



Faculdades de Enfermagem e
de Medicina Nova Esperança
De olho no futuro

ISSN 2317-7160

Revista de Ciências da Saúde

V. 12, n. 1, Jun./2014



**Faculdades de
Enfermagem e
Medicina Nova
E s p e r a n ç a**

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

ISSN 2317-7160

João Pessoa-PB	v. 12 n. 1	117 p.	Jun. 2014
----------------	------------	--------	-----------

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

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

Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene

Rosa Rita da Conceição Marques

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas

Oriana Deyze Paiva Correia Leadebal

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

Liliane Soares da Silva Morais - CRB 15/487

Revista de Ciências da Saúde

Nova Esperança - Semestral

Editora

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

CAPA

Felipe Oliveira

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.12 n. 1. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, 2014.

v.: il.;

Semestral

ISSN 2317-7160

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU - 61(05)

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

ISSN 2317-7160

Av. Frei Galvão, 12

Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP: 58.067-695 - Telefone: (83) 2106-4770

Site: www.facene.com.br/revista

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança é possui Qualis B4 para Medicina e B5 para Enfermagem.

CONSELHO EDITORIAL

- Alessandra Sousa Braz C. de Andrade - UFPB
- André Sales Barreto - UFS-SE
- Clélia Albino Simpson - UFRN
- Cristianne da Silva Alexandre - UFPB
- Fátima Raquel Rosado Morais - UFRN
- Francisco Arnaldo Nunes de Miranda - UFRN
- Homero Perazzo Barbosa - FACENE/FAMENE
- Iara de Morais Xavier - UnB-DF
- Iolanda Bezerra da Costa Santos - UFPB
- Jackson Roberto G. S. Almeida - UNIVASF-PE
- José Augusto Peres - UnP-RN
- Josean Fechine Tavares - UFPB
- Katy Lísias Gondim Dias - FAMENE-PB
- Leonardo Rigoldi Bonjardim - UFS-SE
- Luiz Eduardo Imbelloni - FUFARME
- Liana Clébia Soares Lima de Morais - UFPB
- Marcos Antônio Jerônimo Costa - FACENE-PB
- Marcos Antônio Nóbrega de Sousa - UFERSA-RN
- Maria de Fátima Oliveira dos Santos - PMJP-PB
- Maria Júlia Guimarães de O. Soares - UFPB
- Marta Miriam Lopes Costa - UFPB
- Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino - UFPB
- Micheline de Azevedo Lima - UFPB
- Mônica Rodrigues de Araújo Souza - FAMENE
- Regina Célia de Oliveira - UP-PE
- Rinaldo Henrique Aguiar da Silva - Famema-SP
- Roque Marcos Savioli - INCOR/FMUSP-SP
- Rosana Carla do Nascimento Givigi - UFS-SE
- Simone Carneiro Maldonado - UFPB

CONSELHO DE REVISORES

- Ana Paula Dantas Silva Medeiros - UFPB
- Anne Jaquelyne Roque Barreto - FACENE
- Antônio Carlos Borges Martins - UEPB
- Carlos Fernando Tavares de Melo - UFPB
- Carolina Uchoa G. Barbosa - FACENE/FAMENE
- Déa Silvia Moura da Cruz - FACENE
- Edson Peixoto de Vasconcelos Neto - UEPB
- Emanuel Luiz Pereira da Silva - UFCG
- Francisca Inês de Sousa Freitas - UFPB
- Francisco Arnaldo Nunes de Miranda - UFRN
- Gilson de Vasconcelos Torres - UFRN
- José Melquíades Ramalho Neto - UFPB
- Kay Francis Leal Vieira - UNIPÊ
- Klécio Leite Fernandes - UFPB
- Maria Célia Ferreira Danese - ISESB
- Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino - UEPB
- Nadya Giselle de Almeida Silva - UFSC
- Rosa Rita da C. Marques - FACENE/FAMENE
- Sandra Aparecida de Almeida - FACENE
- Tarcísio Duarte da Costa - IFPB
- Verioni Ribeiro Bastos - UFPB
- Vilma Felipe Costa de Melo - FACENE
- Vinícius Nogueira Trajano - UFPB

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

1. MORTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: ANALISANDO A PERCEÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM, 4-14

(Adriana Lira Rufino de Lucena, Anatércia dos Santos Amâncio, Aline de Alcântara Correia, Kay Francis Leal Vieira, Nereide de Andrade Virgínio, Suellen Duarte de Oliveira Matos)

2. AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO EM SANTA RITA-PB (HGFR), SEGUNDO ESCORE SOFA, 15-21

(Sâmia Everuza Ferreira Fernandes, Iana Lícia Cavalcanti de Castro, Candisse Bezerra Matias de Lucena, Paula Leal dos Santos, George Robson Ibiapina, Ana Caroline Escarião de Oliveira)

3. EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: A ARTE DE CUIDAR DE IDOSOS, 22-34

(Henrique Monteiro Gomes, Danillo Teixeira Vilas Boas, Ludmila Barbosa Oliveira, Adriana Lira Rufino de Lucena, Kay Francis Leal Vieira, Fabiana Ferraz Queiroga Freitas)

4. AVALIAÇÃO DO RISCO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UMA AMOSTRA POPULACIONAL DE DIABÉTICOS, 35-44

(Lawrence Raizama Gonçalves Costa, Midyan Rebeca Novaes, Sâmia Everuza Ferreira Fernandes, Lucimary Cavalcante Gurgel Luna, Cristianne da Silva Alexandre)

5. PERCEÇÕES DE PUÉRPERAS FRENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALOJAMENTO CONJUNTO, 45-57

(Daniela Karina Antão Marques, Samara Raquel Mendes Machado, Déa Silvia Moura da Cruz, Ilana Vanina Bezerra de Sousa, Nereide de Andrade Virgínio, Maria do Socorro Freitas Santiago)

ARTIGOS DE REVISÃO

6. INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA AOS USUÁRIOS DO SUS, 58-68

(Waléria Viana Ibiapina, Brunna Polari Leitão, Michelle Medeiros Batista, Danielle Serafim Pinto)

7. PARTO NOSSO DE CADA DIA: UM OLHAR SOBRE AS PERSPECTIVAS E TRANSFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA, 69-78

(Monise Gleyce de Araujo Pontes, Gigliola Marcos Bernardo de Lima, Izayana Pereira Feitosa, Janaína Von Söhsten Trigueiro)

8. O SAGRADO FEMININO: HISTÓRIAS DE LUTA E LUTO, 79-87

(Gigliola Marcos Bernardo de Lima, Izayana Pereira Feitosa, Janaína Von Söhsten Trigueiro, Monise Gleyce de Araújo Pontes)

9. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA, 88-95

(Anna Gabryela Medeiros Afonso de Carvalho, Jéssica Silva e Lima, Monique Stephani Pereira Ramos de Lima, Clélia de Alencar Xavier Mota)

10. ANEMIA FALCIFORME: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA LABORATORIAL, 96-103

(Anne Kelly Bezerra de Figueiredo, Francisco Antônio Vieira dos Santos, Luiz Halley Soares e Sá)

11. ANGIOPLASTIA E ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA: RISCOS E BENEFÍCIOS DURANTE O PROCEDIMENTO E PÓS-OPERATÓRIO, 104-109

(Marina Dantas Henrique, Ana Carolina de Melo Machado Leça, Haiane Leite Dantas Coelho, Jéssica Miranda Lemos, Matheus Mello Freire de Santana, Tamíris Baptista Sampaio)

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO**12. AVANÇOS DA NANOMEDICINA: A NOVA FRONTEIRA DA MEDICINA, 110-117**

(Fabrício de Melo Garcia)

MORTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: ANALISANDO A PERCEPÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM

Adriana Lira Rufino de Lucena¹
Anatércia dos Santos Amâncio²
Aline de Alcântara Correia³
Kay Francis Leal Vieira⁴
Nereide de Andrade Virgínio⁵
Suellen Duarte de Oliveira Matos⁶

RESUMO

A morte incomoda e desafia a capacidade humana e profissional. Faz parte do cotidiano da enfermagem, desperta grande temor no ser humano, e este sentimento se expressa na dificuldade de lidar com a finitude. O estudo objetivou-se em analisar a percepção dos acadêmicos de Enfermagem com formação técnica em enfermagem acerca da morte no ambiente hospitalar; conhecer os sentimentos do acadêmico de Enfermagem frente à morte em meio hospitalar; e averiguar a preparação acadêmica dos discentes em relação ao processo da morte. A pesquisa foi exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, ancorada pela técnica de análise proposta por Bardin. O cenário do estudo ocorreu numa Instituição de Ensino Superior de João Pessoa – PB. Os dados foram coletados a partir de um formulário estruturado contendo questões relacionadas ao conhecimento e sentimento dos acadêmicos frente à morte. A população foi composta por 73 graduandos de enfermagem, dos quais 10 compuseram a amostra. Como critério de inclusão, os participantes deveriam ser técnicos de Enfermagem. O desenvolvimento da pesquisa norteou-se pelas normas da Resolução 196/96 após aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, CAAE – 065.648.128.0000.517.9. Com relação à percepção dos sujeitos da pesquisa, os resultados obtidos apontaram que, além do aspecto biológico, a morte está associada ao aspecto natural e religioso. Quanto ao suporte proposto pela instituição, a maioria dos entrevistados afirmaram receber suporte acadêmico, porém, no ambiente hospitalar sentem-se desamparados pelos profissionais *in loco* diante da morte. Assim, conclui-se que as percepções dos graduandos quanto à morte reverbera este fenômeno como um processo natural, apontando a tristeza como um sentimento de maior intensidade no momento presencial ao óbito e à

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba, Brasil. End.: Rua Durval Ribeiro de Lima, 100, bloco D, apto. 601, Condomínio Recanto das Artes, Miramar. CEP: 58032-085. João Pessoa, PB. Brasil. adriana.lira.rufino@hotmail.com.

² Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Enfermeira. Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Licenciatura em Enfermagem (UFPB). Professora Associada da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁴ Psicóloga. Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora de Psicologia da Unipê. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁶ Enfermeira. Extensionista do Projeto Envelhecimento Saudável – FACENE/FAMENE. Integrante do grupo de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas (UFPB).

inexistência de suporte em meio hospitalar. Além disto, observou-se que há desconexões entre o apoio acadêmico preparatório, e a vivência prática nos estágios hospitalares.

Palavras-chave: Morte. Enfermagem. Ambiente.

INTRODUÇÃO

Na antiguidade, a morte era conceituada como um instante de parada dos batimentos cardíacos. Hoje, é vista como um processo fenômeno progressivo e não mais como um momento, ou um evento. Pode ser definida, clinicamente, como parada irreversível das funções cerebrais, ou seja, morte encefálica, sendo este tipo de definição necessária a diversos fatores, como a capacidade da medicina em prolongar, indefinidamente, uma vida por meios artificiais, motivos sociais, humanos ou mesmo econômicos, e o fato de as cirurgias de transplantes exigirem que o órgão esteja em perfeitas condições de vitalidade.¹

Além de ser um processo biológico, a morte também é um processo social, adaptado a cada cultura ao longo dos séculos; é um evento ligado à vida, sendo, portanto, parte integrante dela. Assim, a presença da morte em nosso cotidiano é fato, e, independente de suas causas ou formas. Seu grande local de incidência tem sido, a cada dia, os hospitais e instituições de saúde.²

Contudo, cada um apresenta uma reação de acordo com suas próprias vivências e formação cultural. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo, depende do desenvolvimento psíquico e situação afetiva de cada pessoa, é complexo e mutável, depende do contexto situacional.³

No século passado, a morte era constante na vida das pessoas, seja por epidemias, guerras e pelo fato de que as pessoas viviam mais próximas

pela dinâmica das famílias. Não obstante, o pensamento acerca do ato de morrer tem se modificado junto ao processo de transformação da sociedade e por diversos momentos torna-se um tabu discuti-la.⁴

Durante o resgate histórico feito do século V até o século XVIII, a presença de familiares e amigos no leito de morte de moribundos era um hábito comum, onde o doente dificilmente encontrava-se sozinho em seus momentos finais⁵. Ao contrário daquela época, atualmente, cada vez mais, as pessoas são privadas da presença da família, dos objetos preferidos ou lugares agradáveis. O cenário está sendo substituído a cada dia por unidades hospitalares, onde o doente, na grande maioria das vezes, é assistido por estranhos, longe da família, morrendo sozinho.

A morte incomoda e desafia a capacidade humana e profissional. Talvez por medo da mesma, as pessoas estejam se afastando, progressivamente, de tudo que se relaciona ao tema. Realidade também vivenciada na área de saúde, pois os profissionais são ensinados a cuidar única e exclusivamente da vida. Prova deste fato é que, na maior parte dos cursos de formação de profissionais da saúde, não existe uma disciplina curricular que trate do assunto de forma não defensiva, abrindo espaço para discussão das subjetividades.¹

Os estudantes de enfermagem são treinados, durante toda a sua formação, para, através do cuidado, manter e prolongar a vida do cliente através da educação e promoção da saúde, construção de ambientes

hospitalares propícios para crianças e adultos quando estes se encontram sob tratamento clínico.⁶

A morte, mesmo parte do cotidiano da enfermagem, desperta grande temor no ser humano, e este sentimento se expressa na dificuldade de lidar com a finitude. Assim, muitas vezes, graduandos e enfermeiros se sentem impotentes diante da perda de um paciente. Isso não se traduz somente no fracasso dos cuidados, mas também como a derrota diante da morte e da missão dos profissionais de saúde, de salvar um indivíduo, minimizar seu sofrimento e sua dor trazendo-o à vida.⁷

A equipe de enfermagem, por sua exposição, está mais suscetível e em um nível maior de estresse do que qualquer outra do hospital, podendo ter dificuldades em superar ou resolver suas próprias emoções e conflitos, o que interfere diretamente na assistência a seus pacientes e familiares.^{8,9}

É fundamental que, ainda na graduação em enfermagem, os docentes orientem os alunos em relação à temática, quanto esta deve ser compreendida como fato integrante da vida. Portanto, é imprescindível conhecer o aspecto dos graduandos, seus sentimentos e percepções em relação ao tema, durante a formação acadêmica.^{8,9}

Assim, o problema norteador do estudo trata-se do despreparo acadêmico frente ao processo de morte, evidenciado durante estágio prático hospitalar. Parte-se da hipótese de que o graduando de Enfermagem, ao concluir seu curso, não possui habilidades para lidar com a morte em ambiente hospitalar, onde as consequências desencadeadas por esse déficit prejudicam no cuidar junto ao próprio paciente, bem como os familiares do mesmo, assistido pelo

enfermeiro.

Esta pesquisa justificou-se em face da constatação que, durante a prática hospitalar vivenciada em estágios supervisionados, os acadêmicos de Enfermagem vivenciam momentos frente a óbitos, diante dos quais podem ser observadas reações estudantis, surgindo à impressão de sentimentos como medo, angústia e despreparo profissional. É sobre essa complexidade que envolve o tema da morte que se pretendeu pesquisar sobre a dificuldade que acompanha o graduando de enfermagem, que já tenha presenciado situações de morte em ambiente hospitalar durante sua prática de estágio.

O objetivo geral desta investigação foi analisar a percepção dos graduandos de Enfermagem acerca da morte no ambiente hospitalar, bem como conhecer os sentimentos destes frente à morte em meio hospitalar, averiguar a preparação acadêmica dos graduandos de enfermagem em relação ao processo de morte em ambiente hospitalar e verificar se a Enfermagem recebe apoio da instituição após acompanhar o paciente terminal.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 10 graduandos de enfermagem, com formação técnica em Enfermagem, de ambos os sexos que estiveram no local da pesquisa nos dias da coleta dos dados e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de

Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, sob o protocolo nº 90/12 e CAAE – 065.648.128.0000.517.9. Como critério de inclusão, optou-se por alunos que fossem técnicos em Enfermagem e que tivessem presenciado o óbito de pacientes hospitalizados. Os participantes responderam a uma entrevista semiestruturada, sendo os seus discursos analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nessa fase da pesquisa foram analisados e discutidos os dados apresentados em duas partes: a primeira relativa à situação sociodemográfica dos graduandos de enfermagem e a segunda relacionada à análise temática de conteúdo acerca da morte em ambiente hospitalar.

Para a caracterização sociodemográfica dos graduandos de enfermagem, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil e religião. Conforme dados apresentados na Tabela 1, observou-se uma diferença considerável referente ao sexo dos entrevistados.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos graduandos de Enfermagem segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e religiões. João Pessoa, 2012.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	f	%
Sexo	Masculino	01	10
	Feminino	09	90
Faixa Etária	22 a 24 anos	02	20
	25 a 30 anos	03	30
	>31 anos	05	50
Estado Civil	Solteiro	06	60
	Casado	04	40
Religião	Católicos	09	90
	Espíritas	01	10

Fonte: Dados primários. João Pessoa, 2012.

Conforme dados do IBGE¹¹, o fato de existir mais mulheres que homens na fase adulta, sendo 96,0

homens para cada 100 mulheres, obtendo o resultado de um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao

número total de homens no país, justifica-se pelo fato de que os homens estão mais expostos à violência e morrem mais jovens. Quanto à procura para o curso de Enfermagem, o número de mulheres é superior se comparado aos homens. Esse processo se deve ao fator histórico e cultural que carrega a profissão, onde a mulher, por muito tempo, foi estigmatizada pela sociedade como cuidadora do lar ou dos enfermos, incapaz de usar a razão para desenvolver outras atividades, como a de lutar contra ocorrências adversas, por exemplo.¹²

Quanto ao estado civil, a maioria dos entrevistados afirmou ser solteiro. A correlação fica evidente quando se comparam os dados através do tempo, percebendo um adiamento da oficialização matrimonial. As pessoas, na contemporaneidade, tendem a se casarem cada vez mais maduras, dedicando-se mais à formação acadêmica e profissional. Já em

relação à religião, 90% dos sujeitos da pesquisa afirmaram seguir o catolicismo. De acordo com o IBGE (2012)¹³, a igreja católica possui o maior número de cristãos, abrangendo, na atualidade, 64,6% da população brasileira.

Para a apreciação da temática sobre a morte em meio hospitalar, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin.¹⁰ Com a aplicação desta técnica, foram identificadas cinco categorias temáticas: Significado da morte, composta por três subcategorias (aspectos biológicos, aspectos religiosos e aspectos naturais); Sentimentos frente à morte, composta por quatro subcategorias (Angústia, Tristeza, Impotência e Nervosismo); Cuidados de Enfermagem, composta por duas subcategorias (Pré- morte e Pós- morte); Suporte em meio hospitalar, com apenas uma subcategoria (Inexistente); e, por fim, a categoria Formação Acadêmica, composta pelas subcategorias Suficiente e Insuficiente.

Tabela 2 - Análise de Conteúdo segundo as categorias significado da morte, sentimentos frente à morte, cuidados de enfermagem, suporte em meio hospitalar e formação acadêmica. João Pessoa, 2012.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
SIGNIFICADO DA MORTE	ASPECTOS BIOLÓGICOS
	ASPECTOS RELIGIOSOS
	ASPECTOS NATURAIS
SENTIMENTOS FRENTE À MORTE	ANGÚSTIA
	TRISTEZA
	IMPOTÊNCIA
	NERVOSISMO
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	PRÉ-MORTE
	PÓS-MORTE
SUORTE EM MEIO HOSPITALAR	INEXISTENTE
FORMAÇÃO ACADÊMICA	SUFICIENTE
	INSUFICIENTE

Fonte: Dados primários, João Pessoa, 2012.

A primeira categoria representa o significado que os acadêmicos de enfermagem atribuíram à morte. Tais representações foram classificadas em relação aos seus **aspectos biológicos** (... a morte é uma parada súbita das condições vitais... é quando o corpo, os órgãos param de funcionar, o coração para de bater...), **aos aspectos religiosos** (... passagem da vida física que nós temos para a vida espiritual... a gente vai viver uma outra vida como se fosse uma continuidade da minha existência, uma outra coisa no céu...) e aos **aspectos naturais** (... é uma coisa que vai acontecer com todo mundo... eu defino a morte como um processo normal da vida... eu penso que isso é normal...)

Os graduandos de enfermagem sentem dificuldade em falar sobre a

morte, sendo esta potencializada quando se tenta defini-la como processo ou aspecto natural na vida do ser humano¹⁴. No processo de morte da criança, os autores descrevem a negação e ansiedade das pessoas diante da interrupção precoce de uma vida que poderia ser e não foi, mediante a crença que a infância compõe-se de meses, crescimento, alegria. O morrer, nessa fase, reveste-se de total aflição e crueldade. Quanto à morte na velhice, parece existir a tendência secular de uma melhor aceitação, pois é como se, após os anos de existência, o indivíduo já estivesse pronto para “descansar”. Nesse caso, a terminalidade é vista como descanso, após a pessoa ter percorrido toda uma trajetória e vivenciado múltiplas sensações.

A segunda categoria, denominada Sentimentos frente à morte, foi composta por quatro subcategorias: **Angústia** (... *sentí um pouco de angústia pela pessoa porque eu acompanhava há algum tempo...*), **Tristeza** (... *me senti muito triste porque desde o início deu tudo errado... não tava conseguindo puncionar a artéria da paciente...*), **Impotência** (... *arrasada, foi diante de uma parada e não conseguimos reanimar aquele paciente...*) e **Nervosismo** (... *eu fiquei abismada, nervosa... eu fiquei nervosa, confusa, sem saber direito o que fazer...*)

O tipo de reação observada pelos sujeitos acima estão puramente relacionadas a fatores emocionais. Esses sentimentos reforçam a teoria de que a enfermagem continua tendo dificuldades em lidar com a morte e o morrer, evidência esta que vem sendo discutida desde a década de setenta nos meios acadêmicos e profissionais.¹⁵ O mesmo ainda afirma que, há muito tempo, não há estratégias que ajudem o profissional de enfermagem a lidar com suas próprias emoções a fim de minimizar certos efeitos. Entretanto, é visto que, cada vez mais, o enfermeiro é estimulado a mascarar seus sentimentos a fim de garantir a qualidade técnica da assistência.

A terceira categoria, Cuidados de enfermagem, agrupa os discursos dos participantes no que se refere à assistência prestada ao paciente. Os acadêmicos mencionaram tanto os cuidados **Pré-morte** (... *a gente fez reanimação nesse paciente... conversei muito com essa paciente, foi uma mulher... eu conversei muito sobre a própria vida pessoal dela...*) quanto no **Pós- morte** (... *a limpeza do paciente, tirar todos os acessórios que tiver os dispositivos e fazer o pacote... organizar o paciente para não sair*

nenhum fluido... identificar pra levar pro necrotério...)

A prioridade da assistência da Enfermagem é auxiliar o doente em todos os momentos, porém, fica claro que aceitar com tranquilidade um prognóstico ruim de um cliente, que vem sendo acompanhado há algum tempo, não é fácil para o profissional. Mesmo com o sentimento de incapacidade, é importante que o enfermeiro continue a desempenhar todas as suas funções em prol da qualidade de vida do paciente, e que o mesmo sintam-se satisfeito por ter feito o possível para manter o bem-estar e a dignidade do paciente até o momento da sua morte.

Enfermeiros que não se permitem a expressão da tristeza e da dor, geralmente, podem fazer uma má elaboração do seu luto, o que pode trazer um adoecimento para si. O sentimento de frustração desenvolvido por membros da equipe de enfermagem, realizados aos pacientes sem possibilidade de cura, pode levar esses profissionais ao estresse, e o desconhecimento dos fatores de risco decorrentes do luto mal elaborado, assim como a indiferença no lidar com a morte, podem induzir o enfermeiro a manter estes hábitos e ainda vir a perder a sensibilidade no lidar com pessoas.¹⁶

A categoria Suporte em meio hospitalar foi composta pelos discursos dos acadêmicos que avaliaram a existência do suporte em meio hospitalar disponibilizado aos profissionais e estagiários. Todos os graduandos de enfermagem sentiram-se desconfortáveis quando questionados sobre a existência de suporte emocional por parte da equipe hospitalar, durante sua vivência com o primeiro óbito. Os entrevistados o classificaram como **Inexistente** (... *Nenhuma, só que era normal... Só olharam pra mim e disseram: Pronto!!!*

Isso é normal, deixa de ser lesa, isso é normal! Na profissão que você escolheu vai ver muito isso ainda!).

É comum a escassez desse tipo de suporte, porém, em entrevistas com graduandos de enfermagem e enfermeiros, foi possível extrair sugestões dos mesmos com o objetivo de melhorar esse tipo de assistência, como: a inserção de palestras sobre como atuar frente a um paciente agonizante; debates sobre viver e morrer para que o próprio aluno tenha um conceito sobre o tema, como também, é imprescindível que o professor analise no discente sua maneira de encarar a morte; orientação sobre a morte nas diversas religiões; troca de experiências entre professor e aluno; apoio psicológico durante o curso com aplicação de terapia e técnicas de psicodrama; introdução do curso de tanatologia como disciplina na graduação; contratação de um psicólogo para abranger o programa proposto.¹⁵

Por fim, a categoria Formação Acadêmica, descreve a avaliação que os participantes fizeram do preparo que receberam ao longo de sua formação profissional. Quando indagados se a faculdade dá suporte acadêmico suficiente para que o graduando de enfermagem possa prestar a assistência devida ao paciente durante a morte hospitalar, verificou-se que a maioria dos entrevistados respondeu que a faculdade atende as necessidades frente ao tema, classificando como **Suficiente** (... *Dá, a faculdade dá! Porque tem muitos estudos que eles ensinaram que a gente tem como abordar um paciente que estiver na fase terminal... Sim, tanto na teoria nos preparou a lidar com a morte quanto nos familiares... a lidar com eles, e também na prática com a assistência de enfermagem. Tem todo aquele processo. Eu acho que todos estão*

aqui preparados.).

Entretanto, alguns entrevistados demonstraram-se insatisfeitos com o preparo institucional, alegando pouco tempo para exploração teórica da temática e maior valorização aos procedimentos específicos (preparo do corpo) de enfermagem por parte dos professores, gerando certa insegurança no aluno ao término do assunto em sala de aula. Esses discursos compõem a subcategoria **Insuficiente** (*Não, porque a faculdade só nos ensina a fazer procedimentos, meio que técnicos... eu acho que deveria ser falado mais, preparar os alunos assim, nessa questão, porque eles vão ver aquilo... a questão psicológica eu acho que não, acho que tem muito, precisa se preparar muito pra enfrentar aquilo... Falta mais orientação em relação ao psicológico. Precisa trabalhar mais o psicológico dos alunos pra esse momento, e, principalmente, como lidar com a família daquele paciente e a gente levar depois que sair do trabalho.*)

Em algumas instituições, a temática pode ser afligida como uma arte fisiológica, formando como decorrer com a pessoa após a sua morte, porém, não é ensinado estar com ela e com seus familiares durante o processo de morrer. Assim, quando é cessada a necessidade de tecnologia, de cura, cessa também a competência de cuidar. O profissional de enfermagem, ainda como acadêmico, não foi estimulado a refletir sobre a morte e o morrer, podendo ser tomado de forma abrupta pelo pesar, e mais, não conseguir assistir a pessoa que está morrendo e sua família, em razão da morte se configurar como momento de grande sofrimento e fracasso da ação principal em manter a vida.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a morte como um fenômeno biológico e irreversível das funções vitais, diversos autores citados aqui concordam que se faz necessário o devido entendimento do assunto para o graduando de enfermagem, não como um fenômeno paralelo à vida, mas como parte ativa dela, para então fornecer o devido suporte ao paciente, bem como aos familiares, minimizando o risco de estresse e luto mal elaborado enquanto futuro profissional de saúde.

Os conteúdos que abordam a morte na matriz curricular de enfermagem falam sobre questões éticas ou *causa mortis* da população, mas, ao aprender a morte como um fenômeno ao qual se está exposta diariamente e com o qual se deveria saber lidar, não existem referências. Esse aprendizado, muitas vezes, se dá no campo prático de atuação, quando o profissional começa a perder os clientes sob seus cuidados. Ao graduando de enfermagem, aprender a lidar com as situações que exijam controle emocional diante da morte é uma habilidade necessária. Da mesma

forma, urge a necessidade de preenchimento das lacunas acadêmicas relativas ao desenvolvimento do cuidado do ser humano, exemplificando: desenvolvimento de empatia com a família, compreensão, capacidade de doar-se, etc. Mas, para desenvolver esse sentimento, é necessário que este profissional aprenda a controlar-se diante deste fenômeno inerente ao fim do ciclo de vida. Para o embasamento científico dos acadêmicos referente à morte, é essencial que os professores forneçam esse tipo de preparo para então incidir em seus alunos a forma segura e científica de conviver com a situação.

Assim, conclui-se que as percepções dos graduandos quanto à morte reverbera este fenômeno como um processo natural, apontando a tristeza como um sentimento de maior intensidade no momento presencial ao óbito e a inexistência de suporte em meio hospitalar. Além disto, observou-se que há descompassos entre o apoio acadêmico preparatório e a vivência prática nos estágios hospitalares.

DEATH IN HOSPITAL ENVIRONMENT: ANALYZING PERCEPTION UNDERGRADUATE NURSING

ABSTRACT

Death bothers and defies human ability and professional. Part of daily nursing, arouses great fear in humans, and this feeling is expressed in the difficulty of handling the finitude. The study aimed to analyze in the perception of nursing students with technical training in nursing about death in the hospital, knowing the feelings of academic nursing towards death in a hospital and to investigate the academic preparation of students for the process of death. The research was exploratory and descriptive qualitative approach, anchored by the analysis technique proposed by Bardin. The study setting was a Higher Education Institution of Joao Pessoa – PB. Data were collected from a structured form containing questions related to academic knowledge and feeling of facing death. The study population comprised 73 nursing students, 10 of whom comprised the sample. As inclusion criteria participants should be technical nursing. The development of research guided

by the rules of Resolution 196 / 96 after approval by the Ethics Committee of the Faculty of Nursing Nova Esperança, CAAE - 065.648.128.0000.517.9. Regarding the perception of the subjects, the results showed that beyond the biological aspect, death is associated with the natural and religious aspect. As proposed by the institution to support the majority of respondents reported receiving academic support, however, in the hospital they feel abandoned by the professionals on the spot when occur death. Thus, we conclude that perceptions of undergraduates as death reverberates this phenomenon as a natural process, pointing sadness as a feeling of greater intensity when face with death and the lack of support in hospital. Therefore, it is concluded that there are mismatches between support academic preparation and practical experience in hospital internships.

Key-words: Death. Nursing. Environment.

REFERÊNCIAS

1. Brêtas JRS, Oliveira JR, Ymaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev. Esc. Enfer. USP; 2005. [acesso em: 20 abr. 2005] Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf>.
2. Carvalho FPB. A morte na concepção de estudantes de enfermagem. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte; 2009. 72f.
3. Marques P. Ansiedade face à morte: uma abordagem psicológica e educativa. 2000. [acesso em: 20 jun. 16]. Disponível em:
<http://pcmarques.paginas.sapo.pt/Ansiedade.htm>
4. Ribeiro MC, Baraldi S, Silva MJP. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. Revista Escola de Enfermagem da USP. 1998;32(2):117-23.
5. Giacoia Júnior O. A visão da morte ao longo do tempo. [acesso em: 19 mar. 2012] Disponível em:
http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/1_a_visao_morte_longo_tempo.pdf.
6. Oliveira JR, Brêtas JRS, Ymaguti L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP; 2006.
7. Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006;14(2):207-13.
8. Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. Rev Bras Enferm. 2007 maio/jun.;60(3). [acesso em: 19 mar. 2008]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000300002&lng=pt&nrm=iso.

9. Rossi LA, Vila VS. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2002; 10(2). [acesso em: 20 jun. 2006]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
11. IBGE: Segundo o IBGE, Brasil tem mais pessoas casadas que solteiras. 2010. [acesso em: 19 nov. 2012] Disponível em: <http://www.d24am.com/noticias/brasil/segundo-o-ibge-brasil-tem-mais-pessoas-casadas-que-solteiras/6786>.
12. Lima MS, Bosco Filho J. *De demônios a anjos: discutindo o processo de construção e vivência da sexualidade das enfermeiras*. Mossoró/RN: UERN; 2005.
13. IBGE: Catolicismo cai 22,4% e vê nova ascensão de evangélicos. [acesso em: 19 nov. 2012] Disponível em: <http://fratresinunum.com/2012/06/29/ibge-catolicismo-cai-224-e-ve-nova-ascensao-de-evangelicos/>.
14. Cantídio FS, Vieira MA, Sena RR. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. Dez. 2011 [acesso em: 29 ago. 2013];29(3). Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072011000300009&script=sci_arttext.
15. Benincá CRS. *Apoio psicológico à enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico*. Tese [Doutorado em Psicologia]. Instituto de Psicologia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002. 92 f.
16. Diamante LM. *Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infectocontagiosa de um hospital geral*. 2007. 78f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Universidade Guarulhos, Guarulhos; 2007. [acesso em: 01 maio 2012] Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/19.%20Cuidados%20paliativos.pdf>.
17. Carvalho LS, Oliveira MAS, Portela SC, et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. *Rev.Enf. UFRJ, Rio de Janeiro*. Out/Dez. 2006;14(4):551-7.

Recebido em: 17.10.13 Aceito em: 15.01.14
--

AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO EM SANTA RITA-PB (HGFRFC), SEGUNDO ESCORE SOFA

Sâmia Everuza Ferreira Fernandes⁷
Iana Lícia Cavalcanti de Castro⁸
Candisse Bezerra Matias de Lucena⁸
Paula Leal dos Santos⁸
George Robson Ibiapina⁹
Ana Caroline Escarião de Oliveira¹⁰

RESUMO

Avaliar a mortalidade de pacientes internos na Unidade de Terapia Intensiva do HGFRFC, segundo o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). Foi realizada uma coorte com 10 pacientes no período de 72h, com idades superiores a 63 anos, portadores de patologias diversas. As variáveis utilizadas foram: SOFA nos dias 1,2 e 3, idade, sexo, patologias (pneumonia ou outras) e mortalidade. Para a análise, foi utilizado o teste Exato de Fisher, desde que as condições para utilização do teste Qui-quadrado de Pearson fossem suficientes. Para verificar o grau de concordância entre a escala SOFA e a ocorrência de óbito, foi obtida a curva ROC com área sob a curva e um intervalo de confiança de 95% para a referida área. A margem de erro utilizada para a decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. A idade média dos pacientes foi 73,5 +/- 7 anos, dos quais 70% eram homens. O diagnóstico predominante foi de pneumonia (90%). O SOFA foi avaliado em intervalos de 6 a 11 e de 12 a 13 e a mortalidade neles foi de 42,9% e 66,7% (p=1,00), respectivamente. O SOFA em relação aos óbitos apresentou área na curva ROC de 0,640 (95,0%: IC 0,25 a 1,00); relativo ao sexo, o SOFA de 6 a 11 esteve presente em 71,% (p=1,00) dos homens e na pneumonia em 60% (p=1,00), nas idades entre 63 e 75 anos este SOFA apareceu em 83% (p=0,50). A mortalidade no sexo masculino foi de 57,1% (p=0,487), para pneumonia 60% (p=1,00) e entre as faixas etárias analisadas 63 a 75 e 76 a 87 foram iguais 50% (p=1,00). Na nossa coorte, a mortalidade foi mais comum no SOFA 12, 13, sexo masculino, diagnósticos de pneumonia e entre os intervalos etários, foram igualmente acometidos, mas todos sem apresentar significado estatístico.

