

ISSN 1679-1983



Escola de Enfermagem
Nova Esperança Ltda.

Revista de

Ciências da Saúde

NOVA ESPERANÇA

Volume 06 - Número 01 - julho 2008



Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

João Pessoa-PB	v. 6	n. 1	p. 1-102	Jul. 2008
----------------	------	------	----------	-----------

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

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE

Eitel Santiago Silveira

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

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do**Curso de Medicina - FAMENE**

Gladys M. Cordeiro da Fonseca

ÓRGÃOS DE APOIO ADMINISTRATIVO**Secretaria Geral**

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança - ISSN 1679-1983 possui o selo "Qualis das Áreas" "C" Nacional nas áreas de Farmácia e de Enfermagem.

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

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

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

Tiragem: 300 exemplares

Editor

Edielson Jean da Silva Nascimento

CONSELHO EDITORIAL

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

CAPA

Luiz de Souza Soares

Monitoria do NUPEA/FACENE/FAMENE

Sheyla Evoíze Ferreira Fernandes

Diagramação

Magno Nicolau

Edição

Idéia Editora Ltda.

ideiaeditora@uol.com.br

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

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v. 6 n.
1. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança – FACENE, 2008.

v.: il.;

Semestral
ISSN 1679-1983

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU – 61(05)

Sumário

Editorial

SEGURANÇA NO PROCESSO DE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Regina Célia de Oliveira, 5-6

Artigos Originais

A DISMENORRÉIA PRIMÁRIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Maria Clerya Alvino Leite, Maria Mirtes da Nóbrega, 7-18

FISSURAS LABIOPALATINAS: CONHECIMENTO E SENTIMENTOS DE PORTADORES

Rosa Rita da Conceição Marques, Lilian Leite Lacerda de Almeida, 19-26

PERCEPÇÃO DE GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Taciane Thalita Albuquerque Sousa, Iolanda Beserra da Costa Santos, 27-36

FATORES QUE INFLUENCIARAM MULHERES NO DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Gisetti Corina Gomes Brandão, Kalygia Domícia Nunes da Silva Bezerril, 37-46

O ENFOQUE DA RELIGIOSIDADE ENTRE IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS EM INSTITUIÇÃO ASILAR

Paulo Emanuel Silva, Izabel Cristina Lopes da Silva, Khivia Kiss da Silva Barbosa, 47-60

DIABETES MELLITUS: CONHECIMENTOS DE PORTADORES

Giceli Cristina Silva Souza, Rosa Rita da Conceição Marques, 61-68

ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NA CIDADE DE SOUSA - PB

Sandra Maria de Medeiros Nóbrega, Maria do Livramento Ferreira Lima,

Arcângela Xavier de Medeiros, 69-78

Artigos de Revisão

RESISTÊNCIA BACTERIANA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS À METICILINA

Vivyanne Santos Falcão – Silva, Gregório Fernandes Gonçalves, Henrique Douglas Melo Coutinho, 79-86

RINOSSINUSITES EM PEDIATRIA

Fernando de Sá Del Fiol, Luciane Cruz Lopes, Gustavo Lopes Rodrigues, 87-96

Resumo

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO NA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MÃE – BEBÊ – FAMÍLIA

Erika Acioli Gomes Pimenta, Fabiana Pires Rodrigues de Almeida, Izamara dos Santos Nogueira Martins, Janaína Silva Almeida, 97

Editorial

Segurança no Processo de Preparo e Administração de Medicamentos

A terapia medicamentosa consiste numa das atividades mais complexas no contexto da assistência de enfermagem. Embora essa atividade tenha sido delegada ao auxiliar e técnico de enfermagem, esta requer, em todas as fases, atenção dos profissionais. Entre as várias etapas a serem percorridas dentro da terapia medicamentosa, estão: a prescrição, a dispensação e o preparo, a administração e o monitoramento do paciente. Embora essas fases sejam realizadas por uma equipe multiprofissional, entende-se que compete ao enfermeiro participar ativamente do planejamento e supervisão das ações desenvolvidas, para que a terapia medicamentosa seja segura e eficaz.

Para tornar esse processo mais seguro, é importante que o enfermeiro se preocupe primeiramente com a estrutura física, ou seja, com o ambiente do preparo de medicamentos. O ambiente do preparo, de acordo com a RDC 45 da ANVISA, de 12 de março de 2003, deve ser de *acesso restrito e uso exclusivo, livre de poeira, partículas e protegidos contra a entrada de insetos, e que garantam a esterilidade do medicamento.*

Entende-se que deve ter uma boa iluminação e ser livre de ruídos e sons que possam distrair a atenção dos profissionais durante o preparo de medicamentos. Muito embora esse ambiente desejado não seja a realidade encontrada na maioria dos hospitais brasileiros, pois o ideal seria um local com capela de fluxo laminar, e para a realidade das instituições públicas do Brasil, torna-se mais difícil sua aquisição, face aos recursos que são escassos para uma prestação de assistência digna ao cidadão. No entanto, os enfermeiros precisam ter o conhecimento da legislação e buscar, junto aos gestores e diretores, opções para minimizar as distorções encontradas.

Ainda no contexto da estrutura do ambiente do preparo de medicamentos, um aspecto importante é o conhecimento técnico da equipe que manipula os medicamentos, tanto para o seu preparo, como para administração. Recomenda-se que para todo equipamento, material ou medicamento a ser introduzido ao uso da clínica, haja

treinamento da equipe em todos os turnos, para que o seu manuseio seja realizado de forma correta.

Nesse sentido, chama-se atenção para a utilização de tecnologia ou equipamentos de apoio à terapia medicamentosa, como as bombas de infusão. As bombas de infusão podem ser desenhadas para seringas, que infundem medicamentos de pequeno volume, igual ou menor que 50 ml, como para infusão de soluções de grande volume. Estas são responsáveis por inúmeros erros na infusão de medicamentos já descritos na literatura. Por essa razão, recomenda-se que estes equipamentos sejam padronizados na organização, calibrados e revisados periodicamente.

Há, ainda, um aspecto importante que precisa ser observado na terapia medicamentosa, que é a questão do aprazamento do horário de medicamentos. Este deve ser realizado pelo enfermeiro, observando as possibilidades de interação entre os fármacos.

Quanto à administração de medicamentos, é importante que os pacientes sejam identificados corretamente por meio de pulseiras, contendo nome, registro e número de leitos ou com placas sob o leito com as mesmas informações. Recomenda-se que sejam utilizadas pulseiras para identificar as alergias já identificadas por especialistas ou informadas pelo paciente. São medidas de

segurança, simples, e de baixo custo, e que nem sempre são empregadas devidamente.

Outro aspecto igualmente importante é a monitorização dos efeitos e reações provocadas pelos medicamentos. A valorização dos relatos dos pacientes durante a administração de medicamentos representa uma medida preventiva e contribuiria para as notificações aos órgãos competentes sobre os eventos adversos.

Existe ainda um aspecto muito importante no contexto da terapia medicamentosa e que a enfermagem precisa resgatar, que é a educação do paciente e da família, que deve ser iniciada enquanto ele ainda se encontra internado. As informações sobre os medicamentos que ele está usando são importantes, a fim de que, a partir de sua alta hospitalar, dê continuidade ao seu tratamento no domicílio.

Dessa forma, a enfermagem faz seu jus ao referencial histórico do cuidar os sujeitos em todos os seus aspectos, imprimindo qualidade e segurança na assistência.

Regina Célia de Oliveira – UnP-PE
Doutora em Enfermagem pela Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

Artigo original

A DISMENORRÉIA PRIMÁRIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Maria Clerya Alvino Leite¹

Maria Mirtes da Nóbrega²

RESUMO

A dismenorréia é uma das queixas mais freqüentes na clínica ginecológica diária, responsável por altos índices de falta na escola e no trabalho. O termo dismenorréia significa menstruação dolorosa acompanhada ou não de manifestações gerais. Quando ocorrem, os sintomas mais freqüentes, são: náuseas, vômitos, fadiga, diarreia, nervosismo, dor lombar, vertigem e cefaléia. A importância do seu estudo se deve ao fato de que, embora quase todas as mulheres apresentem cólica uterina em algum momento de sua vida, cerca de 10 a 15% apresentam sintomatologia severa, incapacitando-as para seus afazeres habituais, comprometendo as atividades familiares, profissionais e sociais. Tradicionalmente é classificada em primária e secundária. A dismenorréia primária (DP) se caracteriza por não possuir doença pélvica orgânica e é o tipo mais comumente diagnosticado entre as adolescentes. Sua principal componente, a cólica uterina, é causada por contrações miométrais induzidas pelas prostaglandinas. A dismenorréia secundária (DS) se caracteriza pela presença de lesão orgânica na pelve, como endometriose, adenomiose, pólipos, miomas, uso do dispositivo intra-uterino (DIU), malformações uterinas e varizes pélvicas. O diagnóstico é baseado na anamnese, no exame físico e nos exames complementares. Uma abordagem terapêutica adequada deve considerar, o manejo durante a crise e fora desta. Diante disto, serão abordados, a seguir, a classificação, etiopatogenia, diagnóstico, terapêutica e profilaxia da DP, ressaltando, sobretudo, a assistência de enfermagem as mulheres portadoras dessa patologia.

Palavras-chave: Dismenorréia. Prostaglandinas. Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A dismenorréia é um dos problemas ginecológicos mais freqüentes nas mulheres de todas as idades, afetando em larga escala suas atividades sociais, desportivas e escolares, sendo responsável por altos índices de absenteísmo na escola e no trabalho (COCO, 1999; MARANHÃO, 2002).

O termo dismenorréia é derivado do grego e significa fluxo menstrual difícil e se caracteriza pelo conjunto de sinais e sintomas representados por dor lombar, náuseas, vômitos, diarreia, cólicas, cefaléia, tonturas, fadiga, febre, nervosismo e desmaio, que se manifestam algumas horas antes do fluxo menstrual ou, mais freqüentemente, nas primeiras 24 horas (COCO, 1999; PIATO, 2002; DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004). A variação e a intensidade dos sintomas mudam de mulher para mulher e de ciclo para ciclo, na mesma pessoa. Os sintomas podem durar várias horas ou vários dias (FOGEL, 2002). Porém, segundo Piato (2002), na maioria das vezes ocorre desaparecimento das cólicas após 48 horas do início da menstruação.

Embora a cólica menstrual tenha sido descrita desde a época de Hipócrates, que considerava a menstruação algica como originada de obstrução cervical e retenção do fluxo menstrual, seu estudo tem adquirido maior importância nas últimas décadas, devido às conseqüências sociais e econômicas que acarreta.

¹Discente do 8º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos e Acadêmica do Curso de Ciências Biológicas da Universidade de Pernambuco – UPE.

E-mail: clerya@bol.com.br. Correspondência: Rua Manoel Claudino da Silva, 427, Centro, Pedra Branca-PB.

²Enfermeira. Professora Mestre e Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP - Paraíba. E-mail: mirteleao@hotmail.com.

A dismenorréia, em conjunto com a tensão pré-menstrual (TPM), são as principais responsáveis pela ausência da mulher no trabalho e na escola (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007). Fonseca *et al.* (2000) acreditam que 140 milhões de horas são perdidas anualmente em decorrência da dismenorréia.

Segundo Ikeda, Salomão e Ramos (1999), a real incidência da dismenorréia é de difícil determinação, devido à variação dos métodos diagnósticos e ao grande número de mulheres dismenorréicas que não procuram auxílio médico. Entretanto, Diegoli e Diegoli (2007) afirmam que ela ocorre em 60 a 80% das mulheres em diferentes graus de intensidade, sendo que em 8 a 18% o desconforto menstrual é tão intenso que a impedem de realizar seus afazeres habituais.

A dor e o sofrimento sempre estiveram associados, na cultura das diferentes nações, com a transformação da menina em mulher, inclusive conceitos antigos, como "quando casar passa", "mulher para ficar bonita tem que sofrer"; "não se deve lavar a cabeça quando se está menstruada" são transmitidas de geração a geração (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

As taxas de prevalência da dismenorréia primária (DP), referidas na literatura, são muito desiguais. A análise de diferentes estudos mostra que esses índices apresentam variação de 40 a 70%, quando são estudados grupos de mulheres com idade inferior a 30 anos (PIATO, 2002).

Fonseca *et al.* (2000) assinalam que a DP incide em mais de 60% no grupo etário de 18 a 25 anos, sobretudo em nulíparas. Essas discordâncias relacionam-se com o fato de que as análises são realizadas em grupos heterogêneos, como colegiais, trabalhadoras de indústrias e pacientes de clínicas. Outro motivo diz respeito aos critérios metodológicos utilizados pelos diferentes autores, para incluir ou não pacientes nos grupos afetados pela síndrome.

Diante da contextualização abordada, este trabalho teve como objetivo apresentar uma revisão sistemática da literatura expondo e discutindo os aspectos relacionados acerca da patologia aqui descrita, com o intuito de aprofundar os nossos conhecimentos e servir de refe-

rência para profissionais da saúde e para estudantes de graduação e pós-graduação.

METODOLOGIA

Para a elaboração do trabalho seguiu-se a metodologia de análise conceitual, realizada através de um estudo bibliográfico em livros e artigos científicos nacionais e internacionais, de impacto da área médica e de enfermagem, pertinentes ao tema.

Hitchcock e Hughis (1995 *apud* MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998) ressaltam a importância da revisão de literatura, a saber: amplia e refina o conhecimento existente, ajuda a definir e clarificar as questões da pesquisa, permite a identificação de lacunas e de áreas pouco exploradas, ajuda a esclarecer aspectos teóricos, metodológicos e analíticos, permite a identificação de debates atuais e controvérsias. Convém também retratar uma frase dita por Vieira e Hossne (2001, p.136) "errado é achar que revisão bibliográfica é trabalho fácil". Dessa forma, a revisão de literatura traz uma visão abrangente de achados relevantes, coisa que os estudos empíricos não fazem.

Isso torna-se extremamente importante, visto que, no presente estudo, tem-se a oportunidade de ter uma visão geral da patologia, desde a definição até a terapêutica, em uma linguagem simples e compreensível.

O trabalho iniciou-se com a escolha do tema, que residiu no assunto de interesse da população feminina e que estivesse relacionado à área de atuação das autoras. Gil (2002) resalta que a escolha do tema deve estar relacionada ao interesse do aluno.

Logo após, iniciou-se a busca de material utilizando-se as palavras-chave: dismenorréia, cólica menstrual, alterações menstruais, prostaglandinas, tratamento da dismenorréia, antiinflamatório não esteróide, assistência de enfermagem. Realizamos leituras sucessivas que constituíram as etapas seletiva e analítica, que nos possibilitaram um conhecimento maior sobre o tema, visando a atingir os objetivos propostos. A revisão de literatura foi realizada no período de 13 de julho de 2007 a 18 de fevereiro de 2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação

A dismenorréia pode ser classificada quanto à sua intensidade e à sua etiologia. Quanto à sua etiologia, a dismenorréia pode ser classificada como primária e secundária. Segundo Kameyama *et al.* (2005), para a classificação da intensidade da dor na dismenorréia é utilizada a escala criada por Bjorn e Ian (Quadro 1).

A dismenorréia é dita primária, funcional, intrínseca, essencial ou idiopática quando surge na mulher sem nenhuma doença pélvica orgânica que justifique os sintomas da paciente (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999; MOTTA; SALOMÃO; RAMOS, 2000; FOGEL, 2002). Assim sendo, esse tipo de dismenorréia tem origem na própria fisiologia feminina, do inter-relacionamento entre o ovário e seu órgão efector por excelência – o útero (MARANHÃO, 2002).

A DP apresenta prevalência variável, porém sempre muito alta. Os diversos estudos epidemiológicos indicam uma incidência que varia de 43 a 80%. Pela faixa etária de frequência, é responsável também por alto absentismo escolar (38 a 45,6%), de forma que, nos Estados Unidos, chega a ser considerada um problema de saúde pública (MARANHÃO, 2002).

Na DP, a dor surge geralmente nas

mulheres jovens, em grande proporção adolescentes, um a três anos após a menarca; a incidência declina com a idade. Caracteriza-se por dor em cólica na região do hipogástrio, que começa com o fluxo menstrual e dura cerca de 24 a 48 horas. A dor pode irradiar para a região lombar e para as coxas, sendo mais intensa de modo geral no primeiro dia de fluxo menstrual. Os exames físicos, ginecológicos e laboratoriais estão sempre na faixa da normalidade (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007). Além das cólicas, podem ocorrer sintomas gerais, especificamente relacionados com os aparelhos digestivo e respiratório. As manifestações gastrintestinais mais comumente referidas são náuseas, vômitos e diarreia, e em relação ao respiratório, a queixa é de dispnéia. Essas manifestações usualmente ocorrem em pacientes que apresentam cólicas uterinas intensas, mas podem ser observadas em casos leves ou moderados (PIATO, 2002).

A dismenorréia é secundária (DS), extrínseca ou adquirida, se estiver relacionada a alguma patologia pélvica, como: endometriose, adenomiose, tumores benignos (mioma, pólipos) ou malignos (adenocarcinoma do endométrio ou sarcoma), doença inflamatória pélvica, varizes pélvicas, presença de dispositivo intra-uterino (DIU), etc. (BASTOS, 1998; FOGEL, 2002; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

Grau	Atividade diária	Sintomas	Analgésicos
Grau 0: menstruação sem dores e atividades diárias não afetadas.	Não afetadas	Nenhum	Não necessários
Grau 1: menstruação com dores, porém raramente inibe as atividades diárias ou necessitam de analgésicos. Pouca dor.	Raramente afetadas	Nenhum	Raramente necessários
Grau 2: incapacitação para prática de atividades habituais, analgésicos são utilizados; faltas às atividades não são usuais. Dor moderada. Necessários	Moderadamente	afetadas	Poucos
Grau 3: atividades habituais claramente afetadas. Baixa eficácia dos analgésicos, presença de todos os sintomas sistêmicos relacionados. Dor intensa.	Claramente afetadas	Aparentes	Baixa eficácia

Quadro 1 – Classificação multidimensional para qualificar a intensidade da dor na dismenorréia.

A dor é referida na região do baixo ventre, com irradiação para a região lombar ou coxas, e habitualmente ocorre horas ou dias antes do início da menstruação, persistindo durante toda a perda de sangue. É mais comum após os 25 anos e tende a agravar no decorrer dos anos (FOGEL, 2002). Neste artigo nos ateremos ao estudo da DP, que ainda nos dias atuais apresenta aspectos relevantes e discutíveis.

Etiopatogenia da Dismenorréia Primária

Para explicar a gênese da DP algumas teorias foram relacionadas como possíveis desencadeantes desse fenômeno. Relacionamos as mais importantes.

Espasmo vascular – a vasoconstrição exagerada das arteríolas ocasionaria isquemia no endométrio e conseqüentemente a dor (BASTOS, 1998).

Espasmo muscular – a dor menstrual seria originada de contrações exageradamente intensas, ou mesmo incoordenadas da musculatura uterina (BASTOS, 1998).

Espasmo muscular e vascular – a vasoconstrição conduz à anóxia, e esta conduziria a contrações disrítmicas, pois o músculo que se contrai em estado anoxêmico não contrai normalmente. As contrações disrítmicas intensificam a anóxia e a dor (FONSECA *et al.*, 2000).

Endócrina – essa teoria baseia-se na observação de que os fenômenos algícos ocorrem mais freqüentemente nos ciclos ovulatórios, quando há secreção adequada de progesterona (FONSECA *et al.*, 2000). Relaciona-se a vasopressina, hormônio octapeptídeo sintetizado no hipotálamo e armazenado na hipófise posterior, como possível agente e importante na origem da dismenorréia. Em algumas mulheres a síntese e liberação aumentada desse hormônio estabeleceriam contrações e espasmos da musculatura lisa uterina, provocando o fenômeno doloroso. O uso de contraceptivos hormonais orais tem um grande poder terapêutico para combater a DP, determinando ciclos anovulatórios com baixa secreção de progesterona (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998). Esses mesmos autores citando Akerlund, Stromberg; Forsling (1979 apud RITTO;

GIORDANO; ALMEIDA, 1998) afirmam que os níveis circulantes de vasopressina estão em média quatro vezes maior no grupo de mulheres com dismenorréia comparadas às não dismenorréicas.

Psicogênica – são os fatores emocionais exercendo atividade através do sistema límbico sobre todo o organismo. Pode estar relacionada à depressão grave, ao aumento nas taxas de suicídio, à neurose e ao mal-ajustamento geral (FONSECA *et al.*, 2000). De acordo com Ritto, Giordano e Almeida (1998), o fator psíquico contri-buiria para reduzir o limiar de percepção aos estímulos dolorosos, fazendo com que não tenham capacidade de suportar a dor, por menos intensa que seja. Contudo, deve-se admitir que a dor, geralmente, se-ria desencadeada pelo estado psíquico. O componente orgânico e emotivo se imbricam, podendo aumentar a dor em algumas pacientes, ressaltam os autores citados.

Entretanto, atribuir ao fator psicológico papel exclusivo na etiologia da DP é mais difícil de ser comprovado. Porém, sabe-se que é mais freqüente a ocorrência de depressão e desajustamento psicossocial entre mulheres com dismenorréia. Mas, são levantadas questões acerca destas condições psiquiátricas, se são primárias, favorecendo o surgimento da dismenorréia ou se são conseqüências extremas da angústia provocada pelo distúrbio algíco (FONSECA; BAGNOLI, 1994).

Genética – alguns trabalhos mostram maior prevalência de dismenorréia em mulheres do mesmo grupo familiar. Poderia haver relação com algum fator genético, ainda não totalmente esclarecido. Atualmente, no nosso conhecimento, ainda não está elucidada a existência desse fator. É possível a existência de “influência” familiar emocional no desprendimento dos sintomas (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998). Além disso, Schmidt e Herter (2002) encontraram uma importante associação entre dismenorréia e história familiar de dismenorréia, ao analisarem a prevalência desta patologia, suas características e fatores associados num grupo de adolescentes em uma escola particular de São Leopoldo/Brasil. Convém ressaltar que neste estudo, a freqüência de DP foi de 69,6%.

Prostaglandinas – é a teoria que tem

maior conotação terapêutica. Em 1930 foi verificado um grupo de substâncias que tinham a capacidade de agir sobre a musculatura lisa, e estas foram denominadas prostaglandinas, por terem sido isoladas inicialmente na próstata. As prostaglandinas encontram-se distribuídas nos tecidos e líquidos orgânicos e sua concentração no plasma sanguíneo, de modo freqüente, é inferior a 100 pg/ml (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998).

Pickles (1967) isolou do sangue menstrual de mulheres dismenorréicas, uma substância que possuía a propriedade de estimular a contratilidade uterina, e chamou-a *estimulante menstrual*, que logo depois provou-se ser um grupo de substâncias que continha prostaglandinas E e F (FONSECA *et al.*, 2000). Posteriormente, Ylikorkala e Dawood (1978) examinando as taxas de prostaglandinas no sangue menstrual de mulheres normais, encontraram valores referentes a 0,2 ng/100 mg de endométrio/min na fase proliferativa e 2,5 ng/100 mg de endométrio/min na fase secretora, enquanto que nas mulheres portadoras de dismenorréia os níveis de PGF_{2a} atingiram em média 18,4 ng/100 mg de endométrio/min (FONSECA *et al.*, 2000, 2001; BRAVO *et al.*, 2002; PIATO, 2002).

Assim, a partir deste estudo, passou-se a considerar que a liberação de PGF_{2a} pelo endométrio acarreta contração da musculatura uterina, com conseqüente aumento da tonicidade uterina e da pressão intramiometrial, sendo portanto, o principal fator etiopatogênico da DP, os níveis elevados de prostaglandinas. O aumento da pressão provoca compressão dos nervos e dos vasos e, conseqüentemente, algia. Quanto maior for a síntese de prostaglandinas e/ou menor for o tamanho do útero, maior será a concentração de PGF_{2a} intra-uterina e a dor será mais intensa (FONSECA *et al.*, 2000, 2001; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

Isso explica por que a dismenorréia é mais comum nas adolescentes. O útero da adolescente mede entre 30 e 50 cm, enquanto na mulher adulta ele atinge em média 90 cm. As prostaglandinas PGF_{2a} causam no útero contrações que acarretam dor, tanto pelo aumento da pressão como pela compressão do plexo vascular e nervoso do útero.

