de caráter restrito devem ser evitadas como provas de argumento. Hipóteses e generalizações não baseadas nos dados do trabalho devem ser evitadas. As limitações do trabalho bem como suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas.

Conclusões: deve-se apresentar o conjunto de conclusões mais importantes, evitando detalhes não pertinentes, retomando os objetivos do trabalho. As conclusões podem também ser incluídas no item “discussão”; neste caso, não há necessidade de repeti-la em itens à parte.

Agradecimentos (opcional): quando desejados devem ser apresentados no final do texto, breves e diretos, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria. Devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das Referências.

Ilustrações: tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc.), inseridas logo após serem mencionadas pela primeira vez no texto. As tabelas devem estar formatadas como a tabela clássica 1 do Word. Os gráficos devem ter boa definição. As fotos devem ser escaneadas com 300 ou mais DPI e salvas no formato TIFF ou BMP e lado maior igual a 18 cm. As Ilustrações e seus títulos devem estar alinhados à esquerda e sem recuo. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4. Devem ser encaminhadas com as autorizações para reprodução: de material publicado anteriormente, ilustrações que podem identificar pessoas e para transferência de direitos autorais e outros documentos que se façam necessários.

Referências

- As Referências deverão ser reunidas no final do trabalho, citadas somente as obras utilizadas no texto, em ordem numérica, e ordenadas segundo a sequência de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não deve-se utilizar o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.
 - As referências devem estar de acordo com as especificações dos Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Periódicos Biomédicos, conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org>). Para maiores esclarecimentos sobre o Estilo de Vancouver, ver o item “Estilo de Vancouver: exemplos de como referenciar”.
 - Para citações diretas de referências bibliográficas deve-se usar aspas na sequência do texto, de acordo com o Estilo de Vancouver, atribuindo a cada autor um número que o identifique.
 - As citações de falas/depoimentos dos sujeitos de pesquisa deverão ser apresentadas entre aspas.
2. **Artigos de revisão:** são trabalhos que têm por objetivo apresentar síntese e análise crítica da literatura levantada. Esta deve ser atualizada, referenciada e a discussão atual e pertinente. Deve incluir com clareza a delimitação do problema, dos procedimentos adotados e conclusões. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas. Deverão ter no máximo 50 citações de referências bibliográficas, organizadas em espaço simples. No máximo 10 laudas.
 3. **Artigos de Atualização ou Divulgação:** são trabalhos que têm por objetivo a descrição e/ou interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. No máximo 10 laudas.
 4. **Comunicações breves/Relatos de caso/experiência:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa, relatos de caso ou experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. No máximo 10 laudas.
 5. **Resenhas:** apresentação e análise de livros publicados na área da saúde ou áreas afins. Serão aceitas 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 analítico. No máximo 3 (três) laudas.
 6. **Relatório de pesquisa:** texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área da saúde ou áreas afins (no máximo 4 laudas).
 7. **Resumos de pesquisa:** em nível de especialização, de mestrado ou doutorado: texto original da monografia, dissertação ou tese com no máximo 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras;

ESTILO DE VANCOUVER: EXEMPLOS DE COMO REFERENCIAR

1 LIVROS E MONOGRAFIAS CONSIDERADOS NO TODO

Um autor (pessoa física) – de um até seis autores

Black GJ. Microbiologia: fundamentos e perspectivas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Mais de seis autores

Costa SS, Cruz OLM, Oliveira JAA, Lima AS, Mariante AR, Crespo NA, et al. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2ª ed. il. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Organizador, editor, coordenador ou compilador como autor

McCloskey JC, Bulechek GM, organizadoras. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Autores corporativos (órgãos governamentais, associações, ONGs etc.)

Comissão Social do Episcopado Francês. SIDA: a sociedade em questão. Tradução de Ephraim F. Alves et al. Petrópolis; 1996.

Entrada pelo título, quando não há autoria

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Indicação do tradutor

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Tradução de Isabel C. F. da Cruz et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Dicionário e obras de referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso

Imperiano RL. Ser mãe: vivência da maternidade em profissionais do sexo: [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; 2006.

Trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em anais

Tegazzin V. Anestesia em doenças neuromusculares. Anais do V Simpósio Brasileiro de Hipertermia Maligna; 2005 Out 7-8; Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Unifesp/EPM; 2005. p. 10-1.

2 CAPÍTULO OU PARTES DE LIVROS E MONOGRAFIAS

Maranhão EA, Silva FAM, Lamounier JÁ, Sousa EG. Medicina. In: Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. A trajetória dos cursos de graduação na saúde – 1991-2004. Brasília (DF): INEP; 2006. p. 277-309.

Artigo em periódico

Autor(es) (pessoa física) – até seis autores

Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):59-65.

3 DOCUMENTOS EM SUPORTE ELETRÔNICO

(CD-ROM, DVD...)

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [monografia em CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

Artigos de periódicos

Gonçalves LC, Silva MRG, Peracoli JC, Silveira LVA, Padovani CR, Pimenta WP. Prevalência de hipertensão arterial em mulheres com passado de distúrbios hiperglicêmicos na gestação. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na internet]. 2005 Abr [acesso em 2008 Ago 15]; 49(2): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Os textos deverão ser enviados à Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Faculdades Nova Esperança - Facene/Famene (aos cuidados do Editor da Revista), à Avenida Frei Galvão, 12, Gramame - João Pessoa-PB. CEP: 58067-695. Fone (83) 2106-4791. E-mail: revista@facene.com.br.