Palavras-chave: Mortalidade. Prognóstico. Insuficiência de Múltiplos Órgãos.

⁷ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. End.: Rua Presidente Roosevelt, 88, apto. 703, Expedicionários. João Pessoa-PB. CEP: 58040-730. Tel.: (83) 9999-3068. E-mail: samia_fernandes@hotmail.com

⁸ Acadêmicas do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE

⁹ Médico Endocrinologista. Professor chefe do serviço de Clínica Médica Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, Santa Rita-PB, Brasil.

¹⁰ Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva pela SES/PE, plantonista da UTI do Hospital Casa de Saúde Bom Jesus Caruaru/PE, professora convidada da FESVIP/PB.

INTRODUÇÃO

Os preditores de evolução e mortalidade vêm sendo extensamente estudados e aplicados, tanto para definir o melhor gerenciamento de recursos financeiros e alterar a conduta terapêutica, quanto para monitorar o desempenho de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou comparar as diversas unidades entre si^{1,2}.

A partir dos anos 90, diversos índices foram criados, baseados em indicadores clínicos e laboratoriais aferidos nas primeiras 24 horas de internação que, após cálculos matemáticos, poderiam prever a taxa de mortalidade, são exemplos o APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), o SAPS (Simplified Acute Physiology Score), o MPM (Mortality Probability Models) e o LODS (Logistic Organ Dysfunction Score). No entanto, esses índices ignoram as alterações evolutivas durante a estadia do doente na UTI, prevalecendo a gravidade da apresentação inicial da doença².

O SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) foi criado em 1995 para avaliação de morbidade em pacientes sépticos, uma vez considerando que a sepse é a principal causa de “falência” orgânica múltipla. Com a observância de que seria facilmente aplicável também em quadros clínicos diversos da sepse, e teve seu nome modificado para Sequential Organ Failure Assessment^{2,3}.

Formados a partir da soma de alterações em seis diferentes sistemas, são eles: contagem de plaquetas, bilirrubina, índice de oxigenação (relação entre pressão de oxigênio no sangue arterial e fração inspirada de oxigênio), uso de fármacos vasoativos ou hipotensores, escala de coma de Glasgow e

creatinina ou débito urinário⁴. Este escore tem a possibilidade de mensurar a disfunção de órgãos separadamente, assim como medir a eficácia de terapêuticas voltadas para aquele sistema orgânico, além de avaliar individualmente os pacientes, defeito comum aos outros escores produzidos³. Com a relação esperada entre morbidade e mortalidade, esse índice foi aplicado com sucesso para previsão de óbito em diversas populações⁵. Este estudo avaliou a mortalidade dos pacientes internos na Unidade de Terapia Intensiva do HGFRC, em Santa Rita-PB, segundo SOFA.

AMOSTRA E MÉTODOS

No ambiente de terapia intensiva do HGFRC foi realizada uma coorte com 10 pacientes no período de 72h, com idades superiores a 63 anos e portadores de patologias diversas. As variáveis utilizadas foram: SOFA nos dias 1, 2 e 3, idade, sexo, patologias (pneumonia ou outras) e a mortalidade.

Na análise dos dados foram obtidas distribuições percentuais e as medidas estatísticas: média e desvio padrão e foi utilizado o teste Exato de Fisher, desde que as condições para utilização do teste Qui-quadrado de Pearson fossem eficazes. Para verificar o grau de concordância entre a escala SOFA e a ocorrência de óbito, foi obtida a curva ROC com área sob a curva e um intervalo de confiança de 95% para a referida área.

A margem de erro utilizada para a decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. O “software” estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 17.

RESULTADOS

Na comparação do sexo, idade e patologias de base com o SOFA de numeração 12,13 e de 6 a 11 obtivemos: o sexo feminino com 33,3% de SOFA 12,13 e o masculino com 71,4% de 6 a 11 ($p=1,0$). Os

doentes acima de 76 anos, 50% nos piores valores de SOFA; e entre 63 a 75 anos, 83% de SOFA 6 a 11 ($p=0,5$). Em relação às doenças de base, a pneumonia foi responsável por 40% de pontuação 12,13 e as outras morbidades avaliadas, 80% de 6 a 11 ($p=1,0$), ver Tabela 1.

Tabela 1 – Avaliação do SOFA segundo o sexo, faixa etária e a patologia de base.

Variável	SOFA				TOTAL		Valor de p
	12 a 13		6 a 11		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Grupo total	3	30,0	7	70,0	10	100,0	
Sexo							
Masculino	2	28,6	5	71,4	7	100,0	$p^{(1)} = 1,000$
Feminino	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Faixa etária (em anos)							
63 a 75	1	16,7	5	83,3	6	100,0	$p^{(1)} = 0,500$
76 a 87	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Patologia de base							
Pneumonia	2	40,0	3	60,0	5	100,0	$p^{(1)} = 1,000$
Outras patologias	1	20,0	4	80,0	5	100,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Quando verificamos o total de óbitos, identificamos que o sexo 57,1% ($p=0,487$) dos homens faleceram, entre os intervalos etários (63 a 75 e 76 a 87); os óbitos foram iguais entre

ambos ($p=1,0$). A pneumonia foi considerada no desfecho fatal em 60% ($p=1,0$) e o SOFA de pontuações 12 e 13, 66,7% ($p=1,0$) de morte; ver Tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação do óbito segundo o sexo, faixa etária e a patologia básica.

Variável	Óbito				TOTAL		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Grupo total	5	50,0	5	50,0	10	100,0	
Sexo							
Masculino	4	57,1	3	42,9	7	100,0	$p^{(1)} = 0,487$
Feminino	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Faixa etária (em anos)							
63 a 75	3	50,0	3	50,0	6	100,0	$p^{(1)} = 1,000$

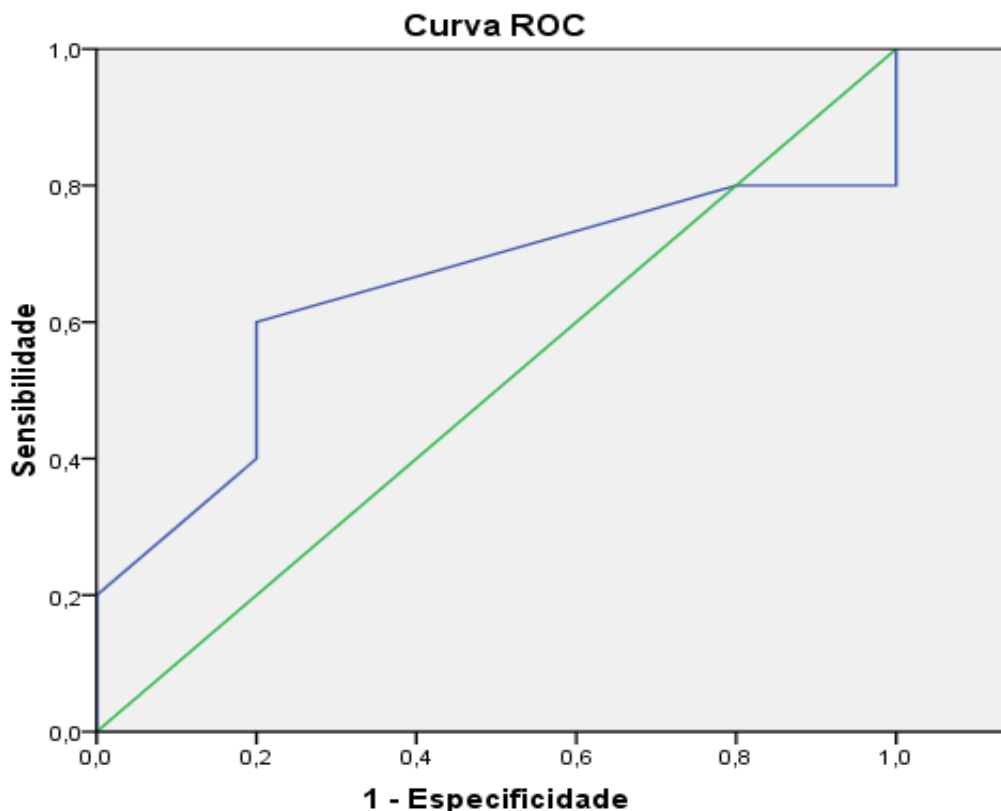
76 a 87	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Patologia básica							
Pneumonia	3	60,0	2	40,0	5	100,0	$p^{(1)} = 1,000$
Outras patologias	2	40,0	3	60,0	5	100,0	
SOFA							
12 a 13	2	66,7	1	33,3	3	100,0	$p^{(1)} = 1,000$
6 a 11	3	42,9	4	57,1	7	100,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher

Os resultados da Curva ROC mostram os valores da escala SOFA em relação à ocorrência de óbito. O valor da área sob a curva teve valor

razoável (0,640). O intervalo de confiança com 95,0% para demais as áreas varia de 0,249 a 1,00.

Gráfico 1 – Ocorrência de óbito.



Diagonal segments are produced by ties.

*Áreas sob a curva (IC(95%)): SOFA = 0,640 (0,249; 1,00).

DISCUSSÃO

Nesse trabalho, foi associado o sexo feminino, idade maior de 75 anos

à pneumonia, doença infecciosa, como tendo as piores numerações no escore SOFA. Num estudo realizado no Rio de Janeiro, a idade média dos doentes

foi de 82 anos, 44% do sexo feminino e o choque séptico dominou os casos mais graves. O escore SOFA, nesse estudo, teve seus piores índices nos dias 1 ($p=0,002$) e 3 ($p=0,001$) com valores respectivamente de 7 e 5².

Os óbitos nessa casuística foram mais comuns nos homens, pacientes com diagnóstico de pneumonia, sem preferência por grupo etário e com pontuação SOFA 12 e 13. Em um estudo com 971 pacientes portadores de sepse, quando se avaliou a mortalidade e o SOFA, a tendência ao óbito foi mais frequente em doentes que aumentaram a pontuação, média dos sobreviventes (5 ± 4), mortes (12 ± 5) $p<0,001$ ⁶. Em outro trabalho, publicado no ano 2013 com 31 pacientes, os desfechos fatais foram mais comuns no sexo feminino 77,8% ($p=0,97$), doenças cardiovasculares 33,3% ($p=0,137$) e pontuação do SOFA 8 (8;14), ($p=0,02$)⁴. Embora desenhado inicialmente para avaliar o grau de disfunção, inúmeros e sucessivos estudos^{7,8,9} têm comprovado a eficiência do SOFA em prever a mortalidade ao longo do tempo nas UTI's. Uma vez que a mortalidade é diretamente relacionada ao grau de disfunção orgânica, é evidente que quanto maior o índice SOFA, provavelmente será maior a taxa de óbitos².

A partir da área sob a curva ROC (receiver operating characteristic), foi realizada a discriminação do estudo, isto é, entre as mortes previstas, foi atribuída uma maior probabilidade de não sobreviventes em relação aos sobreviventes. Essa área representa o número de pacientes que morreram. Uma boa discriminação é obtida a partir de uma ROC acima de 0,7.

Nosso trabalho obteve um valor de área abaixo da curva considerável razoável 0,640 (0,249; 1,00). Em um trabalho recente, comparando os escores SOFA e APACHE II, ao avaliar a curva ROC para os escores estudados, notou-se que o SOFA da admissão apresentou maior área sob a curva do que o APACHE II. Todavia, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,367$), nem foi equiparável a uma análise realizada¹⁰. Esse estudo demonstrou que o APACHEII apresentava maior área sobre a curva ROC do que o SOFA. A partir desses achados, sugere-se melhor desempenho do SOFA na admissão como estimador do risco de morte quando comparado ao APACHE II⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O índice de prognóstico SOFA é influenciado por condutas empregadas em UTI e há necessidade de ser calculado a cada 48h. Os resultados deste estudo confirmam o SOFA como um ótimo sistema de avaliação da extensão da disfunção orgânica, sendo um importante indicador do prognóstico, podendo ser utilizado para quantificar o impacto de intervenções terapêuticas sobre a morbidade, bem como, na identificação de grupos de maior risco e que merecerão o máximo de monitorização. Na nossa amostra, foi possível identificar que a mortalidade foi mais comum no SOFA 12 e 13, entre pacientes do sexo masculino com diagnósticos de pneumonia. Entre os intervalos etários, não houve diferença com significado estatístico, pois todos os grupos foram igualmente acometidos.

EVALUATION OF MORTALITY IN INTENSIVE CARE UNIT OF GOVERNOR FLAVIO RIBEIRO IN HOSPITAL SANTA RITA-PB (HGFRC) BYSCORE SOFA

ABSTRACT

Assess mortality of patients hospitalized in the Intensive Care Unit of HGFRC, according to Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). We performed a cohort of 10 patients during 72h, aged over 63 years, patients with different pathologies. The variables used were: SOFA on days 1,2 and 3, age, sex, disease (pneumonia or other) and mortality. For the analysis we used the Fisher exact test provided that the conditions for use of the chi-square test were sufficient. To verify the degree of agreement between the SOFA scale and occurrence of death was obtained from the ROC curve with an area under the curve and a confidence interval of 95% for that area. The margin of error used for the decision of the statistical tests was 5.0%. The mean age of patients was 73.5 + / - 7 years, of which 70% were men. The predominant diagnosis was of pneumonia (90%). The SOFA was evaluated at intervals 6-11 and 12-13 and mortality in them was 42.9% and 66.7% (p = 1.00) respectively. The SOFA with the deaths in the ROC curve showed an area of 0,640 (95.0%: CI 0.25 to 1.00), relative to sex, SOFA 6-11 was present in 71% (p = 1, 00) men and pneumonia by 60% (p = 1.00), between the ages of 63 and 75 years old this SOFA appeared in 83% (p = 0,50). Mortality in males was 57.1% (p = 0.487), 60% for pneumonia (p = 1.00) and between age groups analyzed 63-75 and 76-87 were the same 50% (p = 1, 00). In our cohort, mortality was more common in the SOFA 24:13, males, diagnoses of pneumonia and between the age ranges were also affected, but all without showing statistical significance.

Key-works: Mortality. Prognosis. Multiple Organ Failure.

REFERÊNCIAS

1. Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, et al. The performance of intensive care units: does good management make a difference? *MedCare*. 1994;32:508-25.
2. Lemos RLL, David CMN, Oliveira GMM, Amitrano DA, Luiz RR. Associação do SOFA com a mortalidade de idosos com sepse grave e choque séptico. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2005;17(4):246-50.
3. Vincent JL. Organ dysfunction as an outcome measure: the SOFA score. *Sepsis*. 1997;1:53-54.
4. Hissa PNG, Hissa MRN, Araújo PSR. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade terapia intensiva. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):21-6.
5. Vincent JL, Mendonca A, Catraîne F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. *Crit Care Med*. 1998;26:1793-800.
6. Zanon F, Caovilla JJ, Michel RS, Cabeda EV, Ceretta DF, et al. Sepsis in the intensive care unit: etiologies, prognostic factors and mortality. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2008;20(2):128-34.

7. Vincent JL. Organ dysfunction as an outcome measure: the SOFA score. Sepsis. 1997;1:53-4.
8. Vincent JL, Mendonca A, Catraîne F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Crit Care Med. 1998;26:1793-800.
9. Kajdacsy-Balla Amaral AC, Andrade FM, Moreno R, et al. Use of the sequential organ failure assessment score as a severity score. Intensive Care Med. 2005;31:243-9.
10. Ferreira FL, Bota DP, Bross A, et al. Serial Evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. JAMA. 2001;286(14):1754-8.

Recebido em: 12.11.13 Aceito em: 25.02.14
--

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: A ARTE DE CUIDAR DE IDOSOS

Henrique Monteiro Gomes¹¹
Danillo Teixeira Vilas Boas¹²
Ludmila Barbosa Oliveira¹²
Adriana Lira Rufino de Lucena¹³
Kay Francis Leal Vieira¹⁴
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas¹⁵

RESUMO

O Brasil vem apresentando nos últimos anos um aumento gradativo no número de idosos e, com isso, cresce a preocupação em oferecer suporte, atenção e promover ressocialização aos mesmos. Pensando nisso, o Projeto de Extensão “Envelhecimento Saudável: integração ensino comunidade na promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa”, promovido pela Facene/Famene na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, desenvolve trabalhos de promoção e educação em saúde, lazer e assistência social junto a esse público. O presente trabalho teve como objetivo analisar a percepção dos idosos acerca da interação social e da convivência em grupos de terceira idade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, Protocolo de nº 53/2013. Para a condução do estudo, foram contempladas todas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa se deu durante o período de março a junho de 2013, participaram da amostra 30 idosos, em sua maioria mulheres. Utilizou-se um formulário com questões socioeconômicas e uma questão aberta sobre a opinião dos idosos acerca do projeto. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Os entrevistados avaliaram positivamente as atividades desenvolvidas no projeto, mostrando que obtiveram melhorias e aprendizados em diferentes aspectos de suas vidas. O trabalho em grupo permitiu aos participantes compartilhar experiências, favorecendo o aprendizado na busca por a adoção de hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida.

Palavras-chave: Idoso. Educação em saúde. Participação comunitária.

¹¹ Graduando em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Rua Francisco Timóteo de Sousa, 570, apto. 604, Anatólia. João Pessoa-PB. CEP: 58052-130. E-mail: henrique.mg@outlook.com. Tel.: (83) 9604-8949.

¹² Graduandos em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

¹³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integradas de Patos (FIP). Mestranda em Ciências da Educação pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (Cintep). Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: adriana.lira.rufino@hotmail.com.

¹⁴ Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) e do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE, João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: kayvieira@yahoo.com.br.

¹⁵ Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, docente da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: fabianafq@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento populacional se deve, em grande parte, ao aumento considerável da expectativa de vida dos brasileiros que, associado à queda da taxa de natalidade, amplia a proporção relativa de idosos na população. A previsão entre o período de 1970 a 2025 é que o crescimento do número de idosos seja de 223% de pessoas com 60 anos de idade ou mais, projetando-se para 2025 um número de 1,2 bilhões de pessoas nesta faixa¹.

No contexto da transição demográfica, o perfil de saúde em nosso país também sofre mudanças. Em vez das doenças infectocontagiosas, deparamo-nos com as doenças crônicas não transmissíveis, pois, nesta fase da vida, alguns fatores de risco são evidenciados, a exemplo do sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, além de mudanças sócio-comportamentais, acarretando o surgimento destas. A maior parte destes indivíduos pode apresentar pelo menos uma enfermidade crônica, e com relação à funcionalidade, 40 a 50% demonstrarão grau de dependência², fatores responsáveis pela demanda nos serviços de saúde, seguido de internações hospitalares frequentes e maior tempo de ocupação do leito, quando comparados a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são incuráveis e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos³.

Para que haja um controle desse quadro, sugere-se uma reestruturação do processo de trabalho em saúde, readequando as práticas assistenciais, ofertando um cuidado integral e holístico ao idoso, através de um diagnóstico precoce,

tratamento das incapacidades e doenças crônicas associadas, como também do emprego de métodos de prevenção, promoção e proteção à saúde. Além disso, necessita-se investir na formação dos profissionais de saúde, a fim de constituir pessoas qualificadas para atender as necessidades gerontológicas individuais, como também, no contexto familiar o qual está inserido.

Visualizando essa necessidade, a extensão universitária investe nas práticas educativas para proporcionar ao idoso, familiares e a comunidade externa, o conhecimento acumulado em todas as áreas, prestando assistência à população, através do diálogo, das trocas de experiências, facilitando o processo de ensino e aprendizagem, na busca por transformação do processo saúde doença, além de constituir-se um campo de intervenções práticas que auxiliam o aprendizado e a capacitação dos idosos.

Partindo desse pressuposto, objetivou-se conhecer a percepção dos idosos sobre a interação social e a convivência em um grupo de terceira idade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvido com idosos participantes do Projeto de Extensão “Envelhecimento Saudável: integração ensino comunidade na promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa” da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), durante o período de março a junho de 2013, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os idosos, de ambos os sexos, foram selecionados para a entrevista de forma intencional, atendendo os critérios de seleção,

compondo uma amostra de 30 idosos. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 60 anos de idade; residir no Bairro do Valentina de Figueiredo e estar cadastrado no Projeto de Extensão supracitado, no mínimo há um ano. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário com questões socioeconômicas e uma questão aberta sobre a opinião dos idosos acerca do projeto. Os discursos dos participantes foram gravados pelos autores, utilizando-se um gravador de voz digital. Em seguida, as falas foram transcritas na íntegra para o computador, possibilitando uma melhor análise do material. Cabe ratificar que o material coletado passou por correções linguísticas, sem suprimir o caráter espontâneo das falas.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁴, a qual se organiza em volta de um processo de categorização. Essa Análise de Conteúdo compreende três etapas: a) Pré-análise: são leituras e releituras constantes para a organização do material a ser organizado, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a sistematização dos dados; b) Descrição analítica: consiste na operação de codificação e na transformação dos dados brutos em unidades de compreensão do texto (unidades temáticas), para a classificação e a agregação dos dados, procurando identificar as *categorias e subcategorias que comandarão a especificação dos temas*; c) Tratamento dos resultados: consiste na organização de uma estrutura condensada das informações para permitir, especificamente, reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada, utilizando os fragmentos das falas dos

próprios sujeitos participantes da pesquisa. Após a realização dessas etapas, os conteúdos foram agrupados em categorias e subcategorias de acordo com a similaridade semântica. Emergiram, portanto, quatro categorias, a saber: Percepção do projeto; Vida pregressa; Transformação e Aprendizagem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, Protocolo de nº 53/2013. Para a condução do estudo, foram contempladas todas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão são diversificadas, incluem desde ações instintivas e rotineiras associadas à satisfação e desejo do idoso, como também práticas que atendam, de certa forma, as necessidades físicas, e até as mais complexas, como incentivá-los na tomada de decisão, manejo e domínio do ambiente físico e social, produtividade e desempenho no ambiente social.

O envolvimento do idoso com a extensão universitária intensifica o suporte social, oportunizando se tornarem ativos, produtivos e socialmente envolvidos, favorecendo o bem-estar subjetivo.

A pesquisa foi realizada com 30 participantes do projeto, sendo 28 entrevistados do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A média de idade dos idosos pesquisados foi de 68,2 anos. Quanto ao estado civil, a amostra foi composta por 12 casados, 9 viúvos, 6 divorciados e 3 solteiros.

As respostas dos entrevistados foram divididas em categorias,

subcategorias e unidades temáticas, seguindo a análise de Bardin⁴.

Quadro 1 - Análise de conteúdo temático acerca da percepção dos idosos sobre o projeto de Extensão Envelhecimento Saudável para sua vida. João Pessoa, 2013.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO
PERCEPÇÃO DO PROJETO	<i>Significado Divino</i>	<p><i>“Este projeto é muito bom, faz com que a gente viva”</i></p> <p><i>“Acho bom, é uma benção de Deus na minha vida”</i></p> <p><i>“Deus enviou o grupo para mim”</i></p>
	<i>Aprimoramento da cognição</i>	<p><i>“melhorou muito a minha mente, minha mente era muito parada”</i></p> <p><i>“aprendo muita coisa, que antes não aprendia, não vivia”</i></p> <p><i>“antes, não acreditava em mim, achava que não aprendia”</i></p>
	<i>Otimização das oportunidades para o lazer</i>	<p><i>“aqui é minha segunda casa”</i></p> <p><i>“aqui encontrei companhia para dançar, falar, passear”</i></p> <p><i>“sinto muito aconchego, esqueço dos problemas”</i></p>

Fonte: Pesquisa direta.

Através da análise de conteúdo acerca da percepção dos idosos sobre o projeto, verificou-se a emergência de uma categoria, três subcategorias e nove unidades de contexto.

A categoria do Quadro 1, denominada *Percepção do Projeto*, foi composta por três subcategorias: *Significado Divino*, *Aprimoramento da cognição* e *Otimização das oportunidades para o lazer*.

Na primeira subcategoria, *Significado Divino* encontram-se agrupadas as falas dos participantes, demonstrando que o projeto é uma dádiva de Deus em suas vidas, ficando nítida uma concepção religiosa

de que este está associado à vontade divina em sua história, constituindo variável determinante e condicionante no bem-estar e na saúde dos idosos⁶.

Na segunda subcategoria, *Aprimoramento da cognição*, percebe-se que, após frequentar o grupo de convivência, os idosos reforçam o processo cognitivo, através das práticas educativas e relacionais dispensadas.

A partir do momento que estão vivenciando as práticas desenvolvidas na extensão universitária, a frequência e a intensidade de afetos negativos oriundos do processo de envelhecimento tendem a declinar. As

técnicas desenvolvidas no grupo permitem que o idoso supere seus problemas, insira-se em atividades relacionais e sociais, permitindo criação de elos, possibilitando uma melhor comunicação entre as pessoas⁷.

Ao desenvolver as atividades na extensão, constantemente, aprende-se a desenvolver novas estratégias e atitudes diante de novos papéis e funções. Desta forma, através de todo esse aprendizado, desenvolve-se um conhecimento de si mesmo, como também oportuniza novas relações pessoais com os participantes do grupo.

As atividades de saúde não devem ser realizadas como ação que pretenda a mudança dos “comportamentos de risco”, pois, nessa perspectiva, insere-se uma prática limitada, não reconhecendo o indivíduo como o maior responsável por sua saúde ou sua doença. É importante lembrar que, dentro desse contexto, estão inseridos os sonhos, opções, desejos, necessidades, estilo de vida, crenças, valores, com a subjetividade, enfim, da pessoa, mas também é importante salientar, que as soluções dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural, político e econômico⁸.

Assim, associações importantes entre a singularidade dos idosos e as variáveis cognitivas reforçam a importância da cognição na manutenção do cuidado, bem como oportuniza o aprendizado de novos conhecimentos e habilidades com o meio onde estão inseridos.

O ingresso do indivíduo no grupo de convivência permite a interação com pessoas da mesma geração, substituindo o período de solidão e/ou abandono por construção de novas amizades, encontros, tornando esse convívio um marco em

suas vidas. Essa convivência favorece os idosos a acreditarem em si próprios, possibilitando o desenvolvimento em novos interesses e oportunidades, o desejo de continuar aprendendo e experimentando situações inovadoras⁹.

A terceira subcategoria, *Otimização das oportunidades para o lazer* demonstra que esses encontros proporcionados pela extensão universitária oportunizam conhecer pessoas, construir e estreitar laços de amizade, artifícios apontados como facilitadores para estimular a construção de conhecimentos, o aprender e reaprender, uma vez que se compartilham ideias, experiências, ofertando condições para refletir sobre o cotidiano da vida, fatores determinantes que contribuem para o empoderamento dos participantes, induzindo-os a esquadrihar um envelhecimento ativo como prioridade, para alcançar uma velhice saudável e bem sucedida¹⁰.

Os idosos almejam um espaço não só de conhecimento e informação, mas um espaço para compartilhar, construir laços e se sentirem cuidados e respeitados em sua singularidade. Desta forma, as experiências de lazer oferecem oportunidades para a interação social de forma produtiva e, por extensão, conduzem aos benefícios da socialização¹¹.

Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e de dependência, ela coloca os indivíduos numa situação de maior vulnerabilidade a problemas crônicos de saúde, que podem limitá-los na vida cotidiana. Assim, a sociabilidade e as práticas de lazer são indicadores de qualidade de vida que podem influenciar o estado de saúde, ou ainda podem atuar como fatores de proteção para o declínio cognitivo, porque ajudam a manter o idoso

autônomo no seu contexto sociocultural¹²

Quadro 2 - Análise de conteúdo temático acerca da percepção do idoso sobre sua vida antes de frequentar o projeto. João Pessoa, 2013.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO
VIDA PREGRESSA	<i>Solidão</i>	<p><i>“antes eu era desanimada”</i></p> <p><i>“antes eu vegetava, não saía, não dançava”</i></p> <p><i>“antes ficava sozinha em casa triste, pelos cantos”</i></p> <p><i>“antes era parada”</i></p> <p><i>“era só em casa, não andava para lugar nenhum”</i></p> <p><i>“ficava só em casa, sem ter lugar para onde ir, agora tenho”</i></p>
	<i>Depressão</i>	<p><i>“vivia em casa deprimida”</i></p> <p><i>“estava com depressão”</i></p>

Fonte: Pesquisa direta.

O Quadro 2 evidencia a categoria *Vida pregressa*, na qual é demonstrado, através das subcategorias *Solidão* e *Depressão*, como era a vida destes participantes antes de ingressarem ao Projeto de Extensão.

Na subcategoria *Solidão*, através dos relatos, é possível observar a presença de negligência e marginalização que esses indivíduos são submetidos durante o processo de envelhecimento.

A família deve assumir a sua importância e compromisso perante o idoso, compreendendo-o, apoiando-o e protegendo-o, ao passo que a sociedade precisa estar preparada para modificar seu comportamento, demonstrando respeito e valorizando-os, além de criar soluções objetivas para enfrentamento dos problemas e

necessidades advindas dessa faixa etária¹³.

Para tal, a extensão é um instrumento que favorece o entrosamento e a convivência, oportunizando indivíduos a saírem do isolamento e da solidão, principalmente, resgatando-os de suas casas, que, para a maioria, tornam-se verdadeiros cárceres, estimulando-os na busca pela autonomia, pelo prazer de conviver¹⁴.

Com relação à subcategoria *Depressão*, pode-se observar que, na velhice, ela tem papel de destaque, pois o grau de prevalência da depressão na população idosa é estimado, mundialmente, entre 1 a 10%, variando conforme os critérios de diagnósticos¹⁵.

A depressão é uma doença psiquiátrica, que afeta a qualidade de vida do indivíduo, podendo levá-los a

tendências suicidas, além de aumentar a carga econômica familiar, por seus custos diretos e indiretos.

Quando acomete os idosos, estes se mostram insatisfeitos pela interrupção em seus estilos de vida e redução de seu nível socioeconômico, na vigência da impossibilidade de trabalhar. Somado a isso, há privação interpessoal, particularmente, daqueles que se isolam, encurtando suas expectativas de vida¹⁶.

Por isso, a ideia de formar grupos de idosos está se propagando em todas as regiões do país, uma vez

que interagir socialmente, sobretudo com amigos da mesma geração, favorece o bem-estar físico, psicológico e social.

Portanto, pertencer a grupos de convivência, reconhecer-se num contexto, construir referências de comportamento e valores, perceber e respeitar a diversidade são caminhos que só podem ser percorridos através das relações sociais. Atuar nesse contexto permite trabalhar valores que fortalecem e despertam o prazer de viver em comunidade¹⁷.

Quadro 3 - Análise de conteúdo temático acerca da percepção dos idosos sobre como o projeto mudou suas vidas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO
TRANSFORMAÇÃO	<i>Felicidade</i>	<p>“hoje me sinto feliz, me divirto, converso”</p> <p>“passei a ser feliz”</p>
	<i>Relacionamento interpessoal</i>	<p>“conheci muitas pessoas, fiz muitos amigos”</p> <p>”conheci novas pessoas, fiz novas amizades”</p> <p>“conheci muita gente, estou renovada”</p>

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2013.

A categoria *Transformação* subdividiu-se em duas subcategorias: *Felicidade* e *Relacionamento interpessoal*. O Quadro 3 foca as transformações nos sentimentos vivenciados e no relacionamento pessoal, ocorridos na vida dos idosos ao ingressarem no grupo.

Na subcategoria *Felicidade*, através das respostas, é possível observar que os integrantes redescobrem que podem ser felizes, mesmo com as limitações da idade, e que a convivência em equipe

preenche o tempo, que era tomado pela ociosidade, com atividades e expectativas para o próximo encontro.

Entender os fatores capazes de promover um envelhecimento saudável e feliz tem sido um grande desafio para a gerontologia ao longo do tempo. O motivo pelo qual esse tema permanece significativo é que ele traduz a influência de variáveis individuais e socioculturais na determinação de crenças, atitudes e significados em relação à velhice, atuando como elementos orientadores

do comportamento diante dos desafios adaptativos inerentes ao envelhecimento¹².

Nas últimas décadas, a visão psicológica da felicidade foi alçada à condição de meta preferencial de uma visão positiva de saúde na velhice. Experiências de bem-estar psicológico contribuem para o funcionamento dos múltiplos sistemas do organismo, favorecem o enfrentamento de estressores externos e internos e beneficiam a recuperação dos recursos biológicos e psicológicos, em caso de exposição a adversidades¹⁸.

Na subcategoria *Relacionamento interpessoal* é demonstrado o quanto é importante para os idosos estarem perto e conhecerem novas pessoas, na busca por um intercâmbio entre os mesmos, algo que alguns já não encontram em seus domicílios.

Esse envolvimento subsidia relações de poder, sensibiliza o idoso a refletir sobre sua responsabilidade

perante seu processo de envelhecimento e até de adoecimento, estimulando sua intervenção na sua própria saúde. Por isso, desenvolver nesse público habilidades e competências individuais é fundamental para a construção de espaços em que ocorre um processo de comunicação adequado, buscando estabelecer de forma efetiva, democrática e elevada a dignidade social do idoso¹⁹.

A busca dos idosos para manter seus relacionamentos pessoais e o interesse em criar e aumentar laços de afetos são agentes impulsionadores da participação dos idosos no meio social. Esses tipos de relacionamentos são motivados não apenas pela procura ao ingresso em grupos de convivência, mas pela permanência, pela efetividade durante as práticas desenvolvidas e, principalmente, pela assistência e cuidado recebidos durante os encontros²⁰.