Embora esse fenômeno ocorra tanto na mulher adulta como na adolescente, o pequeno volume uterino da última ocasiona maiores concentrações de prostaglandinas por área e, efetivamente maior ação da prostaglandina. Isto explicaria também por que a DP melhora espontaneamente após os 20 anos de idade, época em que o útero atinge 90 cc de volume e a concentração das prostaglandinas se dilui, diminuindo a sua ação sobre a musculatura uterina (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

As prostaglandinas são ácidos graxos constituídos por 20 átomos de carbono, formados enzimaticamente a partir de ácidos graxos poliinsaturados, que atuam como mediadores intracelulares, sendo catabolizados na própria célula. Quando caem na circulação são rapidamente metabolizados pelos pulmões, rins e fígado. São conhecidas diversas prostaglandinas nomeadas pelas letras A, B, C, D, E e F e outras, todas derivadas de um ácido graxo precursor, o ácido araquidônico. Cada letra representa a localização de grupo hidro-xila, cetona e ligações de carbono insaturado no anel ciclopentano da molécula. Os números designados a estas letras (1, 2 ou 3) indicam a quantidade de duplas ligações nas cadeias acíclicas (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998; FONSECA *et al.*, 2000; MOTTA; SALOMÃO; RAMOS, 2000).

Sob a ação das fosfolipases A_2 , os fosfolípidos da membrana celular liberam o ácido araquidônico, que é convertido em endoperóxidos por ação da ciclooxigenase (COX-1 e COX-2), isoprostanos e leucotrienos. Por sua vez, os endoperóxidos transforma-se em prostaciclina, tromboxane e prostaglandinas (PGD_2 , PGF_{2a} e PGE_2), esta última pela ação da isomerase redutase (Figura 1) (FONSECA *et al.*, 2000, 2001; MOTTA; SALOMÃO; RAMOS, 2000; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

As prostaglandinas F_{2a} e E_2 estimulam contrações da musculatura lisa do tubo digestivo e vasos sanguíneos, ocasionando náuseas, vômitos, diarreia, irritabilidade e cefaléia (FONSECA *et al.*, 2001). As prostaciclina atuam aumentando a agregação plaquetária, agindo como droga vasomotora, e o tromboxane A_2 causa agregação plaquetária e vasoconstrição (FONSECA *et al.*, 1997).

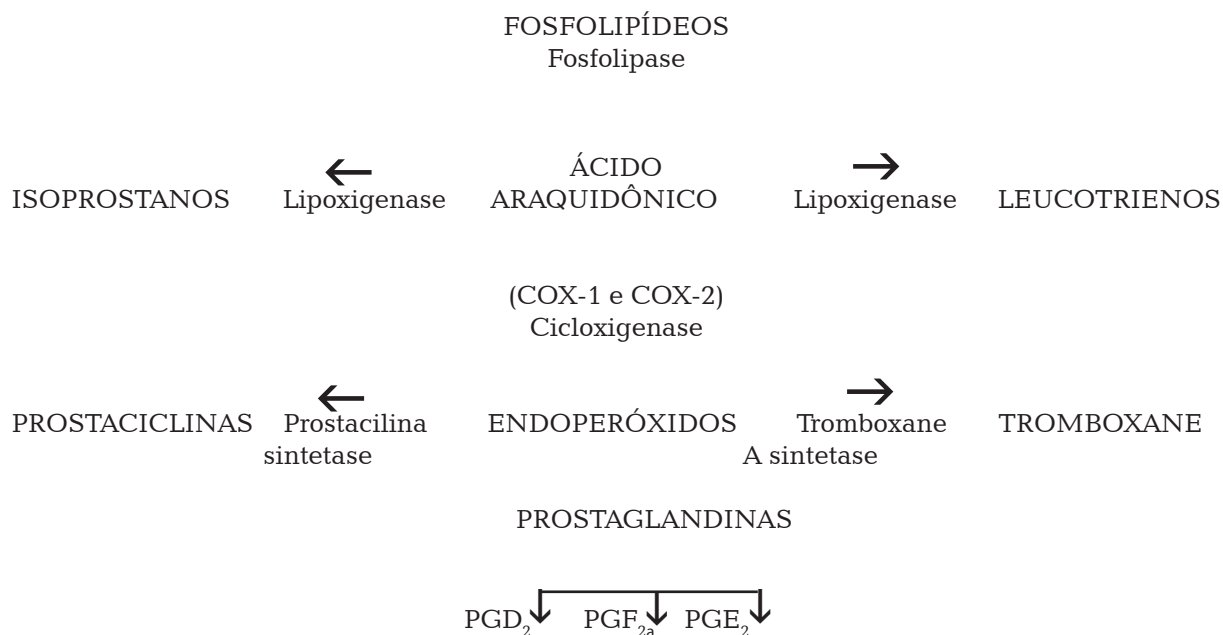


Figura 1 – Biossíntese das prostaglandinas.

Adaptado de Maria S. C. Diegoli; Carlos A. Diegoli; Ângela M. Fonseca, **RBM**, v.61, n.1/2, jan./fev. 2004.

Outras substâncias, como os leucotrienos e os isoprostanos também seriam liberados durante a descamação do endométrio e exerceriam atividade na musculatura lisa. Ainda que em menores quantidades, essas substâncias não são inibidas pelos antiinflamatórios não hormonais (AINHs), sendo por isso considerados como os responsáveis pela algia pélvica resistente aos AINHs, muito utilizados no tratamento da DP, conforme descrevem Diegoli, Diegoli e Fonseca (2004).

Ao término da fase secretora do ciclo menstrual, o nível de progesterona diminui pela regressão fisiológica do corpo lúteo. A redução da taxa de progesterona levam à liberação dos lisossomos das células endometriais, tornando-se livres diversas enzimas, entre elas a fosfolipase A, importante na síntese do ácido araquidônico, que é precursor das prostaglandinas (BASTOS, 1998; FONSECA *et al.*, 2000).

Além da produção do ácido araquidônico, a liberação de prostaglandinas tem sua origem no trauma local, que descreve o começo do fluxo menstrual. A síntese de prostaglandinas no endométrio atuaria no miométrio durante a menstruação, desencadeando um aumento na amplitude e

na frequência das contrações uterinas e vasoespasmos das arteríolas uterinas, resultando em isquemia e dor subsequente (Figura 2). O grau de desconforto relaciona-se à duração do fluxo menstrual, e não com o intervalo dos ciclos (FOGEL, 2002).

Diagnóstico

O diagnóstico da dismenorréia é fundamentalmente clínico, baseado, como a própria descrição da doença preconiza, na presença de cólica em baixo ventre, durante a menstruação. O enfoque do diagnóstico da dismenorréia está em comprovar se ela é primária ou secundária (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999). Dessa forma, o diagnóstico da dismenorréia está baseado na anamnese cuidadosa, no exame físico geral e nos exames complementares para examinar os possíveis diagnósticos diferenciais e na aplicação de métodos propedêuticos subsidiários adequados (MOTTA; SALOMÃO; RAMOS, 2000).

Anamnese – a história clínica deve sempre iniciar com a idade da paciente. Adolescentes geralmente exibem quadros algícos totalmente diferentes da mulher

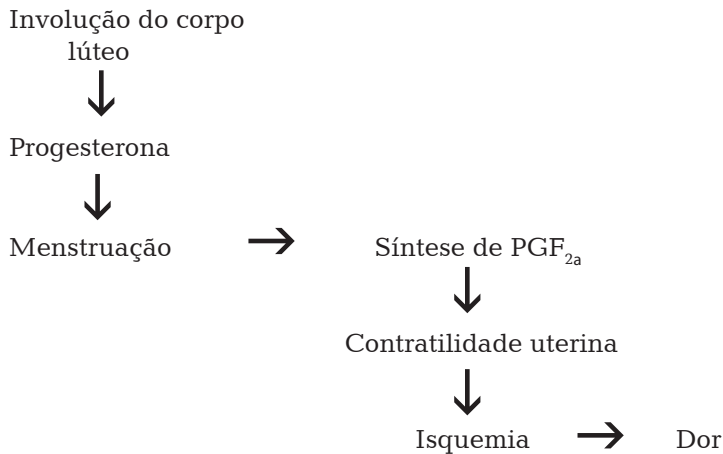


Figura 2 – Fisiopatologia da dor na dismenorréia primária.

Fonte: Ângela M. Fonseca *et al.* In: Hans W. Halbe. **Tratado de ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

adulta. Durante a anamnese de mulher portadora de dismenorréia deve-se dar destaque ao início da sintomatologia e da duração. As adolescentes referem que a dor inicia com o fluxo menstrual, ao passo que, na mulher adulta, a dor pode anteceder em alguns dias a menstruação.

Além disso, durante a anamnese deve-se verificar as características do fluxo menstrual, antecedentes de infecção e cirurgias decorridas anteriormente (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004). Outro fator importante que deve ser investigado, de acordo com esses mesmos autores, são as drogas utilizadas e a resposta clínica a elas, pois facilitam ao profissional, durante a prescrição, visto que, medicamentos já utilizados, orientam o médico para a causa da dor.

Maranhão (2002) nessa mesma linha de argumentação, chama a atenção para uma progressão do quadro sintomatológico ao longo dos ciclos menstruais, acompanhado de ansiedade não só pela portadora, mas também por seus familiares mais próximos. Os exames físicos e complementares devem estar obrigatoriamente normais, não sendo encontrada qualquer alteração no útero e/ou anexos, logo, a presença de qualquer alteração sistêmica ou genital exclui o diagnóstico de DP (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

Segundo Ritto, Giordano e Almeida (1998), a DP, geralmente, ocorre nas usuárias com ciclos ovulatórios.

Exame físico – deve ser sempre

realizado para diferenciar entre a DP e a DS, devendo tentar identificar qualquer alteração que seja compatível com algum distúrbio orgânico que justifique o quadro clínico em questão. O exame físico geral tem por fim a detecção de sintomatologia clássica associada a anomalias congênitas, geralmente verificadas em mulheres dismenorréicas (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999). Conforme assinalam esses mesmos autores, durante a inspeção do abdome deve-se observar atentamente para cicatrizes de cirurgias prévias e, durante a palpação e toque vaginal, para massas tumorais, assim como alterações na consistência e mobilização do útero.

O toque vaginal deve ser realizado somente em pacientes que já mantenham atividade sexual e o retal somente em casos de suma necessidade. Na DP, nunca realiza-se o exame retal na primeira consulta, somente após o exame de ultra-sonografia (USG) pélvica, pois este exame provocará dor e medo, podendo provocar traumas na adolescente, dificultando futuras consultas ginecológicas, e raramente trará algum acréscimo ao diagnóstico. Porém, na mulher adulta com suspeita de neoplasia uterina ou ovariana, este exame torna-se obrigatório (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004).

Todavia, Ikeda, Salomão e Ramos (1999) lembram que, em portadoras sem sinais clínicos sugestivos de anomalias ginecológicas, faz-se o teste terapêutico, ou seja, o tratamento é iniciado observando-se a resposta.

Exames complementares – são de grande importância, especialmente nas pacientes virgens, em que o exame clínico não é satisfatório, e nas pacientes que não respondem ao tratamento convencional, fato que assume maior valia nos casos de DP, conforme ressalta Maranhão (2002).

Alguns autores (MOTTA; SALMOMÃO; RAMOS, 2000; FONSECA *et al.*, 2000, 2001; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007) descrevem os exames que devem ser solicitados quando o diagnóstico de DP for duvidoso ou quando o tratamento convencional mostrar-se inefetivo. A principal razão se prende à elevada frequência de endometriose nessas mulheres.

USG pélvica – constitui recurso obrigatório nos casos com quadros atípicos ou com má resposta à terapêutica instituída. Pode ser por via abdominal ou transvaginal. Apesar da via transvaginal permitir melhor visualização dos ovários e do endométrio, ela está indicada somente para pacientes que já mantenham atividade sexual. A USG é fundamental para a diferenciação entre a DP e a DS.

A USG pode revelar a presença de irregularidade uterina, leiomioma, cistos ovarianos, doença inflamatória pélvica, DIU "perdido" ou mal posicionado. Na endometriose, ela pode estar normal ou alterada. A presença de cistos ovarianos, bilaterais com conteúdo espesso, nos faz suspeitar de endometriose. Contudo, pequenos focos endometrióticos e o espessamento do ligamento útero-sacro são imperceptíveis ao exame USG.

Laparoscopia – é necessário para o diagnóstico de certeza da endometriose e aconselhável nos casos de dores crônicas, resistente ao tratamento clínico. A laparoscopia, entretanto, é um exame invasivo e, conseqüentemente, deve ser muito bem indicada. Outro uso comum da laparoscopia são nos casos de tumores ovarianos ou as doenças inflamatórias pélvicas que, além da dismenorréia, provocam dor pélvica contínua.

Dosagem do CA-125 – o marcador tumoral CA-125 deve ser solicitada sempre que houver suspeita de endometriose ou tumores ovarianos. Embora o CA-125 não seja patognomônico de tumores ovarianos, valores muito elevados sugerem carcinomas ovarianos. Na endometriose, os

valores variam conforme o estadiamento da doença. Nos estádios iniciais, os níveis de CA-125 geralmente estão normais, porém, é elevado em 86,7% dos casos de endometriose avançada. Na DP, eles podem estar discretamente elevados, quando o exame for realizado no período menstrual.

Histeroscopia – pode ser solicitada se na USG revelar alterações no endométrio. Ajuda no diagnóstico de pólipos uterinos ou mesmo leiomiomas submucosos ou leiomiomas intraluminais.

Tratamento

A terapêutica da dismenorréia, seja ela primária ou secundária, pode ser dividida sob dois aspectos, conforme preconizam Fonseca *et al.* (2000):

Durante a crise: nesse período, o tratamento é sintomático, de emergência, visando a remover ou aliviar a dor, sendo, portanto, paliativo. É necessário repetir a terapêutica a cada menstruação, recomendando-se repouso, analgésicos, antiespasmódicos, administrados por via oral ou se houver vômitos, recomenda-se a via retal ou parenteral, aplicações de calor local e calmantes, se a paciente se apresentar agitada.

Fora da crise: tem como objetivo a cura da paciente na dependência da dismenorréia ser primária ou secundária. Nos casos de DP, tem caráter profilático, englobando desde terapia de apoio até o tratamento cirúrgico.

O manejo da DP depende da gravidade do problema e da resposta individual da mulher aos vários tratamentos. Os componentes importantes do cuidado de enfermagem são a informação e o apoio (FOGEL, 2002). Dessa forma, como a menstruação está tão vinculada à reprodução e a sexualidade, a dismenorréia pode exercer uma influência negativa sobre a sexualidade e sobre a auto-estima.

O enfermeiro pode fazer muito para corrigir mitos e informações erradas sobre a menstruação e sobre a dismenorréia, fornecendo fatos a respeito do que se considera normal, e apoiando os sentimentos de sexualidade positiva e de auto-estima de suas pacientes.

O exercício é considerado um auxílio para aliviar o desconforto menstrual pelo

aumento da vasodilatação. Os exercícios específicos que o enfermeiro pode sugerir incluem o balanço pélvico e a posição de ioga com os calcanhares acima da cabeça.

As modificações dietéticas específicas podem contribuir na redução dos sintomas sistêmicos associados à dismenorréia, além de manter uma boa nutrição em todas as situações. A diminuição da ingestão de sal e de açúcar refinado, 7 a 10 dias antes da provável data da menstruação, pode diminuir a retenção de líquidos.

Os diuréticos naturais, como o suco de amora, o aspargo, o pêssego, a salsa ou a melancia talvez ajudem a minimizar o edema e o desconforto presentes. A redução da ingestão de carne vermelha também pode ajudar. Algumas mulheres com DP relatam uma redução na sintomatologia ao passarem de uma dieta rica em gorduras para uma baixa taxa de gorduras (FOGEL, 2002).

O estabelecimento do papel dos AINHs como efetivos agentes terapêuticos no alívio da sintomatologia dismenorréica revolucionou as atitudes médicas relativas ao conceito desta patologia e sua abordagem (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999).

Os AINHs são atualmente as drogas mais utilizadas e mais eficazes para o tratamento da DP. Eles atuam inibindo a produção de prostaglandinas, reduzindo a dor. Elas são mais efetivas quando iniciadas vários dias antes da menstruação. No entanto, a escolha do AINH deve basear-se na maior eficácia clínica e menor frequência de efeitos adversos, comentam Diegoli e Diegoli (2007).

Atualmente os AINHs podem ser distribuídos conforme a sua atuação nas cicloxigenases. Os AINHs que agem atuando tanto nas COX-1 como nas COX-2 interferem na síntese de prostaglandinas, mas também na produção de tromboxane e das prostaciclina. A ação dessas drogas em diferentes locais do organismo acarretaria efeitos adversos, como gastrite e hemorragias (HAWKEY, 1999 *apud* DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004).

Para evitar parte desses efeitos adversos foram criados os AINHs inibidores específicos da COX-2. O benefício dessas drogas é que não acarretam tanta hemorragia nem gastrite, como ainda

reduzem o fluxo menstrual em 30 a 50%. Logo, esses AINHs devem ser a primeira escolha na terapêutica da DP. Os mais utilizados atualmente são: Meloxicam, Celecoxib, Rofecoxib, Lumiracoxib e o Eterocoxib (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007). Em estudo longitudinal realizado por Bravo *et al.* (2002), o Meloxicam foi droga eficaz no tratamento da DP em 94,8% dos casos.

Dentre os AINHs não específicos para a COX-2, prefere-se para o tratamento da DP os que possuem maior ação analgésica e menores efeitos colaterais. Neste caso, podem ser usados: Ácido mefenâmico, Cetoprofeno, Diclofenaco potássico (Cataflan), Diclofenaco sódico (Voltaren), Salicilatos, Piroxicam, Ibuprofeno, Naproxeno e Indometacina (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004).

Alcala *et al.* (2003) com o objetivo de observar a eficácia e segurança do Meloxicam com o Ácido mefenâmico para o tratamento da DP, demonstraram que ambas as drogas apresentaram a mesma eficácia, porém, o primeiro, com melhor perfil de tolerabilidade gastrointestinal. Daí, a justificativa para as drogas inibidoras específicas da COX-2 serem as mais recomendadas para a terapia da DP.

O emprego dos AINHs na DP tem sido cada vez mais efetivo, oferecendo excelentes resultados, como mostram diversos trabalhos na literatura (BAGNOLI *et al.*, 1999; BRAVO *et al.*, 2002; ALCALA *et al.*, 2003).

Outra opção de tratamento são as pílulas anticoncepcionais orais que são substâncias, que, ao inibirem a ovulação e reduzirem o volume do fluxo menstrual, diminuem os níveis de prostaglandinas e, portanto, a dismenorréia. Representam o tratamento de eleição nas mulheres que desejam anticoncepção e apresentam DP. São também úteis no tratamento prolongado de DS causada pela endometriose (FONSECA *et al.*, 2000).

Diversas outras possibilidades terapêuticas têm sido empregadas com relativa eficácia, abrangendo a utilização de medicamentos antiespasmódicos, prescrição de magnésio, vitaminas B₆, B₁ e E, ácidos graxos ômega-3 e métodos alternativos como repouso, calor local, dieta leve, atividades físicas, massagens ao nível da coluna lombossacral e acupuntura (MARANHÃO, 2002). Conforme a autora

citada, tratamentos cirúrgicos como dilatação cervical e ressecção do plexo hipogástrico são procedimentos de exceção, sendo preservados para casos mais severos, resistentes às outras formas terapêuticas mencionadas.

Profilaxia

É importante considerar a maneira de se prevenir a DP. Sendo assim, as usuárias portadoras da síndrome da DP, para obter melhores resultados no controle desta patologia, devem receber apoio emocional para aprenderem a conviver com o problema, bem como utilizar a medicação sintomática. Informações sobre o significado de menstruação, o preparo psicológico da menina antes da menarca, recreações e convívio social são medidas importantes para a prevenção da dismenorréia.

Assim como a atividade esportiva, pois melhora as condições de circulação pélvica, bem como atua na liberação de endorfinas que condicionam o bem-estar das pacientes. É importante também, uma dieta adequada, de forma que a mulher deve restringir ao máximo a ingestão de gorduras animais, pois, estariam contribuindo ainda mais na redução da síntese das prostaglandinas (FONSECA *et al.*, 2000, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o levantamento bibliográfico sobre os aspectos relacionados à DP, observou-se que um grande problema para aquelas que sofrem de DP intensa é a perda de produtividade na realização de atividades cotidianas, acarretando elevados índices de ausência ao trabalho ou à escola, principalmente nos primeiros dias da menstruação.

Verificou-se também que existem vários tratamentos possíveis, considerando a terapêutica adequada, aquela direcionada para o fator etiológico ou para a condição fisiopatológica responsável pelo sintoma e, sobretudo, a que se adapte melhor a usuária.

Portanto, a DP pode e deve ser tratada, e nossa função como enfermeiras é contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida, utilizando todas as técnicas possíveis para

minimizar o sofrimento da paciente, pois muitas mulheres procuram o enfermeiro como orientador ou prestador de cuidado nos casos de dismenorréia.

Desse modo, se desejarem preencher as necessidades de suas pacientes, o enfermeiro deve possuir informações corretas e atualizadas, uma vez que legalmente está autorizado a desenvolver consultas de enfermagem à mulher de acordo com o Exercício Profissional da Enfermagem, baseado na Lei 7.498/1986 e nas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BRASIL, 2008).

De acordo as Resoluções do COFEN, o enfermeiro além de consultar pode utilizar-se das condutas de orientação, medicamentosa em alguns casos e de encaminhamentos ao profissional médico ou a outros serviços necessários para a resolução do problema apresentado, podendo desenvolver assistência básica de saúde de acordo com o Ministério da Saúde dentro dos programas padronizados na atenção básica. Essas Resoluções são: 159/1993; 195/1997; 271/2002 e 272/2002, que respectivamente, trata sobre: a Consulta de Enfermagem, dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro; regulamenta ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames; dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras (COFEN, 2008).

Cabe a nós, enfermeiros, combatermos velhos mitos e tabus e tornar a vida da mulher igualmente produtiva e satisfatória, independente do "desconforto" causado pela menstruação.

Espera-se, com essa pesquisa, que os enfermeiros inseridos na rede básica, possam atuar com mais conhecimento específico a esse mal e que desenvolva ações condizentes às necessidades das mulheres, de acordo com as nossas resoluções. Espera-se ainda que estimule novas pesquisas e que essas possam encontrar mais esclarecimentos sobre a fisiopatologia da DP, pois muitas vezes as adolescentes manifestam um certo grau de desconhecimento do próprio organismo e indicam a necessidade de um programa de saúde pública, objetivando a prevenção, tratamento e controle da dismenorréia de maneira universal.

REFERÊNCIAS

ALCALA, F. O. M *et al.* Eficácia e segurança do uso do inibidor seletivo da COX-2 versus antiinflamatório não esteróide clássico no tratamento sintomático da dismenorréia primária. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.60, n.11, p.882-887, nov. 2003.

BAGNOLI, V. R *et al.* Dismenorréia primária: estudo para avaliação diagnóstica, eficácia e tolerabilidade do aceclofenaco. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.56, n.9, p.926-930, set. 1999.

PRIMARY DYSMENORRHEA AS A PROBLEM OF PUBLIC HEALTH

ABSTRACT

The dysmenorrhea is one of the most frequent complaints in the clinic gynecological daily rate, responsible for high lack indexes in the school and in the work. The term dysmenorrhea means accompanied painful period or not of general manifestations. when they happen, the most frequent symptoms are: nauseas, vomits, it fatigues, diarrhea, nervousness, lumbar pain, vertigo and migraine. The importance of your study if it owes to the fact that, although all the women almost present uterine colic in some moment of your life, about 10 to 15% they present severe syntomatology, disabling them for your habitual tasks, committing the family activities, professionals and social. Traditionally it is classified in primary and secondary. The primary dysmenorrhea (PD) it is characterized by not possessing organic pelvic disease and it is more commonly the type diagnosed among the adolescents. Your component principal, the uterine colic, is caused by contractions miometrais induced by the prostaglandins. The secondary dysmenorrhea (SD) it is characterized by the presence of organic lesion in the pelve, as endometriosis, adenomiosis, polyps, myomas, use of the intra-uterine device (IUD), bad formations and varicose veins. The diagnosis is based on the anamnesis, in the physical exam and in the complemental exams. An appropriate therapeutic approach should consider, the handling during the crisis and out of this. Before this, they will be approached, to proceed, the classification, ethiopathogeny, diagnosis, therapeutics and prophylaxis of pd, pointing out, above all, the nursing attendance the women bearers of this pathology.