Quadro 4 - Análise de conteúdo temático acerca da percepção dos idosos sobre o aprendizado no projeto. João Pessoa, 2013.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO
APRENDIZAGEM	<i>Hábitos saudáveis</i>	<p>“aprendi o que posso comer e o que não posso”</p> <p>“aprendi a fazer exercícios, dança, brincadeira.”</p> <p>“aprendi sobre alimentação, tudo favorável pra o dia a dia”</p>
	<i>Sociabilidade</i>	<p>“aprendi a conviver”</p> <p>“aprendi a ser humilde”</p> <p>“aprendi a respeitar”</p>

Fonte: Pesquisa direta.

O Quadro 4 dispõe da categoria *Aprendizagem*, subdividida em duas subcategorias: *Hábitos saudáveis* e *Sociabilidade*.

Na subcategoria *Hábitos saudáveis*, os integrantes mostraram que receberam informações quanto à forma correta do uso dos alimentos, além de aprenderem sobre a importância da prática de exercícios físicos e do lazer no dia a dia.

As ações educativas desenvolvidas para os idosos nessa extensão universitária utilizam-se da comunicação como recurso terapêutico para identificar e lidar com as resistências e inseguranças apresentadas por esses indivíduos, tendo como pano de fundo a adoção de hábitos saudáveis.

Pois, através da comunicação que se cria um ambiente de confiança, ocorre a identificação das necessidades relacionadas com a saúde do idoso e o estímulo à participação social²¹. É também através dessa abordagem que são introduzidos temas pertinentes às necessidades das condições de saúde dos idosos, procurando maior aderência aos tratamentos e adoção de estilo saudável de vida, para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

A segunda subcategoria, *Sociabilidade* demonstra o aprendizado motivado pela convivência no grupo. Historicamente, os idosos vivenciam a segregação social vivendo muitas vezes excluídos dos ambientes e das relações interpessoais, especialmente a partir de suas aposentadorias, quando perdem ou diminuem seus vínculos de amizades.

As atividades desenvolvidas no projeto de extensão, a troca de experiência entre os idosos apontam que a convivência em grupo pode ser um espaço para reinventar valores,

solidificação de vínculos, laços de amizades, podendo estes serem ampliados no âmbito familiar e na comunidade, permitindo novas formas de relacionamentos²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A extensão universitária pressupõe uma ação junto à comunidade, disponibilizando ao público idoso o conhecimento adquirido com o ensino e a pesquisa desenvolvidos pela instituição, a fim de atender às necessidades biológicas e sociais, contribuindo para aperfeiçoar e implantar o sentido de cidadania na vida dos indivíduos.

A relação entre ensino, pesquisa e extensão, quando bem articulados, conduz a mudanças significativas nos processos de ensino e de aprendizagem, fundamentando didática e, pedagogicamente, a formação de sujeitos aptos a aprender, ensinar e de formar cidadãos.

É usual que atividades como essas afirmem a importância de se valorizar o saber dos participantes, bem como a valorização e resgate de seus saberes, além de suas memórias e histórias de vida. Na perspectiva de possibilitar-lhes um ativo trabalho cognitivo, que implique na probabilidade concreta de manutenção e ampliação de qualidade de vida.

Desta forma, evidencia-se que o desenvolvimento das ações de educação em saúde com idosos, tem-se mostrado bem sucedido, pois vem possibilitando a integração desta parcela da população, promovendo aprendizados, através da troca de conhecimento, tornando suas vidas mais felizes e menos depressivas.

Ademais, compreende-se a extensão universitária como um espaço relevante para a construção de rede de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos,

reflexão e conscientização dos determinantes do processo saúde-doença, espaço de ensino aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde, que contribuem com a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos idosos.

Entre as possíveis limitações deste estudo, ressalta-se sua condução com uma amostra com características homogêneas, realizado em apenas um grupo de extensão universitária, o que pode não refletir a realidade dos idosos em geral. Nesse sentido, sugerem-se novos estudos, com amostras diversificadas, a fim de investigar melhor a interação social e a convivência em grupos de terceira idade.

UNIVERSITY EXTENSION: THE ART OF CARING FOR THE ELDERLY

ABSTRACT

In recent years, Brazil has presented a gradual increase in the number of elderly people. With this, it increases the concern in offering support, attention and resocialization of the elderly. Thinking about it, the Extension Project called Healthy Aging: integration teaching-community in the promotion to health and prevention of diseases in the elderly population, promoted by Facene/Famene in João Pessoa, Paraíba, Brazil, has developed works about promotion and education in health, leisure and social assistance with this public. The present work aims to analyze the perception of the elderly about social interaction and acquaintanceship in groups of seniors. The project is approved by the Ethics Research Committee of the College of Medicine and Nursing Nova Esperança – Facene/Famene, under protocol nº 53/2013. The application of the study has followed all the norms of the Resolution nº 466/12 of the National Health Council. Furthermore, the research was developed from March to July, 2013, and the sample is formed by 30 elderly, most of them are women. Moreover, the data collection used a formulary with socioeconomic questions and a subjective question about the opinion of the elderly in relation to the project. The data were analyzed by means of the Content Analysis Technique proposed by Bardin. The interviewees evaluated in a positive way the activities developed in the project, showing that they obtained improvements and learning in different aspects of their lives. Group work permitted to the participants share experiences, favoring learning in the search for healthy habits and changes in lifestyle.

Key-words: Elderly People. Education in health. Community participation.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
2. Varoto VAG, Truzzi OMS, Pavarini SCI. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. *Texto Contexto Enferm* 2004. Jan-Mar; 13 (1):107-14.
3. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003;19(3):700-1.
4. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. [acesso em: 18 jan. 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
6. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):493-500.

7. Victor JF, et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):724-30. www.ee.usp.br/reeusp/.
8. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Teixeira INAO, Néri AL. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1102-8.
10. Knoplich J. Osteoporose, o que você precisa saber. 3. ed. São Paulo: Robe Editorial; 2005. p. 79.
11. Montti M. Importância da atividade física. [acesso em: 14 nov. 2007] Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4772&ReturnCatID=1774>.
12. Neri AL. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas-SP: Alínea; 2013.
13. Azevedo J. Como mudar o comportamento frente ao idoso. [acesso em: 08 nov. 2013] Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3053&ReturnCatID=1770>.
14. Debert GGA. Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP; 2004.
15. Tavares A. Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica. Guanabara-Koogan: Medsi; 2005. 630 p.
16. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. Rev. Saúde Pública [online]. 2006;40(4):734-6.
17. Almeida EA, Madeira GD, Arantes PMM, Alencar MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-Mg. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2010;13(3):435-44.
18. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2013;16(1):127-38. ISSN 1809-9823.
19. Lima JTS, Oliveira DST, Costa TF, Freitas FFQ, Alves SRP, Costa KNFM. Comunicação terapêutica e não terapêutica entre enfermeiros e idosos hospitalizados. Rev. enferm. UFPE on line. [Internet] 2012 July [acesso em: 22 Jan 2014]; 6(7): [about 9 p.]

20. Dias AO. Idoso, lazer, grupos de convivência: uma comparação entre participantes, não participantes e egressos. [manuscrito] / Aline Oliveira Dias; 2012.
21. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 7ª ed. São Paulo – SP: Edições Loyola; 2010.
22. Vieira, Camila Roberta Lahm; Boeckel, Mariana Gonçalves. (Qual)idade de Vida: Intervenção psicológica junto a grupo da terceira idade estud. interdiscipl. envelhec. Porto Alegre. 2012;17(1):183-99.

Recebido em: 12.11.13 Aceito em: 06.03.14
--

AVALIAÇÃO DO RISCO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UMA AMOSTRA POPULACIONAL DE DIABÉTICOS

Lawrence Raizama Gonçalves Costa¹⁶
Midyan Rebeca Novaes¹⁷
Sâmia Everuza Ferreira Fernandes¹⁷
Lucimary Cavalcante Gurgel Luna¹⁸
Cristianne da Silva Alexandre¹⁹

RESUMO

A doença renal crônica consiste em lesão, perda progressiva e irreversível da função dos rins. Os principais grupos de risco para o desenvolvimento desta patologia são diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar. O diagnóstico da DRC baseia-se na identificação de grupos de risco, presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematuria e leucocitúria) e na redução da filtração glomerular avaliado pelo clearance de creatina. A presente pesquisa tem como objetivo avaliar o risco da doença renal crônica em uma amostra populacional de diabéticos. É um estudo de corte transversal de caráter quantitativo e qualitativo, seguido de orientações aos pacientes, quanto ao risco de desenvolver a doença e avaliações de condições sistêmicas que podem potencializar o seu surgimento. Foram analisados 50 pacientes diabéticos no período de setembro de 2012 a maio de 2013, atendidos no ambulatório de Endocrinologia do Centro Médico Nova Esperança, na cidade de Bayeux na Paraíba, os quais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheram uma ficha contendo um questionário investigativo fechado. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo nº 18/2011. Portanto, a detecção precoce da doença renal e utilização de condutas terapêuticas apropriadas para o retardo de sua progressão são medidas indispensáveis e urgentes, que só serão possíveis por um método de rastreamento e prevenção, visando à possibilidade de criar novos conceitos e transformar as condutas no atendimento para identificar de forma precoce, barata e eficaz a Doença Renal Crônica (DRC) em sua fase inicial nos pacientes diabéticos, podendo oferecer uma melhor qualidade de vida para estes pacientes e uma economia ao sistema de saúde.

Palavras-chave: Nefropatia. Taxa de filtração glomerular. Proteinúria. Diagnóstico precoce.

¹⁶ Acadêmico da Graduação em Medicina, da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Av. Olinda, nº 407. João Pessoa-PB. CEP: 58039-120. Tel.: (83) 9920-2333. E-mail: lawrenceraizama@hotmail.com.

¹⁷ Acadêmicas da Graduação em Medicina, da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

¹⁸ Médica Endocrinologista, professora da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Colaboradora do projeto de extensão.

¹⁹ Médica Nefrologista. Professora da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. Coordenadora do projeto “Avaliação do risco de doença renal crônica em uma amostra populacional”. E-mail: cristiannesa@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O número de pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) vem aumentando progressivamente e, com isso, os custos relacionados ao diagnóstico tardio dessa patologia, pela necessidade da utilização de terapias de substituição, correspondem a até 15% do total de gastos nacionais com a saúde¹. Os métodos de rastreamento da população em risco de desenvolver a doença são simples². Até o momento, nenhum estudo nessa linha foi realizado em uma amostra populacional no estado da Paraíba, sendo de fundamental importância estimar o risco da doença em um município do Estado.

A DRC consiste em lesão renal com perda progressiva e irreversível da função renal. É uma doença multifatorial, progressiva e de alta morbimortalidade e passível de tratamento². Está relacionada a muitos custos pessoais, familiares, sociais e financeiros. A doença renal crônica constitui hoje um importante problema médico e de saúde pública¹. No Brasil, a prevalência de pacientes em programas crônicos de diálise dobrou nos últimos oito anos. O gasto com o programa de diálise e transplante renal no Brasil gira em torno de 1.4 bilhões de reais ao ano¹. Na Paraíba, segundo o Censo realizado nos centros de diálise do Brasil, no ano de 2005, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, um total de 657 pacientes está fazendo uso de algum tipo de terapia de substituição renal^{2,1}.

Devido à redução da mortalidade dos pacientes em tratamento dialítico e ao crescente aumento na incidência de pacientes necessitando dessa terapêutica, a prevalência desse tipo de paciente está crescendo exponencialmente. Estima-se ainda que,

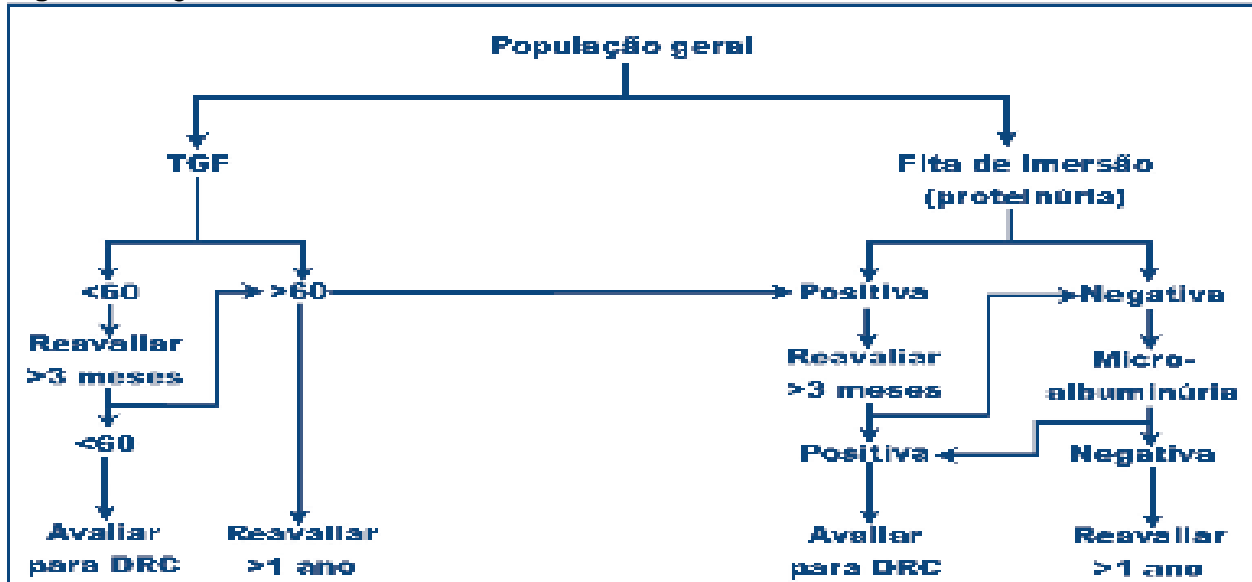
para cada paciente em diálise, existam seis portadores de algum grau de disfunção renal. A detecção precoce da doença renal e utilização de condutas terapêuticas apropriadas para o retardo de sua progressão são medidas indispensáveis e urgentes^{2,3,4}.

Como as duas principais causas de DRC são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, e essas são tratadas, principalmente, por médicos clínicos gerais que trabalham na área de atenção básica à saúde, a capacitação e a conscientização desses são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista. Por outro lado, buscamos comprovar a importância de adicionar à instituição de diretrizes apropriadas condutas para retardar ou prevenir a progressão da DRC.

Alguns estudos estimam a prevalência da DRC na população geral através da dosagem de marcadores de lesão renal, como a concentração da creatinina sérica elevada, presença de microalbuminúria, taxa de filtrado glomerular (TFG), proteinúria, entre outros. Os marcadores citados acima são os principais e apresentam facilidade para sua realização e são de baixo custo, facilitando a comprovação do uso de métodos baratos, para o rastreamento da DRC em pacientes de risco. Segundo a diretriz de DRC da AMB e CFM, temos um algoritmo (Figura1) proposto para pesquisar proteinúria como marcador de lesão de parênquima renal⁹. Segundo o algoritmo, devemos usar a TFG e a fita de imersão para definir a pesquisa para avaliação de DRC, porém, o método da fita ou avaliação urinária de microalbuminúria de 24h deve ser utilizado para uma pesquisa de lesão inicial, possibilitando uma intervenção para retardar a evolução do

comprometimento renal e qualidade de vida⁹.
consequentemente prolongar a

Figura 1 - Algoritmo



TGF= taxa de filtrado glomerular, DRC= Doença renal crônica.

Fonte: Diagnóstico. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro; 2011

O diagnóstico da maioria das DRC de caráter progressivo se baseia, principalmente, na identificação de hipertensão arterial e/ou DM, na presença de hematúria e/ou proteinúria e/ou leucocitúria, na determinação da TFG e elevada taxa de creatinina sérica. A pesquisa da hematúria e da proteinúria pode ser facilmente realizada empregando-se as fitas de imersão urinária. Quando a proteinúria for detectada, o próximo passo é quantificá-la, o que pode ser feito em urina de 24 horas ou em amostra isolada (neste caso, divide-se o valor da proteinúria em mg/dL pelo da creatinina, também em mg/dL, e o valor encontrado corresponde, em gramas, à proteinúria de 24 horas).

A TFG, idealmente, deveria ser

determinada pela depuração da inulina ou de materiais radioisotópicos, porém, é um método caro e pouco utilizado na prática⁵. O método mais adequado é a depuração da creatinina na avaliação da TFG. A depuração da creatinina pode ser realizada em urina coletada no período de 24 horas, porém, a coleta urinária inadequada, seja por incompreensão da técnica ou tipo de atividade do paciente, pode comprometer o resultado. De uma forma alternativa, a TFG pode ser estimada a partir da creatinina sérica. Os métodos mais empregados utilizam as fórmulas de Cockcroft-Gault⁶ e a do estudo MDRD para calcular a taxa de filtração (Figura 2). No presente trabalho, optamos pelo uso da fórmula de Cockcroft-Gault por ser um estudo de coorte transversal.

Figura 2 - Fórmula de Cockcroft-Gault.

Equação de Cockcroft-Gault	$C \text{ (ml/min)} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso}}{72 \times S_{cr}} \times (0,85 \text{ se feminino})$
Equação resumida do estudo MDRD	$\text{RFG (ml/min}^{-1} \text{ por } 1,73\text{m}^2) = 186 \times (S_{cr})^{-1,154} \times (\text{idade})^{-0,203}$ $\times (0,742 \text{ se feminino}) \times (1,210 \text{ se negro})$

C_{cr}: clearance de creatinina; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; *S_{cr}*: creatinina sérica em mg/dl.
Idade em anos e peso em kg.

Fonte: Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976;16:31-41

Albuminúria

A taxa normal de excreção de albumina por dia é um valor menor que 20 mg. Valores persistentes entre 30 e 300 mg por dia são chamados de microalbuminúria. Usando a relação urinária de albumina/creatinina para estimar a concentração de albumina na urina, um valor acima de 30 mg/g, sugere que a excreção de albumina é maior que 30mg/dia e, portanto, que a microalbuminúria está presente. Albuminúria é definida como excreção persistente de albumina na urina em valores maiores que 300 mg/dia. Albuminúria aumentada, particularmente, microalbuminúria, é um achado precoce de nefropatia diabética⁷ e a proteinúria é um marcador já estabelecido da DRC em pacientes diabéticos e está presente na quarta fase do KDOQI-1, com < TFG⁸.

Creatinina

A creatinina é um produto da degradação da fosfocreatina (creatina fosforilada) no músculo e é, geralmente, produzida em uma taxa praticamente

constante pelo corpo, taxa diretamente proporcional à massa muscular da pessoa: quanto maior a massa muscular, maior a taxa.

Valores normais: Mulheres: 0,6-1,2mg/dl

Homens: 0,7-1,4mg/dl

Através da medida da creatinina do sangue, do volume urinário das 24 horas e da creatinina urinária, é possível calcular a taxa de filtração glomerular, usando o clearance de creatinina, que também serve para avaliar a função renal⁹.

Taxa de filtração glomerular

Taxa de filtração glomerular (TFG) é o volume de água filtrada fora do plasma pelas paredes dos capilares glomerulares nas cápsulas de Bowman, por unidade de tempo. As faixas normais para a TFG, ajustadas para a área de superfície corporal, são: Homens: 90 a 120 mL/min e Mulheres: 80 a 110 mL/min

Atualmente, a definição da doença renal crônica se baseia em três

componentes: (1) um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); (2) um componente funcional (baseado na TFG) e (3) um componente temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse TFG < 60

mL/min/1,73m² ou a TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a, pelo menos, um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria), presente há pelo menos 3 meses¹⁰. Esta definição vem seguida da avaliação da tabela a seguir:

Tabela 1 - Estadiamento da Doença Renal Crônica.

Estágios da DRC	Taxa de filtração glomerular*	Proteinúria
1 Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥ 90 mL/min/1,73m ² .	Presente
2 Lesão renal com TFG levemente diminuída	60-89 mL/min/1,73m ² .	Presente
3A Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	45-59 mL/min/1,73m ² .	Presente ou ausente
3B Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	30-44 mL/min/1,73m ² .	
4 Lesão renal com TFG severamente diminuída	15-29 mL/min/1,73m ² .	Presente ou ausente
5 IRC estando ou não em TRS*	<15 mL/min/1,73m ² .	Presente ou ausente

* TRS=Terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal). TFG= taxa de filtração glomerular

Fonte: Estadiamento da doença renal crônica proposto pelo KDOQI1 e atualizado pelo National Collaborating Centre for Chronic Condition¹⁰³ ¹¹

Objetivo Geral

- Avaliar o risco da doença renal crônica em uma amostra populacional.

Objetivos Específicos

- Detectar precocemente pacientes com disfunção renal antes do encaminhamento ao nefrologista;
- Avaliar outros acometimentos sistêmicos dos pacientes;
- Orientar os pacientes quando ao risco de doença renal.

METODOLOGIA

É um estudo de coorte

transversal de caráter quantitativo e qualitativo, seguido de orientações aos pacientes, quanto ao risco de desenvolver a doença e avaliações de condições sistêmicas que podem potencializar o seu surgimento. Foram avaliados 50 pacientes diabéticos, atendidos no ambulatório de Endocrinologia do Centro Médico Nova Esperança, no município de Bayeux-PB. Os pacientes autorizaram sua participação na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. A pesquisa foi iniciada somente após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdade de Medicina Nova Esperança, sob protocolo nº 18/2011.

As análises dos dados foram realizadas, estatisticamente, com o auxílio do programa computacional Graphpad Prism 6.0. Foram usados os parâmetros da estatística descritiva, com adoção das medidas usuais de tendência central e dispersão, além dos cálculos de frequência relativa. Para testar a normalidade dos dados, foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para verificar correlação entre as variáveis, foi usada a análise de correlação de Spearman para variáveis não-paramétricas. Nos casos de comparação entre as variáveis independentes a paramétricas (como idade), foi usado o teste *t* de Student¹². O nível de significância adotado foi de 5%. Os resultados estão apresentados na forma de gráficos e tabelas para melhor compreensão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Consideramos os dois principais fatores de risco para DRC, Diabetes e Hipertensão, que houve uma forte relação entre eles e a doença renal. O estudo foi direcionado a uma população diabética, devido ao risco da nefropatia diabética, doença progressiva e crônica que, se não identificada em sua fase

inicial, leva o paciente a ser dependente de diálises, o que representa uma queda na qualidade de vida e maior custo ao sistema de saúde.

Dos 50 pacientes analisados no estudo, apenas 20% demonstraram ter TFG > 90 mL/min/1,73 m², o que não descarta a lesão renal; e 28% apresentaram TFG < 60 mL/min/1,73 m². Entre os 28% com TFG < 60 mL/min/1,73 m², 14% estão com microalbuminúria, o que já estabelece a DRC; e 36% não realizaram o exame de microalbuminúria de 24h, que segundo KDOQI, sua permanência >3 meses é DRC.

O estudo de rastreamento foi realizado com 50 pacientes diabéticos, entre os quais identificamos que 36% deles possuem alguma alteração na fita de imersão urinária: hematúria (8%), leucocitúria (8%), proteinúria (20%). Entre eles, temos a associação proteinúria e hematúria (4%) e proteinúria e leucocitúria (2%). Apenas 8% dos pacientes foram identificados com glicosúria, um sinal de não controle da glicemia.

A idade média dos pacientes é de 63 anos, com a menor idade de 38 anos e maior idade de 88 anos (Tabela 1). Não houve diferença estatística entre as idades dos pacientes masculinos e femininos (*t*= -0,28; *gl*= 48; *p*= 0,78).

Tabela 2 - Medidas descritivas das idades dos pacientes, estratificados por sexo, para os pacientes investigados entre setembro de 2012 a maio de 2013, no Centro Médico Nova Esperança em Bayeux - João Pessoa-PB.

Medidas descritivas (Idade em anos)	Idade dos pacientes		
	Total	Masculino	Feminino
Tamanho da amostra	50	21	29
Mínimo	38	40	38
Máximo	88	81	88
Amplitude Total	50	41	50

Média Aritmética	63	62.5	63.4
Desvio Padrão	12	11.8	12.3
Erro Padrão	1.7	2.6	2.3
Coeficiente de Variação	19.0%	18.9%	19.4%

Fonte: Pesquisa de campo, 2013

A idade dos pacientes tem influência relativa, o que devemos considerar é o tempo da doença. Desta forma, nos pacientes com DM1, realiza-se o rastreamento a partir de cinco anos do diagnóstico do DM, ou antes, em pacientes persistentemente descompensados, ou na adolescência. Em pacientes com DM2, a excreção urinária de albumina deve ser pesquisada logo após o diagnóstico do diabetes, assim que obtido o melhor controle possível da hiperglicemia e da hipertensão^{13,14,15}.

Correlacionando a idade com as outras variáveis encontradas nos pacientes do estudo, verificamos que ela não parece estar relacionada, diretamente, com nenhum fator de risco importante, com exceção da filtração glomerular, apresentando uma correlação negativa altamente significativa ($rs = -0,53$; $p < 0,0001$), sugerindo que a ação dos glomérulos possa ser muito influenciadas pela idade, principalmente em pacientes DM.

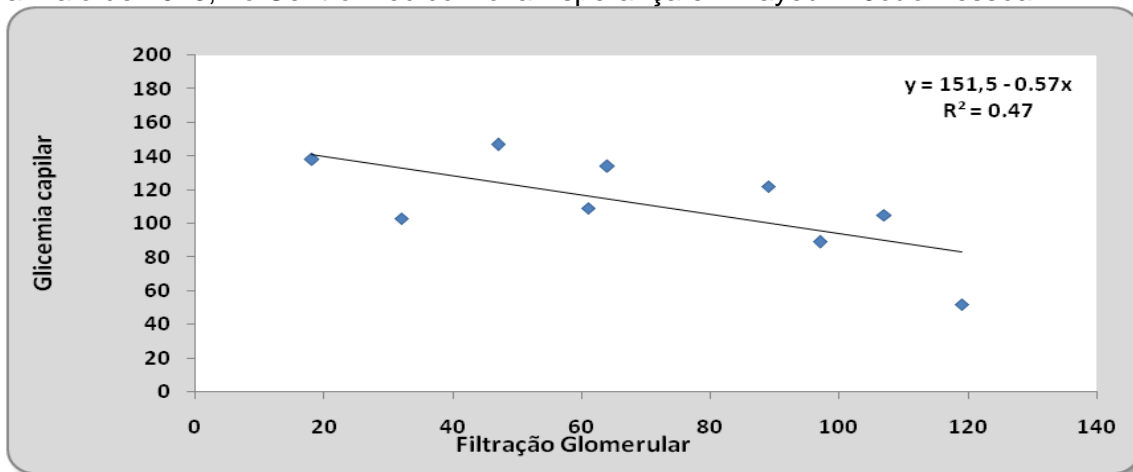
Com relação à glicemia dos pacientes, medida pelo teste de glicemia capilar, esta se mostrou fortemente correlacionada de modo inverso com a circunferência abdominal (r Pearson = $-0,30$; $p = 0,03$), ou seja, os pacientes com glicemias mais altas apresentaram uma circunferência abdominal menor. De forma semelhante, o IMC está relacionado com a circunferência abdominal, porém, positivamente ($rs = 0,74$; $p < 0,0001$), e ainda está relacionado negativamente com o pulso

dos pacientes investigados ($rs = -0,31$; $p = 0,03$). O pulso dos pacientes presentes na amostra mostrou-se também estar relacionado, negativamente, com o resultado do exame para microalbuminúria ($rs = -0,35$; $p = 0,01$). Embora, dentre os pacientes diagnosticados com microalbuminúria, esta correlação não se verifica e não encontramos correlação significativa com nenhum outro fator dentre as variáveis estudadas.

Ao investigar exclusivamente os pacientes com microalbuminúria, verificamos que a glicemia parece estar influenciando, negativamente, a taxa de filtração glomerular ($rs = -0,69$; $p = 0,04$), bem como, aumentando a creatinina sérica ($rs = -0,70$; $p = 0,03$). Isto indica que a glicemia possa ser o principal fator de risco a ser controlado para evitar o aparecimento de lesão glomerular, com surgimento de proteinúria e, conseqüentemente, de DRC (Figura 1). Muito embora ela não esteja relacionada diretamente à microalbuminúria ($rs = -0,04$; $p = 0,78$).

Como esperado, a filtração glomerular mostrou forte correlação negativa com a creatinina sérica ($rs = -0,78$; $p = 0,01$). Os 20% dos pacientes que apresentaram proteinúria estão numa faixa considerada não fisiológica. A excreção aumentada de proteína na urina é um marcador sensível para DRC secundária a diabetes, glomerulopatias primárias e secundárias e hipertensão arterial.

Figura 3 - Correlação entre a filtração glomerular e a glicemia capilar. O valor de r^2 indica que existe forte correlação negativa entre as duas variáveis. Coleta realizada em setembro de 2012 a maio de 2013, no Centro Médico Nova Esperança em Bayeux - João Pessoa-PB.



Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Quando correlacionadas as variáveis dentre os pacientes com diagnóstico de proteinúria, nem a glicemia e nem a taxa de microalbuminúria se relacionam, significativamente, com nenhuma outra variável, não parecendo ser fator de risco importante, pelo menos no grupo de estudado. Como a glicemia demonstrou ser um fator de risco importante para os pacientes com microalbuminúria, parece que o seu controle nessa fase inicial pré-DRC se faz essencial para prolongar a qualidade de vida dos pacientes com DM e evitar aparecimento de lesões renais permanentes. Novamente como esperado, a filtração glomerular se relaciona, negativamente, com a creatinina sérica ($r_s = -0,69$; $p = 0,03$). E parece existir uma relação positiva entre glicemia e pulso ($r_s = 0,73$; $p = 0,02$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, foi comprovada a necessidade do rastreamento fácil e barato da lesão renal em sua fase inicial, feito através de exames como creatinina sérica e microalbuminúria, o que nos possibilita iniciar o tratamento precoce, prevenindo ou retardando a progressão da DRC. Consideramos a possibilidade de surgir novos conceitos, transformando as condutas para paciente em risco de DRC, proporcionando uma melhor capacitação dos profissionais que lidam com estes pacientes, além de confirmarmos a eficácia de testes baratos na detecção precoce.

RISK ASSESSMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN A POPULATION SAMPLE OF DIABETIC

ABSTRACT

Chronic kidney disease is to injury, progressive and irreversible loss of kidney function. The main groups at risk for developing this disease are diabetes mellitus, hypertension and family history. The diagnosis of CKD is based on the identification of risk groups, the presence of alterations in urinary sediment (microalbuminuria, proteinuria, hematuria and pyuria) and reduced glomerular filtration rate assessed by creatine clearance. This project aims to assess the risk of chronic kidney disease in a population sample of diabetic. It is a cross-sectional cohort study of quantitative and qualitative, followed by guidance to patients regarding the risk of developing the disease and evaluation of systemic conditions that can enhance your appearance. 50 diabetic patients were analyzed from September 2012 to May 2013, in the outpatient clinic of Endocrinology, New Hope Medical Center in the town of Bayeux in Paraíba, which signed a consent form and filled out a form containing an closed investigative questionnaire. The study was approved by the Ethics in Research Protocol nº 18/2011. Therefore, early detection of kidney disease and use of appropriate therapeutic approaches to delay its progression are indispensable and urgent measures, which will be possible only by a method of screening and prevention, aiming at the possibility of creating new concepts and transform behaviors in care to identify early , inexpensive and effective way to Chronic Kidney Disease (CKD) in its initial phase of diabetic patients , and may offer a better quality of life for these patients and savings to the health system .

Key- words: Nephropathy. Glomerular filtration rate. Proteinuria. Early diagnosis.

REFERÊNCIAS

1. Filho NS, Brito DJA. Doença renal crônica: a grande epidemia deste milênio, J Bras Nefrol. 2009;28(3):1-5.
2. Romão Júnior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol. 2004;26:1-3.
3. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic Kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Ann Intern Med, 2003;139(2):137-47.
4. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Jr JE, Lugon J. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. J Bras Nefrol 2008;30(4):233-8.
5. Manjunath G, Sarnak MJ, Levey AS. Estimating the glomerular filtration rate: dos and don'ts for assessing kidney function. Postgrad Med 2001;110:55-62.
6. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976;16:31-41.
7. Estudo do rastreamento precoce da doença renal na população de Palmas-TO: uma aplicação do Scored aos métodos convencionais/Itálgores Hoffman II Lopes

Sousa Coutinho –São Paulo; 2011.

8. Vallada EP. Manual de Exames de Urina. 4.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1981.

9. Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro; 2011

10. Santos LG, Carvalho JS, Reis MA. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. J. Bras. Nefrol. São Paulo Jan./Mar. 2011;33(1):93-108.

11. Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. Assessing kidney function: measured and estimated glomerular filtration rate. N Engl J Med 2006;354:2473-83.

12. Callegari-Jacques, Sidia M. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

13. Gross JL, Azevedo MJ, Silveiro SP, Canani LH, Caramori ML, Zelmanovitz T. Diabetic nephropathy: diagnosis, prevention, and treatment. Diabetes Care. 2005;28:164-76.

14. American Diabetes Association. Diabetic nephropathy (position statement). Diabetes Care. 2004;27 (Suppl 1):S79-83.

15. Murussi M, Coester A, Gross JL, Silveiro SP. Nefropatia diabética no diabetes melito tipo 2: fatores de risco e prevenção. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2003;47:207-19.

Recebido em: 01.12.13 Aceito em: 09.04.14
--

PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS FRENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Daniela Karina Antão Marques²⁰
Samara Raquel Mendes Machado²¹
Déa Sílvia Moura da Cruz²²
Ilana Vanina Bezerra de Sousa²³
Nereide de Andrade Virgínio²⁴
Maria do Socorro Freitas Santiago²⁵

RESUMO

Objetivou-se analisar a percepção de puérperas sobre a assistência da enfermagem no Alojamento Conjunto (AC), caracterizando-as no aspecto sociodemográfico, identificando as informações prestadas pela equipe e verificando o grau de segurança destas para o autocuidado e cuidados com o bebê. Pesquisa do tipo descritiva, exploratória com abordagem quanti-qualitativa, realizada no alojamento conjunto de uma maternidade na cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi constituída por dez puérperas primíparas, acima de dezoito anos. Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista estruturado, com questões subjetivas e objetivas. A caracterização da amostra passou por tratamento estatístico, enquanto que os dados qualitativos foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados obtidos na pesquisa mostraram que 80% das puérperas entrevistadas apresentaram o ensino médio completo, 80% eram casadas, 80% apresentam renda familiar de um salário mínimo e 60% relataram ter trabalho remunerado; todas realizaram consultas de pré-natal. Outros dados demonstraram que todas as participantes conseguiram distinguir por quem era prestada a assistência na maternidade; todas as puérperas acharam a assistência de enfermagem de qualidade; quanto ao autocuidado, todas relataram realizar o mesmo; todas relataram que receberam informações prestadas pela equipe de enfermagem em relação ao cuidado ao bebê; a maioria das puérperas relatou ter tido boa interação com a equipe de enfermagem. Quanto às informações prestadas no alojamento conjunto, houve uma boa orientação da equipe da enfermagem sobre a nova etapa após a alta hospitalar em relação ao autocuidado materno e cuidado com o bebê. Portanto, pôde-se concluir que a assistência de enfermagem, prestada

²⁰ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem- GEPFAE. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB. Rua: José Francisco da Silva, 1620. Cristo Redentor. Cep: 58071120, João Pessoa-PB. (83) 88395337. Email: danielaantao@hotmail.com

²¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

²² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley- UFPB.

²³ Enfermeira. Mestranda pelo Programa em Ciência da Educação, pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias-ULTHT. Enfermeira assistencial da UTI Neonatal da Maternidade Frei Damião. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE.

²⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem CCS/UFPB. Coordenadora de Curso e Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB.

²⁵ Enfermeira. Especialista em Obstetrícia pela Universidade Federal de Manaus. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley- UFPB.

à puérpera em alojamento conjunto, é realizada de forma eficaz, com qualidade e humanizada.

Palavras-chave: Enfermagem. Puerpério. Alojamento Conjunto.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo assistencial adotado ao atendimento do binômio mãe-filho é o Sistema de Alojamento Conjunto (SAC), que é definido como um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente até a alta hospitalar.¹ Este tipo de permanência contínua permite aos pais receberem orientações para prestar cuidados ao filho, incentivar a amamentação, favorecer o vínculo entre os familiares, além de contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar.²

Neste contexto, apesar da preocupação com a humanização dos cuidados à saúde da mulher em todas as fases do ciclo vital, torna-se visível a pouca valorização das demandas que emergem da vivência da mulher no período puerperal, especialmente as relativas à subjetividade feminina em sua significação à maternidade.³

O período puerperal é compreendido como o período “que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais”.⁴

Sendo o puerpério um período considerado de riscos para alterações fisiológicas e psicológicas, tornam-se essenciais os cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base prevenção de complicações, conforto físico e emocional e educação em saúde. As ações educativas devem ser permeadas pela escuta sensível, empatia, acolhimento e valorização

das especificidades das mulheres que, sabidamente, são influenciadas por expectativas sociais relativas à maternidade.³

No pós-parto, especialmente nos primeiros dias, a puérpera vive um período de transição, estando vulnerável a qualquer tipo de problema. Sente-se ansiosa ao ter que assumir maiores responsabilidades relacionadas ao filho e a casa, e por vez, dispor de uma rede de cuidadores, compreendida pela sua família e pelos serviços de saúde, através de seus profissionais. Este período é também envolvido de cuidados com aspectos culturais que implicam em mitos e tabus.⁵

Para assistir integralmente a mulher nesse período, os profissionais de enfermagem devem estar atentos às suas reais necessidades, enfocando a relação humana entre profissional e paciente. Assim sendo, o cuidado de enfermagem no puerpério imediato tem por meta oferecer estratégias de enfrentamento e adaptação à transição à maternidade, com ações voltadas para a superação de dificuldades.³

A demonstração de interesse, por parte do profissional, pelo bem estar da paciente resulta em uma interação efetiva. Por outro lado, o fato de não serem atendidas gera uma percepção de desprezo, descaso e humilhação, mas isto só será efetivo se houver recursos humanos em termos qualitativos e quantitativos adequados à assistência.²

A atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e

profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. O acolhimento é um dos principais aspectos da política de humanização, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.⁶

O objetivo do SAC não é sobrecarregar física, nem mesmo emocionalmente, as mulheres². Neste tipo de sistema, as puérperas são estimuladas a realizar o autocuidado e prestar cuidados a seu filho, porém, isso não pode configurar que a mulher, nesse período, tenha a obrigação ou mesmo a responsabilidade de assumir o cuidado por seu filho e por ela mesma. O principal enfoque assistencial do profissional de enfermagem neste sistema está na educação e orientação à saúde para que as mulheres adquiram segurança e tranquilidade ao assumir seu papel de mãe.

Diante do exposto, em virtude da importância da contribuição da Enfermagem nesse momento indescritível da vida da mulher e da necessidade de compreender melhor esta relação de cuidado durante o período puerperal, surgiu a iniciativa de desenvolver esse estudo, o qual teve como questionamento: De que maneira as mulheres que estão vivenciando o puerpério no Alojamento Conjunto percebem e avaliam a assistência de enfermagem?

Objetivou-se, por meio deste trabalho, analisar a percepção de puérperas sobre a assistência da enfermagem no Alojamento Conjunto (AC), caracterizando-as no aspecto

social, identificando as informações prestadas pela equipe e verificando o grau de segurança das puérperas para o autocuidado e cuidados com o bebê, após as orientações dos profissionais de Enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, que foi realizado em um alojamento conjunto de uma maternidade localizada na cidade de João Pessoa.

A população constituiu-se de puérperas que estavam internadas no Alojamento Conjunto e a amostra foi composta de 10 puérperas internadas nesse alojamento. Os critérios de inclusão da amostra foram: concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que estivesse internada há 24 horas ou mais na unidade e que fosse maior de 18 anos.

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista estruturado, previamente contendo questões abertas e fechadas. Durante a entrevista, inicialmente, as participantes responderam a questionamentos vinculados ao perfil sociodemográfico. Em seguida, a entrevista buscou atingir aos objetivos específicos do estudo. Para tal, foi solicitado o consentimento para a gravação da entrevista, sendo, posteriormente, as respostas transcritas na íntegra pelas pesquisadoras.

A caracterização da amostra foi disposta em tabelas, apresentando dados percentuais e relativos, após passarem por tratamento estatístico e analisados de acordo com a literatura pertinente.

Os dados qualitativos foram analisados à luz do referencial de Lefèvre e Lefèvre.⁷ A fonte coletada foi

disposta de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo este um procedimento que retrata as expressões das falas dos pesquisados, o que viabiliza o pensamento em forma de síntese e possibilita interpretações para fundamentar os resultados, que consiste em selecionar as expressões-chaves de cada resposta individual a uma questão, que são trechos mais significativos destas respostas e correspondem às Ideias Centrais, representando a síntese do conteúdo discursivo. A partir delas, constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual.⁷

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos

preconizados pela Resolução CNS 196/96, no art. II, dos aspectos éticos, que trata do envolvimento com seres humanos em pesquisa⁸, como também a Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem,⁹ sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE, sob protocolo 45/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da Amostra

As tabelas e dados quantitativos que estão apresentadas a seguir são referentes aos dados da caracterização da amostra coletados na pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas por faixa etária.

Idade (anos)	Puérperas (n)	Percentual (%)
18	2	20
20	1	10
21	2	20
23	2	20
28	1	10
36	1	10
38	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Outro indicador que vem se modificando é a taxa de fecundidade total no Brasil, que tem mostrado um declínio acentuado desde a década de 1970, gerando impacto direto na estrutura etária do país. Os principais fatores intervenientes são as mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres, a crescente participação no mercado de trabalho e

uma maior utilização de métodos contraceptivos, causando, cada vez mais, a diminuição no número de filhos. Esta queda tem sido mais acentuada nos grupos onde estes índices eram altos, que eram as mulheres negras, pobres, menos escolarizadas, domiciliadas em áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste.¹

Tabela 2 - Distribuição das puérperas quanto à escolaridade.

Nível de escolaridade	Puérperas (n)	Percentual (%)
Ensino Médio completo	8	80
Ensino Médio incompleto	1	10
Ensino superior incompleto	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Na distribuição das puérperas quanto à escolaridade, obteve-se um resultado satisfatório onde 80% das puérperas tinham ensino médio completo, que mostra que a qualidade da assistência é bem eficaz, pois estas

mães têm uma melhor interação com a equipe de enfermagem onde terão melhor compreensão para o autocuidado tanto da mãe quanto do bebê.

Tabela 3 - Distribuição das puérperas quanto ao estado civil.

Nível de escolaridade	Puérperas (n)	Percentual (%)
Casada	6	60
Solteira	3	30
Outros (união estável)	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Quanto ao estado civil, segundo o IBGE, o total de casamentos no Brasil aumentou em termos absolutos e relativos nos últimos dez anos. Este crescimento está relacionado, ainda de acordo com o instituto, à melhoria no acesso aos serviços de justiça, à procura de casais para formalizarem

uniões consensuais e à oferta de casamentos coletivos. Ao mesmo tempo, os brasileiros têm se casado cada vez mais tarde. Em 2008, os homens solteiros que se casaram com mulheres solteiras tinham idade média de 29 anos e as mulheres, 26 anos.¹⁰

Tabela 4 - Distribuição das puérperas quanto à renda familiar.

Renda familiar	Salário Mínimo (R\$ 622,00)	Percentual (%)
Até um salário mínimo	1	10
Um salário mínimo	8	80
Mais de um salário mínimo	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Os dados obtidos na pesquisa demonstram uma boa escolaridade das participantes pesquisadas, mas, apesar disto, a renda familiar é baixa, onde 80%

recebem 1 salário mínimo. Destas entrevistadas, 60% (6) relataram que trabalham e 40% (4) não exercem atividade laboral. Comprovadamente, maiores níveis de escolaridade

garantem melhores oportunidades de inserção qualificada no mercado de trabalho. Portanto, é importante verificar se as pessoas economicamente ativas têm uma escolaridade de, pelo menos, 11 anos de estudo completos, equivalente ao ensino médio, nível que, atualmente, é exigido para praticamente todos os postos de trabalho no mercado formal¹⁰, embora essa relação não tenha aparecido na pesquisa.

Quanto ao tipo de parto, 60% (6) tiveram seus filhos de parto normal e 40% (4) de parto cesáreo. 100% (10) da amostra eram primíparas; 60% (6) estavam internadas há 24 horas; 30% (3) há 48 horas; e 10% (1) há 72 horas, atendendo critérios de inclusão da amostra.

Todas realizaram consultas de pré-natal, sendo que 70% (7) realizaram 7 ou mais consultas; 10% (1) realizou 6 consultas; 10% (1) realizou 4 consultas; e 10% (1) realizou apenas 2 consultas.

Segundo o Ministério da Saúde⁶, o número de consultas pré-natais deve ser, no mínimo, 6. No

Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. A atenção pré-natal efetiva exerce um papel fundamental no desfecho do processo do parto e nascimento e nos índices de morbimortalidade materna e perinatal.⁶

Percepção das puérperas sobre a equipe de Enfermagem

Os dados qualitativos estão analisados à luz da abordagem do Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre e Lefèvre⁷ e apresentados em quadros. E discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente à matéria e discussões das pesquisadoras.

Quadro 1 - Apresentação do DSC relativo ao questionamento: Você consegue diferenciar os profissionais que lhe atende aqui na maternidade? Diga de quem você recebeu cuidados.

IDEIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
IC 1- Distinguem médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.	[...] Sim, a equipe médica do pessoal da enfermagem, dos técnicos de enfermagem, do pessoal de apoio. [...] Sim, pediatra, enfermeira, médico, psicólogo. [...] Sim, enfermeiro, psicólogo, médico, pediatra. [...] Sim, técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico. [...] Sim, médico, enfermeiro, psicóloga, pediatra. [...] Sim, psicólogos, pediatra, médico, técnica de enfermagem e só. [...] Sim, obstetra, anestesia, enfermeiro e psicólogo. [...] Sim, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, obstetras, e psicólogos. [...] Sim, psicóloga, enfermeiro e pediatra. [...] Sim, médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e dentista.

Fonte: Pesquisa de campo

Os profissionais, ao atenderem sua clientela, devem manter um bom nível de interação e comunicação efetiva, devendo sempre apresentar-se

para que quem recebe o cuidado possa perceber a importância de cada profissional que lhe assiste.

Na pesquisa, pode-se perceber

que houve uma boa interação e comunicação dos profissionais de saúde que atuam junto às puérperas no alojamento conjunto, pois de acordo com o Quadro 1, IC 1, todas as participantes da pesquisa, conseguiram distinguir por quem era prestada a assistência a elas.

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características principais a qualidade e a humanização com essa assistência. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os

como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização.¹²

Com relação especificamente à equipe de enfermagem, o Quadro 2 apresenta a opinião das puérperas quanto ao atendimento recebido pela equipe de enfermagem.

O atendimento foi considerado de qualidade e que atendeu as expectativas das puérperas quanto à assistência de enfermagem.

Quadro 2 - Apresentação do DSC relativo ao questionamento: O que achou do atendimento da equipe de enfermagem?

IDEIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
IC 1- Atendimento foi muito bom.	<i>[...] Achei bom o atendimento, pela questão que tem técnica de enfermagem que são boas e têm outras que presta mais atenção em quem são mães. [...] Ótima, tudo de bom. [...] Bom, em muitos sentidos, generosos com os pacientes. [...] Ótimo, estão de Parabéns! [...] Eu fui muito bem assistida. [...] Eu achei boa! No sentindo que todas atenderam minhas expectativas que eu estava precisando, em questão de auxílio ao a explicar as coisas. [...] Muito bom, porque me assistiram bem, tiraram minhas dúvidas. [...] Ótimo, em tudo ela me atendeu bem. Foi falado como eu deveria cuidar do meu bebê e de mim. [...] Bom, todos estiveram comigo e tiraram minhas dúvidas. [...] Bem em tudo, me ajudo e aconselho.</i>

Fonte: Pesquisa de campo

Na assistência do Sistema de Alojamento Conjunto, o grande diferencial está na figura do profissional, nas situações em que este se coloca disponível para auxiliar a mulher em um todo na promoção do autocuidado, dando a ela total assistência embasada no saber.¹³

A enfermagem mantém um contato interpessoal com seu cliente, buscando conhecê-lo, identificá-lo e satisfazer as suas necessidades,

quando possível, ou prepará-lo para seu autocuidado, adaptando-o às suas condições de saúde e doença.

Assim sendo, o cuidado de enfermagem no puerpério imediato têm por meta oferecer estratégias de enfrentamento e adaptação à transição à maternidade, com ações voltadas para a superação de dificuldades, assim, facilitando junto com a informação prestadas às mães.¹⁴

Quadro 3 - Apresentação do DSC relativo ao questionamento: Quais informações você recebeu da equipe de enfermagem em relação ao seu autocuidado aqui no alojamento conjunto?

IDEIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
<p>IC 1- Cuidado com a higiene pessoal e da ferida operatória, orientação sobre amamentação e alimentação.</p>	<p><i>[...] Primeiro lugar a limpeza, principalmente na cirurgia, há higienização dos seios e orientação sobre amamentação. [...] A questão do cuidado na higienização do corpo e dos pontos, limpar bem e também só passar sabão neutro. Amamentação que é muito importante e alimentação. [...] Que eu limpasse bem os pontos, toda vez que eu fosse ao banheiro, enxugar bem os pontos depois de tomar banho, amamentação do meu bebê e minha alimentação. [...] Lavar-me direito, toda vez quando eu fosse ao banheiro, tomar banho, lavar bem os pontos. [...] Orientação em relação aos pontos, lavar bem com água e sabão, amamentar e a alimentação. [...] Cuidados com os pontos, lavar bem os pontos direitinho, amamentar, alimentação e higiene. [...] Os pontos mantendo a higienização sempre toda vez que for ao banheiro, lavar com água e sabão apenas. [...] Como lavar os pontos, secar direitinho, amamentar e a alimentação. [...] Limpar sempre as partes íntimas, lavar sempre a cada troca, sempre quando for ao banheiro ter muito cuidado pra não pegar nenhum tipo de contaminação. [...] Cuidar bem dos pontos.</i></p>

Fonte: Pesquisa de campo

O Quadro 3 apresentou uma Ideia Central em que as puérperas, que estavam no Alojamento Conjunto, receberam informações sobre higiene corporal, cuidado com a ferida operatória, orientação quanto à amamentação e à alimentação da mãe. Estas informações são de grande relevância para a saúde materna e, conseqüentemente, para o bebê, pois uma mãe informada terá maiores condições de ter sucesso para o seu autocuidado após a alta hospitalar.

Sendo o puerpério um período considerado de riscos, tornam-se

essenciais os cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações educativas que possam dar à mulher ferramentas para cuidar de si e do(a) filho(a). Essas ações devem ser permeadas pela escuta sensível e valorização das especificidades das demandas femininas que, sabidamente, são influenciadas por expectativas sociais relativas ao exercício da maternidade.¹⁴

Quadro 4 - Apresentação do DSC relativo ao questionamento: Quais informações você recebeu da equipe de enfermagem em relação ao cuidado com o bebê no alojamento conjunto?

IDEIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
<p>IC 1- Deve-se manter a higiene do coto umbilical e observar fezes e urina do bebê. A importância das vacinas e da amamentação.</p>	<p><i>[...] Do bebê e em relação às vacinas que ele vai tomar observar o coto umbilical, sempre higienizar depois a cada troca. [...] Como cuidar dela direitinho e observar o fezes e urina. [...] Tem que olhar bem as fezes e urina. [...] Muito boa, no caso como ela é menina, tomar cuidado com as dobrinhas, com o bumbum e deixar tudo sempre limpinho a cada troca de fralda, usar lenço com álcool a 70% no umbigo e sempre uma fraldinha nova. [...] Amamentação</i></p>

	<i>em primeiro lugar, não ofertar outro tipo de alimentação. Pois o leite já o suficiente. [...] Olhar as fezes e urina o umbigo, amamentação. [...] Limpar o umbigo, lavar bem direitinho, secar, amamentar, observar as fezes e urina. [...] Manter a higienização do umbigo passando o algodão com álcool a 70%, sempre quando ele houver excreções fecais ou urinárias limpar e amamentar. [...] Cuidar da questão do umbiguinho dele e também a amamentação, observar a fezes e urina. [...] A enfermeira me ensinou a amamentar e dar o banho.</i>
--	--

Fonte: Pesquisa de campo

De acordo com o Quadro 4, IC 1, as mães receberam orientações fundamentais para que haja um bom cuidado com a saúde do bebê após seu nascimento, como o cuidado com a higiene corporal e do coto umbilical, informações sobre a importância da amamentação e administração das vacinas. Estas informações influenciam diretamente na saúde da criança, pois cuidados preventivos e boa alimentação são condições favoráveis ao crescimento infantil saudável.

A mãe deve receber informações pela equipe de enfermagem no AC sobre como manter limpo e seco o coto umbilical até a sua queda, e que esta limpeza deve ser realizada a cada troca de fralda e banho do bebê, realizado

diariamente, aplicando-se álcool 70%¹².

No que diz respeito às vantagens do aleitamento materno para a mãe, o mesmo facilita uma involução uterina mais precoce e associa-se a uma menor probabilidade de ter câncer da mama, entre outros, sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, ou a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.¹⁵

Quadro 5 - Apresentação do DSC relativo ao questionamento: Sentiu facilidade ou dificuldade de interação com a equipe de enfermagem?

IDEIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
IC 1- Houve facilidade de interação com a equipe de enfermagem	<i>[...] Facilidade, todas possíveis, um bom atendimento, tirou minhas dúvidas. [...] Foram bem comunicativas e me ajudaram. [...] Só facilidade no atendimento que recebi. [...] Houve facilidades com todas que passaram por aqui, graças a Deus. [...] Houve facilidade no atendimento e em tudo. Tiro todas as dúvidas e esclareceu o que eu tava em dúvida ela explicou. [...] Nenhuma dificuldade, tiro minhas dúvidas e quando precisei me atenderam bem. [...] Tudo bem. [...] Elas tratam todo mundo por igual, explica tudo direitinho como deve ser. [...] nenhuma dificuldade.</i>
IC 2- Não sentiu dificuldade, porém achou o atendimento regular.	<i>[...] Foi bem regular.</i>

Fonte: Pesquisa de campo

A puérpera se sente acolhida pelas ações de enfermagem que denotam atenção às suas necessidades. A demonstração de interesse, por parte do profissional pelo bem-estar da paciente, resulta em uma interação efetiva. Por outro lado, o fato de não serem atendidas adequadamente pode gerar uma percepção de desprezo, descaso e humilhação.²

De acordo com Quadro 5, na IC 1, as puérperas relataram ter tido uma boa interação com a equipe de

enfermagem, sendo o tratamento dado pela equipe considerado bom. Foram tiradas as dúvidas que existiam, acharam a comunicação adequada e o tratamento foi oferecido sem distinção. Embora na IC 2, houve opinião contrária das demais entrevistadas. Uma boa comunicação e interação efetiva entre equipe de enfermagem e cliente possibilitam a melhor compreensão das informações transmitidas durante o cuidado prestado pelo profissional.

Quadro 6 - Apresentação do DSC relativo ao questionamento: Foram esclarecidas suas dúvidas ou lhe dadas informações necessárias para você se sentir segura após a alta hospitalar em relação ao seu autocuidado e o cuidado com o bebê?

IDEIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
IC 1- As dúvidas foram esclarecidas e as informações necessárias foram dadas. Sentimento de segurança.	[...] Foi, ela disse que eu continue em casa o que elas pediram pra eu fazer aqui como lavar os pontos direitinhos, enxugar, amamentar meu bebê, a minha alimentação também. [...] Disseram que era pra fazer tudo que faço aqui tenho que fazer em casa, na alimentação minha e do bebê. [...] Sim, a limpeza dos seios da higienização da criança. [...] Sim, da continuidade. [...] Sim, manter a higienização e dar continuidade ao processo em casa. [...] Foram sim, os meus cuidados e o do bebê. [...] Sim, todas possíveis em relação ao pré-natal, cuidados com o meu bebê to bem tranqüila. [...] Sim, quando chegar em casa cuidar bem do bebê, continuar amamentando bem. [...] Sim.
IC 2- Informações não esclarecidas	[...] Ainda não no momento, mais ainda vão me explicar.

Fonte: Pesquisa de campo

De acordo com o Quadro 6, na IC 1, a maioria das puérperas demonstraram ter confiança em relação ao seu autocuidado e o cuidado com bebê após a alta hospitalar. Sentimento este decorrente da boa assistência oferecida pela equipe de enfermagem, conforme relatado no DSC do Quadro 5, e as informações recebidas tanto para o autocuidado, colocado no Quadro 3, quanto para os cuidados com o bebê.

Apenas uma puérpera, de acordo com o Quadro 6, IC 2, estava esperando ser orientada pela equipe de enfermagem.

Na assistência do Sistema de Alojamento Conjunto, o grande diferencial está na figura do profissional, nas situações em que este se coloca disponível para auxiliar a mulher na promoção do autocuidado, ofertando à mãe toda segurança de como agir por si só.²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem prestada no período puerperal é de extrema importância e deve observar as alterações fisiológicas, psicológicas, não deixando de prevenir contaminações, devendo proporcionar conforto físico, emocional e educação em saúde, sendo esses cuidados essenciais para uma assistência qualificada.

A pesquisa possibilitou trazer benefícios para a saúde das puérperas assistidas em maternidade com alojamento conjunto, a partir do conhecimento das possíveis deficiências encontradas na assistência de enfermagem, conhecimento que pode ser aplicado para implementar estratégias para prestação de melhor assistência, atendendo as reais necessidades dessa clientela, bem como pôde-se observar e atuar junto aos pontos positivos e/ou negativos da assistência a partir da avaliação das puérperas. A contribuição ainda consistiu em demonstrar como são relevantes os cuidados de enfermagem prestados às mães no período puerperal, principalmente quando este é prestado com qualidade e respaldado

cientificamente, influenciando diretamente na saúde da mulher e, conseqüentemente, na saúde da criança que acaba de nascer, a fim de que sejam prestados cuidados adequados às reais necessidades destas mulheres no período puerperal.

Diante do exposto, esta pesquisa teve seus objetivos alcançados e poderá vir a servir de base para outros estudos sobre o assunto, a fim de contribuir sempre com a qualidade da assistência prestada às puérperas pela equipe de enfermagem. O resultado também servirá como assunto de reflexão da assistência prestada pela equipe de enfermagem da Unidade de Saúde pesquisada. Para que sejam fortalecidas as boas práticas da assistência, para que a mesma continue com a mesma qualidade que foi referida pelas puérperas, tornando cada vez mais os profissionais de enfermagem conscientes de suas atribuições e da importância de sua assistência, buscando sempre através de capacitações, o conhecimento necessário para melhoria da oferta do atendimento, demanda de competência, sensibilidade e humanidade.

PERCEPTIONS OF MOTHERS FRONT THE NURSING CARE IN ROOMING-IN

ABSTRACT

This study aimed at analyzing the mothers' perception of the nursing care in the rooming-in care, characterizing their social and demographic profile, identifying the information provided by the nursing staff and how confident they are to take care of themselves and their babies. It was a descriptive exploratory research, with quantitative and qualitative approach, being performed at the rooming-in care of a maternity in João Pessoa - PB. The sample was composed of ten primiparous mothers, over eighteen years old. As instrument for data collection, it was used a structured interview script, with subjective and objective questions. The sample characterization underwent statistical treatment, while the qualitative data was analyzed by means of Collective Subjective Discourse. The data obtained in the survey showed that 80% of the women interviewed had completed high school, 80% are married, 80% have a family income of minimum wage and 60% reported having a paid job; all of them underwent prenatal consultations. Other data showed that: all of

the participants were able to distinguish by whom the assistance was provided in the maternity ward; all mothers reported a quality nursing care; in relation to self-care, all mothers reported performing it; all of them reported receiving information provided by the nursing staff concerning the baby care; most of the women reported that they had a good interaction with the nursing staff. Regarding information provided in rooming-in arrangement, there was a proper guidance from the nursing staff about the next steps after hospital discharge in relation to maternal self-care and baby care. Thus, it can be concluded that the nursing care provided to mothers in rooming-in system is carried out effectively, with quality and humanization.

Key-words: Nursing. Mothers. Rooming-in Care.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria nº. 1016, dispõe sobre as Normas Básicas de Alojamento Conjunto, 26 de agosto de 1993. [acesso em 01 Out. 2011]. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=757>
2. Soares AVN, Gaidzinski RR, Cirico MOV. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(2):308-317.
3. Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev. Gaúcha Enfermagem*. 2010;31(3).
4. Santos EKA, Puerpério normal. In Oliveira E; Monticelli M.; Brüggemann OM. (Org). *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2ª ed. p. 117 - 133. Florianópolis; 2002.
5. Almeida FDO. O cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural. [dissertação de mestrado em Assistência de Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré - natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada [manual técnico]. Brasília-DF; 2005.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMCV. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). Caxias do Sul: EDUSC; 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96: Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. [acesso em 26 Set 2011]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resoluções/1996/reso196.doc>.
9. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Resolução 311, de 12 de Maio de 2007.
10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro - RJ; 2010.

11. Berquó E, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio: Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP*. 2006;74:11-15.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico de pré-natal e puerpério. Brasília - DF; 2006.
13. Soares AVN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema de alojamento conjunto : do abandono ao acolhimento. *Rev esc enferm USP*. 2003;37(2):72-80.
14. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev esc enferm USP*. 2008;42(2);347-354.
15. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno. Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés; 2008.

Recebido em: 02.10.13 Aceito em: 22.04.14
--

INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA AOS USUÁRIOS DO SUS

Waléria Viana Ibiapina²⁶
Brunna Polari Leitão²⁷
Michelle Medeiros Batista²⁷
Danielle Serafim Pinto²⁸

RESUMO

Desde a antiguidade, o uso de plantas com objetivos medicinais é bastante difundido em todo o mundo. No Brasil, o exercício da fitoterapia é uma prática sociocultural da comunidade e configura-se uma forma eficaz e menos custosa de cuidado à saúde, complementando o tratamento medicamentoso, usualmente empregado para a população carente. O presente trabalho trata-se de revisão bibliográfica sobre a inserção da fitoterapia na atenção primária à saúde, tendo como objetivo descrever as discussões e práticas acerca da implantação de programas de fitoterapia como opção terapêutica, na rede pública de saúde, de forma a subsidiar e incentivar a sua implementação em um maior número de municípios no Brasil. Esta revisão foi desenvolvida e fundamentada a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e portal CAPES. Observou-se que as práticas integrativas e complementares, incluindo a fitoterapia, estão em fase de expansão no Brasil. Programas de fitoterapia estão sendo implantados com a finalidade de facilitar o acesso da população às plantas medicinais e aos fitoterápicos, de modo que sejam uma alternativa mais acessível aos cuidados da saúde da população de menor renda. Porém, a utilização de fitoterápicos na atenção primária à saúde ainda é incipiente e precária no Brasil, principalmente pela carência de maiores informações sobre o assunto e pela ausência de profissionais especializados. Diante do exposto, é importante ressaltar a necessidade de incentivo, por parte do governo, para capacitar profissionais e estudantes da saúde quanto ao tema, tornando mais consistente, segura e efetiva a institucionalização da fitoterapia na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Assim, a população poderá se beneficiar da fitoterapia, como uma alternativa eficaz e de baixo custo para os cuidados da saúde.

Palavras-chave: Fitoterapia. Plantas medicinais. Atenção Primária à Saúde.

²⁶ Acadêmica do Curso de Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End.: Rua Antônio Gama, 80, Expedicionários. João Pessoa-PB. CEP: 58041-110. Tel.: (83) 8825-9569. E-mail: waleriaviana@hotmail.com.

²⁷ Acadêmicas do Curso de Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

²⁸ Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela UFPB. Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, as pessoas utilizam plantas com a finalidade de tratar e curar enfermidade, sendo a utilização de plantas medicinais na terapêutica, além de antiga, relacionada com a própria evolução do homem. Mitos, lendas e tradições refletem o vasto emprego de plantas medicinais em todos os tempos, em todas as camadas sociais e quase em toda a humanidade^{1,2}.

A flora mundial tem sido referida sob os mais diferentes aspectos da sua utilização e, nesse contexto, surgem informações a respeito do uso medicinal por diferentes povos. No Brasil, o uso de plantas medicinais tem base na prática indígena, que somada ao conhecimento acumulado das culturas europeias e africanas, gerou uma rica cultura popular, tornando-se o exercício da fitoterapia uma prática sociocultural da comunidade^{3,4,5}.

O uso de plantas medicinais tem, no Brasil, na grande diversidade vegetal e no baixo custo associado à terapêutica, justificativas que vêm despertando a atenção dos programas de assistência à saúde e de profissionais, pois se configura uma forma eficaz de atendimento primário à saúde, complementando o tratamento medicamentoso usualmente empregado pela população carente^{6,7}.

Considerando como recomendações da Organização Mundial de Saúde, a cultura e a biodiversidade existentes no Brasil, assim como a complexidade que envolve a fitoterapia, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) objetivou a ampliação do acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, voltada para a segurança, eficácia, qualidade e integralidade da atenção à saúde dos

brasileiros, além do desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional^{8,9}.

Municípios brasileiros vêm incorporando, nas duas últimas décadas, Programas de Fitoterapia na atenção primária, com o objetivo ampliar as opções terapêuticas e suprir carências medicamentosas de suas comunidades e, assim, melhorar a atenção à saúde ofertada aos usuários da rede pública¹⁰.

Diante desta abordagem, realizou-se uma revisão bibliográfica a respeito da inserção da fitoterapia na atenção primária à saúde, mais precisamente no Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo descrever as discussões e práticas acerca da implantação de Programas de fitoterapia como opção terapêutica, na rede pública de saúde, de modo a contribuir para a sua consolidação em um maior número de municípios no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo, optou-se pela realização de um levantamento bibliográfico relacionado ao tema “fitoterapia no sistema único de saúde”. Assim, a revisão bibliográfica foi desenvolvida e fundamentada a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados PUBMED, Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e portal CAPES. Os descritores utilizados durante a pesquisa foram: fitoterapia, plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos, medicina integrativa, saúde pública. Artigos originais e revisões bibliográficas, publicados entre 1998 e 2013, foram incluídos na revisão e seus dados discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breve histórico sobre a utilização de plantas medicinais e da fitoterapia

As antigas civilizações têm suas próprias referências históricas acerca das plantas medicinais. Ao longo da evolução, o homem aprendeu a selecionar plantas para a sua alimentação e como remédio para o alívio de seus males e doenças. O resultado desse processo é que muitos povos passaram a dominar o conhecimento do uso de plantas medicinais^{11,12}.

As espécies vegetais com propriedades medicinais representam a principal matéria médica utilizada pelas chamadas medicinas tradicionais, ou não ocidentais, em suas práticas terapêuticas, sendo a medicina popular a que utiliza o maior número de espécies diferentes. Assim, o uso de plantas medicinais representa um fator importante para a manutenção das condições de saúde das pessoas⁴.

Planta medicinal é qualquer espécie vegetal usada com a finalidade de prevenir e tratar doenças ou aliviar os sintomas dessas. Enquanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define medicamento fitoterápico como aquele obtido exclusivamente de matérias-primas de origem vegetal, com qualidade constante e reprodutível e que tantos os riscos quanto à eficácia sejam caracterizados por levantamentos etnofarmacológicos, documentações técnico-científicas em publicações ou ensaios clínicos^{13,14}.

Na tentativa de comprovar a identidade botânica, composição química e ação farmacológica das drogas vegetais, iniciaram as pesquisas científicas envolvendo o estudo de plantas que, por sua vez, possibilitaram a proposição de maior

atividade terapêutica, junto aos requisitos de qualidade e ausência de toxicidade¹⁵.

A fitoterapia tornou-se uma prática generalizada na medicina popular, como parte de um saber utilizado e difundido pelas populações ao longo de várias gerações, além de proporcionar a comprovação da ação terapêutica de várias plantas utilizadas popularmente. Apesar das plantas medicinais já fazerem parte da cultura popular, nas últimas décadas, o interesse pela fitoterapia teve um aumento considerável entre usuários, pesquisadores e serviços de saúde^{11,16}.

A busca por medicamentos à base de compostos obtidos de plantas medicinais é um fenômeno mundial. Nos países desenvolvidos, aparece como uma alternativa de tratamento mais saudável ou com menos efeitos adversos. Em países em desenvolvimento, surge como resultado da carência de acesso a medicamentos sintéticos, sendo incorporados aos vários Programas de Fitoterapia como opção terapêutica eficaz e de baixo custo^{5,17}.

O crescente interesse quanto ao uso de plantas medicinais está relacionado a diversos fatores, entre eles avanços ocorridos na área científica, que permitiram o desenvolvimento de fitoterápicos reconhecidamente seguros e eficazes; o alto custo dos medicamentos industrializados; a falta de acesso da população à assistência médica e farmacêutica; a crise econômica; e, também, uma tendência da população em utilizar terapias menos agressivas, destinadas ao atendimento primário à saúde^{7,18}.