Key-words: Dysmenorrhea. Prostaglandins. Nursing assistance.

Atheneu, 1998.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

BRAVO, R. S *et al.* Ensaio clínico do meloxicam na dismenorréia primária em mulheres brasileiras. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.59, n.7, p.521-528, jul. 2002.

COCO, A. S. Primary Dysmenorrhea. **American Family Physician**, v.60, n.2, p.489-96, aug. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 159, de 19 de abril de 1993. **Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.

Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 271, de 12 de julho de 2002. **Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

DIEGOLI, M. S. C.; DIEGOLI, C. A. Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.61, n.1/2, p.14-24, jan./fev. 2004.

DIEGOLI, M. S. C.; DIEGOLI, C. A. Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v. 64, n. 3, p.81-87, mar./abr. 2007.

FOGEL, C. I. Problemas comuns de saúde. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FONSECA, A M; BAGNOLI, V. R. Dismenorréia. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1994.

FONSECA, A M *et al.* Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.54, ed. especial, p.44-51, 1997.

_____. _____. **Rev Bras Med**, São Paulo, v. 58, n. esp, dez. 2001.

_____. _____. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000. v. 2.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IKEDA, F; SALOMÃO, A. J; RAMOS, L. O. Dismenorréia Primária. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.56, n.12, p. 215-225, dez. 1999.

KAMEYAMA, A *et al.* Tratamento da dismenorréia. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, dez. 2005.

MARANHÃO, T. M. O. Dismenorréia na Adolescência. **Jornal da SOBRAGE**, v.4, n.12, abr. 2002.

MOTTA, E. V; SALOMÃO, A. J; RAMOS, L. O. Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v. 57, n.5, mai. 2000.

MOURA, M. L. S; FERREIRA, M. C; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

PIATO, S. Dismenorréia primária. In: _____. **Tratado de ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

RITTO, M. N. G; GIORDANO, M. G; ALMEIDA, S. M. G. Dismenorréia. In: GIORDANO, M. G. **Ginecologia Endócrina e da Reprodução**. São Paulo: BYK, 1998.

SCHMIDT, E; HERTER, L. D. Dismenorréia em Adolescentes Escolares. **Adolesc Latinoam**, Porto Alegre, v.3, n.1, ago. 2002.

VIEIRA, S; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a Área de Saúde**. 7º. Reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

Artigo original

FISSURAS LABIOPALATINAS: CONHECIMENTO E SENTIMENTOS DE PORTADORES¹

Rosa Rita da Conceição Marques²
Lilian Leite Lacerda de Almeida³

RESUMO

As fissuras labiopalatais são anormalidades congênitas caracterizadas por espaço anormal do palato, alvéolo e/ou lábio, atingindo estruturas da face como nariz, gengiva e dentes. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005). Esta pesquisa foi realizada no Instituto do Fissurado Labiopalatal da Paraíba, situado no município de João Pessoa, Estado da Paraíba. Teve como objetivos: averiguar conhecimento sobre fissuras labiopalatinas e verificar sentimentos e convivência social devido à condição de ser portador. A amostra foi constituída por dez portadores de fissuras labiopalatinas. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado contendo questões relacionadas aos seguintes aspectos: conhecimentos, sentimentos e convivência social dos portadores de FLP. A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2007, respeitando as observâncias éticas contempladas na Resolução 196/96 CNS/MS e na Resolução 240/2000 do COFEN. Com relação ao conhecimento e sentimentos desses portadores referiram apresentar limitações no seu cotidiano e mudanças biopsicossociais que interferiram na sua qualidade de vida, tais como discriminação na convivência social em todas as áreas: familiar, escolar, profissional e lazer. Esses portadores procuram e reconhecem a importância da assistência multidisciplinar. Cabe à equipe de saúde ajudar esses portadores a adquirir autoconfiança, aumentando assim seu sentimento de auto-estima.

Palavras-chave: Fissuras labiopalatinas. Portadores. Conhecimento e sentimentos.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais (FLP) são anormalidades congênitas caracterizadas por espaço anormal do palato, alvéolo e/ou lábio, atingindo estruturas da face como nariz, gengiva e dentes. Os primeiros relatos desses casos remontam ao século I da Era Cristã. Ao longo dos tempos, houve várias tentativas de descrever a etiologia desse tipo de malformação, embora o real progresso do conhecimento das lesões, dos distúrbios e dos procedimentos terapêuticos somente aconteceu nos últimos 50 anos (LOFIEGO, 1992).

Hoje, sabe-se que entre as anomalias congênitas da face, as fissuras labiopalatinas, também conhecidas como lábio leporino ou goela de lobo, são consideradas como uma das deformidades congênitas mais frequentes nos seres humanos. Essas malformações são resultantes da falta de coalescência dos processos maxilar, mandibular e fronto-nasal, afirmando que o desenvolvimento insuficiente de um ou mais desses processos, ou a ocorrência de falhas na desintegração da superfície epitelial nas regiões de contato entre os processos, pode resultar na ocorrência das mais variadas fissuras (MARQUES, 2000).

Há cerca de 15.000 crianças nascendo por hora com FLP no mundo e aproximadamente a cada 2 minutos e meio nasce uma criança com esse problema (GUEDES, 1998). No Brasil,

¹ Artigo vinculado à monografia de conclusão de curso intitulada "Fissuras labiopalatinas: percepção de portadores".

² Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Professora Adjunta da UFPB (Aposentada). Professora, Orientadora e Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE, João Pessoa-Paraíba. E-mail: rosa.rita@hotmail.com

³ Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE, João Pessoa-Paraíba. Discente do Curso de Especialização em Saúde da Família pela FIP-Faculdades Integradas de Patos, Paraíba.

estima-se que a cada 700 recém-nascidos, um seja portador de fissura (MENEGOTTO; SALZANO, 1991 *apud* BARONEZE *et al.*, 2005). A incidência das FLP varia conforme a etnia, sendo encontrada em 3,6/1.000 americanos; 1,4/1.000 chineses e mais rara entre os negros (0,3/1.000). Em todo o mundo é estimado que a cada 600-700 bebês nascidos vivos, um apresente FLP. Entretanto, o sexo mais atingido é o masculino, com 2 a cada 350 nascidos vivos (SILVA; BORDON; DUARTE, 2003).

A pessoa com FLP, além de apresentar falha na integridade orgânica de órgãos do mecanismo da fala, está sujeita a alterações ambientais, psicológicas e de desenvolvimento associadas à presença da malformação congênita, fatores que podem resultar em distúrbios da comunicação. Os comprometimentos funcionais decorrentes da fissura labiopalatina trazem alterações físicas, sensoriais e funcionais que comprometem a comunicação do indivíduo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), o tratamento das fissuras labiopalatinas é prolongado e requer uma equipe altamente especializada, devendo ser composta de pediatra, geneticista, ortopedista-maxilar (ortodontista), fonoaudiólogo, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, nutricionista, assistente social, psicólogo, cirurgião buco-maxilo-facial e outros. O tratamento deve ser iniciado logo após o nascimento, através de orientações da equipe multidisciplinar (RIBEIRO *et al.*, 2005).

Diante dessa realidade e da minha experiência em estágio extracurricular como aluna de graduação em enfermagem, junto a esta clientela em um centro de referência, surgiu o interesse em estudar mais sobre o assunto e elaborar o presente estudo, de modo a oferecer aos indivíduos com FLP, novas luzes sobre o estudo dessa malformação congênita, partindo das seguintes questões norteadoras: qual a percepção do indivíduo com fissura labiopalatina, frente a essa deficiência no que se refere aos seus conhecimentos, sentimentos, convivência social, acolhimento afetivo e apoio dos serviços de saúde?

Espera-se que esse estudo possa trazer contribuições para o ensino, a partir dos dados que poderão ser utilizados no processo educativo; para a pesquisa, com achados novos a serem aprofundados

em pesquisas posteriores; e para minha atuação profissional, com conhecimentos que favoreçam uma ação profissional mais segura e eficiente, voltada para a assistência à clientela específica.

Dessa forma, os objetivos da presente pesquisa são averiguar conhecimento sobre FLP e verificar sentimentos e convivência social devido à condição de ser portador de FLP.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada no Instituto do Fissurado Labiopalatal da Paraíba – PALATE, situado no município de João Pessoa, Estado da Paraíba. A escolha desse local deveu-se pelo fato do mesmo possuir um serviço especializado na Assistência a indivíduo com FLP e seus familiares.

A população desta pesquisa foi composta por portadores de FLP. A amostra foi constituída por dez portadores de FLP. Para a seleção da mesma foram obedecidos os seguintes critérios: aceitar participar da pesquisa; estar consciente e orientado no tempo e no espaço; estar na faixa etária acima dos 18 anos; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado contendo questões relacionadas aos seguintes aspectos: conhecimentos, sentimentos e convivência social dos portadores de FLP.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2007, respeitando as observâncias éticas contempladas na Resolução 196/96 CNS/MS, que aprova as normas de diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) e na Resolução 240/2000 COFEN, que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2000).

A análise dos dados foi enfocada no método qualitativo. Para essa análise foi empregada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste num conjunto de procedimento que destaca as expressões-chave das falas dos portadores,

o que viabiliza o pensamento em forma de síntese e possibilita a interpretação para fundamentação dos resultados.

Esse processo de análise envolveu as seguintes etapas: selecionar as expressões-chave de cada discurso particular - essas expressões revelam a essência do contato discursivo; identificar a idéia central de cada expressão-chave - essa idéia foi separada em idéias centrais semelhantes e complementares; reunir as expressões-chave referentes às idéias semelhantes e complementares em um discurso síntese, que é o DSC.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conhecimentos de portadores com FLP

Para avaliar conhecimento de portadores com FLP foram considerados os seguintes aspectos: conceito e causa do aparecimento da fissura.

Sobre o conhecimento dos portadores acerca do conceito de FLP, o Quadro 1 evidencia três idéias centrais: (1) "malformação congênita"; (2) "fissuras nos

lábios, palato, nariz e gengivas"; (3) "produz dificuldades na alimentação e comunicação".

Analisando as três idéias centrais, percebe-se que o DSC está compatível com a literatura, pois, segundo Ramos (1996), a FLP é uma malformação congênita que ocorre no período embrionário e início do período fetal, caracterizada por interrupção, total ou parcial, na continuidade dos tecidos da região palatina, acarretando uma série de seqüelas que acompanham o seu portador ao longo de sua vida.

Para Coelho; Castanheira e Séllos (2004), as fis-suras de lábio e fissuras de palato induzem a uma deficiência funcional avançada na fala, mastigação, deglutição, acarretando uma série de seqüelas, como má-oclusão, dicção nasalada e estética facial compro-metida, por atingir muitas estruturas faciais como nariz, lábios, dentes, palato duro e mole.

Em relação ao conhecimento dos portadores com FLP sobre a causa dessa deficiência, o Quadro 2 evidencia três idéias centrais: (1) "fatores hereditários"; (2) "fatores ambientais"; (3) "outras causas ou não sabem informar".

Idéia Central 1	DSC
Malformação congênita	"[...] malformação congênita" "[...] defeito que já se nasce com ele"
Idéia Central 2	DSC
Fissuras nos lábios, e palato nariz e gengivas	"[...] malformação no lábio e céu da boca" "[...] defeito físico nos lábios palato" "[...] são fendas que pode ocorrer tanto nos lábios como no palato e pode afetar o nariz" "[...] lábio leporino conhecido como goela de lobo
[...]" "fissuras nos lábios e céu da boca [...]"	
Idéia Central 3	DSC
Produz dificuldades na alimentação e comunicação	"[...] lábio partido levando a uma dificuldade para se alimentar e falar"
	"[...] lábio partido que leva a gageira" "é uma deformidade no lábio, palato que produz dificuldades na alimentação e comunicação [...]"
Quadro 1 - Idéia Central e	DSC quanto ao questionamento: O que você entende sobre FLP?
Idéia Central 1	DSC
Fatores hereditários família"	"[...]tem como causa fatores hereditários" "[...]é comum em alguma
Idéia Central 2	DSC
Fatores ambientais	"[...] tem como causa fatores ambientais como medicação" "[...] é causada por fumo, álcool" "[...] é causada por alimentação errada na gravidez" "[...] é causada pelo sarampo, rubéola, sífilis" "[...] raios X na gestação"
Idéia Central 3	DSC

Os resultados das três idéias centrais evidenciam que o DSC confirma o que diz a literatura pesquisada: as malformações labiais e palatais compreendem uma combinação de fatores hereditários e ambientais.

Altmann (1997) salienta que nas FLP o mecanismo etiopatogênico é associado freqüentemente à herança multifatorial. Ele identificou o fator hereditário, cerca de 35% dos portadores da deformidade, enquanto 65% restantes tiveram a patologia associada à ação de fatores ambientais.

Segundo Martins (2001), etiológicamente existem os fatores genéticos e os ambientais, e entre os fatores ambientais temos os nutricionais, infecciosos, psíquicos (stress emocional), anatômicos (radiações, idade e concepção, uso de drogas, fumo e outros agentes químicos) e fatores socioeconômicos.

Estudos realizados com gêmeos sustentam a hipótese de que um componente genético forte seja de importância etiológica na FLP. E sugeriu que o modelo multifatorial é o melhor modo para entender a etiologia da fissura não sindrômica. Porém, deve-se ressaltar que os fatores ambientais quase nunca agem isoladamente, pois a sua ação teratogênica se processa geralmente sobre um substrato de susceptibilidade genética (MARQUES, 2000).

Rocha e Telles (1990) consideraram as doenças infecciosas como possíveis fatores etiológicos no aparecimento das FLP, desde que presentes nos primeiros meses de gestação. Lofiego (1992) relatou que as doenças ocupam um lugar de destaque na etiologia das fissuras, sendo a epilepsia uma delas. A capacidade teratogênica parece demonstrada para a rubéola e a toxoplasmose, suficientemente comprovada para a varíola e o herpes-zoster, e suspeita para o sarampo, a varicela e a gripe.

A literatura relata que o fumo durante a gestação pode contribuir para um aumento de uma a duas vezes sobre a chance de desenvolver uma malformação facial. Entretanto, ao relacionar o uso de tabaco com os diferentes tipos de FLP, Wyszynski (1997 *apud* BARONEZE *et al.*, 2005) observou equivalência da ação do tabaco para o surgimento de fissura labial.

A nicotina, um componente tóxico do cigarro, é um vaso constritor que no período

gestacional diminui o fluxo sanguíneo na artéria útero-placentária, podendo debilitar o perfeito desenvolvimento do embrião ou do feto. Já o monóxido de carbono, ao se combinar com a hemoglobina, pode diminuir a oferta de oxigênio aos tecidos embrionários e fetais, causando uma possível hipoxia (LITTLE *et al.*, 2004 *apud* BARONEZE *et al.*, 2005).

Embora haja necessidade de mais estudos que visem a avaliar a associação do fumo com o desenvolvimento das fissuras, os vários malefícios já relatados do hábito de fumar, somado ao aumento no risco do desenvolvimento das malformações, são bastante para justificar a necessidade de campanhas contra o fumo no período gestacional.

Outros fatores que são aventados como possíveis participantes na etiologia da FLP, são: a idade dos pais, o alcoolismo, o uso de drogas anticonvulsivantes e a radiação (MODOLIN; CERQUEIRA, 1997).

Conforme os mesmos autores, a etiologia das FLP ainda merece acurados estudos no sentido de estabelecer as principais causas para o aparecimento dessa deformidade na espécie humana.

Para Lofiego (1992), as etiologias anteriormente descritas são causas prováveis, já que sua confirmação é difícil por parte dos pais que ocultam fatores ambientais e hereditários durante a entrevista, ou seja, na anamnese.

Sentimentos e convivência social de portadores com FLP

Para avaliar sentimentos e convivência social de portadores com FLP foram considerados os seguintes aspectos: sentimentos e as implicações de sua condição na vida social.

Em relação aos sentimentos dos portadores com FLP, o Quadro 3 evidencia duas idéias centrais: (1) "discriminado, tímido, triste, rejeitado e isolado" e (2) "normal".

Analisando as duas idéias centrais, percebe-se que o DSC está compatível com a literatura, pois, segundo Vicente e Buchala (1991 *apud* OLIVEIRA, 2006) sendo a FLP

Idéia Central 1	DSC
Discriminado, tímido, triste e rejeitado, isolado	"[...] me sinto discriminado" "[...] me sinto discriminado pelos olhares diferenciados das pessoas" "[...] me sinto discriminado pelas críticas dos amigos e família" "[...]me sinto mal porque não consigo falar sem gaguejar" "[...] me sinto tímido com medo de ser rejeitado" "[...] me sinto triste, isolado
	[...]"
Idéia Central 2	DSC
Normal	"[...] me sinto normal"

Quadro 3 - Idéia Central e DSC quanto ao questionamento: Como você se sente diante dessa

uma malformação que acomete diretamente a estética facial e a fala, passa a representar um problema de comunicação, afetando, conseqüentemente, a interação social.

De acordo com Santos (2000), as alterações da fala encontradas em indivíduos com FLP, podem ser: distúrbios articulatorios compensatórios; alterações relacionadas a fatores dento-oclusais; alterações relacionadas à inadequação velofaríngea e alterações articulatorias simples ou do desenvolvimento.

Segundo Pruzansky (1977 *apud* OLIVEIRA, 2006), a face do homem é uma janela para o mundo, ela contém os órgãos de audição, visão e fonação, com os quais nos comunicamos com o meio ambiente.

Quanto à interferência das fissuras na convivência social dos portadores, o Quadro 4 evidencia cinco idéias centrais: (1) "rejeição da família", (2) "indiferença

e implicância de colegas na escola", (3) "dificuldades em arranjar emprego", (4) "isolamento social" e (5) "apoio familiar, aceitação no trabalho e na comunidade".

Analisando as cinco idéias centrais, percebe-se no DSC que a condição de ser "diferente" interfere na convivência social em todas as áreas: familiar, escolar, profissional e lazer. Essas interferências estão relacionadas aos comprometimentos funcionais decorrentes da fissura labiopalatina que comprometem a comunicação do indivíduo levando-o, com isso, a encontrar barreiras sociais. Este indivíduo é privado do ajustamento social necessário para que possa desenvolver suas habilidades pessoais, seja na família, na escola, no trabalho e na comunidade.

Na escola, o DSC do portador de FLP ficou bem visível. O quanto se sente excluído das atividades que exigem uma fala bem

Idéia Central 1	DSC
Rejeição da família	"[...] rejeição da minha mãe, fui criado pela minha avó" "[...] minha mãe me escondia das pessoas" "[...] meus irmãos tinham vergonha de mim"
Idéia Central 2	DSC
Indiferença e implicância de colegas na escola	"[...] indiferença e implicância de colegas na escola" "[...] meus colegas me apelidavam" "[...] abandonei a escola [...]"
Idéia Central 3	DSC
Dificuldades em arranjar emprego	"[...] tive muita dificuldade em arranjar emprego" "[...] perdi muito emprego
	[...]"
Idéia Central 4	DSC
Isolamento social	"[...] por ser tímido, não vou às festas" "[...] não vou muito à festa, por medo de ser rejeitado"
Idéia Central 5	DSC
Apoio familiar, aceitação no trabalho e na comunidade	"[...] minha família me apóia" "[...] sou muito alegre, trabalho" "[...] participo de grupo na minha igreja, na comunidade [...]"

articulada e, não podendo corresponder a esses anseios sociais, sente-se limitado e excluído dessas atividades, recebe apelidos, sente-se inferior e solitário, podendo inclusive abandonar a escola.

Essas interferências sociais colocam essas pessoas em situação de desvantagem no mundo do trabalho, em concursos, não só devido à dificuldade das pessoas com-preenderem a fala do indivíduo com se-qüelas da FLP, mas também pela discriminação encontrada na sociedade, por considerar esse indivíduo com fala incom-preensível e esteticamente estigmatizando, como pessoa deficiente.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Sendo as FLP uma malformação congênita, caracterizadas por aberturas de extensão e localização variáveis no lábio e palato, estando incluídas entre as malformações craniofaciais severas mais comuns, onde pode causar grandes dificuldades para a criança portadora de fissura, tal dificuldade torna-se complicada, devido à angústia e ansiedade dos pais, que abalados por terem um filho com deficiência, sentem-se culpados e incapacitados diante de tal situação, demonstrando-se inse-

guros.

Durante a entrevista com esses portadores, eles verbalizaram seus conhecimentos, sentimentos e convivência social, onde se identificou que apresentaram conhecimento correto da malformação congênita e sentimentos de discriminação, timidez, tristeza e rejeição e uma convivência social marcada por: rejeição familiar, indiferença e implicância na escola, dificuldade de encontrar e permanecer no emprego e isolamento social. Porém, alguns alegaram, ainda nesse item, o apoio da família, a aceitação no trabalho e na comunidade.

Os portadores de FLP apresentam limitações no seu cotidiano e mudanças biopsicossociais que interferiram na sua qualidade de vida, tais como discriminação na convivência social em todas as áreas: familiar, escolar, profissional e lazer.

REFERÊNCIAS

- ALTAMANN, E. B. C. **Fissuras lábio palatinas**. 4. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.
- BARONEZE, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do

THE CRACKS ARE LABIOPALATAIS: KNOWLEDGE AND FEELINGS OF INDIVIDUALS

ABSTRACT

The cracks are labiopalatais congenital abnormalities characterized by abnormal area of the palate, alveolar and / or lip, reaching structures of the face and nose, gums and teeth. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach using the technique of Speech of the Collective Subject (DSC) proposed by Lefèvre and Lefèvre (2005). This research was conducted at the Institute of Fissuratum Labiopalatal of Paraiba, located in the city of Joao Pessoa, state of Paraiba. Aimed to assess knowledge about cracks and check labiopalatinas feelings and social coexistence because of the condition to hold. The sample consisted of carriers of cracks in Dec labiopalatinas. The instrument used for data collection was a structured form containing questions related to: knowledge, feelings and social coexistence of people with FLP. Data collection was performed in March and April of 2007, while respecting the ethical observances included in Resolution 196/96 CNS / MS and its resolution 240/2000 COFEN. With respect to knowledge and feelings of those individuals mentioned have limitations in their daily lives and biopsychosocial changes that interfered with their quality of life such as discrimination in social coexistence in all areas: family, school, work and leisure. These individuals seek and recognize the importance of multidisciplinary care. It is the health team, to help these individuals gain confidence, thereby increasing their sense of self esteem.

Key words: Labiopalatinas fissures. Carriers. Knowledge and feelings

Paraná. **Acta Scientiarum. Ciências da Saúde.**
Maringá, v. 27, n. 1, jan./jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 196, de 10 de outubro 1996** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.

COELHO, C. F. C.; CASTANHEIRA, C. D. R.; SÉLLOS, R. L. D. L. **Estudo de casos dos portadores de malformações congênitas lábio-palatinas na Vila Planalto** – 2004. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) - Brasília-DF, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução 240 em 30 de agosto de 2000, Rio de Janeiro, 2000.

GUEDES, Z. C. F. Atuação fonoaudiológica com o recém-nascido portador de malformações craniofaciais. In: BASSETTO, M.C.A., BROCK, R, WAJNSZTEJN, R. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica.** São Paulo: Lovise, 1998.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso de sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** 2 ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LOFIEGO, J. L. **Fissura labiopalatina.** Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

MARQUES, D. **Estudo genético-clínico de pacientes com fissuras labiopalatais do Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, de Joinville/SC.** 2000. 88f. Dissertação (Mestrado em Genética) - Faculdade de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

MARTNS, J. **Orientações aos pais de portadores de fissuras lábio palatal: um olhar clínico.** Itajaí, 2001. Monografia (Especialização em Motricidade Oral). CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Itajaí, 2001.

MONDOLIN, M. L. A.; CERQUEIRA, E. M. M. Etiopatogenia. In: ALTMANN, E. B. C. Coord. **Fissuras lábio-palatinas.** São Paulo: Pró-fono, 1997.

OLIVEIRA, L. A. de. **Perfil nutricional e socioeconômico das crianças de 0-2 anos submetidas a cirurgias de fissuras labiopalatinas.** João Pessoa, 2006. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade Federal da

Paraíba/ Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2006.

OMS.- Organização Mundial da Saúde: tradução centro colaborador da OMS para CID-10 **Classificação de Doenças em Português**. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000. v. 1.

RAMOS, M. R. A fala no paciente com fissura palatina: uma visão fisiopatológica, In: _____ **Tratamento das fissuras lábio palatinas**. 2. ed. São Paulo: Revinter, 1996.