Como marco importante para a fitoterapia, cita-se a Declaração de Alma-Ata, de 1978, que reconheceu o uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos com finalidade profilática,

curativa e paliativa. Desde então, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a reconhecer oficialmente o uso das plantas medicinais e da Fitoterapia e expressar a sua posição a respeito da necessidade de se valorizar e difundir mundialmente os conhecimentos sobre a utilização das plantas medicinais e da Fitoterapia no âmbito sanitário, tendo-se em vista o fato de 80% de a população mundial depender deste tipo de tratamento (uso de chás, xaropes naturais, infusões etc.) durante a atenção primária a saúde¹⁹⁻²⁰.

Implantação da fitoterapia no Sistema Único de Saúde

No Brasil, a temática do uso de plantas medicinais na atenção básica foi levantada, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi recomendada a introdução das práticas tradicionais de cura popular no atendimento público de saúde. E a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, iniciaram-se transformações que possibilitaram a implementação de práticas inovadoras na gestão em saúde, dentre as quais a inclusão de algumas das medicinas não-convencionais e práticas complementares nos serviços assistenciais médicos prestados à população, como a fitoterapia^{16,21}.

Dentro deste contexto, o Brasil, visando corresponder aos anseios e procura pelas práticas não-convencionais em saúde (PNCS), buscou estabelecer diretrizes na área de plantas medicinais e saúde pública, em 2006, ao publicar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), ressaltando a utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. A PNPIC foi elaborada com o objetivo de oferecer à população serviços e

produtos relacionados à fitoterapia, acupuntura, homeopatia e termalismo social no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a integralidade na atenção à saúde^{19,22,23}.

No campo das práticas integrativas que incluem, entre outras, a fitoterapia, no Brasil, em 2006, foi aprovado pelo Governo Federal a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, visando implementar ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira e justificada pela presença da ciência fitoterápica no cotidiano das pessoas, aliada ao fato de o Brasil ser o país que detém a maior parcela da biodiversidade mundial, em torno de 15 a 20%⁸.

Em seguida, no ano de 2008, foi lançado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que visa garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional²⁴.

O Brasil, devido a sua grande biodiversidade, detém um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais, uma vez que a intensa variedade de espécies vegetais faz com que as pesquisas e o próprio desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos possam ocorrer com destaque no cenário científico mundial. As plantas medicinais têm recebido atenção especial, pelos diferentes significados que assumem como um recurso biológico e cultural, destacando-se o seu potencial genético para o desenvolvimento de novas drogas, sendo, portanto, uma alternativa na assistência à saúde de muitas comunidades^{25,26,27}.

A fitoterapia e o uso de plantas medicinais estão em desenvolvimento no Brasil e há um crescente interesse pela inserção dessas práticas na atenção primária à saúde, uma vez que podem complementar as terapias medicamentosas alopáticas para a população carente^{7,28}.

Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde do Brasil

Desde a criação da PNPIC, as práticas integrativas e complementares, incluindo a fitoterapia, ganharam importância e relevância no cenário nacional, proporcionando um aumento da oferta dessas práticas nos serviços de saúde pública no Brasil²⁸.

Esta temática ficou mais evidente a partir da constatação de que, concomitantemente à utilização de medicamentos alopáticos, a população atendida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) também utiliza plantas medicinais com fins terapêuticos, porém, muitas vezes, desconhecendo a possível existência de efeitos tóxicos, ação terapêutica, forma correta de cultivo e preparo, bem como indicações e contraindicações^{7,29}.

A fitoterapia configura-se uma terapêutica integrativa muito útil, pois proporciona eficácia e o baixo custo operacional da utilização de plantas medicinais nos programas de atenção primária à saúde, podendo suprir a falta de medicamentos nos serviços de saúde. Este tipo de terapia torna-se ainda mais importante quando se considera a facilidade para adquirir as plantas medicinais, a compatibilidade cultural e o fato dessas plantas poderem ser usadas através de formulações caseiras, de fácil preparo, principalmente em regiões onde culturalmente é comum o uso de matéria-prima vegetal na preparação

de remédios caseiros, para o tratamento de várias doenças^{6,30}.

De acordo com um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, em todos os municípios brasileiros, verificou-se que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas. Foi observado que prefeituras que têm implantado programas de fitoterapia, aplicados nos serviços públicos de saúde, como é o caso de Vitória (ES), Curitiba (PR), cidade do Rio de Janeiro (RJ), Ribeirão Preto (SP) e Itapioca (CE) revelam sua importância em termos de perspectiva de redução de custos com a saúde¹⁶.

Em um estudo sobre a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde brasileiro, destacaram-se diversos aspectos positivos do uso de plantas medicinais e vantagens da inserção de fitoterápicos na rede pública de serviços de saúde, entre eles: o baixo custo, a menor incidência de efeitos colaterais, além da ampla aceitação por parte dos usuários, ressaltando também a importância da relação e aproximação entre o meio científico e o popular³¹.

Demonstrando-se a situação da terapêutica fitoterápica no estado de São Paulo foi observado que os médicos da rede pública de saúde, mesmo sem incentivo do governo municipal, continuam prescrevendo fitoterápicos, devido a esta terapêutica fazer parte de sua prática médica e ser bem aceita e acessível à população².

Em uma investigação sobre a utilização de plantas medicinais pela população atendida no Programa de Saúde da Família em Governador Valadares, estado de Minas Gerais, observou-se que a utilização de plantas medicinais é bastante difundida e as principais indicações de uso das plantas medicinais foram

como calmante, contra gripe e para tratar infecções. Os autores ressaltam, também, que a maioria das espécies citadas e utilizadas popularmente possui atividade farmacológica já comprovada na literatura necessitando, entretanto, de orientação correta sobre seu cultivo e emprego terapêutico²².

Na cidade de Goiânia (GO), as percepções de usuários da fitoterapia foram analisadas quanto à utilização e influência dessa prática na qualidade de suas vidas. As vantagens decorrentes da utilização da fitoterapia, apontadas pelos sujeitos da análise, relacionam-se à eficácia, ausência de efeitos colaterais, baixo custo e estímulo aos hábitos saudáveis de vida. Dessa forma, a fitoterapia contribui para a melhoria da qualidade de vida daqueles que buscam nessa terapia respostas aos seus problemas de saúde³².

A fitoterapia foi a prática complementar ao tratamento convencional mais indicada por gestores distritais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS) para implementação na rede, porém, foi observada a necessidade de informação sobre os seus efeitos indesejáveis e interações. Neste mesmo município foi demonstrado que existe a prática do uso pessoal de plantas medicinais ou fitoterápicos, entre os profissionais atuantes nos serviços de saúde pública, bem como a indicação desse recurso terapêutico aos usuários do SUS. Inclusive percebeu-se que, entre os prescritores, há uma recomendação maior de plantas medicinais em comparação aos fitoterápicos⁹.

Dentro deste contexto, é válido ressaltar que a população, muitas vezes, desconhece a existência de possível toxicidade e ação terapêutica comprovada em relação às plantas medicinais, bem como desconhece

também forma correta de cultivo, preparo, indicações e contraindicações, por acreditar que, por serem plantas medicinais, independente da forma e quantidade usadas não ocasionarão danos à saúde. Assim, com a finalidade de evitar o uso inadequado desta prática medicinal, o Ministério da Saúde, por meio do incentivo de pesquisas relacionadas ao assunto, e na tentativa de favorecer a implantação de programas de saúde que visem à distribuição e utilização racional de plantas medicinais, tem demonstrado interesse nesse assunto^{6,29}.

Outro fator que determina a falta de incentivo ao uso da fitoterapia na rede pública é o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre essa prática. Assim, a capacitação dos integrantes das equipes de Saúde da Família, bem como de estudantes para o uso e manejo das plantas medicinais parece ser uma medida a ser tomada pelos gestores municipais e pelos órgãos responsáveis pela formação dos profissionais, com a finalidade de proporcionar conhecimento sobre a eficácia e segurança no uso das plantas medicinais, e possibilitando também o envolvimento das comunidades no resgate cultural de seu uso³³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas integrativas e complementares, incluindo a fitoterapia, estão em fase de expansão no Brasil, existindo, em todas as regiões do país, diversos programas de fitoterapia implantados ou em fase de implantação. Esses programas têm como finalidade facilitar o acesso da população às plantas medicinais e aos fitoterápicos, sendo consideradas alternativas mais acessíveis aos cuidados da saúde da população de menor renda.

Porém, apesar das iniciativas oficiais e da crescente busca por práticas integrativas medicamentosas, a utilização de fitoterápicos na atenção primária à saúde ainda é incipiente e precária no Brasil, principalmente pela carência de maiores informações sobre o assunto e pela ausência de profissionais especializados e capacitados para esta prática.

Diante do exposto, é importante

ressaltar a necessidade de incentivo, por parte do governo, para capacitar profissionais e estudantes da saúde quanto ao tema, tornando mais consistente, segura e eficaz a institucionalização da fitoterapia na atenção primária do SUS. Assim, a população poderá se beneficiar das plantas medicinais, como uma alternativa eficaz e de baixo custo para os cuidados da saúde.

INSERTION OF PHYTOTHERAPY IN PRIMARY CARE TO USERS OF SUS

ABSTRACT

Since ancient times, the use of plants with medicinal purposes is widespread worldwide. In Brazil, phytotherapy is a socio-cultural practice of the community, being an effective and less costly health care, complementing the drug treatment usually employed for needy population. This paper consists of a literature review on the insertion of phytotherapy in primary health care, aiming to describe the practices and discussions about the implementation of phytotherapy programs as a treatment option in public health, in order to support and encourage their implementation in a larger number of municipalities in Brazil. This review was developed and justified based on the analysis of scientific papers obtained in PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and CAPES portal. It was observed that the complementary and integrative practices, including phytotherapy are undergoing expansion in Brazil. Phytotherapy programs are being implemented in order to facilitate people's access to medicinal plants and herbal medicines, so that they are a more affordable alternative to health care of low-income population. However, the use of herbal medicines in primary health care is still incipient and precarious in Brazil, mainly by the lack of information about the subject and the absence of specialized professionals. Given the above, it is important to emphasize the need for encouragement by the government, to train professionals and students on this theme, making the institutionalization of phytotherapy in primary care in the Unified Health System more consistent, safe and effective. Thus, the population can benefit from phytotherapy as an effective and low-cost alternative for health care.

Key-words: Phytotherapy. Medicinal plants. Primary Health Care.

REFERÊNCIAS

1. Maciel MAM, Pinto AC, Veiga Jr. VF, Grynberg NF, Echevarria A. Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares. *Química Nova* [periódico na internet]. 2002 Maio [acesso em 2013 Ago 05]; 25(3): 429-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422002000300016&lng=en&tlng=. 10.1590/S0100-40422002000300016.

2. Oliveira MJR, Simões MJS, Sassi CRR. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Pl. Med.* 2006; 8(2):39-41.
3. Alves AR, Silva MJP. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. *Revista Escola de Enfermagem, USP.* 2003; 37(4):85-91.
4. Hamilton, A. Medicinal plants and conservation: issues and approaches. International Plants Conservation Unit, WWF-UK, 2003.
5. Silveira P F, Bandeira MAM, Arrais PSD. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. *Rev. bras. Farmacogn [periódico na internet]* 2008 Dez [acesso em 2013 Jul 30]; 18(4):618-626. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000400021&lng=en&nrm=iso.
6. Santos RL, Guimaraes GP, Nobre MSC, Portela AS. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. plantas med. [periódico na internet]*. 2011 [acesso em 2013 Jul 05]; 13(4):486-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722011000400014&lng=en.
7. Bruning MCR, Mosegui GBG, Vianna CMM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva. [periódico na internet]*. 2012 Out [acesso em 2013 Jul 05]; 17(10):2675-2685. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000017&lng=en&nrm=iso.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 136 p.
9. Machado, DC, Czermainski, SBC, Lopes, EC. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. *Saúde debate. [periódico na internet]*. 2012 Dez [acesso em 2013 Jul 31]; 36(95):615-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400013&lng=en&nrm=iso.
10. Souza CMP, Brandão DO, Silva MSP, Palmeira AC, Simões MOS, Medeiros ACD. Utilização de plantas medicinais com atividade antimicrobiana por usuários do serviço público de saúde em Campina Grande - Paraíba. *Rev. bras. plantas med. [periódico na internet]*. 2013 [acesso em 2013 Jul 29]; 15(2):188-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722013000200004&lng=en.
11. Tomazzoni MI, Negrelle RRB, Centa ML. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. *Texto contexto - enferm. [periódico na*

internet]. 2006 Mar [acesso em: 2013 Jul 23]; 15(1):115-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100014&lng=en&nrm=iso.

12. Ferreira VF, Pinto AC. A fitoterapia no mundo atual. Quím. Nova. [periódico na internet]. 2010 [acesso em 2013 Jul 23]; 33(9):1829-1829. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422010000900001&lng=en&nrm=iso.

13. Di Stasi LC. Plantas medicinais: verdades e mentiras, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007. 133p.

14. Medicamentos fitoterápicos. [acesso em 2013 Jul 29]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+fitoterapicos>.

15. Paulo PTC, Diniz MFFM, Medeiros IA, Moraes LCSL, Andrade FB, Santos HB. Ensaio clínico toxicológico, fase I, de um fitoterápico composto (Schinus terebinthifolius Raddi, Plectranthus amboinicus Lour e Eucalyptus globulus Labill). Rev. bras. farmacogn. [periódico na internet]. 2009 Mar [acesso em: 2013 Jun 15]; 19(1a): 68-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2009000100015&lng=en.

16. Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2011 Jan [acesso em 2013 Jun 30]; 16(1): 311-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100033&lng=en.

17. Freitas A. Estrutura de mercado do segmento de fitoterápicos no contexto atual da indústria farmacêutica brasileira. Ministério da Saúde - Núcleo Nacional de Economia da Saúde, Brasília; 2007. 15 p.

18. Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann G, De Mello JCP, Mentz LA, Petrovick PR. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5. ed. Porto Alegre: UFRGS/UFSC; 2004.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, n. 84, seção 1, 2006a. 19p.

20. Silva CGR, Silva JLL, Andrade M. Fitoterapia como terapêutica alternativa e promoção da saúde. Informe-se em promoção da saúde [online]. 2007 [acesso em: 23 jul 2013]; 3(2):15-17. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/fit.pdf>.

21. Pinheiro R, Luz MT. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro, 2003. p. 5-36.

22. Brasileiro BG, Pizziolo VR, Matos DS, Germano AM, Jamal CM. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm [periódico na internet]. 2008 Dez [acesso em 2013 Jul 30]; 44(4):629-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151693322008000400009&lng=en.
23. Carvalho ACB. Plantas medicinais e fitoterápicos: regulamentação sanitária e proposta de modelo de monografia para espécies vegetais oficializadas no Brasil: [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.
24. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.960. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2008. Seção 1, nº 240, p. 56.
25. Yunes RA, Pedrosa RC, Cechinel-Filho V. Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. Química Nova [periódico na internet]. 2001 Fev [acesso em 2013 Jul 15]; 24(1):147-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010040422001000100025&lng=en&nrm=iso. ISSN 0100-4042.
26. França ISX, Souza JA, Baptista RS, Britto VRS. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. Rev. bras. enferm. [periódico na internet]. 2008 Abril [acesso em Jul 20]; 61(2): 201-208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200009&lng=en.
27. Veiga Junior VF, Mello JCP. As monografias sobre plantas medicinais. Rev. bras. farmacogn. [periódico na internet]. 2008 Set [acesso em 20 Jul]; 18(3):467-471. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102695X2008000300022&lng=en&nrm=iso.
28. Alexandre RF, Bagatini F, Simões CMO. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. Rev. bras. farmacogn. [periódico na internet] 2008 Mar [acesso em Jul 20]; 18(1):117-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102695X2008000100021&lng=en&nrm=iso.
29. Tomazzoni MI. Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR: [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.
30. Matos FJA. Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 3.ed. Fortaleza: EUFC, 1998. 219p.

31. Silvello CLC. O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS: uma revisão bibliográfica: [Trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
32. Loures MC, Porto CC, Siqueira KM, Barbosa MA, Medeiros M, Brasil VV, et al. Contribuições da fitoterapia para a qualidade de vida: percepções de seus usuários. Rev. enferm. 2010; 18(2):278-83.
33. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev. Saúde Pública [periódico na internet] 2011 Abr [acesso em: 2013 Ago 05]; 45(2): 249-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000200003&lng=en.

Recebido em: 22.08.13 Aceito em: 26.02.14
--

PARTO NOSSO DE CADA DIA: UM OLHAR SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA

Monise Gleyce de Araujo Pontes²⁹
Gigliola Marcos Bernardo de Lima³⁰
Izayana Pereira Feitosa³¹
Janaína Von Söhsten Trigueiro³²

RESUMO

O parir e nascer são eventos naturais, envoltos por significados culturais diversos, que acompanham a história da própria humanidade, e, particularmente, da própria mulher. A historicidade da assistência ao parto inicia-se com a acumulação do saber inato das próprias mulheres que auxiliavam as parturientes durante o nascimento. Estudo desenvolvido a partir da reflexão dos autores quanto às transformações, levando-se em consideração os procedimentos adotados na assistência obstétrica através dos anos. Objetivando-se avaliar como ocorreu a evolução da parturição frente às mudanças no modelo assistencial obstétrico. Apresenta-se metodologicamente como uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica, foram selecionados artigos e outras produções científicas (dissertações e teses) em base de dados nacionais, utilizando-se os seguintes descritores: mulher, parto, humanização. Presentes em pesquisas acadêmicas tendo como eixo condutor o conhecimento da evolução histórica a premissa do conceito de assistência ao parto. Como resultados e discussões, reconhecemos que o cuidado direcionado ao binômio mãe-filho, no momento do nascimento, sofreu grandes transformações historicamente, decorrentes entre outras coisas de sua institucionalização, medicalização, inserção tecnológica e da medicina, que somados tornaram este processo mecanizado e impessoal. O conceito do modelo humanístico fortalecido pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) é baseado nas Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que busca a implementação de práticas que visem à promoção de partos e nascimentos saudáveis. Consideramos que a assistência obstétrica ideal tem um percurso ainda minucioso pela frente, que será consolidado apenas quando cada ator envolvido neste processo entender o seu papel na cena, gerando, com este enfoque, uma assistência menos intervencionista, que promova o empoderamento materno e garanta à mulher sua autonomia e a preservação de seus direitos.

Palavras-chave: História. Parto. Mulher. Obstetrícia.

²⁹ Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Pós-graduanda em Avaliação em Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFSCPA. Endereço: Rua José Hinaldo Bezerra, n. 210, Bairro Maria Faustino- Nova Floresta- Paraíba. Tel.: (83) 9630-1771. E-mail: monise_gleyce@hotmail.com.

³⁰ Obstetrix. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

³¹ Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Universidade Federal de Campina Grande (Centro de Educação e Saúde) e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Desenvolvimento Sócio-Moral da UFPB.

³² Fonoaudióloga e Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

INTRODUÇÃO

Até meados da década de 1980, as políticas de saúde voltadas para a mulher eram precárias, englobando-a apenas na sua função de reprodutora e mãe, deixando um grande abismo no que se referia a outras questões de saúde.¹ Durante muitos anos, o Brasil se manteve imparcial quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A política vigente voltada para essa população se baseava no Programa Materno-infantil criado em 1977, que se restringia à prevenção da gestação de alto risco, não levando em conta outros aspectos relevantes.²

Só em 1983, com a fundação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o sistema de saúde passou a contemplar um modelo de assistência baseado nos princípios de equidade e integralidade, os quais abrangem as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os seus ciclos vitais.³

Essa mudança no modelo assistencial foi essencial para o estabelecimento de melhorias, refletido nos indicadores epidemiológicos referentes à condição da mulher no Brasil, adquirido graças à luta dos movimentos feministas.⁴ Na perspectiva de continuar avançando politicamente, a saúde da mulher no Brasil deixa de ser norteadada por um programa de governo e passa a ser regida por uma política de Estado e, assim, surge, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).⁴

Entre os eixos temáticos da PNAISM encontram-se o incentivo, a promoção da saúde, além do incentivo à assistência humanizada. Nesse sentido, surge em 2000, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), apresentando como metas o atendimento humanizado e integral à gestante nos

serviços públicos de saúde, visando qualificar o cuidado e diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal.⁴

Neste contexto, verifica-se que, com o passar do tempo, as políticas de saúde suscitaram transformações acerca da percepção do ciclo gravídico-puerperal. Os profissionais de saúde tomaram o lugar da educação passada de geração para geração, porém, com tanta informação disponível e o suposto 'melhor' acompanhamento dessas grávidas, o que se tem visto é que grande parte desta assistência não é cumprida plenamente.⁵

A relação de gênero é geralmente transformada em desigualdades que tornam o ser mulher vulnerável à invisibilização e à exclusão social. O atendimento à mulher durante a gestação e o parto expressa claramente as relações sociais e políticas que dizem respeito à interação assimétrica e hierárquica entre desiguais, já que parte do princípio de que o corpo feminino é normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica e dá sustentação à relação entre poder e gênero que acontece nas cenas da assistência ao pré-natal.⁵

Se anteriormente a gestação e o parto transcorriam em família, sob fortes vínculos afetivos, atualmente, ocorrem, em sua maioria, em hospitais que transformaram os vínculos em contatos superficiais. A obstetrícia firmou-se como matéria médica na formação profissional e institucionalizou-se, assim, o parto hospitalar, intensificando sua intervenção.²

Esse crescente aumento de submissão feminina ao parto hospitalar fez com que a mulher, aos poucos, deixasse para trás seu instinto natural, perdendo assim sua autonomia para viver a gestação e assumindo um

papel passivo durante o momento do parto.⁵

A violência da imposição de rotinas, da posição da mulher no trabalho de parto e parto, bem como as interferências obstétricas desnecessárias, perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres percebam a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor.⁶

Durante muito tempo, a mudança no contexto referente ao parto e nascimento se deu de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade sobre a inversão de papéis entre a mulher e a equipe médica. Porém, com o passar do tempo, foi-se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade. Baseado neste princípio, este estudo tem como objetivo avaliar como se deu a evolução da parturição frente às mudanças no modelo assistencial, assim como reconhecer, historicamente, as transformações que o cuidado direcionado ao binômio mãe-filho vem sofrendo.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada reporta-se a uma revisão bibliográfica, realizada através de pesquisa de obras identificadas na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando a base de dados eletrônica LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), além de consultas a sites de órgãos oficiais na internet.

Foram encontrados 31 artigos abrangendo obras do período de 1992 a 2009, tendo como eixo condutor o conhecimento da evolução histórica, a premissa do conceito de assistência ao parto, destes foram utilizados 15 artigos. Os critérios de inclusão são os artigos que estavam disponíveis gratuitamente, os disponibilizados para leitura na íntegra, os disponíveis em língua portuguesa e os pertinentes ao tema da pesquisa.

Os descritores empregados foram: mulher, parto, humanização. Posteriormente à triagem dos estudos, realizou-se a leitura na íntegra, a documentação e, finalmente, o fichamento dos materiais selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As transformações da assistência: o fim da feminização do parto

Ao analisar a histórica do parto a partir do século XX, vemos quão pequeno foi o espaço para tantas mudanças em sua forma de assistência. A parturição, antes apreendida como um momento íntimo e familiar, enfatizado no processo cultural, em que predominava um modelo de atenção feminina, passou a ser executada dentro do hospital, num modelo masculino de cuidado, mais preocupado com o domínio de práticas intervencionistas do que com as necessidades do corpo materno.⁸

Na cultura social mais antiga, o parto se mantinha como um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades, os cirurgiões-parteiros eram chamados a intervirem, mas essas intervenções eram tão ineficazes quanto às das parteiras e, normalmente, o papel dos mesmos era retirar um feto vivo de sua mãe morta.⁹

No fim do século XIX, os obstetras se empenharam para promover as transformações da assistência ao parto, passando a incentivar para que este fosse atendido no ambiente hospitalar, onde eles tinham autonomia e, assim, podiam controlá-lo.

É importante compreender que este domínio não foi fácil. A hospitalização do parto contou com a resistência brusca das mulheres, que se negavam a deixar suas casas para dar à luz em enfermarias de hospitais. A consolidação da presença do médico na cena do parto associa-se à criação de um instrumental próprio e de práticas cada vez mais intervencionistas, uma vez que a usavam para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade em relação às parteiras, que realizavam somente manobras e diagnósticos utilizando as mãos.¹⁰

É notório que esta perseguição às parteiras, sua desqualificação e seu banimento também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos.¹¹ As que recorriam ao hospital para dar à luz eram, em sua maioria, aquelas que não tinham posição social, eram pobres e sozinhas, e procuravam a maternidade em último caso. Até o início do século XX, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu restrito às elites e classes médias urbanas.¹²

Convém destacar que os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais, as maternidades foram criadas na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XX⁸, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento

melhorava em qualidade e segurança, devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o trabalho de parto e às operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos.¹³

A obstetrícia moderna é caracterizada em três dimensões: Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto; segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam, dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente.¹³

Infere-se que a mudança mais perceptível na cena do parto esteja ligada à posição da parturiente, já que a medicalização no momento do trabalho de parto fez com que a mulher ficasse deitada, permanecendo assim também no momento da expulsão do feto, em que a parturiente, influenciada pelo médico, adota a posição litotômica, para que este possa visualizar melhor o canal vaginal, assim como facilitar sua manipulação. Ao deitar-se na cama, com as pernas para cima, a mulher se configura como coadjuvante e o médico torna-se o ator principal do parto.¹³

A adoção da posição horizontal fez com que várias outras intervenções fossem necessárias, por impedir o movimento da mulher, fazendo com que as dores sejam intensificadas, justificando-se assim a aplicação de anestesia, o que a impossibilita de participar ativamente do parto. Além disso, esta posição faz com que o músculo perineo não relaxe,

contribuindo para o aumento das taxas de episiotomia.¹³

No Brasil, o modelo de assistência ao parto se dá sob duas esferas institucionais: a pública e a privada. Enquanto os serviços públicos oferecem o parto normal intervencionista, os serviços privados apresentam às suas pacientes a cesariana, como marca de diferenciação e modernidade.¹

Alguns autores defendem que a hospitalização do parto não consegue lograr seu objetivo fundamental, qual seja minimizar os riscos do processo de parturição, porque viabilizam outros riscos para a mulher, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias e a iatrogênicas, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo.

Na construção do sistema de saúde no Brasil, o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular.¹⁰

A mudança do modelo assistencial é, principalmente, uma alteração do ator principal da cena do parto. Infere-se que, no modelo tecnocrático, o médico é o ator principal, a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto; no modelo humanístico, a gestante é a atriz principal e inúmeros outros atores são incluídos: o acompanhante, a enfermeira obstétrica e a doula, que se configura como uma assistente da mulher na parturição. Neste modelo, todos os envolvidos no processo de nascimento, apóiam e dão suporte ao trabalho de parto, que é realizado pela própria mulher.¹¹

Neste contexto, entendemos que diálogos referentes à inversão de

papéis entre a mulher e a equipe médica se deram de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade. Porém, com o passar do tempo, foi se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade

As perspectivas da assistência: A humanização do parto e o resgate da autonomia feminina frente ao processo parturitivo

Em 2013, o filme “O Renascimento do Parto” foi lançado em meio a duras críticas à institucionalização do parto, retratando a grave realidade obstétrica mundial e, especialmente a brasileira, caracterizada por altos índices de cesarianas ou de partos intervencionistas, em contraponto com as evidências científicas. A obra, que já foi exibida em todo o país com recorde de público, faz uma reflexão acerca do novo paradigma do século XXI e sobre o futuro de uma geração nascida sem os chamados “hormônios do amor”, liberados apenas em condições de trabalho de parto peculiares.¹⁴

Já em 2010, foi realizada em Brasília-DF a última edição da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que oportunizou a discussões, sobretudo relacionadas à redução da morbimortalidade materna e perinatal; redução dos índices de cesarianas desnecessárias; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; a humanização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto¹⁵.

Tais acontecimentos representam momentos históricos importantes na militância em defesa da autonomia feminina frente ao parto, convido para se conhecer ideias e

experiências baseadas no modelo humanístico, vindas de diversas regiões do país e do mundo.

O conceito de humanização, no qual se fundamenta o modelo humanístico, defendido e debatido, inclusive, nas ações propostas no filme e na Conferência citados, e tantos outros eventos relevantes ao tema, é amplo e polissêmico, envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal.¹¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu recomendações que, em 2000, foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), sob o título Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático, enviado para todos os médicos ginecologistas/obstetras e enfermeiras obstetrizes do país. As recomendações, resumidamente, dividem-se em quatro categorias: A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada; D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado. As “Recomendações da OMS” tornaram-se as grandes referências para os defensores da humanização do parto, e alguns desses temas viraram bandeiras políticas para campanhas no Brasil, inclusive para a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).⁴

Desde a implantação do PHPN, a assistência à gestante no Brasil

baseia-se nos princípios da humanização. A Portaria nº 1.067, de 6 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, afirma que:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.⁴

Esta atenção reafirma o que prioriza a OMS, que, entre outras condutas, estimula: a presença do acompanhante, a oferta de ingesta hídrica, o uso de técnicas não invasivas para alívio da dor, a liberdade de movimentação e adoção de posturas verticais, no trabalho de parto e parto, condutas estas, muitas vezes, não respeitadas.⁴

A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério à gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, como condição primeira para o adequado acompanhamento ao parto e do puerpério.¹⁶

Muitas vezes, as práticas humanizadas são dificultadas ou impedidas pela organização hospitalar, pois quanto mais a instituição adotar uma política humanizada do parto,

maior o risco de a organização ser corresponsável em algum resultado adverso. Para a correta implementação das políticas de humanização do parto, é imprescindível dizer que esta só será realmente desenvolvida quando, além da organização hospitalar, toda a equipe se envolver em prol desta assistência, pois, o obstetra não é o único a realizar procedimentos vistos como intervencionistas, estão inclusos também, por exemplo, a ação de anestesistas e pediatras.⁴

Entre as medidas normatizadas pelo Ministério da Saúde, que objetivam a adoção das práticas humanizadas, está o reconhecimento das enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal. Desta forma, a obstetrícia tem oferecido à enfermagem a valorização de seu cuidado, assim como a expansão do mercado de trabalho, inclusive o liberal, já que o parto sem dor pode ser realizado na própria casa da parturiente.¹⁶

As formas como o parto e o nascimento são vistos atualmente decorrem de um longo processo de transformação pessoal, cultural, social e político. Para desmistificar a passividade e a dor, é primordial que cada um reconheça o seu lugar no momento da parturição, não permitindo que o papel principal seja retirado da mulher. A obstetrícia atual, baseada em tecnologias que supostamente melhoram a assistência em relação àquela adotada até o século XX, pouco tem influenciado para a qualidade do atendimento.¹⁶

Embora, a humanização da assistência ao parto venha sendo um tema bastante debatido na atualidade, o caminho que se tem até a sua concretização é longo e minucioso.

A assistência adequada à parturiente representa um fator necessário para que esta possa

vivenciar a maternidade com dignidade. A equipe que a assiste deve ser capaz de acolher não só a mulher, mas a sua família, de forma a respeitar o significado deste momento, e permitindo que a mulher exerça sua autonomia materna, facilitando a constituição do vínculo entre equipe/gestante e garantindo a prática de ações que valorizem a humanização da atenção no parto institucionalizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados expostos, podemos concluir que, no decorrer da história, o significado cultural relativo ao nascimento foi alvo de grandes modificações. Após a inserção masculina no âmbito da parturição, o que antes era visto como um processo feminino naturalmente fisiológico passou a receber fortes investidas cada vez mais intervencionistas, até a reformulação da assistência à saúde da mulher pelo PAISM. Os cuidados direcionados ao público feminino só contemplavam sua função reprodutora, neste momento da história, a assistência baseada no enfoque humanístico ainda não era valorizado.

Com o intuito de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o modelo tecnocrático foi ganhando espaço e adesão nos serviços de saúde. Apesar de reconhecer a importância dos avanços tecnológicos agregados ao processo de parturição, para a queda das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é necessário compreender que estes recursos não devem ser utilizados de maneira padronizada e demasiada, pois a sua prática indiscriminada colabora para o consumo desnecessário dos recursos do sistema de saúde, além de coibir os direitos reprodutivos femininos, uma

vez que defrauda a autonomia da mulher frente ao parto. Muitas vezes, esta violação se dá sem que ela entenda o que isso significa, contribuindo até mesmo para que seja vítima de violência obstétrica sem saber.

Para a sociedade atual, um modelo de assistência obstétrica instituída de forma completamente tecnocrática é incabível. Desta forma, é imprescindível lutar por melhores condições de parturição, livre de imposições rotineiramente desnecessárias, que ferem a autonomia da mulher e a colocam como paciente incapaz de parir sem procedimentos médicos que, por sua vez, surtem como uma cascata de práticas intervencionistas, que acabam

por interferir no processo natural do nascimento.

Não se deve aceitar de forma passiva a violência obstétrica advindas de palavras, gestos e atitudes sofridas pela maioria das parturientes nos âmbitos servidores de saúde. É dever de todos prover formas de atendimentos alternativos, principalmente, aqueles que prezam por um conceito de saúde representado pela qualidade da assistência enfocada na humanização. Só assim ocorrerá o 'renascimento' do parto, em que mulheres serão empoderadas para vivenciar este momento como seu, acima de tudo, perseverando na sua busca por respeito e construindo seu protagonismo.

BIRTH OF OUR EVERY DAY: A LOOK AT THE PROSPECTS AND TRANSFORMATION OF ASSISTANCE

ABSTRACT

The give birth and birth are natural events, surrounded by many cultural meanings that accompany the story of humanity itself, and particularly the woman herself. The historicity of assistance parturition begins with the accumulation of knowledge innate women themselves who assisted women in labor during childbirth. Study developed from the authors' reflections on changes, taking into account the procedures followed in obstetric care through the years. Aiming to assess how the evolution of parity opposite to changes in obstetric care model occurred. Presents itself as a methodological research literature review type articles and other scientific publications (theses and dissertations) were selected on the basis of national data, using the following descriptors: woman in childbirth, humanization. Gifts in academic research as a driver shaft having knowledge of the historical evolution of the concept of the premise assistance childbed. Results and discussions as we recognize that care directed to both mother and child at birth has undergone major transformations historically, resulting among other things in its institutionalization, medicalization, technology insertion and medicine, which together made this mechanized and impersonal process, taking the role of women art of midwifery. The concept of humanistic model strengthened by the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN), based on recommendations of the World Health Organization (WHO), that seeks to implement practices aimed at promoting healthy births and births. We believe that the optimal obstetric care has also thorough road ahead, which will be consolidated only when each actor involved in the process understand their role in the scene, with this approach generates a less interventionist assistance that promotes maternal empowerment and assure the woman autonomy and the preservation of their rights.

Key-words: History. Labor. Women. Obstetrics.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Oliveira AC. Gênero, saúde reprodutiva e trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2001.
3. Ávila MB, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil Dilemas e Desafios. São Paulo: HUCITEC, Population Council; 1999.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Lauretis T. A Tecnologia do gênero. In: Holanda EB, organizadora. Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco; 1994.
6. Rehuna. Carta de Campinas. Campinas; 1993.
7. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2006.
8. Alttiman CN, Costa SG. Revolução Feminina: As conquistas da mulher no Século XX. São Paulo: Faculdade Eça de Queirós. Jandira; 2009.
9. Domingues RM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
10. Rohden F. Uma Ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
11. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003 [acesso em: 21 maio 2013];19(Supl2):419-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>.
12. Leal MC, Viacava F. Maternidades do Brasil. Radis – Comunicação em Saúde; 2002.
13. Martins APV. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XX. [Tese de Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

14. O renascimento do Parto – O Filme [documentário em longa-metragem].
Direção: Eduardo Chauvet. Brasil: MasterBrasil Filmes; 2013.

15. III Conferência de Humanização do Parto e Nascimento; Nov. 26 a 30; Brasília, DF; 2010.

16. Serruya SJ. A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. [Tese de Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

17. Sodré TM, Lacerda RA. O Processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007 [acesso em 19 ago. 2103];41(1):82-9. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a10.pdf>.

Recebido em: 09.07.13 Aceito em: 27.02.14
--

O SAGRADO FEMININO: HISTÓRIAS DE LUTA E LUTO

Gigliola Marcos Bernardo de Lima³³
Izayana Pereira Feitosa³⁴
Janaína Von Söhsten Trigueiro³⁵
Monise Gleyce de Araújo Pontes³⁶

RESUMO

Durante os últimos séculos, a mulher tem lutado pelo seu direito de igualdade. Toda luta em busca de seu espaço na sociedade marca a visão da figura da mulher na evolução histórica, o que se tornou impactante e ocasionou os avanços atuais. Objetivou-se investigar a evolução feminina, através de seu perfil histórico, considerando três gerações diferentes, bem descrevendo a sua inserção e reconhecimento como cidadã digna de respeito e relevo social. Ancora-se metodologicamente como uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica, para isso, foram selecionados artigos e outras produções científicas (dissertações e teses) no banco de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Lilacs, utilizando-se os seguintes descritores: gênero, mulher, feminismo e direitos das mulheres, presentes em estudos tendo como eixo condutor a análise da trajetória feminina e sua função em diferentes períodos e segmentos sociais. Nos resultados e discussões, identificamos o objeto de estudo como: “Mulheres do século XX: Breve resgate histórico” em três amostras: A mulher da primeira geração (década de 20 a 40); A Mulher da Segunda Geração (década de 50 a 70) e A Mulher da Terceira Geração (década de 80 a 2000), relatando sobre sua posição no contexto familiar, a forma de educação lhes direcionada, os relacionamentos, o trabalho e as transformações das políticas reprodutivas e sexuais que foram essenciais para que ela passasse a ser vista e tratada sob um novo olhar, referenciando também o pensamento de estudiosos sobre a mulher, seu papel e influências em seu meio, o movimento feminista e a luta pela conquista de seus direitos. Assim, consideramos que a ligação entre as características na construção da identidade feminina pertencentes a gerações distintas permitiu relacionar perfis que vão do comum ao extremamente incomum, mesmo ainda existindo muita disparidade entre gêneros, após essa pesquisa, perceberam-se importantes avanços acerca desta discussão.

Palavras-chave: Direitos da Mulher. Relações de gênero. Feminismo. Relação entre gerações.

³³ Doutora em Saúde Pública. Mestre em Saúde Pública. Obstetiz. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

³⁴ Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Universidade Federal de Campina Grande (Centro de Educação e Saúde) e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Desenvolvimento Sócio-Moral da UFPB.

³⁵ Fonoaudióloga e Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção à saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

³⁶ Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande. Pós-graduanda em Avaliação em Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA. Endereço: Rua José Hinaldo Bezerra, nº 210, Bairro M^a Faustino- Nova Floresta -Paraíba. Tel.: (83) 9630. 1771. E-mail: monise_gleyce@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A definição dos papéis exercidos pelo homem e pela mulher está presente no cotidiano desde os primórdios da história, à medida que a sociedade evolui, transformam-se também as normas e os valores impostos aos gêneros.

A visão feminina sobre seus direitos começou a mudar no final do século XVIII, sob a influência da Revolução Francesa. As conquistas do direito à educação e ao voto refletiram a uma nova condição da mulher na sociedade, originando os movimentos feministas nos anos 60 e 70, que tinham como palavra de ordem “Nosso corpo nos pertence”, fazendo uma alusão à mulher como proprietária de seu ser.¹

Durante os dois últimos séculos, a mulher tem lutado pelo seu direito de igualdade. Dentre as reivindicações destacam-se: o direito ao trabalho, à instrução, ao divórcio e, sobretudo, ao exercício da cidadania, isto é, como cidadãs plenamente reconhecidas.²

Afirma-se que toda luta em busca de seu espaço na sociedade marca a visão da figura da mulher na evolução histórica, o que se tornou impactante e ocasionou os avanços atuais.³ No entanto, cabe destacar que, durante muitos anos, o Brasil se manteve imparcial quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, gerando discussões com ampla participação da população feminina.

Contudo, observou-se que, para as mulheres da classe popular, o movimento feminista representou a melhoria da qualidade de vida, enquanto que para as da classe média este expressava a ideologia de uma política com conteúdo feminista, embora as duas classes sempre estivessem unificadas para lutar por um propósito comum.¹

As argumentações foram

fundamentais para a formação de alianças que apoiavam o controle populacional. Baseado nesse contexto, o movimento passou a defender que o acesso gratuito dos métodos contraceptivos era essencial para a validação da cidadania feminina, implicando, assim, nas primeiras decisões governamentais para a adoção de medidas oficiais.⁴

Além disso, outro espaço de enfrentamento na trajetória de luta defendida pelas mulheres foi a interferência da Igreja Católica. Ao mesmo tempo em que a Igreja defende a implantação de políticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população feminina, não permite que estas propostas defrontem com suas doutrinas.

Tais dilemas só puderam ser definidos graças à união de feministas, ginecologistas e pesquisadores da área de reprodução humana, assim como a adesão de mulheres inseridas no campo profissional da saúde, dos níveis de assistência social e unidades acadêmicas que se tornavam cada vez mais frequentes nessa luta.⁴

Desta forma, o presente estudo buscou agregar conhecimento acerca do tema levantado, tendo como objetivos investigar a evolução feminina através do perfil histórico da mulher, considerando três gerações distintas delineadas evolutivamente, bem como dar importância a sua inserção e seu reconhecimento como cidadã digna de respeito e relevo social.

METODOLOGIA

A metodologia escolhida para o desenvolvimento deste trabalho se distingue como uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, construído a partir da pesquisa bibliográfica. As referências teóricas foram extraídas a

partir de materiais já elaborados presentes em artigos científicos, livros, dissertações e teses.⁵

Para o levantamento bibliográfico, foram pesquisados artigos na língua portuguesa, em bancos de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO e Lilacs, para isso, foram utilizados os descritores: gênero, mulher, feminismo e direito das mulheres.

Ao todo foram encontrados 31 artigos, dos quais 22 foram selecionados com fontes bibliográficas de 1970 a 2011, que serviram de embasamento nesta revisão mediante a leitura, fichamento e documentação dos mesmos. A triagem das obras se deu, primeiramente, pelos seus títulos e resumos, levando à leitura do texto na íntegra, quando este respondeu as expectativas da pesquisa. Os critérios de inclusão foram os artigos que estavam disponíveis gratuitamente, os disponibilizados para leitura na íntegra, os disponíveis em língua portuguesa e os pertinentes ao tema da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conceito de “geração” é definido como:

Conjunto de indivíduos pertencentes a vários grupos de idade, portadores de conteúdo determinado e cujas atividades, anseios e tendências se orientam no sentido de uma síntese, que é a síntese geracional.⁶

Neste contexto, o presente estudo concentrou-se em pesquisar, historicamente, a vida da mulher considerando um período evolutivo linear entre as gerações do século XX, que começou no ano de 1901 e terminou em 2000⁷. Portanto, o parâmetro para inclusão na análise do estudo foi, ao longo de 80 anos (1920 – 2000), relacionar três grupos geracionais diferentes e descrever as transformações características inerentes à figura feminina no decorrer de 3 décadas (primeira e segunda geração) e 2 décadas (terceira geração). Partiu-se da premissa de que as mulheres mais velhas, nascidas em 1901, atingiram sua fase adulta em 1921 e as mais novas, nascidas em 1980, atingiram sua fase adulta em meados de 2000, quando, enfim, termina o século estudado. Para isso, estabeleceu-se a subdivisão de três grupos classificados em:

Tabela 1 - Representatividade em décadas dos três grupos geracionais.

Grupos Geracionais	Décadas que os representam
Primeira	20; 30; 40
Segunda	50; 60; 70
Terceira	80; 90; até o ano 2000

Fonte: Pesquisa de campo.

1. Mulheres do século XX: 1 gênero, várias histórias.

1.1. A mulher da primeira geração (década de 20 a 40):

Tudo se inicia com o reconhecimento da figura feminina na linha do tempo. As mudanças que envolveram e destacaram o papel da mulher ao longo da história, permitiram sua evolução e redesenharam sua

posição frente à sociedade. Ao analisar as interpretações que abrangem a criação humana em gêneses, citada no Antigo Testamento, deparamo-nos com a história de Lilith, popularizada como a primeira mulher a rebelar-se contra a sua condição de inferioridade em relação ao gênero masculino, reclamando perante Deus: “Contudo, eu também fui feita de pó e por isso sou tua igual”. Tendo Deus negado sua independência, a deusa Lilith abandonou o Éden.⁸

A própria religião judaico-cristã estigmatiza Eva como sendo a figura feminina, o símbolo da perdição, culpada pelo pecado original que a concebeu como pecaminosa por ter tentado o homem a comer o fruto proibido, levando-o a ser, junto com ela, expulso do paraíso.⁹

O livro “O segundo sexo”, publicado em 1970, afirmou que, nas antigas criações do mundo, à mulher foi negada a equidade ao homem. Por essa razão, ela era considerada “o outro”, ou seja, o ser diferente, desigual, tornando famosa a frase: “Não se nasce mulher, torna-se mulher”.¹⁰

Logo, neste modelo patriarcal, a “filha-mulher” desde criança deveria preparar-se para ser esposa e mãe, sendo educada para exercer apenas as obrigações domésticas:

(...) Da mulher-esposa, não se queria ouvir a voz na sala, entre conversas de homem, a não ser pedindo vestido novo, rezando pelos homens; quase nunca aconselhando ou sugerindo o que quer que fosse de menos doméstico, quase nunca metendo-se em assuntos de homem.¹¹

Ademais, a mulher era estigmatizada por sua fragilidade, sendo impedida de frequentar a escola, facilitando a sua posição de

submissão, a princípio o pai e mais tarde o marido.¹² Ao final do século XIX, o Brasil já possuía, mesmo que de forma limitada, mulheres que sabiam ler e escrever. Posteriormente, o surgimento de escolas regidas por religiosos passou a aceitar as moças, que, após terem aprendido as primeiras letras em casa, eram mandadas para o internato, de onde, após anos, saíam prontas para o casamento.¹³

A história da educação brasileira, no início do século XX, retrata poucas universidades no país, encontradas somente nos grandes centros, onde justamente o movimento feminista era mais intenso.¹⁴ Com a progressiva urbanização, aos poucos a mulher integrou-se na sociedade, gerando expressões femininas como Narcisa Amália, Júlia de Almeida e Nísia Floresta, as quais escandalizaram muitas senhoras brasileiras e religiosos. Estes não se conformavam com as atitudes muito à frente de sua época, pois, ao invés de servirem aos seus maridos, frequentavam bailes sem acompanhantes que as vigiassem e usavam calças, como homens.¹⁵

Quanto aos namoros, a rigidez que permeava este tema ainda tinha vestígios do século anterior, quando a virgindade era necessária e garantia um bom casamento:

(...) A virgindade era um requisito fundamental: ela funcionava como um dispositivo para garantir o status da noiva como um objeto de valor econômico e político (...)¹⁶

Os casamentos eram decididos pelos pais, quanto melhor a posição social familiar mais rígida era o cumprimento destas regras.¹⁴ A sexualidade e os assuntos que estivessem atrelados a ela eram considerados proibidos, fazendo com

que as moças vivenciassem estas experiências de forma totalmente leigas do processo que lhes acometia.¹³

Além do mais, estes conceitos iam de encontro aos princípios da igreja católica, que viam a contracepção, por exemplo, como uma tentação ao homem fora do lar, uma vez que permitia que o sexo fosse praticado para outros fins que não a procriação, predispondo a gravidez recorrentemente em pouco tempo, resultando em vários filhos e consequentes abortamentos.²

A industrialização impulsionada pela urbanização desenhou um novo papel feminino que, frente ao pós-guerra e à escassez da mão de obra masculina, foi obrigada a sair de suas casas para trabalhar, gerando renda e alterando, assim, sua postura na sociedade. Contudo, o salário e as condições de trabalho eram bem mais desfavorecidos do que aqueles oferecidos para os homens.¹⁵

Neste sentido, compreende-se que as mulheres desta geração não questionavam por medo, pois eram coibidas, e a sociedade as obrigava a agir conforme moldes preestabelecidos. Portanto, seu futuro seria a busca pela felicidade mascarada por um bom casamento, sendo a rainha de seu lar, pois este era seu único refúgio, sendo a mãe exemplar que não se permitia erros, uma vez que qualquer rebeldia dos filhos recaía sobre seus ombros e esta era a culpada pela educação mal dada.

Enfim, estas mulheres conseguiram evoluir, em meio às falhas da sociedade que, por motivos políticos/econômicos, um dia precisaram delas em seus momentos de fragilidade, permitindo desta forma, mesmo que inconsciente, a progressão feminina das décadas seguintes.

1.2. A Mulher da Segunda Geração (década de 50 a 70):

As mulheres deste grupo viveram sua juventude em meio a arbitrariedades, sendo reprimidas por uma dura organização política (Ditadura Militar de 1964) e defendidas por movimentos revolucionistas que lutavam por sua liberdade.²

Esta geração sofreu com a nova construção de gênero vivenciada pela mulher, viveram as transformações que as levaram de sujeitos passivos a donas de sua história. Em meio a este cenário, não sabiam a quem recorrer para resolver os novos problemas surgidos. Desta forma, viram-se obrigadas a criar suas próprias soluções, construindo, assim, uma imagem de mulher mais independente.¹⁸

Sozinha pela rua, com as mãos na direção do seu auto; sozinha no passeio e no dancing da moda. É a moça de hoje que já não precisa da mãe vigilante, nem da senhora de companhia [...] Nas repartições públicas, no balcão, na fábrica ou nas grandes casas, ela sabe estar sozinha pela vida [...].¹⁹

Enquanto estudantes, estas mulheres viam na educação uma forma de emancipação. A educação, oferecida de forma igual entre os gêneros, era algo esperado e cobrado pelos pais. A juventude delas foi regida ao som do rock'n roll e pelo uso da calça jeans ou minissaias que estampavam o cenário artístico nos cinemas.²⁰ Neste momento, também surgiam as novas tecnologias que tornavam o trabalho doméstico menos árduo. Desta forma, as mulheres tinham mais tempo para cuidar de sua beleza, uma forte particularidade dos anos 50.²¹

Sem dúvida, a maior mudança

explícita para esta geração foi sua ocupação no mercado de trabalho, o que, de certa forma, acabou por mudar muitos outros aspectos do seu papel social. Contudo, para muitas jovens, principalmente as de maior posição social, trabalho era uma ocupação temporária que mais tarde seria cessada pelo casamento ou pelo nascimento do primeiro filho.²¹

Trabalhar significava mais uma questão de sobrevivência do que realização pessoal, pois se a mulher tinha condições de ser sustentada pelo pai ou marido, trabalhar não seria importante. Salienta-se que essa realidade era diferente para as mulheres das camadas mais baixas, que sempre precisaram sair de casa para ajudar sua família. Apesar de ter vivenciado o auge do feminismo, o casamento ainda era visto como indissolúvel, isso porque as mulheres desquitadas eram mal vistas pela sociedade. Logo, estas se viam obrigadas a manter o casamento mesmo que isso lhe fosse prejudicial.²⁰

Assim, pode-se dizer que as mulheres da segunda geração sofreram influências diversas, que oscilavam entre o tradicionalismo machista e as novas concepções liberais, o que estabeleceu um conflito interno e incentivou a forma como a geração seguinte passaria a ser moldada.

1.3. *A Mulher da Terceira Geração (década de 80 a 2000):*

Neste momento da história, ocorria o declínio da Guerra Fria e, no Brasil, o fim da ditadura militar. Logo, as mulheres viveram dois importantes marcos políticos em diferentes décadas: O movimento “Diretas já!”, em 1984, e posteriormente o movimento dos “Caras Pintadas” em 1994.²⁰

As mães destas jovens haviam

conquistado direitos inéditos até então, como: o uso da pílula anticoncepcional, formação universitária e maior participação no mercado de trabalho. Por isto, em muitos momentos, estiveram ausentes no processo de criação de suas filhas, que, conseqüentemente, tornaram-se frutos de novos tipos de relações.²

Com a crescente globalização, as mulheres passaram a ter cada vez mais acesso aos poderes públicos e financeiros, o que permitiu o fortalecimento da presença feminina no mercado de trabalho. Por este motivo, a educação não era mais apenas esperada, assim como exigida e valorizada pelos pais, baseadas em uma formação única e igual para homens e mulheres, sendo o reconhecimento dado não à questão de gênero e sim pelo desempenho individual de cada pessoa.²¹

Muitas mulheres começaram a ser as provedoras de suas famílias, invertendo as relações de gênero. O namoro foi outro fator de grande mudança, na era dos “ficantes”, as filhas falam abertamente sobre seus relacionamentos com os pais e têm maior liberdade para decidir a respeito do casamento e da questão se ter filhos é um ideal ou não em suas vidas.²⁰

Com isso, tornou-se cada vez mais comum as relações não oficializadas, em que os casais podem vivenciar a experiência da convivência antes do casamento na tentativa de não errar em suas escolhas. Nesta conjuntura, a pílula anticoncepcional desencadeou mudanças que revolucionaram as práticas sexuais, para as mulheres da terceira geração, fazer sexo ultrapassa as questões de moralidade, passando a ser também uma questão de bem-estar e prazer.²² Todavia, na maternidade, ainda há necessidade de unir a procriação ao casamento.²¹

Diferentemente das outras gerações, estas mulheres possuem como principal objetivo a sua realização profissional, muitas vezes, excluindo as questões de casamento e filhos. A 'nova' figura feminina passa a desempenhar vários papéis que lhes são impostos ao mesmo tempo, como o de esposa, mãe, profissional, dona de casa etc.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o levantamento bibliográfico acerca do tema, percebe-se que, ao longo do tempo, a mulher reconstruiu sua imagem e seu espaço na sociedade, reescrevendo sua história de vida, embora ainda haja um grande caminho a percorrer, que não difere muito do início, no qual permeiam lutas, enfrentamentos, preconceitos a serem vencidos, entre outros. Contudo, os passos alcançados e as metas a serem almejadas renovam o ânimo e a coragem dessas mulheres, estejam elas nos espaços sociais ou no meio familiar.

A análise da primeira geração desenhou um perfil feminino passivo, pois, nesse momento da história à mulher não era permitida a liberdade de expressão, o que contribuía para que estas fossem pessoas de pouca

atitude. A mulher da segunda geração faz parte daquelas que mais sofreram com a influência dos movimentos feministas. Este fato ocasionou conflitos entre gêneros, que se viam divididos entre o tradicional e o moderno perfil feminino. A terceira e última geração apresentada traz o perfil de mulheres com ideias bem definidas, que, embora ainda tenham dúvidas quanto ao que querem, sabem muito bem o que não querem para si, caracterizando assim a sua necessidade de autonomia e liberdade.

Esta ligação entre as características na construção da identidade feminina, pertencentes a gerações distintas, permitiu relacionar perfis que vão do comum ao extremamente incomum entre as mulheres dos grupos aqui apresentados. Desta forma, à guisa de conclusão, podemos afirmar que as fontes estão aí, claras e comprovadas. Apesar de ser um tema bem debatido, sabemos que muito ainda se deve ser (re)avaliado, fatos que precisam novamente serem revistos e muitos outros para serem vistos pela primeira vez. Desta forma, esperamos que, diante das inovações que surgem, novos estudos sejam desenvolvidos e contemplados.

THE SACRED FEMININE: STORIES OF STRUGGLE AND GRIEF

ABSTRACT

During the last two centuries, women have fought for their right to equality. Every struggle to find his place in society marks the sight of the woman figure in the historical evolution, which became impactful and caused the current advances. The objective from this study to investigate women's progress through the historical profile of the woman and three different generations and describing their inclusion and recognition as a citizen worthy of respect and social relief. Anchors itself methodologically as a research literature review type articles for this and other scientific publications (theses and dissertations) in the electronic database of the Virtual Health Library (VHL), and Lilacs SCIELO were selected using the following descriptors: gender, women, feminism and women's rights, present in studies as having conductive axis analysis of women's life and their function in different periods

and sectors in society. The results and discussions, we identified the object of study as: "Women of the twentieth century: Brief historical review" in three samples: The Woman of the first generation (decade 20 to 40); Woman of the Second Generation (decade 50 to 70) and Woman of the Third Generation (decade 80 to 2000), reporting on their position in the family context, the form of directed their education, relationships, work and the changing reproductive and sexual politics that were essential for it to pass to be seen and treated under a new look, also referencing the thinking of scholars on women, their role and influence in their midst, the feminist movement and the struggle for their rights. Thus, we consider that the link between the features in the construction of female identity belonging to different generations allowed to relate profiles ranging from common to extremely rare, yet even there much disparity between genders after this research, realized are important advances on this thread.

Key-words: Women's Rights. Gender relations. Feminism. Intergenerational Relations.

REFERÊNCIAS

1. Ávila MB, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Diaz J. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil Dilemas e Desafios. São Paulo; 1999.
2. Alttiman CN, Costa SG. Revolução feminina: as conquistas da mulher no século XX. São Paulo: Faculdade Eça de Queirós Jandira; 2009.
3. Badinter E. Palavras de homens (1970-1973). Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1991.
4. Oliveira AC. Gênero, saúde reprodutiva e trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
5. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall 2006.
6. Cretella Sobrinho P, Strenger J. Sociologia das gerações. São Paulo: Martins; 1952.
7. Judt T. Reflexões sobre um século esquecido. 1901 – 2000 (trad.). Rio de Janeiro; 2011.
8. Nospheratt. Série Deusas: Lilith, a Deusa Escura (2009). [acesso em: 18 out. 2011] Disponível em: <http://deusario.com/2009/03/serie-deusas-lilith-a-deusa-escura.htm>.
9. Guimarães, SF. Efésios 5.21-33 como modelo de discurso de gênero. Trabalho de Conclusão [Mestrado em Teologia]. Programa de Pós-Graduação. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia; 2011. [acesso em: 18 out. 2011] Disponível em:

http://tede.est.edu.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2011-10-10T140035Z-302/Publico/Guimaraes_sf_tmp172.pdf.

10. Beauvoir S. O Segundo sexo. 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1970.
11. Freyre G. Sobrados e mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano. 5. ed. Rio de Janeiro: José Olympio- INL; 1977.
12. Iwanowicz B, et al. A imagem e a consciência do corpo. In: Bruhns H, organizadora. Conversando sobre o corpo. 5. ed. Campinas: Papirus; 1994.
13. Martins APV. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XX. Tese [Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. [acesso em: 24 nov. 2011] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/39.pdf>.
14. Almeida JRP. Instrução pública no Brasil (1500-1889): história e legislação. São Paulo: EDUC; 2000.
15. Lauretis TA. Tecnologia do gênero. In: Holanda EB, organizador. Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco; 1994.
16. D'Incão MA, organizador. Amor e família no Brasil. São Paulo: Contexto; 1989.
17. Rago M. Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930). Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.
18. Thébaud F. Introdução. In: Duby G, Perrot M. História das mulheres no ocidente - 5: o século XX. Porto (Portugal): Afrontamento. São Paulo: EBRADIL; 1991.
19. Novais FA, Sevcenko N. História da vida privada no Brasil: v. III. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
20. Mestre MBA. Mulheres do século XX: memórias de trajetórias de vida, suas representações (1936-2000). Tese [Doutorado] Curitiba: Universidade Estadual de Campinas; 2004. [acesso em: 12 dez. 2011] Disponível em: http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/2290/marilsa_final.pdf?sequence=1.
21. Chanine N, Jazdzewski C. Beleza do século. São Paulo: Cosac & Naif Edições; 2000.
22. Priore MD. O corpo feminino e o amor. In: D'Incao MA, organizadora. Amor e família no Brasil. São Paulo: Contexto; 1989.

Recebido em: 09.07.13 Aceito em: 28.02.14
--

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Anna Gabryela Medeiros Afonso de Carvalho³⁷

Jessica Silva e Lima³⁸

Monique Stephani Pereira Ramos de Lima³⁸

Clélia de Alencar Xavier Mota³⁹

RESUMO

A toxoplasmose aguda é uma doença que se apresenta, geralmente, com curso benigno, embora o risco de sua transmissão fetal, com conseqüentes lesões e abortamento, assuma grande importância quando adquirida durante a gestação. Como a infecção na gestante é assintomática na maioria dos casos, o diagnóstico frequentemente depende de testes laboratoriais. A presente revisão tem como objetivo uma abordagem atualizada da toxoplasmose durante a gestação, embasada em evidências científicas, mostrando as principais formas de diagnóstico em gestantes portadoras da infecção pelo *T. Gondii* bem como do conceito. Os exames sorológicos que detectam anticorpos da classe IgM, presentes nas infecções recentes, são os mais utilizados para diagnóstico de toxoplasmose aguda, porém, os métodos mais modernos detectam quantidades mínimas por mais de um ano após a infecção inicial (IgM residual). O diagnóstico da infecção fetal é primordial para a instituição do tratamento intrauterino de forma a minimizar as complicações para a vida extrauterina.

Palavras-chave: Toxoplasmose congênita. Diagnóstico. Toxoplasmose na gestação.

³⁷ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. End.: Rua Desportista Aurélio Rocha, nº 412, Bairro dos Estados. João Pessoa-PB. Tel.: (83)96561773. E-mail: anninhagaby@hotmail.com

³⁸ Acadêmicas do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE.

³⁹ Docente da disciplina de Parasitologia no Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma zoonose de distribuição mundial causada pelo *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*), protozoário do Filo Apicomplexa, ordem Eucoccidia, capaz de infectar humanos, pássaros, roedores e outros animais, sendo esses os seus hospedeiros intermediários. Os felídeos, entre eles o gato doméstico, são considerados os hospedeiros definitivos ou completos desse parasito. *Toxoplasma gondii* é um parasito intracelular obrigatório que invade e se multiplica em qualquer célula nucleada de mamíferos e aves e apresenta três estágios infectantes: taquizoítos, bradizoítos e esporozoítos.¹

O principal mecanismo de transmissão da toxoplasmose é por via oral, através da ingestão de oocistos maduros (contendo esporozoítos), provenientes de fezes de gatos, ou através da ingestão de carne crua ou mal cozida de animais, contendo cistos teciduais com bradizoítos.¹ Outra importante via de transmissão para o homem é a passagem transplacentária de taquizoítos durante a infecção aguda em gestantes.² Essa transmissão transplacentária ocorre quando a gestante adquire a toxoplasmose durante a gestação e apresenta a fase aguda da doença, podendo transmitir *T. gondii* ao feto, tendo provavelmente os taquizoítos como formas responsáveis.³

A infecção pelo toxoplasma possui distribuição geográfica mundial e alta prevalência sorológica. No entanto, 90% das infecções são assintomáticas e os casos de doença clínica são menos frequentes. Nas Américas Central e do Sul, estima-se que 70 a 80% da população humana adulta apresentam sorologia positiva para a toxoplasmose.

Apesar da elevada frequência de infecções inaparentes, uma vez que geralmente a infecção é assintomática nos indivíduos imunocompetentes, a toxoplasmose pode se manifestar como uma doença sistêmica severa, como ocorre em imunocomprometidos e na forma congênita.^{1,4,5} A mãe, ao infectar-se pela primeira vez durante a gestação, pode apresentar uma parasitemia temporária e infectar o feto, com danos de diferentes graus de gravidade, como abortamento, crescimento intrauterino retardado, prematuridade e acometimento neurológico e oftálmico. Os danos causados dependem da virulência da cepa do parasita, da capacidade da resposta imune da mãe e do período gestacional em que a mulher se encontra, podendo resultar, inclusive, em morte fetal.⁶

O diagnóstico de infecção aguda na gravidez é crucial, pois é nessa fase que a gestante corre risco de transmitir a doença para o feto.^{7,8} Como a maioria das infecções nas grávidas (80%-90% dos casos) e nos recém-nascidos são assintomáticas, o diagnóstico, frequentemente, depende de testes laboratoriais para a instituição do adequado tratamento dos casos de toxoplasmose aguda na gestação e de toxoplasmose congênita, diminuindo os riscos de morbidades e sequelas para o concepto.^{2,9,10}

Portanto, o objetivo desse estudo é reunir informações e analisar os métodos utilizados para realização do diagnóstico laboratorial da toxoplasmose aguda na gestante, na vida intrauterina ou neonatal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão sistemática foi realizada através de pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),

utilizando-se as bases de dados LILACS e MEDLINE, e ainda através do Google Acadêmico. Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores: “toxoplasmose congênita”, “diagnóstico” e “toxoplasmose”. O levantamento bibliográfico incluiu artigos originais, publicados entre 2007 e 2012, e após esse levantamento, realizou-se leitura exploratória dos mesmos, seguido da discussão dos seus dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diagnóstico na Gestante

A toxoplasmose congênita é a causa mais comum de infecção congênita, que é causada pela infecção aguda da mãe durante a gestação e pode levar a danos de diferentes gravidades, dependendo da virulência do agente, da capacidade imunológica da mãe e do período gestacional em que ela se encontra. No primeiro trimestre da gestação, a placenta possui dimensões pequenas, portanto, a chance do *Toxoplasma* atingir esse tecido é baixa. Neste caso, a chance de infecção nos fetos é de 15%. Entretanto, como nesta época acontece a organogênese, a infecção tende a ser grave, podendo até levar à morte fetal.¹¹

No segundo trimestre, a placenta encontra-se um pouco maior, aumentando assim a chance de infecção para 30%. Entretanto, neste período, boa parte da organogênese já ocorreu e então a infecção torna-se menos grave. Nessa fase, a infecção pode ocasionar a chamada Tétrade de Sabin, em que o feto apresenta retinocoroidite, calcificações cerebrais, retardo mental ou perturbações neurológicas e hidrocefalia, com macro ou microcefalia.¹¹

Já no terceiro trimestre, a placenta possui dimensões maiores e, conseqüentemente, a chance de contaminação é maior, chegando a 60%. No entanto, a chance de ter uma infecção mais grave é remota e nesses casos a criança pode nascer normal e apresentar evidências da doença como febre, manchas pelo corpo, cegueira, em alguns dias, semanas ou meses após o parto.¹¹

Na gravidez, o diagnóstico precoce é extremamente importante e é feito pelo perfil sorológico da doença aguda, que avalia anticorpos IgM e IgG. A ausência desses anticorpos indica que a gestante é suscetível e pode adquirir a infecção. Um título positivo de IgG e negativo de IgM, reflete infecção passada, ou seja, antes da gestação. Nesse caso, não há risco para o feto, exceto se a gestante for imunossuprimida. A presença desses anticorpos não indica, necessariamente, a fase aguda da infecção, mas apenas contato recente, por serem detectados por até 18 meses após a primoinfecção (IgM residuais).¹² Para auxiliar nesta situação, devem ser realizados outros métodos diagnósticos que permitem diferenciar a infecção aguda da crônica, como a pesquisa molecular (PCR) e o teste de avididade de anticorpos IgG. A presença de anticorpos IgG de baixa avididade são um indicativo de resposta imunológica com menos de quatro meses na maioria dos indivíduos imunocompetentes, enquanto que os de alta avididade são produzidos por uma infecção mais antiga (mais de 4 meses).^{11,12}

Então, a presença de IgG de alta avididade durante o primeiro trimestre de gestação é um indicativo favorável, pois descarta a possibilidade de infecção primária naquela gestação, uma vez que esses anticorpos de alta avididade só são detectáveis na corrente

circulatória após quatro meses da infecção, indicando que o contato da gestante com o parasita ocorreu antes da gravidez. Contudo, este teste só será esclarecedor, se realizado até a 16ª semana de gestação, pois um resultado de alta avididade de IgG após o segundo trimestre, não poderá garantir que a infecção não tenha sido adquirida nos primeiros três a cinco meses da gestação.¹²

A maioria dos laboratórios de análises clínicas brasileiros adotam o teste de Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) e suas variantes, embora os testes de imunofluorescência indireta (IFI) e de hemaglutinação indireta (HAI) ainda sejam utilizados no diagnóstico da infecção por *T. gondii*. O Immunosorbent Agglutination Assay (ISAGA) é um teste muito específico para IgM anti-*T. gondii*, mas dificilmente disponível para uso na clínica.¹

É importante destacar que a prevenção da infecção congênita depende do diagnóstico da infecção materna. Assim, a triagem sorológica para anticorpos anti-Toxoplasma *gondii* deve fazer parte da rotina dos serviços de saúde pré-natal. As gestantes devem receber orientações sobre os fatores de risco e medidas profiláticas durante a gestação, além de realizar acompanhamento do status sorológico. Aquelas com infecção aguda necessitarão de acompanhamento e intervenção terapêutica.¹³

A educação em saúde, para muitos, é a única estratégia capaz de reduzir os riscos de exposição e prevenir a toxoplasmose na gestante. A eficiência de um programa que envolve mudanças de hábitos de vida está associada à ampla e repetida divulgação impressa e falada dos fatores de risco, assim como a participação de todos os profissionais

de saúde e dos pacientes.¹⁴

Diagnóstico no feto e no recém-nascido

As manifestações da toxoplasmose congênita podem surgir ao nascimento, durante a infância, ou até vários anos mais tarde (nesses casos, geralmente a retinocoroidite). Sendo assim, sugere-se que os lactentes nascidos de mães com comprovada ou provável infecção toxoplásmica sejam monitorados, no mínimo, por um ano, com avaliação clínica (incluindo avaliação oftalmológica e neurológica) e testes sorológicos periódicos, para diagnosticar e tratar a infecção o mais cedo possível.¹

A presença de IgM (ou IgA) anti-*T. gondii* no soro do neonato é indicativa de infecção congênita, uma vez que esses anticorpos não atravessam a barreira placentária. Entretanto, a IgG materna sempre está presente no soro dos lactentes, mesmo dos não infectados, sendo que nestes a IgG anti-*T. gondii* negativa-se antes dos 12 meses de idade. Nos casos de infecção congênita, a IgG continua reagente após o primeiro ano de vida. Por outro lado, uma IgM anti-*T. gondii* não reagente no neonato não exclui a possibilidade de toxoplasmose congênita, pois aproximadamente 25% dos bebês infectados já apresentam IgM não reagente no momento do nascimento. Nos neonatos com IgM negativa e avaliação clínica normal, a confirmação sorológica ou exclusão da toxoplasmose congênita pode ser feita pelo acompanhamento mensal da curva de IgG anti-*T. gondii*.¹

Para o diagnóstico da infecção fetal, o procedimento de escolha é a reação em cadeia de polimerase (PCR) do líquido amniótico, que permite a identificação do toxoplasma pela detecção de segmentos

característicos de seus ácidos nucleicos, depois de ampliados, sendo um teste de alta sensibilidade e especificidade. Além da PCR, pode-se realizar também a amniocentese. Ambos os exames devem ser realizados nos casos de infecção materna aguda ou nos casos de exames sorológicos com alta suspeição de infecção adquirida durante a gestação, após a 21ª semana e, preferencialmente, após terem transcorrido algumas semanas do diagnóstico materno. Deve-se realizar também ultrassonografia para avaliar a morfologia fetal ao longo da gestação; a cordocentese no feto, realizada até a 22ª semana de gestação para detectar a resposta imune fetal (IgM); e o exame da placenta, realizado quando há o isolamento do *T. gondii* ou na presença de alterações histopatológicas sugestivas de infecção.^{2,11}

No diagnóstico do recém-nascido, além dos testes sorológicos, podem ser realizados exames de PCR, estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR), ultrassonografia de crânio e tomografia computadorizada de crânio. O estudo do LCR pode mostrar presença de hiperproteínoorraquia, que é uma alteração líquórica característica da doença, e também de alterações inespecíficas, como xantocromia e pleocitose.