ROCHA, R.; TELLES, C. de S. O problema das fissuras labio-palatais: diagnóstico e aspectos clínicos. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. Rio de Janeiro, v.1, n.6, jul./set. 1990.

RIBEIRO, E. M, *et al*. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **RBPS**, v. 18, n. 1, 2005.

SANTOS, G. G. **Padrões da fala de indivíduos com fissuras labiopalatina**: análise pré e pós-operatória. Dissertação (Mestrado em Distúrbios de Comunicação) - Universidade de Tuiuti do Paraná, 2000.

SILVA, H. A; BORDON, A. K. C. B; DUARTE, D. A. Estudo da fissura labiopalatal: aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**. 2003, v. 4, n. 14, 2003.

Artigo original

PERCEPÇÃO DE GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Taciane Thalita Albuquerque Sousa²

Iolanda Beserra da Costa Santos³

RESUMO

A assistência pré-natal representa importância em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias maternas e fetais. Esta pesquisa teve como objetivos: analisar a percepção de gestantes sobre a assistência de enfermagem recebida durante o pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família; descrever as características sociodemográfica e gestacional das participantes do estudo; identificar as orientações recebidas pelas gestantes através da equipe de enfermagem durante as consultas do pré-natal e investigar as dificuldades apresentadas pelas mulheres em seguir as orientações durante o período do pré-natal. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado no mês de fevereiro 2008. Na coleta de dados utilizou-se um formulário de entrevista. Participaram da pesquisa 10 gestante que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados identificaram que 50% tinham idade entre 18-23 anos, 90% eram do lar, 50% viviam em união conjugal, 80% eram católicas, 90%, tinham ensino fundamental, 93,3% revelaram mais de uma gestação e 40% estavam com 18-27 semanas gestacional. A maioria apresentava necessidade de ir ao pré-natal para consulta de enfermagem, no intuito de receber explicação das dúvidas; mencionaram dificuldades por não ter quem realizasse seus afazeres, comparecia à unidade para proteger sua saúde e a do bebê de complicações. Conclui-se mostrando que o enfermeiro no PSF atende às expectativas das gestantes, visto que os profissionais orientam e encaminham conforme o esperado por cada gestante.

Palavras chave: Pré-natal. Programa de Saúde da Família. Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A gravidez pode se constituir em uma das experiências humanas mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos os que dela participam. Segundo Barros (2006), esta representa a afirmação e/ou o desenvolvimento da identidade sexual, da feminilidade e da auto-estima nas mulheres. Onde a mesma passa da condição de filha e esposa, e ganha a inigualável responsabilidade de mãe.

Para Burroughs (1995), o pré-natal apresenta os seguintes objetivos: diagnosticar ou confirmar enfermidades pré-existent; acompanhar as gestantes observando as condições da mesma e o desenvolvimento do conceito; diagnosticar e tratar problemas que surgem no decorrer da prenhez; realizar as medidas preventivas aconselhadas durante a gravidez; amparar social e psicologicamente a mulher e orientá-la para o parto, visando assegurar a perfeita estruturação do nascituro.

A assistência pré-natal tem por finalidade acolher a mulher desde o principio da gravidez até o puerpério e a lactação para identificar possíveis situações de risco, para que sejam prevenidas as complicações durante o ciclo puerperal. O comparecimento da gestante às consultas de pré-natal tem apresentado correlações positivas quanto: ao peso

¹ Trabalho retirado da monografia de conclusão de curso.

² Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa-Paraíba. E-mail: tacipb@yahoo.com.br

³ Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB. E-mail: iolandabs@hotmail.com

do bebê ao nascer e com a probabilidade da mulher ter seu filho dentro da normalidade (SABROZA *et al*, 2004). Este serviço deve estar relacionado com a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde, o que será essencial para a não elevação dos índices de mortalidade materna, ainda verificada no Brasil.

Segundo Barros; Marin e Abrão (2002, p.116), "anualmente cerca de 600 mil mulheres morrem no mundo por complicações da gravidez, parto e puerpério". Esses autores mostram que 99% dessas mortes ocorrem nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre os quais se inclui o Brasil.

Esse fato denuncia a situação da assistência à saúde reprodutiva das mulheres em nosso país e a falta de prioridade desse serviço. Apesar das evidências de que o cuidado pré-natal contribui para a melhoria dos resultados da gravidez, muitas mulheres nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento são carentes dessa assistência. Isso é demonstrado pelas complicações apresentadas na gravidez e no parto, onde são as principais causas de morte entre as mulheres em período de reprodução, o que vem fortalecer a relação entre a mortalidade e a morbidade materna e a ausência total ou inadequada do cuidado pré-natal.

A menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa demonstrou que o acesso à assistência pré-natal é um problema significativo para a população rural e para aquelas mulheres de difícil acesso ao serviço de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2004).

É preciso que os profissionais de saúde ligados a esta especialidade, em especial o enfermeiro, se adequem às necessidades e aos anseios da gestante, procurando escutar suas inquietações ou fornecer informações essenciais durante a consulta pré-natal. É fundamental que os enfermeiros alertem às gestantes para que realizem as consultas, no sentido de obter intervenções oportunas, tanto terapêuticas como preventivas e educativas, atendendo assim à população-alvo específica. A assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com a finalidade de

avaliar a evolução da gravidez e promover a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2000a).

Tomando como base o marco teórico e diante da realidade vivenciada nos estágios práticos supervisionados, percebeu-se que algumas mulheres ficavam com dúvida quanto às orientações recebidas pela equipe do cuidado no pré-natal, visto que tudo era novo para as primigestas, e mesmo para as outras mulheres mais experientes, e muitas vezes elas não entendiam o quantitativo de informações recebidas em cada consulta e a forma de como era repassada.

Após essa vivência houve a curiosidade em aprofundar o tema buscando elucidar os seguintes objetivos: analisar a percepção de gestantes sobre a assistência de enfermagem recebida durante o pré-natal em uma unidade de saúde da família; descrever as características sociodemográfica e gestacional das participantes do estudo; identificar as orientações recebidas pelas gestantes através da equipe de enfermagem durante as consultas do pré-natal; investigar as dificuldades apresentadas pelas mulheres em seguir as orientações durante o período do pré-natal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família no município de Cabedelo - PB. A escolha do referido local ocorreu devido ser um local que oferece serviço de saúde e possui o Programa de Saúde da Mulher e das Crianças, envolvendo ações de pré-natal.

A amostra foi constituída de 10 gestantes que estavam sendo atendidas pelo enfermeiro na unidade e que atenderam aos seguintes critérios: estar em qualquer idade gestacional; ter acima de 18 anos de idade; estar realizando o pré-natal na unidade escolhida; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista, contendo perguntas objetivas e subjetivas, dividido em dois momentos: o primeiro contém os dados de identificação das gestantes e o segundo está relacionado à percepção das mesmas em relação ao atendimento e às orientações

recebidas pela equipe de enfermagem na unidade de saúde.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2008, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Os dados foram analisados conforme as respostas de cada participante do estudo. Os achados quantitativos da caracterização das mulheres foram apresentados em forma de números e percentuais, e os qualitativos referentes às perguntas abertas foram apresentados em quadros, conforme o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

Para a realização da pesquisa foram levados em consideração os aspectos éticos, preconizados pelas Resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, (BRASIL, 1996), e a Resolução 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados demonstraram que 5(50,0%) das participantes encontravam-se na faixa etária de 18 a 23 anos, seguido da faixa etária de 23 a 28 anos 4(40,0%), e apenas 1(10,0%) acima de 33 anos. Segundo Rezende e Antônio (2003), o período mais seguro para a gestação compreende a faixa etária entre 18 e 35 anos. No entanto, constatamos que as mulheres estão de acordo com o período gestacional citado pelo autor.

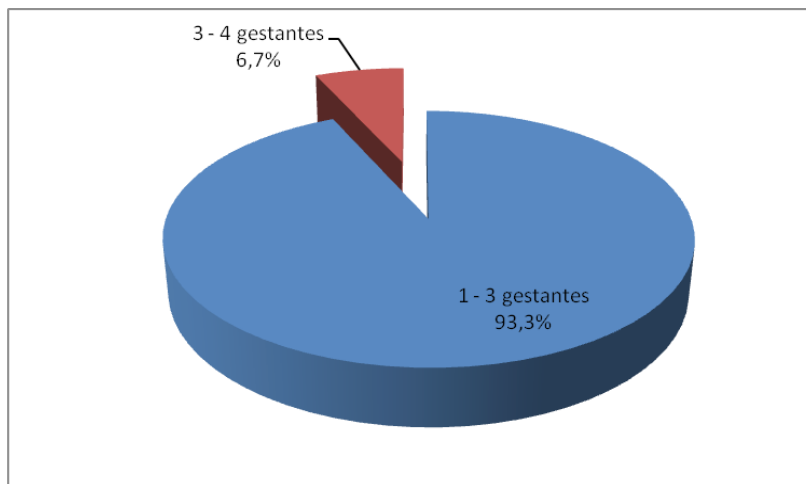
O Ministério da Saúde preconiza que a idade inferior a 17 anos e superior a 35 anos, é considerada como de risco na gravidez. No período de 1995, pôde-se observar um considerável aumento no número de mulheres que precocemente engravidaram na idade de 15 a 19 anos; essa faixa tem trazido sérios problemas para aquelas que desejam mais tardiamente ter seus filhos. Pesquisas realizadas no domicílio, em 1996, cerca de 18% das mulheres entre 15 e 19 anos já haviam iniciado a vida reprodutiva e refe-riram pelo menos uma gravidez (BELO; SILVA, 2004). Verificamos que a maioria das gestantes não se encontrava com idade considerada de risco, o que implica dizer que é um resultado positivo para a saúde das mesmas.

No que se refere à profissão, pode-se verificar que a "do lar" predominou (90,0%) em relação à de "estudante" (10,0%). O trabalho doméstico em nossa sociedade apresenta uma distribuição de responsabilidades e tarefas que sobrecarregam o gênero feminino, na maioria das vezes não respeitam as necessidades de remuneração, isso pode trazer transtornos fisiológicos e psicológicos da própria mulher, refletindo de certa forma em discriminação e desvalorização por parte da sociedade (CARRARO, 1999).

Por estas mulheres serem "do lar", não possui renda familiar, vivem do sustento do marido, que ganham às vezes menos de um salário mínimo. É importante ressaltar que diante dessa realidade, faz-se necessário mudar a filosofia com que defrontamos atualmente; é um quadro preocupante no que se refere às condições socioeconômicas dessas mulheres, uma vez que são possuidoras de um poder aquisitivo baixo, já que o salário de seus maridos é insuficiente para as suas necessidades básicas, esse problema não é somente da Paraíba, ele se assemelha ao parâmetro nacional brasileiro.

Referente à profissão, foi constatado que 10,0% declaram ser "estudante". Em se tratando do estado civil, constatou-se que a maioria tem uma união conjugal 50,0% das gestantes afirmaram morar junto com o seu parceiro, e apenas 40,0% relataram serem casadas, vivem com seu cônjuge e dividem as responsabilidades de criar, educar e manter seus filhos dentro de suas possibilidades.

No que se refere ao grau de escolaridade verificou-se que a maioria (90,0%) possui o ensino fundamental e o ensino médio (10,0%). O ensino fundamental tem duração média de nove anos, para o cidadão desenvolver sua capacidade de aprender a ler, escrever e de realização de cálculo, compreender o ambiente como espaço natural e social, valorizar a sociedade por sua convivência na mesma. Quanto ao ensino médio este é a etapa final da educação básica, tem duração mínima de três anos consecutivos, tendo por finalidade a consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental e possibilitando o prosseguimento de estudos



Legenda: 1 Gestação (6,7%)
14 Gestações (93,3%)

Gráfico 1 - Distribuição das gestantes quanto ao número de gestações.

Fonte: Pesquisa no PSF Cabedelo - PB, 2008.

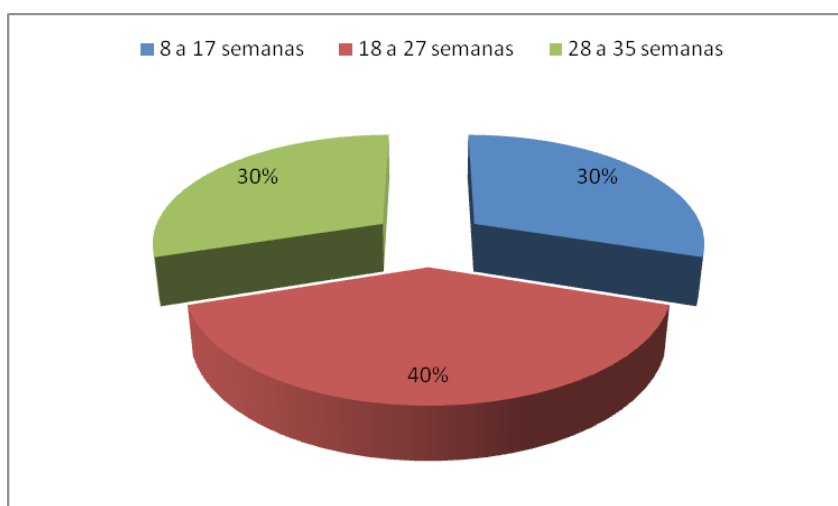
no terceiro grau (LDB, 1999).

O Gráfico 1 revela que as mulheres, mesmo jovens, relataram ter um número de filhos significativo, visto que de um a três gestantes (93,3%), tinham 14 filhos e de três a quatro mulheres (6,7%) possuíam um filho, demonstrando, assim, que a maioria das gestantes, já vivenciou o processo gestacional anteriormente. Maldonado (2000) argumenta que independente de ter sido mãe ou não, a gravidez, juntamente com a adolescência e o climatério, é um período crítico na vida da mulher. Maia Filho; Mathias (2000) reforçam que durante o período gestacional, a mulher necessita ser ouvida sobre suas expectativas, medo e dúvidas, a fim de receber orientações suficientes para direcionar sua vida na fase da gestação.

Com base em tais argumentações,

fica evidenciada a importância da atuação do profissional de enfermagem em fornecer informações à gestante, não considerando que seja a segunda ou terceira gestação, mas que a mulher deve saber o que é necessário seguir sobre o processo gestacional e puerpério. Todas as gestantes relataram ter iniciado o pré-natal no 1º trimestre de gravidez. Mediante essa situação, nos oportuniza afirmar que essas mulheres deram início à consulta precocemente, dessa forma se reduzem as consequências para ela e para o bebê. Para Carraro (1999), durante o primeiro encontro com a gestante, o enfermeiro obtém dados subjetivos e objetivos relativos à gravidez e ao estado de saúde geral da mulher, preferencialmente quando a gestante inicia o pré-natal até o terceiro mês.

O Gráfico 2 destaca a idade gesta-



Legenda: 8 a 17 semanas
(3 gestantes - 30%)
18 a 27 semanas
(4 gestantes - 40%)
28 a 35 semanas
(3 gestantes - 30%)

Gráfico 2 - Distribuição das mulheres quanto à idade gestacional.

Fonte: Pesquisa no PSF Cabedelo-PB, 2008.

cional, que foi de 8 a 17 semanas, onde encontramos três mulheres perfazendo o percentual de 30,0%, seguido de 18 a 27 semanas, quatro mulheres com uma inci-dência de 40,0% e finalmente de 28 a 35 semanas 30,0% correspondendo a três mulheres. Barros (2006), afirma que a aten-ção pré-natal permite avaliar o desenvolvi-mento da gravidez e identificar sinais e sintomas precocemente detectados, evi-tando a ocorrência de complicações no período pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério.

Neste item os dados são analisados as falas das gestantes conforme o Discurso do Sujeito Coletivo, fazendo a junção das idéias centrais que foram encontradas, estas se encontram dispostas em forma de quadros demonstrativos destacando as palavras-chave e fundamentada à luz da literatura sobre o assunto.

O Quadro 1 mostra que a frequência com que as gestantes vão à Unidade de Saúde da Família para o acompanhamento de pré-natal **é quando a enfermeira marca no cartão, uma vez por mês, quando tem necessidade** ou quando elas **constatam algo de errado durante o período dos nove meses de gestação**, como também para **fazer o controle de pré-natal, e quando deixa seus filhos com uma pessoa.**

Existem controvérsias na literatura relacionadas à frequência de consultas realizadas no pré-natal. Segundo a OMS (1996), o pré-natal deve constar de no mínimo quatro consultas e (FREITAS *et al.*, 2002). Estabelece um mínimo de cinco consultas com intervalos que não ultrapasse entre elas oito semanas, em gestantes sem fatores de riscos identificados, e Brasil (2004) recomenda que sejam realizadas pelo menos seis consultas pré-natais.

Segundo Barros (2006), no que refere ao acompanhamento da gestante ao Programa de Saúde da Família (PSF) deve-se fazer uma busca ativa quando elas não pro-curam pelo serviço, incentivando-o a reali-zar a 1 consulta o mais precocemente, infor-má-las o principal objetivo da consulta para identificação de patologias especí-ficas ou de fatores de risco que possam alterar adversamente a evolução da gravi-dez, momento este que permite ao profis-sional de saúde a adoção oportuna de medidas preventivas ou curativas, sendo a identificação desses fatores concretizado mediante a realização da história clínica, exame físico e solicitações de exames.

O Quadro 2 mostra as orientações recebidas durante o pré-natal e todas as falas demonstram total esclarecimento de

<p>Idéia Central 01</p> <p>Uma vez por mês, mas às vezes falto. quando voltar"</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p> <p>"[...] venho sempre que posso às vezes falto" "[...] sinto alguma coisa errada" "[...] quando a enfermeira marca no cartão de consulta tenho necessidade de</p> <p>"[...] venho aqui no serviço de saúde uma vez por mês para fazer o controle do pré-natal" "[...] quero ver se desta vez as coisas ficam melhor" "[...] quando deixo meu filho com uma pessoa, aí eu vou."</p>
---	--

Quadro 1 – Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Com que frequência você vai à unidade de saúde para acompanhamento do pré-natal?

Fonte: Pesquisa no PSF Cabedelo - PB, 2008.

<p>Idéia Central 01</p> <p>Sobre modificações físicas, amamentação, alimentação, vacinas, exames, hábitos saudáveis. pegar</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p> <p>"[...] Sim sobre as modificações que vou ter no meu corpo." "[...] sobre a importância da amamentação para o bebê" "[...]para ter uma boa alimentação." "[...]não peso." "[...] sobre a importância de tomar a vacina." "[...] para não deixar de fazer o pré-natal." "[...] para não fumar, que fumo muito." "[...] ela explica sobre as alterações que vou ter durante a gestação." "[...] me orienta dos exames que tenho que fazer." "[...] sobre a importância da amamentação." "[...] me orienta sobre alimentação e higiene."</p>
---	--

suas dúvidas. Sendo elas orientadas quanto às **modificações que irão surgir no seu corpo, à importância da amamentação, alimentação, higiene, vacina, não deixar de fazer o pré-natal, não fumar, e orientações referentes aos exames que será solicitado.**

Segundo Barros (2006), o pré-natal é um momento privilegiado para mostrar a importância da assistência de enfermagem e para se discutir e esclarecer assuntos que possam gerar dúvidas. Na consulta de pré-natal, o enfermeiro realiza palestras de esclarecimentos de dúvidas; orientação sobre modificações emocionais e físicas, desenvolvimento fetal, importância da amamentação, cuidados com o recém-nascido.

Brasil (2000b), afirma que no programa de humanização do pré-natal e do nascimento, o profissional da saúde realiza orientação sobre a amamentação e a realização de todos os exames de rotina e exames clínicos obstétricos em todas as consultas. Essas recomendações podem ser utilizadas para gerar indicadores da qualidade da assistência pré-natal.

As modificações que ocorrem no corpo da gestante são inevitáveis, temporárias e se fazem presentes em todas as gestantes em graus variados, desaparecendo geralmente após o parto, as que mais se destacam são as do sistema endócrino, que apresentam as modificações físicas no corpo da mulher (BURROUGHS, 1995).

A amamentação exclusiva nos primeiros 4-6 meses é parcial até pelo menos o final do primeiro ano de vida, é uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (MIURA; PROCIANOY, 1997). Explicar a gestante quanto à importância da imunização, como a vacina antitetânica, que previne o tétano neonatal, e agendar as dosagens de dois em dois meses a fim de imunizá-la até o parto (BURROUGHS, 1995).

Os exames que deverão ser solicitados, são: ABO-RH, identificar o tipo sanguíneo da gestante; caso seja RH negativo, será necessário um acompanhamento especial na primeira consulta; VDRL para constatar a presença de sífilis, se não tratada, pode ocasionar sérios problemas de saúde ao conceito; exame de urina de rotina para constatar a presença de infecção urinária; glicemia de jejum para verificar a presença

de diabetes gestacional, um exame na primeira consulta e outro próximo na trigésima semana de gestação; hemograma completo para averiguar anemia na primeira consulta (REZENDE; MONTENEGRO, 2005).

No Quadro 3, foi constatado que a maioria das mulheres pesquisadas encontra-se com dificuldades de seguir as orientações recebidas pela enfermagem, pelo seu nível de conhecimento, e condição socioeconômica, levando as mesmas a ficarem angustiadas pelas **dificuldades financeiras de pagar uma pessoa para fazer suas obrigações domésticas durante a gravidez.**

As pesquisadas relataram **dificuldades de comprar alimentos saudáveis necessários a uma pessoa gestante, como também dificuldades em deixar de fumar durante a gestação por causa do vício do cigarro; dificuldades em deixar os filhos quando for para a maternidade; como também de ir ao hospital para realizar os exames solicitados porque moram longe.**

A associação do tabaco com a gravidez é bastante prejudicial, tanto para a mãe quanto para o conceito; se este sobrevive aos malefícios causados pelo cigarro, carrega consigo as conseqüências de uma gestação unida ao hábito de fumar. Filhos de mães tabagistas correm riscos de ser abortados, têm grandes chances de nascer anêmicos, com peso e tamanho reduzidos, e, quando crianças, têm problemas respiratórios e retardo no aprendizado e na coordenação motora (COUTINHO *et al.*, 2003).

É de fundamental importância na assistência pré-natal as recomendações alimentares, levando-se em conta a realidade da gestante, como fatores socioculturais, econômicos, hábitos tabus, entre outros, especialmente nas gestantes que relatam uma dieta inadequada em relação à dificuldade financeira.

No Quadro 4, constata-se que as mulheres entrevistadas relataram um total esclarecimento em relação à percepção, sobre a assistência de enfermagem no pré-natal. Na opinião das mesmas é **promover a saúde da mãe e do bebê, oferecer promoção de saúde preventiva, oferecer apoio para tornar a gravidez sem risco, acolhimento para mãe e bebê segurança para mãe e prevenção, é segurança para mãe e o filho, é saúde, vida, esperança.** O pré-natal é

<p>Idéia Central 01</p> <p>Dificuldade financeira porque não tem pagar quem realize meu trabalho enquanto vou adotar hábitos saudáveis. cigarro"</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p> <p>"[...] dificuldades financeira porque não posso uma pessoa para ajudar nas obrigações de casa." "[...] de deixar de fumar por causa do vício do</p> <p>"[...] de comprar comidas saudáveis." "[...] quando eu for para maternidade não tem ninguém para deixar meus filhos" "[...] de ir ao hospital para realizar os exames porque moro longe."</p>
---	--

Quadro 3 – Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto à pergunta: Você tem dificuldades de seguir as orientações recebidas pela enfermagem? Por quê?

Fonte: Pesquisa no PSF Cabedelo - PB, 2008.

<p>Idéia Central 01</p> <p>Promover a saúde da mãe e do bebê.</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p> <p>"[...] promover a saúde da mãe e do bebê" "[...] oferecer a promoção de saúde preventiva." "[...] é oferecer um apoio para tornar a gravidez saudável e sem riscos." "[...] é acolhimento para mãe e o bebê."</p> <p>"[...] é uma coisa que vem para ajudar" "[...] é segurança pra mãe e para o filho." "[...] é prevenção" "[...] é vida." "[...] é esperança" "[...] saúde."</p>
--	---

Quadro 4 – Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto à questão: Qual a sua percepção

entendido como um conjunto de medidas e protocolos de condutas que tem por objetivo assegurar no final da gestação o nascimento de uma criança saudável com peso ideal e a garantia do bem-estar mãe e filho. Por ser considerado um evento fisiológico na mulher, cerca de 90% das gestações evolui sem maiores problemas e são consideradas de baixo risco.