As alterações que geralmente estão presentes no hemograma são leucopenia ou leucocitose, linfocitose e monocitose (ambas no início da infecção), sendo a eosinofilia a mais frequente. A trombocitopenia é comum tanto nas crianças com doença manifesta quanto nas que apresentam a forma assintomática.

É importante que o pediatra seja alertado da situação clínica e sorológica referente à gestante, para

que possa acompanhar com atenção redobrada esta criança, mesmo que estas nasçam assintomáticas, e inicialmente soronegativas para IgM específica. Essa soronegatividade pode ocorrer por dois motivos: pela queda nos níveis deste anticorpo no recém-nascido ocorrerem mais rapidamente que no adulto, não ocorrendo IgM residual; ou pela produção tardia desta imunoglobulina, devido à imaturidade do sistema imune, justificando a pesquisa IgM não reagente logo após o nascimento.²

Recentemente, estudos epidemiológicos, buscando a associação entre toxoplasmose e hipoacusia, observaram um risco maior de déficit auditivo entre as crianças positivas para o *T. gondii*. Os resultados observados nesse estudo sugerem que a toxoplasmose congênita, frequente no Brasil, é um fator de risco para hipoacusia e estudos avaliando o impacto da infecção subclínica nas perdas auditivas devem ser realizados.

Diante da possibilidade da implantação de programas de triagem pré-natal ou neonatal para toxoplasmose congênita, o planejamento deve incluir a avaliação auditiva precoce dos casos identificados. A toxoplasmose, principalmente quando assintomática ao nascimento, pode estar incluída entre as causas "desconhecidas" de perda auditiva e todos os esforços devem ser envidados para identificar as crianças em risco e possibilitar o diagnóstico e tratamento precoces, que têm sido associados com prognóstico significativamente melhor.¹⁵

Um dos aspectos mais graves da doença são as lesões e sequelas oculares, resultantes da retinocoroidite, que pode se desenvolver em até 80% das crianças infectadas e não tratadas. Estima-se

que cerca de 50% de todos os casos de uveíte posterior em todo o mundo sejam decorrentes da infecção pelo *T. gondii*, o que torna esta a etiologia mais comum para a patologia. O parasita pode ficar latente por anos e ocasionar lesões oculares em qualquer época da vida dos indivíduos contaminados.¹⁶

Diante do exposto acima, o diagnóstico precoce intrauterino ou neonatal é importante para instituição do tratamento e diminuição dos riscos de morbidades e sequelas. O acompanhamento ambulatorial das crianças com suspeita e com diagnóstico confirmado de toxoplasmose congênita é obrigatório e inclui exame físico pelo pediatra geral e infectologista mensalmente, neurologista e oftalmologista, semestralmente, e exames complementares, como testes sorológicos, hemograma completo, estudo do LCR, ultrassonografia e tomografia de crânio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência da toxoplasmose no Brasil evidencia a necessidade de acompanhamento sorológico durante a gestação e de melhorias na qualidade da assistência prestada à mulher no pré-natal e após o nascimento do bebê. Portanto, a realização de sorologia materna para anticorpos IgG e IgM e a triagem sorológica para *T.gondii* no neonato são de grande importância, principalmente para detectar os casos em que a infecção materna e a transmissão ocorreram muito no final da gestação.

No entanto, existem exames que, geralmente, são considerados decisivos para o diagnóstico da toxoplasmose congênita, como PCR, mas que nem sempre estão disponíveis na prática clínica e os

testes sorológicos disponíveis comercialmente nem sempre apresentam alta sensibilidade. Além disso, muitas gestantes não são submetidas à investigação da doença, o que compromete a confirmação diagnóstica e o adequado manejo clínico da criança.

Então um aspecto essencial é a prevenção e, para isso, são necessários programas educacionais com a finalidade de orientar as gestantes sobre as formas de transmissão da doença e de como evitar a infecção durante a gestação (prevenção primária).

Além da existência desses programas, é essencial que os serviços públicos de saúde os monitorem, realizem a integração dos diversos serviços que atendem às mulheres grávidas e seus recém-nascidos e também disponibilizem terapia gratuita.

LABORATORY DIAGNOSIS OF CONGENITAL TOXOPLASMOSIS

ABSTRACT

The acute toxoplasmosis is a disease that usually presents with a benign course, although the risk of its transmission with consequent fetal injury and abortion assumes great importance when acquired during pregnancy. As the infection in pregnant women is asymptomatic in most cases, the diagnosis often depends on laboratory tests. The purpose of this review is to make an updated approach to toxoplasmosis during pregnancy, based on scientific evidence, showing the main forms of diagnosis in pregnant women with the infection by *T. Gondii* and the conceptus. Sorological tests that detect IgM antibodies present in the recent infections are more commonly used for diagnosis of acute toxoplasmosis, but the latest methods detect minimum quantities of more than one year after the initial infection (IgM residual). Diagnosis of fetal infection is essential for the establishment of intrauterine treatment to minimize complications for extrauterine life.

Key-words: Congenital toxoplasmosis. Diagnosis. Toxoplasmosis in pregnancy.

REFERÊNCIAS

1. Amendoeira MR, Coura LF. A brief review on toxoplasmosis in pregnancy. *Scientia Medica*. Porto Alegre. 2010;20(1):113-9.
2. Pessanha TM, Carvalho M, Pone MV, Júnior, SC; Diagnostic and therapeutic management of toxoplasmosis in pregnancy and the effect in the newborn. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(3):341-7
3. Costa TL; Silva, Avelar MG, Boaventura J; Amaral, WN; Avelino MM; Castro AM *Toxoplasma gondii*: toxoplasmosose, com ênfase no diagnóstico *Rev. patol. trop.* Jul.-set. 2008;37(3):191-207.
4. Fonseca AM, Silva RA, Fux B, Madureira AP, Sousa FF, Margonari C. Aspectos epidemiológicos da toxoplasmosose e avaliação da sua seroprevalência em mulheres grávidas. *Rev. Soc. Bras. Med. Chem. Trop.* Uberaba. Maio/jun. 2012;45(3).
5. Leite M, Siciliano S, Rocha LS, Justa MT, César KR, Granato, CF. Correlation between specific IgM levels and percentage IgG-class antibody avidity to *Toxoplasma gondii*. *Rev. Inst. Med. trop.* São Paulo. Jul/Ago. 2008;50(4).
6. Joiner KA, Dubremetz JF. *Toxoplasma gondii*: a protozoan for the nineties. *Infect Immun.* 1993;61:1169-72
7. Antunes FM, Inácio BG, Silveira CJ, Martins GI, Martins AK, Lopes SS et al. *Toxoplasma gondii* antibody profile in HIV-1-infected and uninfected pregnant women and the impact on congenital toxoplasmosis diagnosis in Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Infect Dis* [serial on the Internet]. Abr. 2012 [acesso em: 17 Out. 2013];16(2):170-4.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702012000200011&lng=en<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702012000200011>.

8. Montoya JG, Rosso F. Diagnosis and management of toxoplasmosis. *Clin Perinatol* 2005;32:705-26.

9. Andrade GM, Carvalho AL, Carvalho IR, Mello BF, Tibúrcio FR, Castro FC. Toxoplasmose na gestante e no recém-nascido. Estudo de 86 pares de mãe filho atendidos no período de 1996-99 no ambulatório de infectologia pediátrica do HC-UFMG. *Rev Med Minas Gerais*. 2001;11:202-7.

10. Remington JS, McLeod R, Thulliez P, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: Remington JS, Klein JO, editors. *Infectious disease of the fetus and newborn infant*. 6. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2006. p.947-1091.

11. Prado, AA, Almeida GF, Gontijo LS, Torres MM. Toxoplasmose: o que o profissional da saúde deve saber. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer – Goiânia*. 2011;7(12). [acesso em: 21 ago. 2013]. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2011a/agrarias/toxoplasmose.pdf>.

12. Beck S, Konopka CK, Silva AK, Diehl FP. Importância do rastreamento sorológico da toxoplasmose em gestantes atendidas em ambulatório de pré-natal de alto risco. *Revista Saúde. Santa Maria*. Jan./jun. 2010;36(1):29-36. [acesso em: 21 ago. 2013]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/2007/1552>.

13. Sartori AL, Minamisava R, Avelino MM, Martins CA. Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia, Goiás. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [serial on the Internet]. Fev. 2011 [acesso em: 21 ago. 2013]; 33(2):93-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032011000200007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000200007>.

14. Carellos EV, Andrade GM, Aguiar RA. Avaliação da aplicação do protocolo de triagem pré-natal para toxoplasmose em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: estudo transversal em puérperas de duas maternidades. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008;24(2):391-401.

15. Andrade GM. Deficiência auditiva na toxoplasmose congênita detectada pela triagem neonatal. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2008;74(1):21-8.

16. Soares JA, Nasser LS, Carvalho SF, Caldeira AP. Achados oculares em crianças com toxoplasmose congênita. *Arq. Bras. Oftalmol.* [online]. 2011;74(4):255-7.

Recebido em: 21.10.13 Aceito em: 28.02.14
--

ANEMIA FALCIFORME: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA LABORATORIAL

Anne Kelly Bezerra de Figueiredo⁴⁰
Francisco Antônio Vieira dos Santos⁴¹
Luiz Halley Soares e Sá⁴²
Natália Daiana Lopes de Sousa⁴³

RESUMO

A anemia falciforme é uma doença causada por um distúrbio genético hereditário, devido a uma mutação do gene que codifica o aminoácido valina, passando a transcrever uma hemoglobina alterada. O objetivo do estudo é estabelecer os principais meios usados para o diagnóstico laboratorial da anemia falciforme e dos portadores destes traços, enfermidade esta que acomete todas as raças e gêneros, baseando-se em revisão bibliográfica atualizada por meio da pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Deste modo, pôde-se observar que, para definir tal quadro, existem inúmeros exames que auxiliam o clínico, desde exames simples, como o hemograma com a contagem da série vermelha, até exames mais sofisticados como resistência osmótica em solução de cloreto de sódio a 0,36%, eletroforese em pH alcalino em acetato de celulose, análise da morfologia eritrocitária, pesquisa de corpos de Heinz e agregados de hemoglobina H, entre outros. Os exames de triagem fornecem subsídios para o norteamiento do pensamento clínico. Porém, são nos exames eletroforéticos que ocorre a confirmação diagnóstica. Logo, definimos nesse trabalho que o exame padrão-ouro, para definição diagnóstica da anemia falciforme, continua sendo a eletroforese de hemoglobina.

Palavras-Chave: Anemia falciforme. Diagnóstico. Testes genéticos.

⁴⁰ Biomédica do Banco de Leite Humano do Hospital e Maternidade São Lucas. End.: Rua São Miguel, 191, Juazeiro do Norte. CEP: 63.000-00. E-mail: annekellybezerra@hotmail.com.

⁴¹ Professor de Epidemiologia do Curso de Biomedicina Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio. Rua Padre Cícero, 995 CEP 63.010-020 Juazeiro do Norte-CE. E-mail: santosfa@yahoo.com.br.

⁴² Médico Residente em Cirurgia Geral no Hospital Regional do Agreste, Av. Cícero José Dutra, 305, Caruaru-PE. CEP 55030-580. E-mail: luizhalley@hotmail.com.

⁴³ Enfermeira Graduada pela Universidade Regional do Cariri – CE, atuante no Banco de Leite Humano do Hospital e Maternidade São Lucas. End.: Rua São Miguel, 191, Juazeiro do Norte. CEP: 63.000-00. E-mail: nataliadaiana88@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Anemia Falciforme (AF) é uma anemia hemolítica hereditária, caracterizada pela presença de células vermelhas com formato anormal (forma de foice), que são removidas da circulação e destruídas. A alteração de base nas células vermelhas é a presença de uma hemoglobina anormal que, quando desoxigenada, torna-se relativamente insolúvel, formando agregados que distorcem sua forma e impedem seu fluxo no interior dos vasos sanguíneos¹.

É a doença hereditária de maior prevalência no país, afetando cerca de 0,1% a 0,3% da população negra, sendo observada, também, em decorrência da alta taxa de miscigenação, em parcela cada vez mais significativa da população caucasiana brasileira². Estimativas indicam que 5-6% da população carregam o gene da Hemoglobina S (HbS), e que a incidência fica em torno de 700 – 1000 novos casos por ano³.

Trata-se, portanto, de uma doença crônica, incurável, embora tratável, e que geralmente traz alto grau de sofrimento aos seus portadores, que merecem atenção especial do ponto de vista médico, genético e psicossocial².

A triagem neonatal para as síndromes falciformes, especialmente para a anemia falciforme, é devido à elevada mortalidade causada à septicemia por bactérias encapsuladas nos primeiros cinco anos de vida⁴.

No caso da anemia falciforme, para que o atendimento precoce ocorra, é preciso que as pessoas estejam informadas sobre a existência da doença e consigam identificá-la. Além da crescente difusão do aconselhamento genético, o governo federal empenhou-se também em

políticas nacionais educativas e, nos anos 90, na formação de um grupo de trabalho para a elaboração do Programa Anemia Falciforme⁵.

Esse estudo tem por objetivo estabelecer os principais meios usados para o diagnóstico laboratorial da anemia falciforme e dos portadores do traço falciforme.

METODOLOGIA

Para estabelecer os principais meios usados para o diagnóstico laboratorial da anemia falciforme e dos portadores destes traços, classificamos a realização deste trabalho como uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura, com uma abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses⁶.

As fontes selecionadas para este estudo compreenderam, prioritariamente, artigos dos últimos 5 (cinco) anos, tendo em vista o caráter atual fornecido ao trabalho. Fontes bibliográficas das últimas décadas, por serem considerados “clássicos” e rotineiramente usados em artigos mais atuais, também foram utilizadas.

Foram utilizados artigos extraídos de sites de coleção de artigos científicos como *MEDLINE*, *LILACS*, *BIREME*, *SCIELO E BIBLIOTECA COCHRANE*, e publicados em revistas científicas como a *Revista Brasileira de Hematologia*; assim como livros e anais publicados em congressos de educação médica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico das hemoglobinopatias é complexo e envolve uma análise que deve considerar, além dos dados clínicos e herança genética, vários fatores como idade, ocasião da coleta, tempo de estocagem e condições de armazenamento da amostra (desnaturação da hemoglobina), entre outras. O diagnóstico laboratorial da doença falciforme baseia-se na detecção da hemoglobina S e deve seguir as normas estabelecidas no PNTN⁷.

A Hemoglobina S é a mais comum das alterações hematológicas hereditárias conhecidas no homem. É causada por mutação no gene beta da globina, produzindo alteração estrutural na molécula, onde há troca de uma base nitrogenada do códon GAG para GTG, resultando na substituição do Ácido Glutâmico pela Valina na posição de número 6. Os eritrócitos com a variante de hemoglobina S (HbS) sofrem processo de falcização, fisiologicamente provocado pela baixa tensão de oxigênio, acidose e desidratação⁸.

As células falcizadas passam, então, a apresentar a forma de foice ou de lua crescente, com consequências variáveis em seu portador, dependentes da quantidade de hemoglobina S. A presença de hemoglobina fetal no eritrócito com hemoglobina S oferece proteção a esta célula contra o processo de falcização, pois não interage com hemoglobina S quando esta se precipita⁹.

Nas síndromes falciformes, os eritrócitos apresentam concentração de HbS superior a 50%. Dentre estas, destaca-se a anemia falciforme, definida pela homozigose (HbSS), em função de sua maior prevalência e gravidade clínica. O indivíduo heterozigoto é

portador do traço falcêmico e não apresenta, portanto, alterações eritrocitárias, tampouco, manifestações clínicas importantes¹⁰.

De todos esses quadros, o mais importante é a homozigose para o gene HbS ou anemia falciforme que, além de ser a forma mais prevalente entre as síndromes falciformes é, em geral, a que revela maior gravidade clínica e hematológica, tanto que seus pacientes apresentam danos orgânicos desde a infância, resultantes dos episódios vaso-oclusivos repetidos¹¹.

Efeitos ambientais podem também ter papel fundamental na expressão fenotípica da anemia falciforme. Temperaturas baixas podem induzir à dactilite e às crises de dor. A desnutrição, comumente encontrada nesses indivíduos, pode interferir na expressão fenotípica da doença¹².

A doença falciforme distribui-se de forma heterogênea, devido à miscigenação racial, apresentando maior prevalência onde a proporção da população negra é maior, cujas frequências do gene variam de 2% a 3% em todo o país, aumentando para 6% a 10% entre afrodescendentes. Por este fato, essa doença é comumente encontrada nas regiões norte e nordeste, as quais sofreram maior influência da raça negra na sua constituição étnica¹³.

Os portadores de anemia falciforme são assintomáticos nos primeiros seis meses de vida, devido à presença de hemoglobina fetal (HbF), em concentrações superiores às encontradas nos adultos, que é de 1%-2%. Após este período, a síntese das cadeias gama, formadoras da HbF, é substituída pela das cadeias beta, ocorrendo a estabilização na produção de globinas. Com isso, a HbS passa a ser produzida em maior quantidade, e o

indivíduo perde a propriedade protetora da HbF¹².

Para a grande maioria dos pacientes, as complicações vaso-oclusivas são muito mais problemáticas do que a anemia em si, que normalmente é bem tolerada. Pois, as crises vaso-oclusivas são bastante dolorosas. Outras intercorrências de relevância clínica são a síndrome torácica aguda, as infecções bacterianas, as úlceras de perna, os acidentes vascular-cerebrais e as complicações cardíacas, que, juntamente com as crises dolorosas, levam a internações hospitalares, morbidade e morte¹¹.

É importante ressaltar que o quadro clínico varia de acordo com o acometimento genético individual e com os hábitos relacionados à profilaxia dos fatores predisponentes às crises (evitar desidratação, infecção, acidose, etc). Logo, os indivíduos recessivos homozigóticos possuem sintomatologia mais exuberante em relação aos portadores do traço falcêmico¹¹.

Meios de Diagnósticos Laboratoriais na Anemia Falciforme

Existem diversos métodos utilizados para a pesquisa diagnóstica de alguma hemoglobinopatia. Dentre os métodos utilizados para triagem de hemoglobinas anormais, destacam-se: Resistência Osmótica em solução de Cloreto de Sódio a 0,36%; Eletroforese em pH alcalino em acetato de celulose; Análise da morfologia eritrocitária. Para confirmação diagnóstica, utiliza-se: Pesquisa de Corpos de Heinz e Agregados de Hemoglobina H; Eletroforese em pH ácido; Dosagem de Hemoglobina A2; Dosagem de Hemoglobina Fetal. A eletroforese em pH ácido foi realizada também com o

gel de Agar para hemoglobina ácida da CELM, com excelentes resultados⁸.

Os testes de falcização (pesquisa de drepanócitos) e de solubilidade são inadequados para o recém-nascido por levarem a resultados falso-negativos, devido aos altos níveis de hemoglobina fetal (HbF) e aos baixos níveis da hemoglobina S presentes nesta ocasião⁸.

Esses testes, se feitos em um recém-nascido, devem ser repetidos por até um ano após o nascimento. Em virtude dos níveis de HbF só começarem a declinarem por volta do 6º mês de vida e, a partir dessa época, é iniciada a produção de hemoglobinas normais do adulto (HbA)⁸.

A triagem neonatal para a HbS é de fundamental importância para o diagnóstico da anemia falciforme, possibilitando a instituição de tratamento preventivo, no sentido de diminuir a morbidade e mortalidade na infância. Embora o diagnóstico precoce através do "Teste do Pezinho" esteja ocorrendo, praticamente, em todo o país, deve-se seguir medidas após a confirmação do diagnóstico¹⁰.

Alterações no volume eritrocitário levam ao desbalanço da relação desidratação/hidratação do eritrócito. Células com concentração de hemoglobina corpuscular média elevada, ou células densas, apresentam baixa afinidade pelo oxigênio, pouca deformabilidade, alta viscosidade, alta propensão à formação de polímeros de HbS na desoxigenação e menor sobrevivência. A concentração de HbS é fator determinante do início e da progressão da falcização, a habilidade do eritrócito é de manter sua hidratação, e conseqüente volume intracelular, sendo importante na fisiopatologia da AF¹².

A caracterização molecular das

variantes Rh deve ser recomendada em pacientes falciformes dependentes de transfusão, pois permite a seleção correta do sangue a ser transfundido. Auxilia ainda na prevenção da aloimunização, podendo diminuir os efeitos de potenciais reações hemolíticas¹⁴.

A inclusão da eletroforese de hemoglobina, nos testes de triagem neonatal, representou um passo importante no reconhecimento da relevância das hemoglobinopatias, como problema de Saúde Pública no Brasil, e também o início da mudança da história natural da doença em nosso país⁹.

Atualmente, a maioria dos programas de triagem neonatal substituiu os métodos convencionais pela eletroforese, por focalização isoelétrica e/ou pela cromatografia líquida de alta resolução. Qualquer uma dessas técnicas pode ser utilizada de forma isolada para a triagem inicial, pois constituem métodos de elevada precisão, devendo todo resultado positivo ser repetido em mesma amostra para confirmação¹⁵.

Um teste simples como a pesquisa de drepanócitos, embora incapaz de diferenciar os vários genótipos, pode confirmar a presença da Hb S. A repetição da eletroforese confirma o perfil hemoglobínico num melhor momento, ocasião em que se aproxima do perfil do adulto¹⁵.

As contagens de reticulócitos e os valores do Índice Médio de Fluorescência (MFI) são, significativamente, mais elevados nos pacientes com anemia falciforme, quando comparados aos controles, mas não diferem entre os grupos de anemia¹⁶.

Os exames de imagem também têm um papel complementar no

diagnóstico da anemia falciforme, pois a radiografia simples pode mostrar aspectos característicos da doença, como o crânio com estriações perpendiculares e a vértebra “em H”, e contribui para a detecção de infartos ósseos em fases mais avançadas. A ressonância magnética é de grande valia na detecção precoce das alterações osteoarticulares, além de contribuir para monitoramento e acompanhamento das infecções, podendo também detectar alterações em partes moles, como infartos musculares¹.

Tanto na anemia falciforme quanto na talassemia maior, a disfunção hepática que, habitualmente, está presente nessas situações, reduz a produção endógena de colesterol e amplifica as alterações no perfil lipídico desses pacientes. Além disso, o estresse oxidativo crônico, gerado pelo estado hemolítico e sobrecarga de ferro decorrente de terapia transfusional, torna a partícula de LDL mais susceptível à oxidação. Com isso, na anemia falciforme, são evidenciados baixos valores de colesterol total, LDL e HDL, quando comparados aos de indivíduos saudáveis¹⁷.

A HbS pode ser confirmada por procedimentos eletroforéticos em pH ácido, em que as hemoglobinas que apresentam migração semelhante em Ph alcalino podem ser diferenciadas²⁰. O perfil de hemoglobinas normais no adulto é de HbA: 96%-98% e HbA2: 2,5%-3,5% e HbF de 0%-1%. Todas essas hemoglobinas normais no adulto, bem como as variantes estruturais como a HbS e tantas outras, podem ser identificadas por meio de eletroforese em pH alcalino ou ácido¹⁸.

Os indivíduos homocigotos diagnosticados deverão ser devidamente encaminhados à

orientação médica para tratamento precoce, minimizando as manifestações clínicas¹⁹.

A detecção precoce de portadores do traço falciforme permite o aconselhamento e/ou orientação genética aos portadores e, conseqüentemente, pode funcionar como meio para evitar custos para o sistema de saúde. Na medida em que casais de risco têm chance de optarem ou não por uma gestação, custos com pacientes falciformes, tais como tratamento de infecções e crises álgicas, profilaxia anti-infecciosa, sobrecarga de ferro, custo transfusional, entre outros, podem ser evitados²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As hemoglobinopatias estão entre as doenças monogênicas mais comumente encontradas nas populações. A complexidade de seus processos fisiopatológicos e a gravidade e diversidade de manifestações clínicas a elas associadas fazem das doenças falciformes um desafio para a medicina e para a ciência.

Para o diagnóstico da anemia falciforme, os resultados encontrados na literatura demonstram que existem inúmeros exames que auxiliam o clínico, desde exames mais sofisticados como: resistência osmótica em solução de cloreto de sódio a 0,36%; análise da morfologia eritrocitária, pesquisa de corpos de Heinz e agregados de hemoglobina H; dosagem de hemoglobina A2; dosagem de hemoglobina fetal; eletroforese em pH alcalino em acetato de celulose e eletroforese em pH ácido com o gel de Agar para hemoglobina ácida da CELM, com excelentes resultados, até exames mais simples como o hemograma com a

contagem da série vermelha. Os exames de triagem fornecem subsídios para o norteamento do pensamento clínico, porém, são nos exames eletroforéticos que ocorre a confirmação diagnóstica. Logo, definimos nesse trabalho que o exame padrão-ouro para definição diagnóstica da anemia falciforme continua sendo a eletroforese de hemoglobina.

O maior conhecimento da base biológica dessas doenças, ainda associadas à elevada morbimortalidade, tem propiciado importantes avanços nas abordagens terapêuticas e na prevenção de novos casos e pode, em um futuro próximo, oferecer possibilidades mais concretas de cura.

SICKLE CELL DISEASE: LABORATORY DIAGNOSTIC APPROACH

ABSTRACT

Sickle cell anemia is a disease caused by a heritable genetic disorder due to a mutation of the gene that encodes the amino acid valine, passing transcribing an altered hemoglobin. The objective of the study is to establish the main means used for the laboratory diagnosis of sickle cell anemia patients and these traits, this illness that affects all races and genders, based on literature review updated through exploratory qualitative research. Thus it was observed that to define such a framework, there are numerous tests that assist the clinician from simple tests such as complete blood count with red blood count, to more sophisticated tests such as osmotic strength solution of sodium chloride at 0, 36 %, electrophoresis at alkaline pH on cellulose acetate, erythrocyte morphology analysis, research Heinz bodies and aggregates of hemoglobin H , among others. The screening tests provide subsidies for the guid of clinical thought. However, the electrophoretic examinations are occurring diagnostic confirmation. Therefore, in this work we define the gold standard test for diagnosis of sickle cell anemia definition remains hemoglobin electrophoresis.

Key-words: Sickle cell disease. Diagnosis. Genetic testing.

REFERÊNCIAS

1. Yanaguizawa M, Taberner GS, Cardoso FNC, Natour J, Fernandes ARC. Diagnóstico por imagem na avaliação da anemia falciforme. Rev. Bras. Reumatol. 2008 Apr; 48(2):102-5.
2. Silva RBP, Ramalho AS, Cassorla RMS. A anemia falciforme como problema de Saúde Pública no Brasil. Rev. Saúde Pública. 1993 Fev;27(1):54-8.
3. Lyra IM, Gonçalves MS, Braga JAP, Gesteira MF, Carvalho MH, Saad STO, et al. Clinical, hematological, and molecular characterization of sickle cell anemia pediatric patients from two different cities in Brazil. Cad. Saúde Pública. 2005 Aug ; 21(4):1287-90.
4. Bandeira FMGC, Santos MNN, Bezerra MAM, Gomes YM, Araújo AS, Braga MC, et al . Triagem familiar para o gene HBB*S e detecção de novos casos de traço falciforme em Pernambuco. Rev. Saúde Pública. 2008 Apr; 42(2):234-41.
5. Diniz D, Guedes C. Anemia Falciforme: Um Problema nosso. uma abordagem bioética sobre a nova genética. Cad. Saúde Pública . 2003 Dez; 19(6):1761-70.
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
7. Ramalho AS, Magna LA, Paiva-e-Silva RB. A portaria nº 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19:1195-9.
8. Tomé-Alves R, Marchi-Salvador DP, Orlando GM, Palharini LA, Imperial RE, Naoum Paulo C, et al. Hemoglobinas AS/alfa talassemia: importância diagnóstica. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2000 Dez; 22(3):388-94.

9. Ruiz MA. Anemia falciforme: objetivos e resultados no tratamento de uma doença de saúde pública no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2007 Set; 29(3):203-4.
10. Mendonça AC, Garcia JL, Almeida CM, Megid TBC, Fabron JA. Muito além do "Teste do Pezinho". *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009 Abr; 31(2):88-93.
11. Mousinho R, Rita C, Cardoso G L, Sousa IEL, Martins PKC. Importância da avaliação da hemoglobina fetal na clínica da anemia falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2008 Abr; 30(2):136-41.
12. Figueiredo MS. Fatores moduladores da gravidade da evolução clínica da anemia falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2007 Set; 29(3):215-7.
13. Cançado R D, Jesus J A. A doença falciforme no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [Internet]. 2007 Sep [acesso em 2012 Ago 16]; 29(3): 204-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a02.pdf>.
14. Rodrigues A. Caracterização molecular das variantes do sistema Rh em pacientes portadores de anemia falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2002 Abr; 24(2):151-2.
15. Ferraz MHC, Murao M. Diagnóstico laboratorial da doença falciforme em neonatos e após o sexto mês de vida. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2007 Set; 29(3):218-22.
16. Cortellazzi LC, Teixeira SM, Borba R, Gervásio S, Cintra CS, Grotto HZW. Reticulocyte parameters in hemoglobinopathies and iron deficiency anemia. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2003 Jun; 25(2):97-102.
17. Naoum FA. Alterações do perfil lipídico nas anemias. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2005 Set; 27(3):223-6.
18. Costa PJMS, Vilela RQB, Cipolotti R, Figueiredo MS. Diversidade clínica e laboratorial no haplótipo bantu da anemia falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2006 Mar; 28(1):40-4.
19. Orlando GM, Naoum PC, Siqueira FAM, Bonini D, Cláudia R. Diagnóstico laboratorial de hemoglobinopatias em populações diferenciadas. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2000 Ago; 22(2):111-21.
20. Bandeira FMGC, Bezerra MAC, Santos MNN, Gomes YM, Araújo AS, Abath FGC. Importância dos programas de triagem para o gene da hemoglobina S. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2007 Jun; 29(2):179-84.

Recebido em: 17.10.13 Aceito em: 15.04.14
--

ANGIOPLASTIA E ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA: RISCOS E BENEFÍCIOS DURANTE O PROCEDIMENTO E PÓS-OPERATÓRIO

Marina Dantas Henrique⁴³
Ana Carolina de Melo Machado Leça⁴⁴
Haiane Leite Dantas Coelho⁴⁴
Jéssica Miranda Lemos⁴⁴
Matheus Mello Freire de Santana⁴⁴
Tamíris Baptista Sampaio⁴⁴

RESUMO

A angioplastia carotídea baseia-se na inserção de um fio-guia no interior do vaso, um *stent* de metal autoexpansível, que é introduzido pelo fio, sendo posicionado e implantado na área estenosada, sendo via preferencial a artéria femoral, por não apresentar tantas estruturas neurovasculares adjacentes passíveis de lesão no ato cirúrgico. A endarterectomia trata-se de uma incisão no vaso ocluído e retirado o trombo juntamente com o endotélio vascular. Em seguida, a artéria é suturada e o fluxo é liberado, possuindo eventuais sangramentos controlados. Os hábitos do paciente, possíveis efeitos colaterais e complicações são fatores determinantes para a escolha da atuação médica. Os objetivos da pesquisa são comparar os dois métodos cirúrgicos, tendo em vista as indicações, riscos referentes aos procedimentos, pós-operatórios e localidade da obstrução, a fim de definir qual a melhor abordagem. Foi realizada uma revisão sistêmica da literatura, em periódicos e livros, elencando os pontos positivos e negativos de cada procedimento. A angioplastia e endarterectomia são dois procedimentos que consistem na desobstrução do vaso sanguíneo pela placa de aterosclerose, com a finalidade de restabelecer o fluxo sanguíneo. Porém, é esta última o método terapêutico de primeira escolha da atualidade, pois a angioplastia de carótida leva a uma maior taxa de acidente vascular cerebral e óbito, tanto em curto quanto em longo prazo, embora também esteja associada à menor taxa de infarto do miocárdio e lesão de nervo craniano. Foi possível observar que tanto a angioplastia quanto a endarterectomia são procedimentos que visam restaurar o fluxo sanguíneo através da retirada de placas que estão ocluindo a passagem regular do sangue, permitindo ao paciente uma melhora de seu quadro clínico, sendo a endarterectomia o primeiro método de escolha.