No Quadro 5, a maioria das gestantes encontra-se bem informada da importância do acompanhamento do pré-natal, podendo assim se conscientizar de que é necessário

aderirem a esse acompanhamento, onde na visão delas o pré-natal é importante porque **segue a gravidez do início ao fim, acompanha a saúde da mãe e do bebê, prepara para maternidade e para o parto, acompanha os resultados dos exames, desenvolvimento do bebê, como também acompanha o tratamento de infecções maternas.**

As gestantes não comparecendo às consultas, terão prejuízo do acompanhamento das alterações durante o período dos nove meses. Segundo Burroughs (1995),

<p>Idéia Central 01</p> <p>É muito importante para acompanhar e cuidar da saúde da gestante e do bebê, prevenindo possíveis complicações. acompanhar tratar" está</p> <p>saúde</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p> <p>"[...] muito importante porque acompanha a gravidez do início ao fim" "[...] para o acompanhamento de tratamento de infecções maternas." "[...] para minha saúde e do bebê" "[...] evitar complicações e</p> <p>"[...] acompanha e prepara para maternidade e para o parto" "[...] acompanhar os resultados dos exames se</p>
---	---

tudo legal." "[...] para o acompanhamento e desenvolvimento do bebê" "[...] é importante para a do bebê" "[...] para preparar para o parto [...]"

quando se refere à adesão das mulheres ao pré-natal, afirma que esta adesão está relacionada com a qualidade da assistência prestada, bem como, com o serviço oferecido e com os profissionais envolvidos nessa assistência, e que em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatais verificados no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se nos relatos das participantes quanto à sua percepção do atendimento de enfermagem no Programa de Saúde da Família do pré-natal que este é satisfatório, porque atende às necessidades relatadas por cada mulher. A maioria das gestantes se encontrava na idade considerada viável para gestação, com baixo nível de escolaridade e que tinha união conjugal estável. Grande parte das mulheres eram do lar e não possuíam renda familiar para contribuir no orçamento doméstico, tornando-se dependentes de seus parceiros que possuíam baixa renda familiar.

As mulheres revelaram que têm certo conhecimento sobre a importância da assistência de pré-natal, e comparecem na data estabelecida pelo profissional de saúde. Sobre o acolhimento, foi possível observar que os profissionais de saúde exercem seu papel de forma humanizada,

buscando entender os múltiplos significados da gestação junto à mulher, dando as orientações necessárias e deixando-as à vontade para falar de sua intimidade com segurança.

Constatou-se como o pré-natal diminui as intercorrências negativas, que podem afetar o binômio mãe-filho. A gestante informada e preparada tem tranquilidade e segurança no decorrer da gravidez, isso facilitará o nascimento do bebê e a readaptação do organismo feminino, alterado durante a fase de transformação.

É possível concluir que as mulheres quando realizam o pré-natal, com número adequado de consultas, têm melhor qualidade de saúde para ambos. Esta pesquisa nos proporcionou ampliação de novos conhecimentos acerca da temática, contribuindo para uma discussão sobre a percepção da mulher quanto à assistência de enfermagem no pré-natal.

REFERÊNCIAS

BARROS, S.M. O; MARIN, H.F ABRÃO, A.C. F. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: Guia para prática assistencial.** São Paulo: Rocca, 2002.

BARROS, S. M. de. **Enfermagem no ciclo-gravídico-puerperal.** São Paulo: Manole, 2006.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes, **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, ago. 2004.

**PERCEPTION OF PREGNANCY ON ASSISTANCE FOR NURSING IN
PRE-CHRISTMAS IN A UNIT OF THE FAMILY HEALTH**

ABSTRACT

Prenatal care is important in terms of prevention and / or early detection of maternal and fetal diseases. This study aimed to: examine the perception of pregnant women on the nursing assistance received during prenatal care in a unit of Family Health; describe the socio-demographic characteristics and gestational participants of the study, identifying the guidelines received by women through of the nursing staff during consultations of prenatal and investigate the problems presented by women to follow the guidelines during the prenatal period. This is a descriptive study with quantitative and qualitative approach conducted in the month of February 2008. In collecting data used a form of interview. Attending the search pregnant 10 who signed the Statement of free and informed consent. The results identified that 50% were 18-23 years of age, 90% were from home, 50% lived in conjugal union, 80% Catholic, 90% had primary education, 93.3% showed more than one pregnancy and 40% were 18-27 weeks of pregnancy. Most had need to go to prenatal consultation for nursing in order to receive explanation of the doubt; difficulties mentioned by those who had not held their metier, comparecia the unit to protect their health and the baby of complications. It is showing that the nurse in PSF meets the expectations of the women, since the professional guide and send as expected by each pregnant.

Key words: Pre-Natal. The Family Health Program. Assistance of Nursing.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000a.

BRASIL. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

CARRARO, T. E. **Desafio secular: Mortes Maternas por Infecções Puerperais**. Florianópolis (SC): Universitária UFPel, 1999.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único em Juiz de Fora-MG, **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 25, n.10, dez. 2003.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução 311 de maio 2007. Disponível em: <<http://www.corenes.com.br>>.

Acesso em 29 ago.2007.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LDB. **Lei e diretrizes e bases da educação**. Lei n 9.3 94/96. 2. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 1999.

LEFEVRE, E; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MIURA, E. PROCIANOY, R. S. **Neonatologia: princípios e práticas**. 2. ed. Porto Alegre: Artes médica, 1997.

MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L. Pré-natal para gestantes de baixo risco. **Go atual**, Ano 9, 2000.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Condições de Eficiência nos serviços de atenção materno-infantil**. Brasília: Organização Pan - Americana de Saúde, 1996.

REZENDE, J. M.; ANTÔNIO. B. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SABROZA, A. R. *et al.* Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999 - 2001, **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 1, 2004.

Artigo original

FATORES QUE INFLUENCIARAM MULHERES NO DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Gisetti Corina Gomes Brandão¹
Kalygia Domicia Nunes da Silva Bezerril²

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é um distúrbio do humor que acontece a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Assim, este estudo teve por objetivos: analisar os fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da DPP, caracterizar a população das mulheres acometidas por DPP com relação à faixa etária, perfil socioeconômico e cultural e resgatar os fatores que influenciaram na DPP. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com uma abordagem qualitativa, realizada na FACENE, através de um formulário de entrevista. Na análise dos dados, a faixa etária em estudo foi de 20 a 47 anos, e 80% das entrevistadas eram casadas. Um outro dado de destaque é que 60% das entrevistadas referiram não ter planejado a gestação. Relativamente ao apoio à mulher no pós-parto, foi dado pelo cônjuge, pela mãe da puérpera e por pessoas amigas. Portanto, esses dados confirmam a importância do apoio da família, especialmente o da mãe e do companheiro, e também a assistência dos profissionais de saúde em todo o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para um puerpério normal e possibilitando à criança nascer num ambiente saudável.

Palavras-Chave: Puerpério. Depressão. Parto.

INTRODUÇÃO

A fase puerperal corresponde a um momento importante da vida da mulher, sendo um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Nessa fase, há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, alterando seu psiquismo e o seu papel sociofamiliar (SILVA; BOTTI, 2006; FALCONE *et al.*, 2006).

A depressão pós-parto (DPP) é um grave problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. É um distúrbio do humor de grau moderado a severo, cuja manifestação acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses (MORAES *et al.*, 2006; ARAÚJO, 2006).

De acordo com Porcu, Bagatin e Rossi (2006, p. 1) "esta condição depressiva é caracterizada por humor deprimido, perda de interesse pela vida, ansiedade, dificuldades para dormir, baixa auto-estima, sintomas somáticos (como cefaléia e perda de peso) e dificuldades para realizar tarefas diárias".

Existem vários fatores que contribuem para o surgimento do Transtorno Depressivo Pós-Parto, como: personalidade predisponente da mulher, condição genética favorável, falta de apoio familiar e/ou do parceiro, depressão familiar não tratada, a mudança de papéis

¹ Gisetti Corina Gomes Brandão. Enfermeira. Professora da FACENE. Mestre em Gestão Educacional. Endereço: R. Paulino Pinto, 545, bairro Tambaú, João Pessoa-PB. Tel: (83)9332-1451. E-mail: gisettibrandao@ig.com.br.

² Kalygia Domicia Nunes da Silva Bezerril. Enfermeira graduada pela FACENE. Endereço: R. Antônio Teotônio, 181, bairro Cristo Redentor, João Pessoa-PB. Tel: (83)9952-1881. E-mail: kalygiabezerril@hotmail.com

(de esposa para mãe, de marido para pai e de filha que se torna mãe). Dessa forma, o nascimento de um filho pode ser um importante gatilho neuroendócrino para o Transtorno Depressivo (PORCU; BAGATIN; ROSSI, 2006).

Outros fatores, como as frustrações e os fatos que ocorrem durante o período de internação, assim como a conscientização da nova realidade, que envolve por um lado a satisfação pela maternidade e por outro a responsabilidade de assumir novas tarefas, também influenciam esse período.

Segundo Araújo (2006, p. 3), "esses fatos ocorrem ao mesmo tempo em que é exigido por parte da mulher e da própria família, a postura de mãe ideal, que demonstra felicidade, receptividade, assim como disposição para amamentar e dispensar cuidados com o recém-nascido".

O interessante é que isto não se passa só no ambiente da família ou dos amigos, mas também das instituições de saúde que incentivam, criam mecanismos de apoio à grávida, mas, após o parto, tudo isto é dirigido sobretudo à criança, restando para a mulher uma consulta de revisão do puerpério, altura em que provavelmente muitas de suas dificuldades já foram vividas, e até ultrapassadas de forma mais ou menos adequada, deixando por vezes, algumas marcas.

Diante do exposto, foi possível estabelecer um questionamento como: Quais os principais fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto?

Para se evitar que este tipo de transtorno aconteça, é provável que um suporte social e emocional dos parentes e amigos, em particular da mãe e do companheiro, neste momento de transição da vida da mulher, sirva como fator protetor contra a DPP. É também importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas voltadas não só à saúde da gestante, mas da mulher em geral.

Ao ter contato direto com mães da própria família e contatos informais com outras mães, a mãe, em meio a esta situação – deparando-se com atitudes que se mostram contraditórias, pois em lugar de alegria e satisfação pela chegada da criança esperada durante meses – apresenta uma série de alterações emocionais, gera-doras

de sentimentos de desamparo e de medo, nem sempre expressos, mas quase sempre sentidos pela mulher.

Assim surgiu a necessidade de analisar os fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto; caracterizar a população das mulheres acometidas por Depressão Pós-Parto com relação à faixa etária, perfil socioeconômico e cultural; e resgatar os fatores que influenciaram na Depressão Pós-Parto.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O pré-natal é considerado muito importante, sobretudo em países com características semelhantes às do Brasil onde, apesar das melhorias implantadas no sistema de saúde, são encontradas elevadas taxas de mortalidade. Em 2001, a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 74,5 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Outra consideração importante é verificar que, embora a mortalidade infantil tenha decrescido em quase todo o país nas últimas duas décadas, a mortalidade perinatal estabilizou-se e até cresceu em algumas regiões, chegando a contribuir com mais de 50% do total da mortalidade até o primeiro ano de vida.

Por isso, a assistência pré-natal deve ser universalmente realizada, diferindo no objetivo, no conteúdo, no número de consultas e no tipo de pessoal que presta assistência seguindo o grau de risco que a gestante apresentar, pois as informações obtidas nesse período sobre o estado de saúde da gestante servirão de elo entre a assistência pré-natal e a assistência hospitalar (ARRIBAS; BARBOSA; ALMEIDA, 2004; BUCHABQUI *et al.*, 2006).

A assistência de enfermagem no pré-natal é realizada por meio de consultas individualizadas e de atividades em grupo que visam a cuidar do binômio mãe-filho no período de gestação, considerando o contexto familiar e social da gestante, ressaltando a importância do envolvimento do companheiro e/ou pessoa significativa para a gestante nesse processo, se assim ela o desejar, e prepará-la para um parto e puerpério mais seguros e saudáveis possíveis (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002; SANTO; BERNI, 2006).

O pré-natal também oportuniza a prevenção, detecção e o tratamento precoce de transtornos mentais na gestação. Durante as consultas, a equipe de saúde pode detectar a presença de fatores de risco assim como de alterações sugestivas de comprometimento da saúde mental. É importante observar a aparência geral, a interação com o examinador, a atividade psicomotora, o estado emocional, a linguagem, a presença ou não de alucinações, o nível de consciência, as características do pensamento (conteúdo, velocidade, preocupações, obsessões, agressividade), a orientação e a memória (ASSISTÊNCIA..., 2006).

Na vida da mulher, o diagnóstico da gestação é aquele que provoca as maiores emoções: desde alegria e bem-estar intensos, até a tristeza profunda e sensação de desamparo. Durante a gravidez, ocorrem no corpo materno profundas alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas.

Esses ajustes funcionais em resposta à carga fisiológica aumentada começam na primeira semana de gestação e continuam durante toda ela. O meio pelo qual a futura mãe responde a essas alterações dependerá de vários fatores, como seu planejamento anterior da gravidez, suas relações familiares, o número de filhos que tem, seus modos habituais de se ajustar a alterações e muitos outros (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Na mulher, durante a gestação, ocorre uma mudança em seu gênio, tornando-a menos sociável. Ela fica freqüentemente preocupada, mais dependente, deseja mais receber do que dar e procura mais amor e atenção. Sua habilidade emocional muda com freqüência, em parte devido à preocupação, em parte devido às alterações hormonais e em parte devido ao impacto da gravidez, tornando a mulher cada vez mais sensível e irritável.

Ela tem a mesma probabilidade de rir estrondosamente de algo que nenhum outro considera engraçado e de se derramar em lágrimas sem causa conhecida. A aceitação da criança por outros membros da família assume uma importância decisiva (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Por fim, ao chegar o término da gravidez, a gestante demonstra sentimentos contraditórios. Ela odeia a gravidez,

deseja a criança, mas teme o nascimento. Sua conduta no trabalho de parto poderá parecer como uma condenação das emoções e condutas de toda a gravidez. É como se fizesse um intenso resumo de todo o processo de evolução da criança, de tal modo que ela está pronta para começar a próxima etapa da maternidade. Caso ela tenha agido bem, particularmente quando estabeleceu um seguro sistema de apoio para si e para seu filho, mais provavelmente continuará a ter êxito como mulher e como mãe (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

O parto deve ser encarado como um momento crítico que gera ansiedade e insegurança. A incapacidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, o torna um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. É como se estivesse dando um 'salto no escuro' (MALDONADO, 2000 *apud* SANTO; BERNI, 2006).

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar, pois o parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psicossocial da mulher. Assim, quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/filho, além de sua vida afetiva e conjugal.

O medo gera dor e a dor aumenta o medo. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (BRASIL, 2001).

No puerpério, especialmente durante a primeira semana, o corpo da mãe sofre rápidas e várias mudanças em todo o sistema fisiológico (principalmente nos órgãos pélvicos e nas mamas) e também no seu componente psíquico, sendo possível que distúrbios mentais possam aparecer. Durante essa fase, a mulher passa por uma adaptação gradual da situação de grávida para a de não grávida e mãe (BRASIL, 2001).

A mãe, devido ao seu envolvimento biológico em gerar uma criança e sua interdependência física com o filho durante

a amamentação, experimenta esse período de uma forma única. A necessidade de adaptar-se a mudanças tão intensas torna as mulheres sensíveis, confusas e ansiosas.

Essa vivência varia em cada mulher conforme o número de filhos que tenha tido, sua própria infância, sua relação com seus pais, a experiência da gravidez, o nível de relacionamento com o pai da criança, seu conceito próprio, os padrões gerais e muitos outros fatores (ZIEGEL; CRANLEY, 1986; BRASIL, 2001; HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006).

Portanto, ao se examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sintam-se insegura. Por isso ela deve ser vista como um ser integral, cabendo à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção (ZIEGEL; CRANLEY, 1986; BRASIL, 2001).

As reações da mulher no período pós-parto terá grande influência no relacionamento familiar e principalmente em questões características da interação do binômio mãe-filho. Antigamente, associava-se os transtornos mentais puerperais como distúrbios específicos dessa fase, mas hoje sabe-se que o parto e todos os eventos que o sucedem funcionam como fatores desencadeantes do processo mórbido.

Apesar do ritmo acelerado de mudanças na fase puerperal, surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação a puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente, ou seja, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê (ROCHA, 1999 *apud* SILVA; BOTTI, 2006).

A Depressão Pós-Parto ou Depressão Puerperal (DP) é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. Alguns autores consideram o Transtorno Depressivo Pós-Parto como qualquer transtorno

depressivo sem sintomas psicóticos presentes no primeiro ano que se segue ao nascimento de um filho.

O DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) especifica quatro semanas após o nascimento da criança, enquanto o CID-10 reconhece até seis semanas após o parto (ZANOTTI *et al.*, 2003 *apud* SILVA; BOTTI, 2006; PORCU; BAGATIN; ROSSI, 2006).

De acordo com Cruz, Simões e Faisal-Cury (2006, p.1) "a DP pode acometer cerca de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes. Faisal-Cury *et al.*, em estudo transversal brasileiro, com mulheres no 10º dia de puerpério, encontraram prevalência de 16% de sintomas depressivos".

A etiologia da DPP não se determina por fatores isolados, mas sim por uma série de aspectos que devem ser abordados no diagnóstico e terapêutica, portanto, uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos, aumentam a possibilidade de uma mãe recente sofrer de DPP. Entre eles, temos: falta de apoio oferecido pelo parceiro e demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento, problemas de fertilidade, gestação não planejada ou não desejada, nascimento prematuro ou a morte do bebê, dificuldades em amamentar, doenças psiquiátricas familiares, presença de transtornos de humor prévios ao ciclo gravídico-puerperal, episódio de depressão durante a gravidez ou puerpério, problemas financeiros sérios, ter uma criança quando muito jovem (abaixo de 16 anos), ter uma criança depois dos 35 anos, incerteza quanto a querer ou não a criança, preocupações com a saúde do bebê, sentimentos negativos em relação à criança, ansiedade leve ou moderada durante os três últimos meses de gravidez, parto complicado, isolamento social, volta ao trabalho em condições subalternas, problemas da tireóide, ataques de pânico na gravidez, bulimia ou anorexia, mudanças hormonais, mulheres que sofrem de Tensão Pré-Menstrual (TPM), mães solteiras sem o apoio social, mulheres que perderam pessoas importantes ou um filho anteriormente ou cujo bebê apresenta anomalias, que se casaram em decorrência da gravidez, que vivem em desarmonia conjugal, possuem pouca ou nenhuma escolaridade, baixo

nível socioeconômico, baixa auto-estima, stress na vida e tentativa de interromper a gravidez (HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006; SILVA; BOTTI, 2006; MORAES *et al.*, 2006; MCKENZIE, 2001).

De acordo com Rocha (1999 *apud* SILVA; BOTTI, 2006) os principais sintomas que caracterizam a DP são tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia ou ganho de peso excessivo, náuseas, distúrbios do sono, insônia inicial e pesadelo, fadiga, principalmente envolvendo os cuidados com a criança, hipocondria, dor de cabeça, dor no peito, palpitações no coração, falta de sensibilidade ou hiperventilação (respiração rápida e superficial), irritabilidade, dificuldade de concentração e memorização, perda do interesse sexual, falta de interesse em atividades prazerosas, idéias suicidas e sentimentos negativos em relação ao marido, sentimentos de culpa, preocupações envolvendo o bebê, ansiedade, sentimentos de incapacidade em relação à maternidade e temor do ciúme dos outros filhos em relação à criança, no caso de uma múltipara.

O tratamento da depressão pós-parto baseia-se na farmacologia, e na psicoterapia, e em casos extremos na eletroconvulsoterapia. São métodos semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros períodos da vida, comprovando assim sua eficácia.

As conseqüências da falta de tratamento na depressão pós-parto incluem: risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva; infanticídio (0,2% dos casos), negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, depressão do cônjuge e divórcio, criança maltratada, desenvolvimento cognitivo inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbio do comportamento e psicopatologias no futuro adulto, perturbação nas relações interpessoais, o casal – se for o caso – também sofre, o que pode provocar uma ruptura e, por fim, as interações precoces mãe-bebê são alteradas, comprometendo o prognóstico cognitivo-comportamental do bebê (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2006).

O conhecimento dos fatores de risco da Depressão Pós-Parto são extremamente importantes no planejamento e implementação de ações preventivas como, por

exemplo: o máximo de apoio emocional e físico durante a gravidez, parto e puerpério (obstetra, enfermagem e pediatra); o máximo de apoio emocional da família, amigos e companheiro; discussão com o companheiro a respeito da importância da esposa de se sentir amada e segura; e encaminhamento da mãe com risco elevado de depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia (SILVA; BOTTI, 2006).

É necessária a criação de programas preventivos na rede pública voltados não só à saúde da gestante, mas da mulher no geral, identificando assim, como já foi dito, os fatores de risco. Cabe à equipe de saúde um preparo e percepção acerca dos sinais iniciais da doença, intervindo de maneira segura e competente.

A Depressão Pós-Parto acarreta uma série de conseqüências, assim como a depressão em outras fases da vida da mulher, repercutindo de forma negativa na interação mãe e filho. Spitz (1998 *apud* SILVA; BOTTI, 2006) afirma que ocorre uma perda emocional na puérpera vítima da DPP, que será percebido pelo bebê, o qual irá tentar estimular o comportamento materno, mas com a persistência da depressão, a relação entre mãe-filho poderá se comprometer ao longo do desenvolvimento infantil.

A mãe deprimida interage menos com o bebê e quando a mesma percebe o fato, volta-se em tentativas a fim de superar a realidade imposta pela doença; a própria criança, como já foi dito, promoverá de maneira inconsciente alternativas que se traduzirão em pequenos eventos cotidianos e naturais, tais como um sorriso em direção a mãe, sempre na tentativa de resgatar a puérpera daquele quadro depressivo e retorná-la a sua função materna. Muitas vezes, as tentativas não são correspondidas e o binômio mãe-filho estabelecem uma relação falsa e distante emocionalmente da verdadeira interação maternal.

A DPP deixa a mulher mais introspectiva e menos responsiva aos estímulos afetivos do bebê; desse modo, a criança irá interpretar tal atitude como uma estimulação insuficiente do comportamento materno, e assim, poderá reagir com o mesmo distanciamento. Essa atitude do bebê causará um sentimento de ansiedade e frustração na mãe, que irá sentir-se rejeitada

e incapaz de assumir os cuidados com o próprio filho (SILVA; BOTTI, 2006).

METODOLOGIA

Este estudo enquadrou-se em uma pesquisa do tipo exploratório-descritivo com uma abordagem qualitativa, através de uma pesquisa de campo, utilizando como instrumento para a coleta de dados, um formulário de entrevista do tipo padronizado.

O desenvolvimento do trabalho foi na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, localizada no município de João Pessoa/PB com 10 mulheres acometidas por Depressão Pós-Parto, que se enquadraram nos seguintes critérios: mulheres com filho(s) vivo(s) e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram avaliados quantitativamente através da identificação das mulheres, como também através de dados gineco-obstétricos e socioculturais para uma melhor compreensão dos resultados.

Quanto à análise qualitativa, foi feita da seguinte maneira: as respostas dos formulários foram transcritas na íntegra, seguido de uma leitura individualizada de cada resposta para a obtenção da idéia central de cada uma.

Após esse processo, foram realizadas leituras sucessivas de cada resposta para melhor compreensão de cada relato. Subseqüentemente foram identificadas as idéias centrais iguais ou equivalentes e suas respectivas expressões-chave e finalmente foram analisadas empregando a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

Os aspectos éticos da confiabilidade e privacidade foram assegurados de acordo com a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos e também foi norteado pela Resolução 240/2000, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, evidenciou-se que a faixa etária dos 10 casos em estudo era entre 20 a 47 anos. Evidenciou-se também que a maioria delas era casada, representando 80% do total das

entrevistadas.

O principal papel do marido seria o de funcionar como matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, provendo suas necessidades vitais, e por algum tempo afastando-a das exigências da realidade externa, para que ela possa dedicar-se inteiramente às tarefas relacionadas ao bebê e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo. (STERN, 1997 *apud* SOTTO-MAYOR; PICCININI, 2007)

O nível de escolaridade revelado pelas mulheres foi relevante para a pesquisa em virtude do nível que as entrevistadas eram estudante de graduação, graduadas e pós-graduadas, o que facilitou o processo de análise por se tratar de um assunto que envolve subjetividades. Do total, 60% haviam concluído o ensino superior. Esse dado leva a concluir que apesar do nível de escolaridade das entrevistadas não ser pouco e o conhecimento sobre a possibilidade de desenvolvimento de depressão após o parto não ser ausente, não evitou o desenvolvimento do transtorno.