Palavras-chave: Angioplastia. Endarterectomia. Cuidados pós-operatórios. Reestenose coronariana. Trombo.

⁴³Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Rua Giácomo Porto, 145. apto 1801. João Pessoa-PB. CEP: 58032110. Tel.: (83) 9144-2255. E-mail: marina_dantas_@hotmail.com.

⁴⁴Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

INTRODUÇÃO

A estenose das artérias carótidas, ou doença arterial carotídea, baseia-se no estreitamento de tais artérias, que são as principais condutoras de sangue para o cérebro¹. A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica, sistêmica, complexa e multifatorial, que pode se manifestar, simultaneamente, em mais de um sítio do leito arterial², levando ao estreitamento da luz vascular e à redução do fluxo, o que caracteriza a estenose da carótida, podendo complicar-se evoluindo para trombose e embolização distal³. Dependendo dos locais onde a placa aterosclerótica se desenvolver, o prognóstico do indivíduo poderá ser diferente².

O estreitamento pode ser de caráter total ou parcial. Tal interrupção do suprimento sanguíneo para o cérebro pode provocar um Acidente Vascular Encefálico (AVE) por insulto isquêmico. Na sintomatologia da estenose carotídea, o paciente pode apresentar amaurose, paresia e parestesia em membros inferiores, superiores e face, e afasia, com duração de poucos minutos (embora possam durar até 24h), confusão mental, amnésia, rebaixamento do nível de consciência, diplopia, vertigem e cefaleia⁴. A principal medida clínica preventiva adotada é o controle dos fatores de risco: tabagismo, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, uso de anticoncepcional oral, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, coagulopatias, doenças inflamatórias, abuso de drogas³.

Nos Estados Unidos, a terceira causa de morte está relacionada com as doenças cerebrovasculares, sendo a doença oclusiva das artérias a responsável por 25%, estando a população com faixa etária de 60 anos

exposta a 0,5% dos casos, com acréscimo de 10% em pessoas com idade superior a 80 anos, sendo a maioria dos casos assintomáticas⁵. Para o tratamento cirúrgico da estenose carotídea, a endarterectomia, por muito tempo, foi considerada a melhor conduta. No entanto, o desenvolvimento das técnicas endovasculares fez com que alguns autores e profissionais médicos propusessem a angioplastia, com introdução de *stent*, como uma alternativa à endarterectomia^{6,7,8}.

O presente estudo tem como objetivo fazer um levantamento dos aspectos positivos e negativos de cada procedimento cirúrgico, indicações, riscos cirúrgicos e as possíveis complicações de cada método, na tentativa de definir o tipo de abordagem preferível para determinadas situações.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistêmica da literatura; periódicos, acessados no período entre setembro e outubro de 2013, sendo selecionadas as publicações dos períodos de 2005 a 2010, exceto aqueles que se referenciam ao tratamento clínico e livros, elencando os pontos positivos e negativos de cada procedimento, além do tipo de indicação para cada tipo de paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ANGIOPLASTIA

A angioplastia trata-se de uma modalidade minimamente invasiva, indicada, principalmente, para pacientes com estreitamento moderado ou grave, em um ou mais vasos sanguíneos, normalmente, com sintomas de doença arterial (claudicação limitante, dor e

ulcerações nos membros). Na literatura, o paciente precisa ficar hospitalizado por 6 a 24 horas, após a realização da angioplastia, a fim de monitorar a ocorrência de complicações, e a região da punção deve ficar imobilizada por várias horas para evitar sangramentos. Ao receber a alta, o paciente não deve levantar peso nos primeiros dias de pós-operatório, tomar bastante água para eliminar a solução de contraste que foi utilizada durante o procedimento. Além disso, o médico pode prescrever anticoagulantes e recomendar uma série leve de exercícios físicos^{7,9}.

Embora as complicações maiores sejam incomuns, ainda podem ocorrer, como reações ao agente de contraste (mais comuns em pacientes diabéticos ou com problemas renais), eritema, urticária, edema de glote, insuficiência renal, choque anafilático, além da formação de coágulo na artéria tratada (trombose), pseudoaneurisma, rompimento de um vaso sanguíneo, formação de hematoma, fistula arteriovenosa e dissecação (dano à parede arterial). Já nas complicações menos graves, estão presentes o enfraquecimento da parede da artéria e infecção do local de inserção do cateter ou sangramento. Às vezes, partículas da placa se desprendem e seguem pelo sistema sanguíneo, provocando o surgimento de novas obstruções em outros pontos da artéria, sendo esta situação denominada de embolia e pode voltar a prejudicar o fluxo sanguíneo^{7,8,9}.

Ainda que o tratamento por meio da angioplastia tenha necessitado de significativo número de novas intervenções em relação a outros tratamentos, os pacientes desse grupo apresentaram melhora na qualidade de vida quando comparados ao tratamento clínico (...).⁹

Em decorrência de tal observação, a qualidade de vida deve ser priorizada, sendo tal procedimento o padrão ouro nos casos de estreitamento.

ENDATERECTOMIA

A doença arterial carotídea, ou acúmulo de placa nas artérias carótidas, diminuem o fluxo de sangue nas artérias carótidas e pode causar acidentes vasculares cerebrais (AVC), também conhecidos como derrames ou isquemia cerebral. Em casos mais graves, há depósito de placa que se desprendem e chegam ao cérebro através do fluxo sanguíneo, podendo provocar danos irreversíveis e até a morte, dependendo do tamanho da área afetada. Em casos menos graves, pode ocorrer um ataque isquêmico transitório, condição que funciona como um alerta para a ocorrência de um derrame em um futuro próximo. Portanto, este procedimento é indicado em casos de acidente vascular encefálico (AVE) e ataques isquêmicos transitórios (AIT)¹⁰.

"Endarterectomia é um procedimento cirúrgico, em que ocorre remoção da placa de aterosclerose que está bloqueado a artéria, restaurando o fluxo sanguíneo"¹¹. As principais indicações para a endarterectomia são pacientes sintomáticos com estenose $\geq 50\%$ e em assintomáticos com estenose $\geq 60\%$.

O paciente que foi submetido à endarterectomia de carótida fica internado no hospital por 1 a 2 dias, com o intuito de monitorar o resultado da cirurgia e a possível ocorrência de complicações. O paciente deve receber fluidos e nutrientes por meio de um cateter endovenoso, logo após a realização do procedimento. A dor pós-operatória pode estar presente,

mas não é significativa, pois a incisão feita no pescoço é pequena. Com a alta, o paciente não deve nem dirigir nem fazer exercícios físicos por algumas semanas, além de manter uma dieta com baixos níveis de gordura saturada, colesterol e calorias, manter o peso ideal, evitar o uso de cigarros, fazer exercícios aeróbicos.

Pacientes com um histórico de derrame possuem um risco mais elevado de desenvolver complicações. Além deste, a presença de doenças cardíacas ou pulmonares graves, presença de placa de aterosclerose na porção alta do pescoço, que não pode ser completamente removida através da cirurgia, bloqueio de outros vasos que levam sangue ao cérebro, realização do procedimento pela segunda vez na mesma artéria, diabetes e fumo são fatores contribuintes para o surgimento de complicações. As principais complicações pós-operatórias são o derrame e a recorrência de estreitamento na artéria tratada, denominada de reestenose, especialmente em pacientes que fumam. Pacientes que foram submetidos à endarterectomia ficam sujeitos a alguns sintomas e sinais temporários, como rouquidão, tosse, dificuldade de engolir e formigamento na face ou na língua e, normalmente, desaparecem em até 30 dias após o procedimento.

Problemas comuns após endarterectomia de carótida são o aparecimento de nova disfunção neurológica, a instabilidade hemodinâmica e a insuficiência respiratória. A síndrome de hiperperfusão, muitas vezes, não ocorre até vários dias após a cirurgia¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do procedimento baseia-se no estado geral do paciente, tendo em vista a idade e os hábitos de vida e alimentares, localidade da oclusão em decorrência da dificuldade de acesso do procedimento, idade e consenso da relação médico-paciente; sendo o paciente consciente de todas as circunstâncias que envolvem esse ato cirúrgico e seu prognóstico.

A escolha do método deve fazer parte de uma avaliação dos aspectos positivos e negativos dos procedimentos entre o médico e o paciente. Tempo de hospitalização, qualidade do pós-operatório e condições do paciente se submeter às restrições impostas pelo referido tratamento devem ser levadas em consideração para a escolha. O bem-estar, tanto do médico em realizar o procedimento, quanto do paciente em obedecer às imposições do procedimento, é fator de suma importância para o sucesso e eficácia do procedimento.

CAROTID ANGIOPLASTY AND CAROTID ENDARTERECTOMY: RISKS AND BENEFITS DURING THE PROCEDURE AND POSTOPERATIVE

ABSTRACT

Carotid angioplasty is based on insertion of a guidewire into the vessel a self-expandable metal stent which is fed by the wire being positioned and deployed in the stenotic area, and via the femoral artery preferred not to introduce many neurovascular structures adjacent susceptible to injury during surgery. Endarterectomy is in an incision in the occluded vessel and removing the thrombus with the vascular endothelium, and then the artery is sutured and the flow is released having any bleeding controlled. The patient's habits, possible side effects and complications are decisive factors for the choice of medical action. Compare the two surgical methods, in view of the indications, the likely risks during these procedures and the postoperative course in order to define the best approach. We performed a systematic review of the literature, periodicals and books, listing the positives and negatives of each procedure. The endarterectomy, and angioplasty are two procedures which consist in clearing the blood vessel by atherosclerotic plaque in order to restore blood flow, but the latter is the therapeutic method of choice today, because carotid angioplasty leads to a higher rate of stroke and death in both short and long term, but it is also associated with a lower rate of myocardial infarction and cranial nerve injury. It was observed that as much as angioplasty, endarterectomy procedures are designed to restore blood flow by removal of occluding plaques that are regular passage of blood, allowing the patient to an improvement in their clinical status, the endarterectomy is the first choice method.

Key-words: Angioplasty. Endarterectomy. Postoperative care. Coronarianrestenosis. Thrombus.

REFERÊNCIAS

1. Danbury Hospital. Folha de Informação aos Pacientes do Danbury Hospital: O que é Estenose das Artérias Carótidas?. Out. 2007 [acesso em 30 Set. 2013]. Disponível em: http://www.danburyhospital.org/~media/Files/Patient%20Education/patiented-portuguese/pdf_CardiologyBrazPort/CarotidArteryStenosis_BrazPort.ashx.
2. Rosa MP, Portal VL. Prevalência de estenose carotídea em pacientes com indicação de cirurgia de revascularização miocárdica. Arq. Bras. Cardiol. 2010;94(2):182-7. [acesso em: 10 Out. 2013] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000200007&lng=en&nrm=iso.
3. Fukujima MM, Gabbai AA. Conduas na Estenose da Carótida. Rev. Neurociência. [periódico na internet]. 1999 [acesso em 10 Out. 2013]. São Paulo 7(1): 39-44. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/1999/RN%2007%2001/Pages%20from%20RN%2007%2001-7.pdf>.
4. Campos BAG, Pereira Filho WC. Estenose de carótida extracraniana. Arq. Bras. Cardiol. [periódico na internet]. Dec. 2004 [acesso em 06 Out. 2013]; 83(6):528-

32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001800014&lng=en.

5. Tumelero RT, Duda NT, Tognon AP. Indicações e resultados das intervenções percutâneas em artérias carótidas. Rev. Bras. Cardiol. Invasiva [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 06 Out. 2013];15(2):151-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217983972007000200011&lng=en.

6. Tinoco ECA, Silva LF da, Luquini BB, Campanha R, Nascimento M, Horta L. Estudo prospectivo comparativo entre a endarterectomia e a angioplastia com stent e proteção cerebral no tratamento das lesões ateroscleróticas carotídeas: resultados em 30 dias. J. vasc. bras. [periódico na Internet]. Dez. 2006 [acesso em: 07 Out. 2013]; 5(4):257-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492006000400004&lng=en.

7. Pereira AH. Angioplastia da carótida versus endarterectomia: o velho e o novo. J. vasc. bras. [periódico na Internet]. Set. 2006 [acesso em: 02 Out. 2013]; 5(3):169-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492006000300003&lng=en.

8. Razuk A. Comparação entre Endarterectomia e Angioplastia e Stent da Artéria Carótida - Análise Crítica dos Estudos Randomizados. In: Presti C., Simão E., Castelli V. Atualização em Cirurgia Vasculare Endovascular. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. p. 9-14.

9. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRS da R, Girardi P, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. Arq. Bras. Cardiol. [periódico na Internet]. Maio 2007 [acesso em: 14 Out. 2013]; 88(5):537-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000500007&lng=pt.

10. Bonamigo TP, Lucas ML. Análise crítica das indicações e resultados do tratamento cirúrgico da doença carotídea. J. vasc. bras. [periódico na Internet]. Dez. 2007 [acesso em: 05. Out. 2013]; 6(4):366-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492007000400011&lng=en.

11. Cardozo, MA. Endarterectomia. [texto na Internet]. [acesso em: 08 Out. 2013]. Disponível em: http://www.drcardozo.com.br/saiba_tratamentos05.html.

12. Tai EJ, Flório CRSS. Endarterectomia carótida. São Paulo Med. J. [periódico na Internet]. 2005 [acesso em: 04 Out. 2013]; 123(Suppl):34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802005000700029&lng=en.

Recebido em: 18.10.13 Aceito em: 25.04.14
--

AVANÇOS DA NANOMEDICINA: A NOVA FRONTEIRA DA MEDICINA – ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Fabício de Melo Garcia⁴⁵

RESUMO

Os sistemas de liberação de medicamentos são extremamente versáteis, uma vez que as suas propriedades físico-químicas podem ser alteradas de acordo com as necessidades farmacêuticas e farmacológicas. Isso permite o endereçamento específico e a liberação contínua e progressiva do fármaco encapsulado. Essa característica leva a uma maior eficácia terapêutica, se compararmos os nanocarreadores com outros sistemas farmacoterápicos. O fármaco encapsulado é menos tóxico e apresenta menos interação medicamentosa. Além disso, os nanocarreadores aumentam o tempo de circulação do fármaco no sangue, prevenindo e diminuindo o processo inflamatório local. Hoje em dia, os nanocarreadores ocupam uma posição de destaque no tratamento do câncer. Eles são largamente utilizados como carreadores de agentes antimicrobianos e imunobiológicos. O objetivo desse artigo é apresentar uma revisão da literatura sobre o desenvolvimento de nanopartículas, bem como sistemas de liberação de medicamentos no combate às neoplasias. Os resultados dessa pesquisa sugerem que os lipossomas são um sistema de transporte ideal para carrear fármacos aos locais afetados. Estudos recentes buscam a obtenção de nanopartículas com elevado grau de sensibilidade e especificidade aos tecidos alvo e disponibilidade prolongada na circulação sanguínea.

Palavras-chave: Sistemas de liberação de medicamentos. Neoplasias. Nanopartículas.

⁴⁵ Mestre em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba. Doutorando do Programa de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Pernambuco, Professor Assistente das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança. End.: Av. Santa Catarina, 859, apto. 303, Bairro dos Estados, João Pessoa – PB. Tel.: (83) 9302-1029. E-mail: fabriciomgarcia@me.com.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a utilização da maioria dos fármacos foi sempre limitada por diversos fatores farmacocinéticos¹. A impossibilidade de aumentar a concentração do fármaco no sangue, o tempo de permanência do agente terapêutico na circulação, a baixa solubilidade e, em especial, os efeitos colaterais indesejáveis inerentes às terapias com doses elevadas podem dificultar a utilização da concentração necessária para o sucesso farmacoterapêutico¹.

A nanotecnologia, associada aos agentes terapêuticos mais modernos, pode ser uma alternativa promissora para melhorar a efetividade dos fármacos. Um número significativo de nanosistemas carreadores de fármacos foi desenvolvido para melhorar a eficácia terapêutica de certas drogas^{2,3}. Entre esses nanocarreadores, estão incluídos os sistemas de nanopartículas, tais como as micelas, os lipossomas e as nanopartículas poliméricas, sejam elas originárias de polímeros lineares ou de polímeros ramificados dendríticos³.

Além disso, cerca de 40% das moléculas descobertas farmacologicamente ativas são rejeitadas devido, principalmente, à reduzida solubilidade e biodisponibilidade⁴. Para contornar tais problemas, carreadores micrométricos e nanométricos, capazes de modular a liberação com alto grau de reprodutibilidade, surgiram como alternativas eficazes⁴.

Entre as nanopartículas, destacam-se as formulações lipossomais, as quais têm sido desenvolvidas para aumentar o tempo de meia-vida e diminuir os efeitos colaterais comuns aos tratamentos convencionais⁵.

Algumas características, requeridas por um sistema eficaz de

liberação de medicamentos, são a biocompatibilidade, biodegradabilidade, capacidade de encapsulação, proteção de drogas, especificidade para células-alvo, estabilidade em meios biológicos, mecanismos de transporte através das membranas celulares e controle na liberação dos princípios ativos³.

Em contrapartida, as terapias anticâncer tradicionais envolvem a combinação de intervenção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia, sendo associadas a uma significativa morbidade e mortalidade, principalmente, devido às reações adversas sobre as células normais do organismo^{6,9}. Nesse contexto, pode-se afirmar que o câncer torna-se, involuntariamente, o maior alvo da nanomedicina.

Dessa forma, esse trabalho trata-se de uma revisão da literatura especializada, visando contribuir para a formação acadêmica e atualização dos profissionais de saúde sobre os principais avanços da nanomedicina em diversas áreas, principalmente na área da cancerologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, referente à produção sobre os avanços da nanomedicina na área da cancerologia dos últimos 15 anos, em artigos de periódicos indexados nas seguintes bases de dados: *Scopus*, *PubMed*, *Medline*, *CINAHL*, *Cochrane*, *Lilacs*, *Sci Science Direct*.

A busca ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2013, tendo sido selecionados 24 artigos que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser original; estar disponível na íntegra eletronicamente; estar disponível nos idiomas português ou inglês; e responder à questão norteadora desta revisão. Como

critério de exclusão: ser uma publicação do tipo editorial, carta ou artigo de divulgação. Foram utilizados os descritores “sistemas de liberação de medicamentos”, “neoplasias” e “nanopartículas”.

Após a seleção, os estudos foram submetidos a leituras exploratórias e seletivas. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário elaborado para o alcance dos objetivos. Os resultados foram textualmente apresentados e analisados de forma fundamentada na literatura pertinente à temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nanomedicina no combate ao câncer

A nanotecnologia, associada aos agentes terapêuticos mais modernos, pode ser uma alternativa promissora para melhorar a efetividade das drogas anticancerígenas.

Contudo, alguns aspectos fisiopatológicos do câncer devem ser considerados numa discussão sobre novas terapias anticâncer. Entre esses aspectos, estão a angiogênese tumoral, o poder metastático das células cancerígenas e a superexpressão de algumas moléculas na superfície membranar das células tumorais^{8,9,10}.

Estas características tornam as células tumorais diferenciadas em relação às células normais do organismo, possibilitando a criação de ferramentas nanotecnológicas que possam aumentar a especificidade dos quimioterápicos. O entendimento dos mecanismos fisiológicos envolvidos na gênese do câncer é um fator primordial para compreender a importância dos estudos mais recentes da nanomedicina.

Nanopartículas

As nanopartículas são particularmente interessantes como formas farmacêuticas de sistemas de liberação de medicamentos¹⁶. Tal importância decorre da sua composição variada, estrutura e características de superfície¹⁶. Essas propriedades permitem o uso dessas formas farmacêuticas em aplicações clínicas com alto grau de especificidade a sítios patológicos-alvo. As nanopartículas mais utilizadas como sistemas de entrega de drogas são: os lipossomas, as micelas, os dendrímeros, as nanoesferas e as nanocápsulas⁸. Nessa seção, serão caracterizadas as principais nanopartículas utilizadas em sistemas de entrega de drogas.

Lipossomas

Estudos realizados nos últimos 50 anos fizeram dos lipossomas multifuncionais um promissor sistema de liberação de medicamentos. Tais sistemas apresentam todas as características requeridas em um sistema eficaz de liberação de medicamentos³.

Os lipossomas são sistemas formados por pequenas vesículas fechadas, esféricas e compostas por uma ou mais bicamadas de fosfolípidos⁷. A formação dos lipossomas requer a hidratação sob agitação de fosfolípidos (moléculas anfipáticas), formando uma dupla camada de moléculas anfipáticas². Dessa forma, a interação das regiões lipofílicas estabiliza o sistema, favorecendo as interações com a fase aquosa². Essas vesículas lipídicas podem carrear vários tipos de macromoléculas⁷.

Graças a essa configuração estrutural, é possível carrear moléculas lipídicas na própria bicamada fosfolipídica, bem como

moléculas hidrofílicas no espaço interno dos lipossomas². Os lipossomas podem ser classificados pelo método da sua preparação, pelo número de duplas camadas presentes na vesícula, e pelo seu tamanho. Quando os lipossomas são classificados de acordo com o número de bicamadas, eles são chamados de vesículas unilamelares ou vesículas multilamelares. Quando os lipossomas são classificados de acordo com o seu tamanho, eles são chamados de grandes vesículas unilamelares ou vesículas unilamelares pequenas^{2,7}.

Os lipossomas se assemelham, estruturalmente, às membranas celulares, sendo atóxicos, não-imunogênicos e biodegradáveis^{8,17}. Essas características tornam os lipossomas formas farmacêuticas extremamente versáteis e com diversas aplicações clínicas. Na terapia anticâncer, os lipossomas podem reduzir a toxicidade dos quimioterápicos sobre os tecidos saudáveis¹⁷.

A pesquisa com lipossomas tem aumentado nos últimos anos¹⁸. Os lipossomas têm sido utilizados, especialmente, no tratamento do câncer¹⁸. Outra típica aplicação clínica dos lipossomas é na dermatologia¹⁸. Eles têm sido empregados na prevenção da queda de cabelos, promoção do crescimento capilar, desaceleração do processo de envelhecimento da pele, clareamento da pigmentação cutânea e prevenção e tratamento da lipodistrofia ginoide¹⁹.

Além disso, o uso de lipossomas como vetores em terapias gênicas, carreando material genético, parece ser uma esperança da medicina no tratamento de diversas doenças genéticas¹⁸. Estudos envolvendo vacinas contendo DNA estão em curso¹⁸. Atualmente, pelo menos oito vacinas estão sendo desenvolvidas, já em fase de ensaios

clínicos¹⁸. Entre elas, uma vacina contra a gripe e uma vacina para combater a hepatite¹⁸. A inflexal® é um exemplo de vacina lipossomal, já comercializada em 43 países e com 60 milhões de doses distribuídas¹⁸.

Na terapêutica, já são usadas formulações de lipossomas, contendo antraciclinas, doxorubicina e danorrubicina para o tratamento do câncer de mama metastático e do sarcoma de Kaposi. Além dessas formulações, muitas outras estão, nesse momento, em fase de ensaios clínicos²¹. Atualmente, o lipossoma é o nanocarreador mais promissor na terapia anticâncer², sendo a forma farmacêutica nanotecnológica mais abordada no escopo desse artigo.

Micelas

As micelas poliméricas são constituídas por moléculas anfifílicas de copolímeros, que formam uma nanocápsula em meio aquoso. Possuem uma zona hidrofóbica no seu interior que serve de reservatório para fármacos, e uma cápsula exterior hidrofílica que estabiliza o interior hidrofóbico e torna os polímeros solúveis em água. Dessa forma, a nanopartícula formada também é solúvel no sangue, podendo ser administrada pela via intravenosa⁸.

As micelas típicas têm diâmetros inferiores a 100 nm, permitindo-lhes o extravasamento através das fenestrações dos vasos tumorais, concentrando-as na área do tumor. Fármacos hidrófobos podem ser carregados dentro do núcleo da estrutura micelar, sendo protegidos pela cápsula hidrofílica durante o transporte para o local do tumor⁸.

O paclitaxel é um exemplo de droga utilizada no tratamento do câncer na forma micelar, e com sucesso^{22,23}. É um potente agente anticancerígeno muito utilizado para

tratar inúmeros tipos de cânceres humanos, como tumores sólidos de mama, do cérebro, ovário e pulmão. Está entre os primeiros quimioterápicos clinicamente bem sucedidos e aprovados pelo FDA (Food and Drug Administration)^{21,22}. Estudos recentes demonstraram que a utilização de formulações encapsuladas de paclitaxel em nanopartículas possuem eficiência 13 vezes maior que a utilização da droga livre solubilizada^{22,23}.

Dendrímeros

Dendrímeros são moléculas altamente ramificadas que apresentam um elevado grau de monodispersibilidade e uma estrutura bem definida^{3,8}. Eles são estáveis e têm superfícies que podem ser prontamente funcionalizadas com ligantes específicos e outras moléculas, tais como o folato^{8,24}. A droga pode ser encapsulada no núcleo multifuncional do dendrímero e protegida pela extensa ramificação²³. Moléculas de drogas antitumorais, tais como o paclitaxel, também podem ser ligadas ao exterior do dendrímero²⁴.

Estudos recentes mostraram que é possível formar sistemas de compartimentos múltiplos com os dendrímeros³. A estratégia baseou-se na formação de lipossomas modulares com dendrímeros monodispersos, através de um processo de encapsulação de dendrímeros pelos lipossomas, formando os dendrossomas³. Os dendrossomas podem ser uma alternativa, como sistema de entrega de droga, eficaz no tratamento do câncer cervical³. Também podem funcionar como vetores de moléculas de RNA de interferência em terapias gênicas³.

Nanoesferas e Nanocápsulas

Nanoesferas são sistemas matriciais em que a droga é fisicamente retida na matriz, ou uniformemente solubilizada na estrutura polimérica²⁴. Já as nanocápsulas são sistemas vesiculares em que a substância, em geral lipofílica, é confinada em uma cavidade preenchida com óleo ou emulsão e rodeada por uma membrana polimérica, ambas suspensas coloidalmente em meio externo aquoso^{8,24}.

As nanocápsulas são carreadores de escolha para a administração intravenosa de substâncias lipofílicas, pois são constituídas por polímeros estáveis, com baixa toxicidade e capacidade de degradação no organismo²⁴. Dessa forma, as nanocápsulas se apresentam como mais uma opção de nanopartícula, compondo o arsenal terapêutico nanotecnológico no combate ao câncer.

Diante desse contexto, levando em conta toda a diversidade de características das nanopartículas citadas nesse artigo, pode-se afirmar que cada uma delas apresenta vantagens e desvantagens inerentes às suas propriedades físico-químicas. A aplicabilidade terapêutica das nanopartículas é dependente dessas propriedades, sendo assim, não parece sensato afirmar que uma ou outra forma nanotecnológica seja, indubitavelmente, melhor do que todas as outras.

Contudo, se analisarmos as necessidades farmacoterapêuticas das terapias anticâncer, talvez possamos eleger, no momento, os lipossomas como as nanopartículas mais promissoras para o transporte de drogas quimioterápicas. Tendo em vista a sua versatilidade como um nanocarreador multifuncional, podendo

sofrer diferentes tipos de modificações estruturais de superfície. Além da sua semelhança com as membranas biológicas, tornando-o uma partícula de baixa toxicidade e podendo carrear moléculas hidrofílicas e lipofílicas.

Não obstante ao rápido avanço tecnológico da nanotecnologia nos últimos 50 anos, vale ressaltar que essa análise leva em consideração o momento atual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução das pesquisas direcionadas ao tratamento do câncer na área da nanotecnologia farmacêutica é inegável. Todos os dias, novos materiais para compor a estrutura dos nanocarreadores estão sendo testados e desenvolvidos. Diversos fármacos estão em fase de teste e com resultados promissores. Contudo, há muito o que evoluir, tendo em vista o grau de especificidade apresentado pelos diferentes tipos de tumores e as características intrínsecas comuns à maioria dos tipos de câncer. Esses fatores dificultam o uso da terapia tradicional, e até mesmo a ação dos nanofármacos.

Tendo em vista as características descritas nesse artigo, os lipossomas parecem ser o sistema de entrega de drogas mais promissor no desenvolvimento de novos tratamentos contra o câncer. Como resultado, a nanomedicina parece ser um caminho sem volta no desenvolvimento de novos tratamentos contra o câncer. Representa uma nova fronteira da medicina a ser vencida.

NANOMEDICINE ADVANCES: A NEW BORDER OF MEDICINE - UPDATE ARTICLE

ABSTRACT

Drug delivery Systems are extremely versatile, once its physical and chemical properties could be altered according to the pharmaceutical and pharmacological needs. This allows specific addressing and progressive continuous release of the encapsulated pharmaceutical agent. This characteristics lead to higher therapeutic efficacy when nanocarriers are compared to other pharmaceutical agents. The encapsulated pharmacological agent is less toxic and drug interaction is diminished. On the other hand, it becomes available on blood circulation for an elevated period of time, prophylatic effect is increased and less local inflammatory reaction is observed. Nowadays, nanocarriers play a leader position in the treatment of cancer. They are widely used as antimicrobial and imunobiological carriers. The purpose of this article is to review the literature on the development of nanocarriers as drug delivery systems in the fight against cancer. The results obtained on this situation suggest that liposomes are the ideal transport system to carry medications to affected sites. Recent studies are focused on the liposomes obtention with elevated of sensibility and specificity degree for tissues and prolonged availability on blood circulation.

Key-words: Drug delivery systems. Cancer. Nanocarriers.

REFERÊNCIAS

1. Machado, LC, Gnoatto, SA, Klüpell, MLW. Lipossomas Aplicados em Farmacologia: Uma Revisão da Literatura. 2007;29(67):215-24.
2. Allen, M, Cullis, PR. Liposomal drug delivery systems: From concept to clinical applications. *Advanced Drug Delivery Reviews*. 2013; 65:36-48.
3. Paleos CM, Tsiourvas D, Sideratou Z, Pantos A. Formation of artificial multicompartiment vesosome and dendrosome as prospected drug and gene delivery carriers. *Journal of Controlled Release*. 2013. 170: 141-52.
4. Villanova, JCO, Orefice, RL, Cunha, AS. Aplicações farmacêuticas de polímeros. *Polímeros: Ciência e Tecnologia, São Carlos*. 2010; 20 (1) :51-64.
5. Gasselhuber A, Dreher MR, Rattay F, Wood BJ, Haemmerich D. Comparison of Conventional Chemotherapy, Stealth Liposomes and Temperature-Sensitive Liposomes in a Mathematical Model. *PLoS One*. 2012, 7(10): e47453/journal.pone.0047453.
6. Adams, GP, Weiner, LM. Monoclonal antibody therapy of cancer. *Nat. Biotechnol*. 2005; 23 (1):1147-57.
7. Torchilin VP. Recent advances with liposomes as pharmaceutical carriers. *Nature Reviews*. 2005; 4:145-160.
8. Steichen SD, Caldorera-Moore M, Peppas NA. A review of current nanoparticle and targeting moieties for the delivery of cancer therapeutics. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2013; 48:416-27.
9. Folkman, J. Role of angiogenesis in tumor growth and metastasis. *Semin Oncol*. New York. 2002, 6 (16):15-8.
10. Brannon-Peppas L, Blanchette JO. Nanoparticle and targeted systems for cancer therapy. *Adv. Drug Deliv. Rev*. 2004; 56:1649–59.

11. Wang Z, Yu Y, Dai W, Lu J, Cui J, Wu H, Yuan L, Zhang H, Wang X, Wang J, Zhang X, Zhang Q. The use of a tumor metastasis targeting peptide to deliver doxorubicin-containing liposomes to highly metastatic cancer. *Biomaterials*. 2012;33:8451-60.
12. Bachmeier B, Fichtner I, Killian PH, Kronski E, Pfeffer U, Efferth T. Development of resistance towards artesunate in MDA-MB-231 human breast cancer cells. *PLoS One*. 2011;6(5):e20550.
13. Wang H, Wang S, Liao Z, Zhao P, Su W, Niu R, Chang J. Folate-targeting magnetic core-shell nanocarriers for selective drug release and imaging. 2012; 430:342-9.
14. Szakacs G, Paterson JK, Ludwig JA, Booth-Genthe C, Gottesman MM. Targeting multidrug resistance in cancer. *Nat Rev Drug Discov*. 2006;5(3):219e34.
15. Torchilin, VP. Multifunctional nanocarriers. *Advanced Drug Delivery*. 2012; 64:302-15.
16. Bimbo LM, Peltonem L, Hirvonen J, Santos HA. Toxicological Profile of Therapeutic Nanodelivery Systems. *Current Drug Metabolism*. 2012;13:1068-86.
17. Lesoin L, Boutin O, Crampon C, Badens E. CO₂/water/surfactant ternary systems and liposome formation using supercritical CO₂: A review. *Colloids and Surfaces A*. 2011;377:1-14.
18. Watson DS, Endsley AN, Huang L. Design considerations for liposomal vaccines: Influence of formulation parameters on antibody and cell-mediated immune responses to liposome associated antigens. *Vaccine*. 2012; 30:2256-72.
19. Chorilli M, Leonardi GR, Oliveira AG, Scarpa MV. Lipossomas em Formulações Dermocosméticas. *Infarma*. 2004; v. 16, n. 7-8.
20. Shin DM, Nanotherapeutic Delivery Systems, Cancer Nanotechnology Plan, Office of Cancer Nanotechnology Research, Center for Strategic Scientific Initiatives, 2010.
21. Jain KK. Advances in the field of nanooncology. *BMC Medicine*. 2010;8. p. 83.
22. Siddiqui I A, Adhami V M, Christopher JC, et al. Impact of nanotechnology in cancer: emphasis on nanochemoprevention. *International Journal of Nanomedicine*. 2012;7:591-605.
23. Majoros I.n.J, Myc A, Thomas T, Mehta CB, Baker JR. PAMAM dendrimer-based multifunctional conjugate for cancer therapy: synthesis, characterization, and functionality. *Biomacromolecules*. 2006;7:572-9.
24. Soppimath KS, Aminabhavi TM, Kulkarni AR, Rudzinski WE. Biodegradable polymeric nanoparticles as drug delivery devices. *J. Controlled Release*. 2001;70:1-20.

Recebido em: 17.12.13 Aceito em: 23.12.13
--