A ocupação de todas as entrevistadas era fora de casa, como professora, secretária, entre outras funções. De acordo com Rocha (1999 *apud* ARAÚJO, 2006) as atividades rotineiras realizadas, talvez até o final da gestação, como o próprio trabalho, que acabam sendo interrompidas, podem contribuir para o aumento da sensibilidade, muito freqüente após o parto. Verificou-se que 70% das entrevistadas possuem uma renda familiar superior a três salários mínimos, o que sugere condições socioeconômicas razoáveis.

Foi constatado que 50% das mulheres entrevistadas eram primíparas e as outras 50% eram múltíparas. Esse dado se relaciona a insegurança e a dificuldade quanto aos cuidados com o filho, referido respectivamente por 70% e 50% das entrevistadas. Essa dificuldade e insegurança surgem principalmente após a alta da maternidade, pois é nessa altura que a mulher, sobretudo se é primípara, vive muitas vezes a primeira experiência de relação com uma criança totalmente dependente de si.

Além disso, as dificuldades nos primeiros dias são agravadas pelo fato da mulher ainda estar se recuperando do stress físico da gravidez e do trabalho de parto. Um outro dado importante a se destacar é que

60% das mulheres entre-vistadas referiram não ter planejado a gestação, o que pode ter sido um fator desencadeante para o desenvolvimento da DPP.

Relativamente ao apoio à mulher no pós-parto, apenas 10% das entrevistadas referiram não ter recebido nenhum apoio. Nas demais, o apoio foi fundamentalmente dado pelo cônjuge, pela mãe da puérpera e por pessoas amigas. É natural que o apoio venha principalmente de quem está mais próximo da puérpera. Quanto ao suporte no cuidado com o recém-nascido (RN), 80% das mulheres referiram ter tido. No entanto, no momento em que se presta algum cuidado para o filho, indiretamente estar se prestando um suporte à puérpera.

Em relação ao relacionamento com o marido após o nascimento do bebê, 20% disseram que o relacionamento com o marido após o nascimento do bebê melhorou, 40% disseram sentir-se mais realizado como casal, 20% relataram afastamento e 20% falta de desejo sexual. Para Afonso (2007), a Depressão Pós-Parto pode afetar a vida sexual das mulheres no período puerperal devido a situações vividas nesse período, como: baixa auto-estima, stress na vida devido à mudança na rotina, variação emocional por conta da queda hormonal, cólicas uterinas, medo de uma nova gravidez e cansaço devido aos cuidados com o bebê e com a casa.

No período puerperal, as mães podem se sentir mais sensíveis e apresentarem alterações em seu estado emocional, muitas vezes sem motivo aparente. Por encontrarem-se emocionalmente vulneráveis, tudo que ocorre ao seu redor pode de alguma maneira atingi-las. A maioria delas mencionou crises freqüentes de choro como fator desencadeante ou conseqüência dessas alterações emocionais no pós-parto, colocando-o como aspecto mais marcante desse período.

O choro pode ser usado como uma "válvula de escape" proporcionando o alívio da tensão vivenciada pelas mães, nesse período de intensas transformações e de adequação a uma nova realidade, pela chegada de um filho.

De acordo com Maldonado (1982 *apud* THOMAZ *et al.*, 2007) o aumento do nervosismo nas mães durante o puerpério é devido à fantasia criada durante a gesta-

ção em relação ao pós-parto acreditando que seus filhos teriam comportamento diferente das outras crianças e também pode estar relacionado à insegurança quanto aos cuidados a serem dispensados ao mesmo, principalmente nas primíparas, que por motivos diversos, não tiveram experiências anteriores em relação ao banho do bebê, cuidados com o coto umbilical e o próprio comportamento habitual dos primeiros dias de vida.

De uma maneira geral, as mães se sentem inseguras quanto ao bem-estar da criança, pela dificuldade de compreender o significado do choro (fome, cólicas, desconforto, sono ou necessidade de contato). Por isso, os profissionais de saúde e a própria família devem estar atentos para a necessidade de acompanhar a mãe, mesmo se tratando de um pós-parto de evolução "normal", para que a mesma desenvolva autoconfiança e habilidade para cuidar da criança.

Ao interrogar as mulheres sobre as intercorrências do parto, elas referiram ter sofrido muito no trabalho de parto e parto por ter sido demorado e também por apresentar problemas patológicos em seu organismo, tanto no momento do parto como também no puerpério, como pode ser notado nas falas a seguir:

"Sofri muito no parto, porque fiquei 8 horas em trabalho de parto" "[...] os meus pontos da vagina inflamaram" "[...] passei 15 dias sem consegui sentar" "[...] minha pressão arterial elevou."

Em todo o ciclo gravídico-puerperal essas reações comportamentais proporcionarão uma vivência singular na vida da mulher. Desse modo, a forma como serão emitidas estas respostas emocionais, o medo, o desejo, a dor, a alegria, a ansiedade, irão influenciar de certa forma nos sistemas motor e autônomo, juntamente com várias outras funções corporais.

Ao questionar as mulheres sobre a dificuldade em amamentar, a maioria referiu ter apresentado problemas físicos e emocionais que dificultaram e/ou as impediram de amamentar seus filhos, sendo abordadas nas falas a seguir:

"Não gostava muito" "[...] ela só queria mamar do lado direito não aceitava o

peito esquerdo" "[...] meu mamilo é plano, houve fissuras e rachaduras no mamilo e mastite" "[...] não consegui amamentar (15 dias), fiquei muito irritada" "[...] não conseguia ter leite e os meus seios doíam muito e eu ficava nervosa, aí o leite não chegava" "[...] era doloroso" "[...] o leite não conseguia sair pedrou, tive que drenar" "[...] não tinha leite suficiente para ele" "[...] tive um caroço no peito que tinha febre e frio muito forte."

O puerpério, por ser um período de importantes mudanças físicas, psicoemocionais e sociais, pode desencadear uma série de eventos para os quais as mães, nem sempre estão preparadas, como, por exemplo, a amamentação, deixando-as ainda mais nervosas. O aumento do nervosismo é reflexo da cobrança da própria mãe, no momento em que requer de si mesma a postura de mãe ideal, felicidade, tranquilidade, receptividade, paciência e disposição para amamentar, como também a exigência da própria família (ARAÚJO, 2006).

Em relação à questão sobre o apoio emocional recebido no pós-parto, a maioria das mulheres participantes da pesquisa teve o apoio emocional adequado e principalmente de quem elas gostariam de ter recebido esse apoio, fundamental para a superação da DPP. Mas também mostrou que um pequeno percentual gostaria de ter recebido esse apoio de outra pessoa. Essa percepção pode ser identificada pelas falas seguintes:

"Tive muito apoio da minha família" "[...] da minha mãe porque ela entendeu tudo o que eu sentia" "[...] marido e toda família e muitos amigos" "[...] fundamental para a minha recuperação" "[...] psicóloga, padre, familiares, marido" "[...] eram pessoas que eu confiava" "[...] da minha sogra, e de minhas irmãs" "[...] tinha minha mãe, que ficou comigo durante dois meses" "[...] meu marido, pois ele é muito companheiro e carinhoso, mas gostaria de ter tido essa compreensão de minha mãe que achava que era frescura."

O apoio à mulher e a família no pós-parto é fundamental para o reajustamento e equilíbrio pessoal e familiar, pois, sendo a gravidez e o nascimento de um filho considerados períodos de crise para a

mulher/casal, e atendendo às oportunidades que a crise pode representar, o apoio dado nesta fase da vida, é fundamental para a promoção da saúde e do bem-estar da mulher e da família, pois, como refere Figueiredo, "a maternidade providencia à mulher, e à família em geral, desafios e oportunidades particulares para a mudança, tendo conseqüentemente um elevado potencial para a melhoria da saúde". (1994, p. 98 *apud* AFONSO, 2007, p. 4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da atenção à saúde da mulher, destacamos o cuidado à saúde mental durante o ciclo vital feminino, particularmente no período gravídico-puerperal caracterizado pela grande mudança de humor. Por esse motivo, este estudo procurou analisar quais os principais fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto, a partir da vivência delas e da relação com a faixa etária, perfil socioeconômico e cultural.

O puerpério é caracterizado por apresentar profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, ou seja, é um período marcado pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina, sendo que a compreensão tanto da puérpera, mas principalmente dos familiares, constitui um fator essencial na determinação entre a saúde e o distúrbio psiquiátrico. Uma das razões para esta realidade corresponde ao ritmo acelerado de mudanças na fase puerperal, associada às exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação a puérpera, principalmente em relação ao desempenho das funções maternas adequadamente.

A DPP é um distúrbio psiquiátrico importante e que acarreta uma série de conseqüências assim como a depressão em outras fases da vida da mulher. A maioria destas conseqüências repercute na interação mãe-filho e praticamente de forma negativa, na maioria das vezes. Além disso, promovem um desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal. De forma semelhante aos demais transtornos puerperais.

Durante a realização da pesquisa, pudemos perceber, o quanto é importante

o apoio da família, especialmente o da mãe e do companheiro, e principalmente a assistência prestada pelos profissionais de saúde em todo o ciclo gravídico-puerperal. Pois é através de uma postura de acolhimento e disponibilidade para ouvir a gestante durante o pré-natal que o profissional pode prevenir e detectar variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico e propiciar, à família, um assistir voltado para os sentimentos, percepções e vivências que inconscientemente interferem na manutenção da saúde mental materna.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Esmeralda. **Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período**. Disponível em: <<http://homepage.oninet.pt/517mbw/Dificuldades%20da%20mulher%20no%20puerperio%20e%20apoio%20nesse%20periodo>>. Acesso em: 09 maio 2007.

ARAÚJO, Andrea Martins da Silva. **Alterações emocionais (A) típicas no pós-parto: o relato das mães**. Disponível em: <<http://>

FACTORS THAT INFLUENCED WOMEN IN THE DEVELOPMENT OF POSTPARTURITION DEPRESSION

ABSTRACT

The postparturition depression (DPP) it is a disturbance of the humor that happens starting from the first four weeks after the childbirth, reaching your maximum intensity in the first six months. Like this, this study had for objectives: to analyze the factors that influenced women in the development of DPP, to characterize the women's population attacked by DPP with relationship to the age group, profile socioeconomic and bring back those factors that influenced in DPP. It is treated of an exploratory-descriptive research with a qualitative approach, accomplished in FACENE through an interview form. In the analysis of the data, the age group in study was from 20 to 47 years and that 80% of the interviewees were married. Another prominence die is that 60% of the interviewees referred they have not planned the gestation. Relatively to the support to the woman in the postparturition, it was given by the spouse, for the mother and for people friends. Therefore, these data confirm the importance of the support of the family, especially the one of the mother and of the companion, and also the professionals' of health attendance in the whole period of pregnancy, contributing to a normal puerperal and making possible the child to be born in a healthy atmosphere.

Key-Words: Puerperal. Depression. Birth.

www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/alteracoesemocionais.doc>. Acesso em: 04 set. 2006.

ARRIBAS, Célia Morais de; BARBOSA, Maria Goretti de Medeiros Martins; ALMEIDA, Núbia Ferreira Castro. **Protocolo do enfermeiro nas ações básicas de atenção à saúde da mulher**. Pernambuco: COFEN, 2004.

ASSISTÊNCIA pré-natal. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/cap1.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2006.

BARROS, Sônia Maria Oliveira de; MARIN, Heimar de Fátima; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**.

São Paulo: Roca, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

BUCHABQUI, Jorge Alberto *et al.* Assistência pré-natal. In: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva; SIMÕES, Gláucia Lucena; FAISAL-CURY, Alexandre. **Rastreamento da depressão pós-Parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0100-7203005000400004>. Acesso em: 06 set. 2006.

FALCONE, Vanda Mafra *et al.* **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes.** Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2006.

GUEDES-SILVA, Damiana; SOUZA, Marise Ramos de; MOREIRA, Vilma Perez. **Depressão Pós-Parto: prevenção e conseqüências.** Disponível em: < <http://www.unifor.br/notitia/file/163.pdf> >. Acesso em: 04 set. 2006.

HENTSCHEL, Heitor; BRIETZKE, Elisa. Puerpério normal. In: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MCKENZIE, Kwame. **Depressão.** São Paulo: Editora Três, 2001 (Isto É – Guia da Saúde Familiar).

MORAES, Inácia Gomes da Silva *et al.* **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** Disponível em:<<http://test.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2006.

PORCU, Mauro; BAGATIN, Maria Cláudia; ROSSI, Robson Marcelo. **Prevalência de transtorno depressivo pós-parto no HUM.** Disponível em : <<http://www.des.uem.br/projetos/pesquisa3661.htm>>. Acesso em: 02 set. 2006.

SANTO, Lilian Córdova do Espírito; BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira. **Enfermagem em obstetrícia.** In: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, Elda Terezinha da; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Depressão puerperal:**

uma revisão de literatura. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf>. Acesso em: 06 set. 2006.

SOTTO-MAYOR, Iara Backes de; PICCININI, César Augusto. **Relacionamento conjugal e depressão materna.** Disponível em: < <http://www.google.com.br>>. Acesso em: 23 maio 2007.

THOMAZ, Ana Claire Pimenteira et al. **Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais.** Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2005000100016&script=sci_pdf>. Acesso em: 09 maio 2007.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

Artigo original

O ENFOQUE DA RELIGIOSIDADE ENTRE IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS EM INSTITUIÇÃO ASILAR¹

Paulo Emanuel Silva²

Izabel Cristina Lopes da Silva³

Khivia Kiss da Silva Barbosa⁴

RESUMO

O aumento da população idosa tem levado os pesquisadores a se preocuparem com o estudo dessa faixa etária da população, visto que esta tendência tem gerado inúmeras indagações. Pensando na qualidade de vida dos idosos em instituições asilares e na depressão que este internato pode vir ocasionar, pretendeu-se com esse estudo vislumbrar a religiosidade dos idosos, buscando indícios que correlacionassem com a depressão. Este estudo teve como objetivo geral: verificar a relação entre a religiosidade e a depressão em idosos em uma instituição asilar e como objetivos específicos: caracterizar a população do estudo; identificar os idosos com sintomas depressivos em uma instituição asilar, a partir da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesavage e relacionar a religiosidade com a depressão em idosos a partir do questionário Whoqol domínio VI. A amostra constituiu-se inicialmente por 25 idosas, porém devido às condições psicológicas e fisiológicas de alguma delas, nossa amostra final contou a participação de 14 idosas, no entanto após a aplicação da escala de depressão nossa amostra se reduziu a 09 idosas com sintomas depressivos. Ao se fazer o relacionamento entre as crenças religiosas como forma de vencer a depressão, percebeu-se que quanto maior o grau de comprometimento de sintomas depressivos, mais os idosos passam a ter uma descrença nos fenômenos religiosos.

Palavras-chave: Idosos. Instituições asilares. Depressão. Religiosidade.

INTRODUÇÃO

A velhice e o envelhecimento têm estado em pauta desde a Antiguidade, através de obras literárias e tratados eruditos, como por exemplo a obra *De Senectute*, de Cícero, escrita há cerca de 2000 anos. No entanto, foi somente no século atual que vimos a emergência e a consolidação do estudo sistemático do envelhecimento, através da Gerontologia (GOLDSTEIN, 1999). Neri (1997) destaca que houve uma intensificação nos esforços de pesquisa na área do envelhecimento, ao mesmo tempo em que a sociedade passou a interessar-se cada vez mais por encontrar soluções para os problemas individuais e coletivos emergentes nas áreas de saúde, educação e seguridade social.

No que tange ao Brasil, algumas projeções sugerem que no ano 2025 haverá no país cerca de 34 milhões de habitantes com mais de 60 anos de idade. Esse dado é extremamente significativo, uma vez que em 1991, havia apenas 10 milhões de brasileiros incluídos nesta faixa etária. Vale ressaltar que esse enorme aumento na população de idosos está trazendo desafios importantes para o sistema de saúde, no sentido de especializar os profissionais,

¹ Artigo retirado de monografia defendida e aprovada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - Paraíba.

² Enfermeiro. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde – UFPB. Mestrando em Ciências das Religiões – UFPB. Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE – João Pessoa-Paraíba. Emails: pauejp@hotmail.com; paulo@facene.com.br.

³ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa – Paraíba.

⁴ Enfermeira. Mestre em enfermagem em Saúde Pública pela UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE e professora da UNIPÊ, João Pessoa – Paraíba.

assim como aumentar o seu contingente para atender à demanda crescente dessa população (PROJETO..., 2007).

No entanto, embora a maioria da população idosa seja independente e resida na comunidade, uma minoria precisa contar com o apoio de instituições residenciais de longa permanência, popularmente conhecidas como asilos. Essa minoria é constituída de idosos muito desvalidos, acumulando problemas sociais e médicos. A palavra asilo vem do grego *ásylos* e do latim *asylu*, significando casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres desamparadas, como: mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos (GORZONI; PIRES, 2006).

O Decreto 148/96 define como modalidade asilar a instituição que atende em regime de internato, ao idoso, sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (FREIRE JUNIOR, 2006). É importante destacar, de acordo com o que argumenta Born e Boechat (2002), que um asilo deveria ter uma dupla missão: ser um lar e ao mesmo tempo uma casa especializada, como parte de um sistema continuado de cuidados.

Os idosos se sentem sós e excluídos e o início dessa exclusão se dá graças ao abandono de suas famílias. Herédia *et al.* (2004) afirmam que sendo as famílias parte constituinte da sociedade, como consequência os idosos que são por elas abandonados também o são da sociedade, fato que ocorre geralmente aos 65 anos.

De acordo com Oliveira; Gomes; Oliveira (2007) atualmente, a idade avançada é descrita como desprovida de força, incapaz de prazer, solitária e repleta de amargura. No passado, certas sociedades garantiam ao idoso o poder, a honra e o respeito, entretanto, na sociedade moderna, consumista e imediatista, os idosos são encarados como um peso social, sempre recebendo benefício e nada oferecendo em troca. Os valores da juventude predominam como os de beleza, de energia e de ativismo.

Talvez esse "peso social" leve as famílias a colocarem seus idosos em instituições, para diminuir a carga de respon-

sabilidades diárias. Tais fatos podem explicar, em parte, a alta prevalência de depressão observada em idosos que as instituições asilares abrigam.

Para Herédia *et al.* (2004) o processo de internação numa instituição de longa permanência pode representar muito mais do que simplesmente mudança de um ambiente físico, o asilo representa para o idoso uma necessidade de se estabelecer relações com um novo ambiente, ajustar-se a um novo lar, bem como pode desencadear sensações de abandono, ansiedade e medo, pela possibilidade de passar os últimos dias de vida em um lugar estranho, em meio a desconhecidos.

Diante do exposto é que surgiu o seguinte questionamento: As crenças religiosas ajudam aos idosos a superarem a depressão? Portanto, para atender às divagações empíricas apontadas, traçamos os seguintes objetivos:

Geral: verificar a relação entre a religiosidade e a depressão em idosos em instituição asilar.

Específicos:

- caracterizar a população do estudo;
- identificar os idosos com sintomas depressivos em uma instituição asilar, a partir da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesavage;
- relacionar a religiosidade com a depressão em idosos a partir do questionário Whoqol domínio VI.

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo exploratório, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, foi realizado na Casa da Divina Misericórdia, localizada no Município de João Pessoa. A referida instituição é mantida através de pessoas que colaboram voluntariamente, girando em torno de 14, entre elas alguns comerciantes do município. Com relação ao quadro de funcionários remunerados, a instituição conta com 12, sendo 4 técnicas de enfermagem, 2 homens de apoio, que realizam serviços diversos, 2 cozinheiras e 2 auxiliares de cozinha e 2 lavadeiras. Vale salientar que os idosos dessa instituição são todos do sexo

feminino. Outro fator que merece menção é que elas recebem apoio religioso através de missa celebrada semanalmente.

A população foi composta por todas as idosas que estavam na instituição, tendo um total de 25 idosas. Já a amostra foi configurada por 14 idosas a partir dos seguintes critérios de seleção: estar em condição de responder ao questionário, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, levando-se em consideração que as participante analfabetas colocassem sua digital no local apropriado, sendo acompanhada da assinatura de uma pessoa responsável.

A amostra com este número de participantes, ou seja, 14 idosas, justifica-se pelo fato de que 11 delas não estavam em condições físicas e ou psicológicas para responder aos instrumentos de coleta de dados.

Para atendermos aos objetivos propostos utilizamos três questionários, sendo um para caracterizar a população do estudo; outro para identificar as idosas com sintomas depressivos, para o qual fizemos uso da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesavage (LAKHDARI, 2007) versão curta recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) contendo 15 questões, adaptadas às idosas participantes e reduzidas a 14 questões.

Para relacionar as crenças religiosas à depressão utilizamos parte do questionário WHOQOL, que trata-se de um questionário da OMS que mede a qualidade de vida dos indivíduos.

Segundo o grupo WHOQOL (1997), o reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento de investigação baseada em 6 domínios: I- domínio físico, II- domínio psicológico, III- nível de independência, IV- relações sociais, V- meio-ambiente e VI- espiritualidade/religião/crenças pessoais. Para viabilizar os objetivos utilizamos o domínio VI desse instrumento.

Torna-se necessário frisar que para utilizarmos apenas este domínio do instrumento entramos em contato com o grupo responsável e obtivemos aprovação para usarmos o domínio que condizia com os objetivos traçados.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), em dois momentos: no primeiro coletamos o dados referentes à caracterização da amostra e os dados referentes às idosas com sintomas depressivos, no segundo momento aplicamos o questionário com o domínio VI do instrumento de qualidade de vida do grupo WHOQOL, com as idosas identificadas com sintomas depressivos.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram agrupados e analisados de acordo com as recomendações de ambos os instrumentos, que serão explicados a seguir.

Para interpretar as respostas obtidas a partir da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesave (LAKHDARI, 2007), recomenda-se que se conte 1 ponto para cada resposta negativa ou depressiva, de acordo com o somatório dos pontos deve-se considerar que obtendo-se de 0 a 5 pontos, o exame é considerado normal, de 05 a 10 pontos há indícios de quadro de depressivo leve, e acima de 11 pontos, é provável depressão severa.

No nosso estudo abordamos as idosas que obtiveram pontuação acima de 05 pontos para a segunda parte do nosso estudo, que foi relacionar as crenças religiosas à depressão.

No que se refere à análise do questionário Whoqol, o mesmo recomenda que a pontuação dos escores deverá ser realizada utilizando o programa estatístico SPSS com a sintaxe do whoqol-bref, no entanto, como utilizamos apenas um domínio deste questionário, realizamos estatística simples para obtermos os percentuais das respostas colhidas. Logo após, fizemos um cruzamento dos dados, relacionando as crenças pessoais com as idosas que apresentaram sintomas depressivos.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os pressupostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Seguimos também os pressupostos da Resolução 311/2007 (COFEN, 2007).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Conhecendo as idosas através de elementos para sua caracterização

Das 25 participantes na etapa inicial,

com relação a faixa etária, a idade variou entre 56 e 102 anos de idade, sendo que 36% (09) das entrevistadas estavam na faixa etária entre 56 e 81 anos de idade; 8% (02) tinham 82 anos; 8% (02) 84 anos; 8% (02) 85 anos; 16% (04) 86 anos; 8% (02) 92 anos e 16% (04) entre 93 e 102 anos de idade.

Esses dados mostram a existência de uma grande variedade na faixa etária das idosas na instituição, existindo tanto "idosas jovens" representada pela faixa etária entre 65 e 85 anos, quanto "idosas muito idosas" que são aquelas que estão com idade acima de 85 anos.

O termo idosos jovens, e idosos muito idosos se deve a OMS, que segundo Soutomaior (2007), elevou a idade para se classificar o idoso de 65 para 75 anos de idade, levando-se em consideração o aumento progressivo da longevidade e da expectativa da vida.

Para Chaimowicz e Greco (2007) deve-se considerar que nos países subdesenvolvidos há fatores determinantes que desencadeiam um envelhecimento funcional mais veloz que o envelhecimento cronológico, a exemplo da qualidade de vida, onde estão incluídos, alimentação, moradia, entre outros.

O gráfico 1, representa a caracterização das idosas que não puderam compor a amostra de nosso estudo. De acordo com o mesmo, podemos destacar que 24% (06) delas são pessoas desorientadas no tempo e no espaço, portanto, sem condições de responder ao questionário, ou seja, são idosas apáticas ou com demência, enquanto 16% (04) têm problemas auditivos e 4% (01) são inconscientes, sendo estas restritas ao

leito, não respondendo a estímulos, quer verbais, quer ao toque. Neste sentido, elas foram excluídas de nossa amostra por não atenderem aos requisitos necessários para o estudo proposto.

A partir desta etapa estão incluídas as idosas que estavam em condições de responder aos questionários. Como configura o gráfico 2, das 14 idosas entrevistadas, observa-se que 72% (10) delas são solteiras, 7% (01) são casadas e 21% (03) são viúvas. De acordo com essa estatística, as idosas, em sua maioria, são solteiras, seguindo, em um menor percentual, as viúvas e por último as casadas.

De acordo com Chaimowicz e Greco (2007), as mulheres tornam-se viúvas mais cedo, apresentam maior dificuldade para casar ou para o recasamento após separação ou viuvez, fato que talvez explique a institucionalização dessas mulheres.

No quesito "grau de instrução", constatou-se que 57,1% (08) das entrevistadas eram analfabetas; 35,7% (05) possuem ensino médio incompleto e 7,2% (01) possuíam ensino superior completo. O percentual que aponta que 7,2% da amostra possuíam ensino superior completo representa uma exceção, já que na maioria das instituições asilares o grupo populacional possuem pouca ou nenhuma escolarização.

Segundo Rejane *et al.* (2007) o analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade, principalmente com relação à

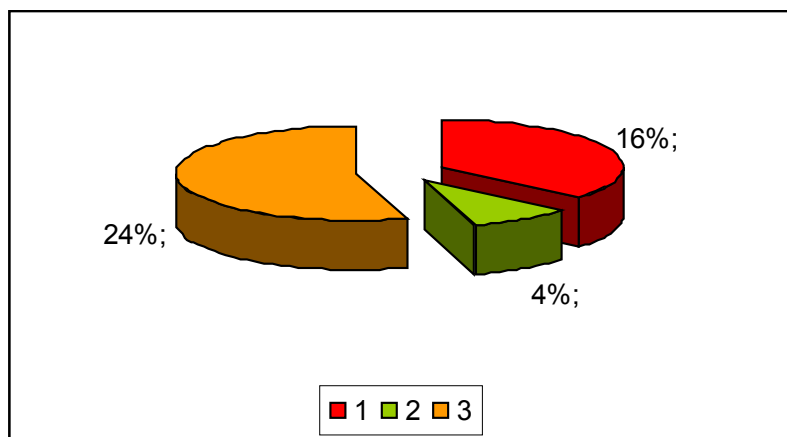


Gráfico 1 – Distribuição das idosas que não participaram do estudo - João Pessoa-PB, 2007.

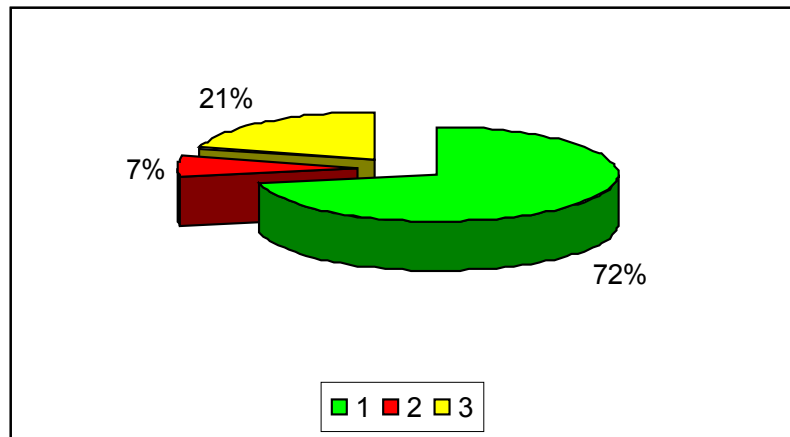


Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o estado civil - João Pessoa-PB, 2007.

mulher.

No que se refere à “renda mensal”, 100% da amostra, ou seja, todas as participantes do estudo recebem até um salário mínimo. Fazendo uma releitura quanto ao “grau de instrução” das participantes do estudo, podemos observar que estas, em sua maioria, são analfabetas ou possuem ensino médio incompleto, fato que talvez explique a renda mensal da amostra, considerada baixa, ficando essas pessoas enquadradas em uma situação socioeconômica aquém no que diz respeito a uma melhor qualidade de vida.

Avaliação da depressão geriátrica de acordo com a escala de Sheikh e Yesavage, 1986 – Versão curta

De acordo com as recomendações de Lakhdari (2007), a interpretação desta escala geriátrica deverá contar 1 ponto para cada resposta negativa ou depressiva, neste

sentido a pontuação das respostas deverá ser distribuída da seguinte forma:

- ✓ De 0 a 05 pontos: considera-se o exame normal.
- ✓ De 05 a 10 pontos: indícios de quadro depressivo leve.
- ✓ Acima de 11 pontos: provável depressão severa.

De acordo com o gráfico 3, levando-se em consideração os valores obtidos e respeitado as regras para pontuação da escala, podemos observar que 50% (07) da amostra do estudo apresentaram um quadro depressivo leve, enquanto que 35,7% (05) apresentaram um exame normal e 14,3% (02) apresentaram um provável quadro de depressão severa, o que representou um total de 09 idosas com sintomas depressivos.

Segundo Hargreaves (2006), a prevalência da depressão no idoso varia de 7 a 36% em pacientes ambulatoriais, podendo alcançar 40% dos idosos institucionalizados. Entretanto, de acordo com o autor,

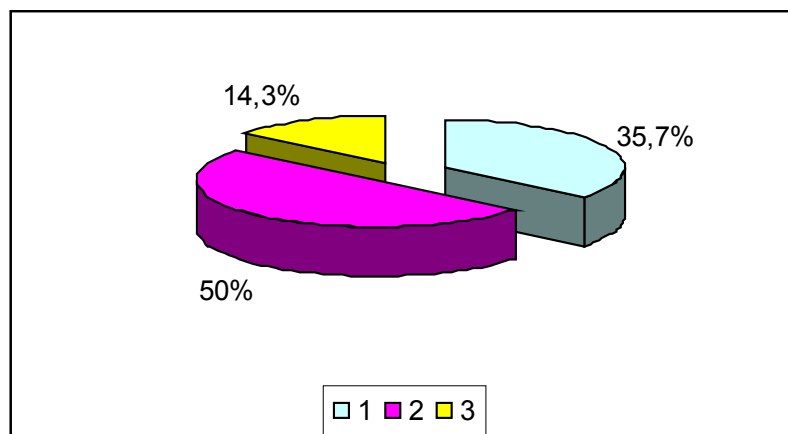


Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a avaliação da depressão geriátrica de acordo com a escala de Sheikh e Yesavage, 1986 – Versão curta.

devemos considerar que a depressão, está associada a alguns fatores de risco para que ela se desencadeie, a exemplo de uma maior prevalência entre indivíduos que não possuem relações interpessoais íntimas ou são divorciados ou viúvos.

No entanto, é importante destacar que na fase considerada idosa, existem dois fatores considerados importantes, quando se percebe que o idoso está com sintomas depressivos:

a) os fatores cerebrais orgânicos podem ter significado etiológico. A depressão de início tardio está associada a imagens que sugerem lesão vascular em estudos com ressonância magnética, fato que levou alguns autores a proporem o termo "depressão vascular"; **b)** existe uma forte relação entre doença orgânica, medicações usadas e incapacidade funcional com quadros de depressão no idoso, a exemplo do acidente vascular cerebral (AVC), que está fortemente relacionado à depressão, sendo considerado por alguns autores fator de pior prognóstico nesses pacientes, ocorrendo em cerca de um terço dos pacientes com AVC (HARGREAVES, 2006, p. 546).

Na visão de Guimarães e Cunha (2004), os distúrbios de memória frequentemente acompanham a depressão, mas são reversíveis com tratamentos antidepressivos adequados. Somando-se à qualidade de vida, e terapias alternativas não medicamentosas.

A religiosidade vencendo a depressão

A população do estudo vive um período bastante peculiar de suas vidas, marcado por uma estada em um ambiente institucional, levando-os a reaprenderem um novo jeito de viver, em uma fase que ao longo de suas vidas acumularam vários "saberes", o que nos leva a pensar que o ser humano está sempre aprendendo todos os dias de suas vidas. Vale ressaltar que nessa etapa do estudo, nossa amostra contou com a participação de 09 idosas, após identificadas aquelas que apresentavam

sintomas depressivos.

Questionário whoqol, como avaliar?

De acordo com o questionário whoqol, os participantes do estudo devem circular o número que melhor representa a resposta, acerca do seu sentimento sobre as questões contidas no questionário. O referido questionário possui uma numeração de 01 a 05, como mostra o quadro 1.

Resposta	Números
Nada	1
Muito pouco	2
Mais ou menos	3
Bastante	4
Extremamente	5

Quadro 1: Respostas do questionário whoqol domínio VI (grupo whoqol, 1994).

Para uma melhor compreensão dos dados apresentados nesta etapa do estudo, fizemos um cruzamento simples dos dados obtidos na avaliação da escala de depressão com os dados obtidos no questionário whoqol, sendo este cruzamento representado em tabelas que serão descritas após cada gráfico como consta a seguir:

Relacionando a depressão com as crenças pessoais das idosas

Caracterização da amostra segundo as suas crenças pessoais

De acordo com a configuração do gráfico 4, podemos destacar que a maioria das idosas acredita que suas crenças pessoais dão bastante sentido a sua vida, representado por 66,7% (06) das participantes, enquanto 22,2% (02) acham que suas crenças dão um certo sentido a sua vida, quando respondem "mais ou menos" e 11,1% (01) acham que suas crenças dão "muito pouco" sentido.

No cruzamento dos dados do gráfico 3 com o gráfico 4, de acordo com a tabela 1, mostra que as participantes do estudo que apresentaram um quadro leve de depressão, responderam que suas crenças pessoais dão "bastante sentido" as suas vidas, enquanto que as participantes que estão com um provável quadro de depressão severa, responderam que suas crenças pessoais

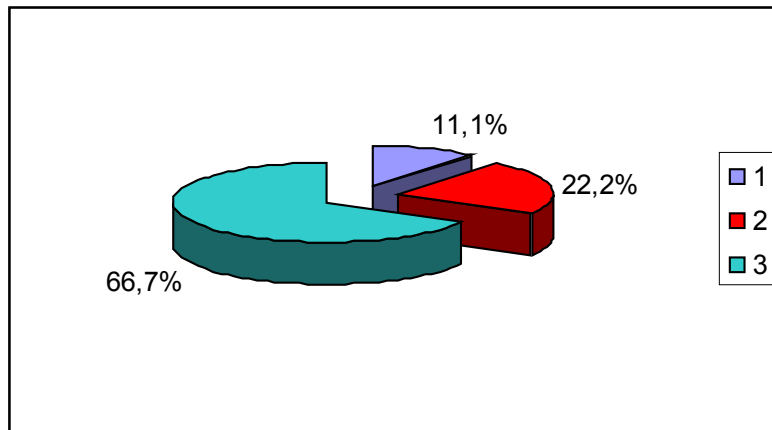


Gráfico 4– Distribuição da amostra quando indagadas: Suas crenças pessoais dão sentido a sua vida? - João Pessoa – PB, 2007.

lhes dão "mais ou menos" ou "muito pouco" sentido as suas vidas.

O gráfico 5, demonstra que 22,3% (02) das participantes acham que suas vidas em "nada" têm sentido, enquanto que 11,1% (01) acham que sua vida tem "muito pouco" sentido, no entanto 33,3% (03) das participantes responderam que suas vidas têm "mais ou menos" sentido e 33,3% (03) responderam que suas vidas têm "bastante" sentido.

Os resultados da Tabela 2 mostram que as idosas que responderam que suas

vidas têm "bastante" sentido, e aquelas que responderam que sua vida tem um sentido "mais ou menos", de acordo com o questionário, estão inseridas em um quadro leve de depressão quando cruzados os dados do gráfico 3 (escala de depressão) com os dados do gráfico 5 (sentido da vida), entretanto, as idosas que responderam que suas vidas têm "muito pouco", ou não tem sentido algum, estão em quadro de provável depressão severa.

Quando questionadas sobre em

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 4	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Bastante	06	66,7%
Provável depressão severa	02	14,3%	Mais ou menos	02	22,2%
Exame normal	05	35,7%	Muito pouco	01	11,1%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 1: Cruzamento dos dados Gráfico 3 (escala de depressão) x Gráfico 4 (crenças pessoais)

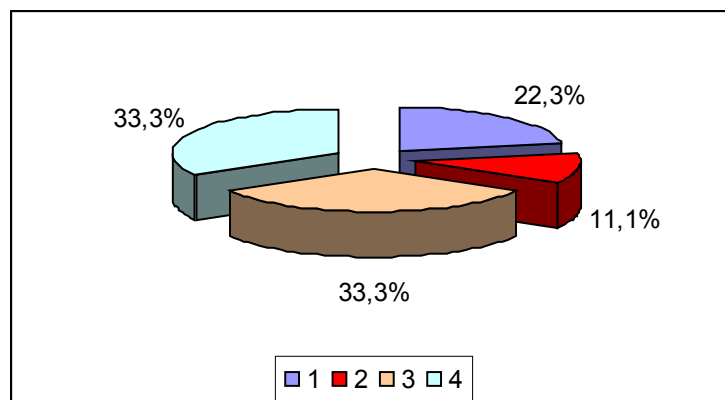


Gráfico 5– Distribuição da amostra quando indagadas: Em que medida você acha que sua vida tem sentido? - João Pessoa – PB, 2007.

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 5	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Bastante	06	33,3%
Provável depressão severa	02	14,3%	Mais ou menos	03	33,3%
Exame normal	05	35,7%	Muito pouco	01	11,1%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 2: Cruzamento dos dados Gráfico 3(escala de depressão) x Gráfico 5 (sentido da vida).

que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades, 11,1% (01) responderam que suas crenças são extremamente importantes nesse sentido, e 33,3% (03) acham que suas crenças lhes dão bastante força, no entanto, 22,3% (02) responderam mais ou menos e 33,3% (03) responderam muito pouco.

De acordo com Santana e Santos (2007), a busca pela religiosidade se acrescenta na velhice, não por medo da morte, mas pela busca da alegria interior, um sentido inexplicável de conforto, do sentir-se bem consigo mesmo, de ajudar na compreensão da continuidade da vida, mesmo sem o vigor físico e suas plenas capacidades sociais e econômicas, essa alegria conseguiu mesmo supera todas as

perdas e desencontros do envelhecer, este é o seu segredo.

Após cruzamento dos dados, a Tabela 3 revela que as idosas que estão em um quadro de depressão leve, responderam que suas crenças pessoais lhes são "extremamente" ou "bastante" importantes, enquanto que as idosas que estão com um quadro de provável depressão severa responderam que suas crenças lhes dão "mais ou menos" ou "muito pouca" força para enfrentar as dificuldades.

O gráfico 7, representa como as crenças ajudam a entender as dificuldades da vida, onde podemos observar que 11,1%(01) acham que essas crenças dão "muito pouca" ajuda, 33,3% (03) acham

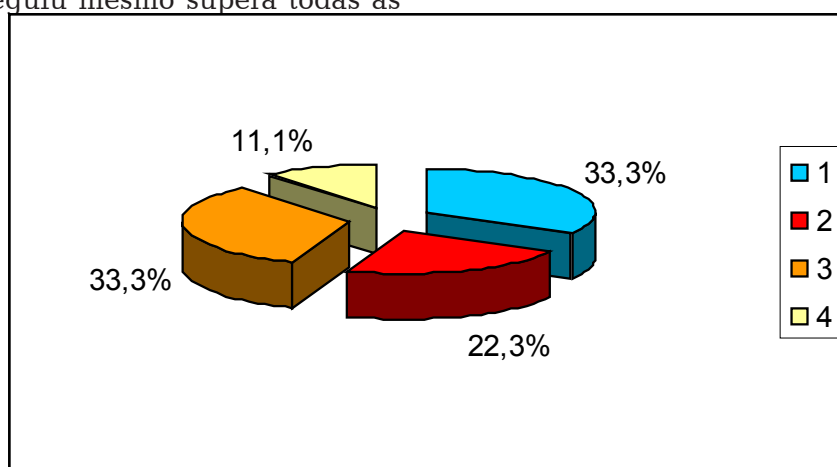


Gráfico 6– Distribuição da amostra quando indagadas: Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades? - João Pessoa – PB, 2007.

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 6	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Extremamente	01	11,1%
Provável depressão severa	02	14,3%	Bastante	03	33,3%
Exame normal	05	35,7%	Mais ou menos	02	22,3%
			Muito pouco	03	33,3%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 3: Cruzamento dos dados Gráfico 3 (escala de depressão) x Gráfico 6 (crenças pessoais e força para enfrentar dificuldades).

que suas crenças dão uma certa ajuda quando responderam "mais ou menos" e 55,6% (05) acham que suas crenças são "bastante" pertinentes no sentido de ajuda para entender as dificuldades da vida.

Este cruzamento de dados nos revela, de acordo com a tabela 4, que as idosas que responderam entre "bastante" e "mais ou menos", estão com um quadro de depressão leve, enquanto que as idosas que responderam "muito pouco", estão com um provável quadro de depressão severa, embora 01 das participantes, apesar de ter respondido que suas crenças ajudam "bastante" a entender as dificuldades da vida encontra-se com um escore elevado na escala de depressão.

As crenças religiosas como fonte de renascimento

Como podemos observar a partir da análise dos dados, de uma maneira geral, quanto mais as idosas se apresentam com

o grau de sintomas depressivos profundos, menos as crenças pessoais lhes ajudam. Fato comprovado nos gráficos e no cruzamento deles com a escala de depressão geriátrica que serviu de instrumento para identificação dos sintomas depressivos.

Neste enfoque, podemos inferir que a religiosidade das idosas que fizeram parte da amostra deste estudo, está fortemente atrelada, no sentido de suas percepções, e no modo de encarar os sentimentos que as levam a assumirem atitudes que as auxiliem a enfrentar momento de solidão, que por sua vez podem levá-las à depressão. Diante disso, achamos relevante diferenciarmos religião de religiosidade, no sentido da etimologia da palavra, para percebermos a dicotomia destas duas palavras que, apesar de estarem intrinsecamente ligadas, podem possuir conotações diferentes.

A religiosidade, segundo Santos (2002), pode ser tratada como fundamentalmente o modo como o cristianismo se encarnou nas várias culturas e grupos étnicos, e é profundamente vivido e se

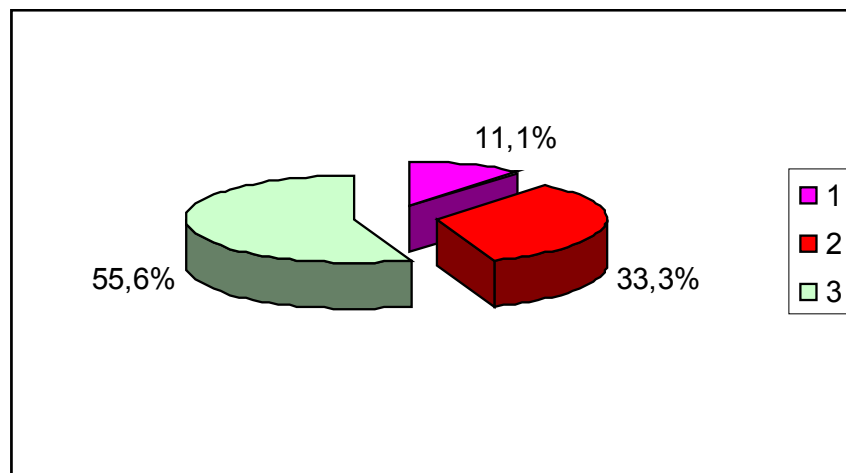


Gráfico 7- Distribuição da amostra quando indagadas: As suas crenças lhe ajudam a entender as dificuldades da vida? - João Pessoa - PB, 2007.

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 7	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Bastante	05	55,6%
Provável depressão severa	02	14,3%	Mais ou menos	03	33,3%
Exame normal	05	35,7%	Muito pouco	01	11,1%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 4: Cruzamento dos dados Gráfico 3 (escala de depressão) x Gráfico 7 (crenças pessoais ajudando a entender as dificuldades).

manifesta no povo. Sendo que esta religiosidade popular manifesta-se no sentido de Deus e da sua providência, na proteção de Nossa Senhora e dos Santos, e na atitude fundamental diante da vida e da morte, derivando as devoções, ou seja, rosário, novenas, peregrinações, celebrações sacramentais etc.

Ferreira (1999) define religiosidade a partir da etimologia da palavra que deriva do latim *religiositate*, significando "qualidade de religioso; disposição ou tendência para a religião ou as coisas sagradas; escrúpulos religiosos". Religião pode ser definida como "uma forma concreta, visível e social, de relacionamento pessoal e comunitário com Deus" (SCHLESSINGER; PORTO, 1982).

Em se tratando da etimologia da palavra, o termo religião vem do latim *religio*, significando:

Fidelidade ao dever, lealdade, consciência do dever, escrúpulo religioso, obrigação religiosa, culto religioso, práticas religiosas, religião, que Cícero (106-43 a.C.) liga o verbo latim *releges*, 'retomar o que tinha sido abandonado, tornar a revestir, reler', enquanto que os autores tardios como Lactâncio (260 e 325 d.C.) e Santo Agostinho (354-430 d.C.) derivam do latim *religáre* 'ligar, apertar, atar'. Nos estudos étimos, há que o *lrim religio* muitas vezes significa o mesmo que o latim *obligatio* 'ação de prender-se, de se ligar, de tornar a si uma obrigação' (ENCICLOPÉDIA..., 1980).

Schlessinger; Porto (1992), corroboram com esta afirmação, quando dizem que religião tem sentido de tornar a unir (re-ligare) e de trazer de novo à mente, pressupondo algo que, em algum momento, já esteve unido, e hoje não está mais, algo que está além dos homens, que o transcende e ao mesmo tempo está nele. Já Ferreira (1999), define religião como "crença na existência de uma força ou forças sobrenaturais, considerada(s) como criadora(s) do Universo, e que como tal deve(m) ser adorada(s) e obedecida(s)" ou ainda como "a manifestação de tal crença por meio de doutrina e ritual próprios, que envolvem, em geral, preceitos éticos".

Diante essas considerações, podemos inferir que a religião exerce papel

importante na vida dos seres humanos, fazendo-os se sentirem confortados por uma força superior que lhes dão sentido para viver neste plano espiritual, e justamente em momentos de "crises" psicológicas, das quais podemos incluir a depressão, essa pode ser uma válvula de escape, para onde poderão ser redirecionadas todas as suas angústias.

É importante destacar, de acordo com Schlessinger e Porto (1983), que não há po-vo, por mais primitivo que seja, sem religião, e ainda que, considerando a religião com sua estrutura e objetivo, descubrem-se alguns elementos que são próprios das religiões, como: mitos, ritos, elementos de filosofia natural, dogmas e artigos de fé, moral, meditação, oração e mística, dependendo da composição, esses elementos podem variar de religião para religião.

Considerando a importância das religiões no cotidiano das pessoas, e sua diversidade, com suas tradições e elementos próprios, seria necessário uma abordagem hermenêutica sobre cada uma delas, no entanto, faremos uma abordagem, mesmo que sumária, acerca da religião católica, pelo fato de a instituição asilar pesquisada ser uma instituição de cunho eminentemente católico.

A religião católica como elemento que define comportamentos

Como argumenta Schlessinger e Porto (1982 *apud* SANTOS, 2002), a religião católica "é um complexo de crenças em verdades reveladas, de doutrinas, de normas e de concretização das crenças e normas em comportamentos, abrange ainda os meios sensíveis e concretos de que os fieis se servem em suas diversas manifestações de vida religiosa".

De acordo com Filoramo (2005), o conceito católico "aparece pela primeira vez com Ignácio, bispo de Antioquia, um autor cristão do século II d.C. (morto entre 107 e 117), que o usa para referir-se de forma ampla à Igreja instituída por Jesus Cristo". No entanto, ao longo dos séculos, segundo o autor, o termo foi sendo empregado para indicar a 'fé correta' ou ortodoxa, e ainda que depois da Reforma Protestante, o conceito foi utilizado de maneira confessional para

separar as igrejas que surgiram com a Reforma, daquelas que se remetem à Igreja Apostólica Romana, sendo que elas reconhecem no papa o sucessor do apóstolo Pedro (considerado o fundador da Igreja Católica) e seu chefe universal. Como modelo organizacional, podemos destacar que a igreja católica é:

Uma organização do tipo hierárquico, a unidade básica é constituída por uma paróquia (que compreende um vilarejo ou uma região da cidade); as paróquias, por sua vez, são agrupadas em dioceses sob os cuidados de um bispo. A catedral, considerada a igreja principal da diocese e sede do bispo, é governada por um 'cabido' de cônegos (sempre sacerdotes), chefiados por um decano, no topo da hierarquia está o papa (FILORAMO, 2005).

Santos (2002) afirma que o uso da palavra católico aplica-se ao cristão aderente à Igreja Católica, regida por Cristo através do Sumo Pontífice e dos bispos que se unem a ele pelos vínculos da profissão de fé. Em se tratando do termo cristão, podemos nos remeter a sua origem, que deriva do cristianismo.

Filoramo (2005) afirma que o termo cristianismo pode ser entendido como o conjunto de igrejas, comunidades, seitas e grupos, assim como de idéias e concepções, que se referem às palavras daquele que costuma ser reconhecido como o fundador dessa religião: Jesus de Nazaré.

O autor destaca que, ainda que exista uma grande variedade histórica de crenças e práticas, o cristianismo manteve como elemento comum a profissão de fé em Jesus, filho do único Deus Senhor e Criador, encarnado, morto e ressuscitado, o messias (daí o termo messianismo) prometido e como tal "cristo", isto é, "ungido" pelo Senhor (origem do nome cristão com o qual logo foram denominados seus seguidores).

Assim o cristianismo é, junto com outras religiões como o islamismo ou o budismo, uma religião historicamente fundada, não apenas no sentido de ter um início em um dado momento da história, mas também no sentido de que sua origem pode ser remetida à ação de um fundador.

Santos (2002) acredita que é possível distinguir no catolicismo uma dupla dimensão "uma vertical, no sentido do que

há nele de revelação e comunicação com o divino, e outra horizontal, onde se abrigam o humano e o cultural, estas dimensões se tocam em vários pontos e formam um todo".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida evidenciado pela evolução dos últimos anos requer mais atenção por parte de toda a população, neste interim estão envolvidos os profissionais de saúde e a sociedade de forma geral. Notamos, através deste estudo, que o aumento na expectativa de vida trouxe conseqüências tanto para os idosos propriamente ditos, principalmente quando são internados em instituições asilares, quanto para a sociedade que passa a ser responsável na manutenção e na promoção da saúde do ser idoso. No ambiente asilar percebe-se que os idosos se sentem sozinhos, isolados, abandonados por seus familiares, levando a alguns deles a apresentarem sintomas depressivos.

No enfoque dos idosos em instituições asilares que foi a "pedra filosofal" para a construção deste estudo, tivemos a pretensão de relacionar a questão da religiosidade com os idosos que apresentavam sintomas depressivos. Na nossa investigação pudemos observar que quanto maior o grau de comprometimento de sintomas depressivos, mais os idosos passam a ter uma descrença nos fenômenos religiosos, no entanto, podemos inferir que a religiosidade, tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos idosos que estavam na instituição pesquisada.

Chegamos a essa afirmação a partir das respostas quanto às crenças pessoais, já que as idosas que apresentaram quadro de depressão leve acham que suas crenças pessoais dão sentido a sua vida, ajudam-lhes a enfrentar as dificuldades da vida, dão-lhes força para enfrentar e entender essas dificuldades. Nesse sentido, consideramos que a presente investigação contribuiu para uma ampliação da perspectiva de compreensão do idoso, possibilitando uma outra abordagem no sentido de investigar ou realizar novos estudos envolvendo o ser que envelhece.

Este conhecimento certamente contribuirá para o cuidado de enfermagem na

saúde do idoso quando a(o) enfermeira(o) compreende que os elementos do imaginário dos idosos fazem parte da relação de ajuda enfermeira - idoso em busca da aceitação da velhice, o que promoverá o bem-estar desse cliente. Como sabemos, o cuidado do ser humano deve ser enfatizado em uma visão holística, neste sentido, deixamos como sugestão que o olhar para as questões religiosas, no tocante ao idoso institucionalizado, deverá fazer parte do ensino de enfermagem da graduação para que o aluno seja capaz de compreender o envelhecer além das modificações fisiológicas, psicológicas e sociais.

REFERÊNCIAS

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 2000.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r311.htm>>. Acesso em 14 out. 2007.

THE FOCUS FROM DEVOTION AMONG AGED WITH DEPRESSION SYMPTOMS INSTITUTION GIVE ASYLUM

ABSTRACT

The upswing from population aged tem impish the surveytakers the if we'll worry with the I study of that age group from population, since tendency has been generating innumerable inquiries. Wondering on quality of life from the aged institutions give asylum on depression what boarding school can you come cause, she pretended if with this survey catch a glimpse the devotion from the aged, picking indications what correlation with the depression. Study had I eat objective across the board: verify the relation among the devotion the depression aged an institution give asylum eat objectives specific: feature the population of the study; identify the aged with depression symptoms em an institution give asylum, the part from she climbs of old depression of Sheikh & Yesavage relate the devotion with the depression aged within the questionnaire Whoqol domain I saw. The sample initially for 25 aged , but due conditions psychological and physiological of a few their, our pattern end fable the participation of 14 aged, however after the application from she climbs of depression our pattern if reduces the 09 aged with depression symptoms. The if act a part the relationship among the beliefs religious person I eat form of win the depression, she sensed what regarding major the rate of implicated symptoms, but the aged they undergo the have only one faithlessness on the phenomena religious.

key words: Aged. Institutions give asylum. Depression. Devotion.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5. out. 1999. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em 07 out. 2007.

ENCICLOPÉDIA Mirador Internacional. **Encyclopedia Britânica do Brasil**. São Paulo: Editoras Publicações, 1980.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio eletrônico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FILORAMO, G. **Monoteísmos e dualismos: as religiões de salvação**. São Paulo: Hedra, 2005.

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U.G. de V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

GOLDSTEIN, L. L. A Produção Científica Brasileira na Área da Gerontologia (1975-1999). **Rev. online Bibli**. Profº Joel Martins v. 1. 1999.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Rev. Psiq. Clin**. v. 33, n. 1, 2006.

HARGREAVES, L. H. H. **Geriatrics**. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2006.

HERÉDIA, V. B. M. et al. Institucionalização dos idosos: identidade e realidade. In: CORTELLETTI, A. et al. **Idoso asilado, um estudo gerontológico**. Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucs, 2004.

FREIRE JUNIOR, R.C.. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: Uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev. Brasileira de Geriatria/Gerontologia**, v. 9, n. 1, 2006.

LAKHDARI, S. Escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yasavage. In: **DEPRESSÃO no idoso**. Disponível em: <www.ciape.org/matdidatico/sabri/depressão_no_idoso.ppt> Acesso em: 13 mai. 2007.

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento: uma área emergente**. São Paulo: Papyrus, 1997.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 0, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Abr 2007.

PORJETO lar dos idosos. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/laridoso/intodu.htm> Acesso em 09 jun. 2007.

REJANE, M. B. D. et al. Estudo com idosos de instituições asilares do município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio/jun. 2004. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em 07 out. 2007.

REZENDE, J. M. de. Disponível em: <http://www.usuários.cultura.com.br/jmrezende/idoso.htm> Acesso em 09 jun. 2007.

SANTANA, Rosimere Ferreira; SANTOS, Iraci dos - **TRANSCENDER COM A NATUREZA: a espiritualidade para os idosos**. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 148 - 158, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br> Acesso em 25 out. 2007.

SANTOS, F. de A.A. dos. **A religião e o idoso: um estudo com idosos que vivenciam o fraternismo na ordem franciscana secular no município de João Pessoa/PB**. 2002. Monografia (Especialização). João Pessoa, 2002.

SCHLESSINGER, H. PORTO, H. **A religião ontem e hoje**. São Paulo: Edições Paulinas, 1992.

_____. **Crenças, seitas e símbolos religiosos**. São Paulo: Edições Paulinas, 1993.

SOUTOMAIOR. **Velhice não é sinônimo de doença.** Disponível em <<http://www.saudevidaonline.com.br/artigo95.htm>> acesso em 17 abr. 2007.

WHOQOL. Desenvolvimento do WHOQOL 100 (1994). Disponível em: <www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Acesso em: 11 jun. 2007.

Artigo original

DIABETES MELLITUS: CONHECIMENTOS DE PORTADORES¹

Giceli Cristina Silva Souza²
Rosa Rita da Conceição Marques³

RESUMO

O diabetes mellitus é um distúrbio crônico, de etiologia múltipla, caracterizadas pela hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. Ela é de alta prevalência e elevada taxa de mortalidade no mundo, afetando populações de vários países, independentemente de seu estágio de desenvolvimento. Esta pesquisa tem como objetivo verificar conhecimento dos portadores de diabetes mellitus. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa, na qual foi realizada em dois centros municipais de diabetes no município de João Pessoa – PB. A amostra foi constituída por dez portadores de diabetes mellitus. A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2007. As questões relacionadas ao conhecimento dos portadores acerca do diabetes mellitus foram analisadas pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Nos dados coletados percebeu-se que em relação ao conhecimento da população entrevistada, a maioria sabia o que era diabetes, embora de maneira simples, e que eles têm uma noção básica sobre as possíveis complicações do diabetes caso ela não seja controlada. Este estudo terá como contribuição parâmetro na educação do paciente diabético, o que requer por parte do mesmo cuidados adequados ao longo de sua vida, para prevenir as possíveis complicações crônicas comuns, para que esse paciente possa ter uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes. Conhecimentos. Portadores.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença universal, tão antiga quanto a própria humanidade. Tornou-se, com o passar do tempo, um dos maiores problemas de saúde pública, podendo comprometer seriamente a qualidade de vida das pessoas por ele afetadas. A importância dada a esta doença tem como fatores condicionantes o número crescente de portadores, morte prematura, incapacitação e os custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações.

É um grupo de doenças metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada com a disfunção, dano e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos e sistema cardiovascular (MANCINI; MEDEIROS, 2005).

O diabetes mellitus é considerado um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular e para outras complicações macro e microvasculares. Cerca de 50% dos pacientes com 10 anos de diabetes e de 60 a 80% com mais de 15 anos da doença têm retinopatia; cerca de 30 a 40% dos pacientes desenvolverão nefropatia num período entre 10 a 30 anos após o início da doença e no tipo 2, chega até 40% dos que apresentarão nefropatia após 20 anos da doença instalada.

¹ Artigo retirado de monografia de conclusão de curso defendida e aprovada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - Paraíba.

² Enfermeira. Discente do Curso de Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência Hospitalar e Pré-Hospitalar – João Pessoa - Paraíba. E-mail: gicelicristina@msn.com

³ Mestre em Saúde Pública. Professora Adjunta da UFPB (Aposentada). Professora, orientadora da Facene/Famene e coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa dessas instituições. Endereço profissional: R. Artífice Pedro marcos de Souza, 12, Valentina Figueiredo. Cep: 58064-000. João Pessoa-Paraíba. E-mail: rosa.rita@hotmail.com

A cardiopatia isquêmica ocorre em 7,5% dos homens diabéticos e em 13,5% das mulheres diabéticas entre 45 a 64 anos de idade. Doença cerebrovascular ocorre em 4,8% nos pacientes entre 45 e 64 anos e em 12,7 entre os de 65 a 74 anos. Doença vascular periférica ocorre em 8% dos diabéticos tipo 2, no momento do diagnóstico e em 45% após 20 anos da doença instalada.

De modo geral 40% dos pacientes apresentam alguma forma de neuropatia diabética no tipo 2, 8 a 12% aparece no tempo do diagnóstico e 50 a 60% após 25 anos de duração da doença. E pé diabético é responsável por 50 a 70% das amputações não-traumáticas e concorre para 50% das internações hospitalares (BRASIL, 2001).

O diabetes mellitus afeta cerca de 15 milhões de pessoas, das quais 5 milhões não têm diagnóstico. Nos EUA, de acordo com estatísticas recentes, 650.000 casos novos de diabetes são diagnosticados a cada ano. Lá o diabetes é a principal causa de novas cegueiras entre pessoas de 25 a 74 anos e também é a terceira causa de morte por doença, em grande parte por causa da elevada taxa de cardiopatia coronariana (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, mostra que estatísticas brasileiras apontam que o percentual estimado de incidência das doenças na população adulta é de 22% para hipertensão e 8% para diabetes. E mostra que, dos cerca de 2 milhões de cadastrados, 73% apresentam hipertensão; 23% têm diabetes e hipertensão associados e 4% somente diabetes; 6% dos cadastrados sofreram infarto agudo no miocárdio e 6% sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC); 9% sofreram outras coronariopatias, e outros 7%, doenças renais (BRASIL, 2006).

Segundo o Núcleo de Doenças Crônico-Degenerativas da Secretaria do Estado da Paraíba (os dados mais recentes sobre os portadores de diabetes mellitus são de 2005), há 134.568 casos, sendo que 2.147 são os acometidos com menos de 29 anos, 96.442 de 30 a 69 anos e 35.979 os de 70 anos acima.

No ano de 2003 houve 826 óbitos e no ano de 2004 854, quanto à internação hospitalar foi de 1926 em 2003 e 1872 em 2004. O índice de amputações de pés foi de 37, 104 de pernas e 219 de coxas. Até maio de 2006, no município de João Pessoa, foram

registrados 1982 casos de diabetes e 10.606 de diabéticos com hipertensão (PARAÍBA, 2006).

Esses dados estatísticos não só traçam o quadro fiel da realidade do diabetes no nosso país, como também deve servir como alerta, pois esta doença não é uma simples enfermidade.

É de grande importância a discussão deste tema para a enfermagem, áreas afins e para os próprios portadores de diabetes mellitus. O interesse em discutir sobre o diabetes mellitus surgiu durante a vivência com 3 casos de diabetes na minha família e também pela alta incidência de complicações dessa patologia.

A convivência com parentes portadores de diabetes mellitus me estimula a cada dia buscar ainda mais o conhecimento científico sobre essa patologia. Por isso, optei em pesquisar o tema, partindo das seguintes questões norteadoras: que conhecimento têm os portadores de diabetes mellitus frente às complicações agudas e crônicas mais comuns nessa doença? E se essas complicações atrapalham seu cotidiano e o seu estilo de vida.

Nesse contexto, espera-se que este estudo possa contribuir na educação do paciente diabético, o que requer por parte do mesmo cuidados adequados ao longo de sua vida, para prevenir as possíveis complicações crônicas comuns, para que esse paciente possa ter uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, os objetivos da presente pesquisa são identificar o conhecimento acerca dos sinais, sintomas, complicações e implicações dessa doença.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa realizada em centros de referência em diabetes e hipertensão no município de João Pessoa – PB.

Nesta pesquisa, a população foi constituída por portadores de diabetes mellitus assistidos nos referidos centros. A amostra foi constituída por dez portadores. Para a seleção da amostra, foram elaborados os seguintes critérios: ser cadastrado na instituição e ser portador de diabetes mellitus a mais de 5 anos; estar

na faixa etária entre 20 e 69 anos; aceitar voluntariamente participar do estudo; concordar em participar da pesquisa através da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário contendo questões voltadas para o conhecimento dos portadores sobre a sua patologia, como: sinais e sintomas, complicações, conduta terapêutica e outras observações necessárias de importância para o tema em questão.

A coleta de dados foi realizada, nos meses de janeiro e fevereiro de 2007, em dias úteis, nos turnos manhã e tarde, que foi realizada das seguintes formas: o primeiro consistiu de um contato prévio com cada paciente, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Houve um cuidado prévio por parte da pesquisadora de realizá-las em ambiente privado, calmo, tranquilo, sem interferências que prejudicassem a coleta de dados.

As questões relacionadas ao conhecimento dos portadores sobre diabetes mellitus foram analisadas pelo método qualitativo. Para essa análise foi empregada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste nas seguintes etapas: seleção das expressões-chave de cada discurso particular, onde essas expressões revelaram a essência do contato discursivo; identificação da idéia central de cada expressão chave, onde essa idéia foi separada em idéias centrais semelhantes e complementares; reunião das expressões-chave referentes às idéias semelhantes e complementares, em um discurso síntese,

que foi o DSC.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, no art. II, dos aspectos éticos, que trata do envolvimento com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conhecimentos de portadores de diabetes mellitus

Os dados relacionados ao conhecimento dos portadores de diabetes mellitus sobre sua doença estão apresentados em quadros e em gráficos e discutidos à luz da literatura.

Quanto ao conhecimento dos portadores sobre o diabetes mellitus, o Quadro 1 evidencia três idéias centrais: (1) "é uma doença grave e crônica", (2) "causa da doença", e (3) "conseqüências da doença".

Analisando as três idéias centrais, percebe-se que no DSC, o conhecimento dos entrevistados sobre o que é o diabetes mellitus, de um modo geral, os entrevistados têm, pelo menos, uma noção do que seja, por uma forma bem simples, ou seja, é uma doença grave e crônica, que não tem cura, causada por falta de insulina no corpo, que se adquire comendo muito doce e que, como conseqüência, pode até chegar à mutilação de membros.

O conhecimento dos entrevistados mostrou ser insuficiente para evitar com-

Idéia Central 1 É uma doença grave e só crônica crônica, problema horrível	Discurso do sujeito coletivo "[...] doença grave que não tem cura, que se toma muito remédio, mas pra quebrar o galho, porque na verdade não tem cura" "[...]doença crônica" "[...] é um tipo de C A" "[...] doença braba."
Idéia Central 2 Causa da doença comendo muito doce "[...] a causa	Discurso do sujeito coletivo "[...] causa pela falta de insulina no organismo" "[...] causa é açúcar no sangue."
Idéia Central 3 Conseqüências da doença	Discurso do sujeito coletivo "[...] se não tiver controle da taxa, a pessoa pode morrer" "[...] chega a levar à mutilação dos membros" "[...] ataca os rins."

plicações agudas e crônicas. Para Oliveira (2006) é de grande importância a participação de uma equipe multidisciplinar como agente educador de saúde para os pacientes portadores dessa enfermidade, pois a falta de conhecimento leva o paciente a não conduzir o esquema terapêutico de forma adequada e conseqüentemente torna-se difícil impedir o aparecimento das complicações.

Como os entrevistados descobriram que estavam com diabetes mellitus, o Quadro 2 evidencia duas idéias centrais: (1) "sinais e sintomas aparentes", e (2) "exames de rotina".

Analisando as duas idéias centrais, percebe-se que no DSC, os entrevistados descobriram que estavam com diabetes mellitus pelo fato de já estarem com algumas manifestações clínicas, como: ferimento com difícil cicatrização, polidipsia, poliúria, ganho de peso e visão embaçada. Já a outra parte dos entrevistados descobriu por meios de exames de rotina.

Os meios de diagnósticos em que os portadores descobriram que estavam com diabetes mellitus, condizem com que o Ministério da Saúde tem como critérios diagnósticos, que são resumidos em critérios clínicos e laboratoriais, dos quais já foram relatados na revisão de literatura. Os critérios clínicos, são: poliúria, polidipsia,

polifagia ou perda de peso inexplicada; e os critérios laboratoriais, são: glicemia casual > 200mg/dl ou glicemia em jejum > 126mg/dl ou teste oral de tolerância à glicose > 200mg/dl (BRASIL, 2006).

Quanto ao conhecimento dos portadores sobre quais as complicações que podem surgir, se o diabetes não for controlado, o Quadro 3 evidencia uma idéia central: "as complicações do diabetes são muito perigosas e graves".

Analisando essa idéia central, percebe-se que no DSC os entrevistados têm uma noção básica sobre as possíveis complicações do diabetes caso ele não seja controlado, no qual, segundo o Ministério da Saúde, podem ser agudas ou crônicas; os sinais e sintomas das complicações agudas estão expressas, como: visão borrada, tontura, desmaio, cansaço físico, poliúria, polidipsia e infecção urinária. Já em relação às complicações crônicas, estão o IAM, impotência sexual, acidente vascular cerebral, entre outros (BRASIL, 2006).

Quanto aos sinais e sintomas que os portadores apresentam relacionados ao diabetes mellitus, o Quadro 4 evidencia uma idéia central: "sinais e sintomas do diabetes".

Analisando essa idéia central, percebe-se que no DSC, os sinais e sintomas

Idéia Central I Sinais e sintomas aparentes estava em 650mg/dl."	Discurso do sujeito coletivo "[...] começou um ferimento no pé que não sarava" "[...] perdi muito peso, a vista estava ficando embaçada, urinava muito e tinha muita sede" "[...] tive um AVC, foi feito todos os exames e a diabetes
Idéia Central 2 Exames de rotina ele	Discurso do sujeito coletivo "[...] eu fui ao médico porque estava muito gorda, aí pedi para que solicitasse todos os exames e a taxa da diabetes deu 384mg/dl" "[...] quando fui doar sangue" "[...] resolvi fazer voluntariamente os exames."

Quadro 2 - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: como o(a) senhor(a) descobriu que estava com diabetes?

Idéia Central I As complicações do diabetes são muito perigosos e graves	Discurso do sujeito coletivo "[...] pode perder qualquer membro, fica com menos prazer sexual, câimbras, cansaço físico, são perigosas" "[...] cegueira, parada cardíaca, problemas de circulação, insuficiência renal, são graves" "[...] a pessoa desmaia, dar agonia, pressão alta" "[...] enfarte do miocárdio, AVC, trombose" "[...] muitas coisas, urina muito, tem muita sede, boca seca, dormência nas pernas e nas mãos, infecção urinária" "[...] são graves levando a pessoa até mesmo à morte."
--	---

Idéia Central I	Discurso do sujeito coletivo
Sinais e sintomas do diabetes quando vermelhidão causa "[...]" hipoglicemia	"[...] a visão fica embaçada, dá irritação nos olhos, câimbras nas pernas, fadiga, cansaço físico" "[...] urino bastante, tomo muita água, me corto, passa uns dias pra cicatrizar" "[...] insônia, dor e nos olhos, indisposição, sem forças nas pernas e nas mãos, por da dormência as coisas caem de mão, me corto com facilidade" coceira no corpo, boca seca" "[...] quando eu estou com tenho dor de cabeça, tontura, mal estar geral e tremores."

Quadro 4 - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo quanto ao questionamento: Quais os sinais e sintomas que o(a) senhor(a) mais apresenta relacionado ao diabetes?

relacionados a sua doença estão condizentes com os sinais e sintomas com que refere a literatura, Segundo Antczak *et al.* (2005), os sinais e sintomas mais característicos dessa doença são poliúria e polidipsia, devido à alta osmolalidade sérica, causada pelos níveis elevados de glicose; polifagia, é devido ao esgotamento de reservas celulares de carboidrato, gordura e proteína; perda de peso de até 30% no diabetes tipo 1, devido ao compro-metimento ou pela ausência de função da insulina; cefaléia, fadiga, letargia, nível reduzido de energia devido ao baixos níveis intracelulares de glicose.

O gráfico 1 apresenta a opinião dos entrevistados quanto às complicações que já apresentam ou apresentaram como conseqüência do diabetes mellitus e verificou-se que todos, 100% (10), relataram ter apresentado a retinopatia diabética como complicação; 80% (8) relataram a hipertensão arterial e colesterol elevados; 70% (7) a hiperglicemia e triglicérides elevados; 60% (6) hipoglicemia, furunculose e neuropatia diabética; 30% (3) cardiopatia e

pé diabético e 20% AVC e infecção urinária.

Segundo o Ministério da Saúde, as complicações do diabetes mellitus podem ser agudas ou crônicas. As principais agudas são: hipoglicemia, cetoacidose diabética e coma hiperosmolar. Já as complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações na microcirculação, na macrocirculação e neuropáticas (BRASIL, 2002).

Para Oliveira (2006), faz-se necessário que o indivíduo portador de diabetes mellitus realize acompanhamento sistemático, no sentido de detectar e tratar precocemente quaisquer complicações, já que elas começam a desencadear com o aumento da duração da doença.

O que mudou na vida do portador com relação à família, profissão e amigos a partir do diagnóstico de diabetes mellitus, o Quadro 5 evidencia três idéias centrais: (1) "apoio e controle da alimentação", (2) "não tenho mais condições de trabalhar", (3) "cuidado e apoio".

Analisando as três idéias centrais percebe-se que no DSC os portadores entrevistados afirmam que no que diz

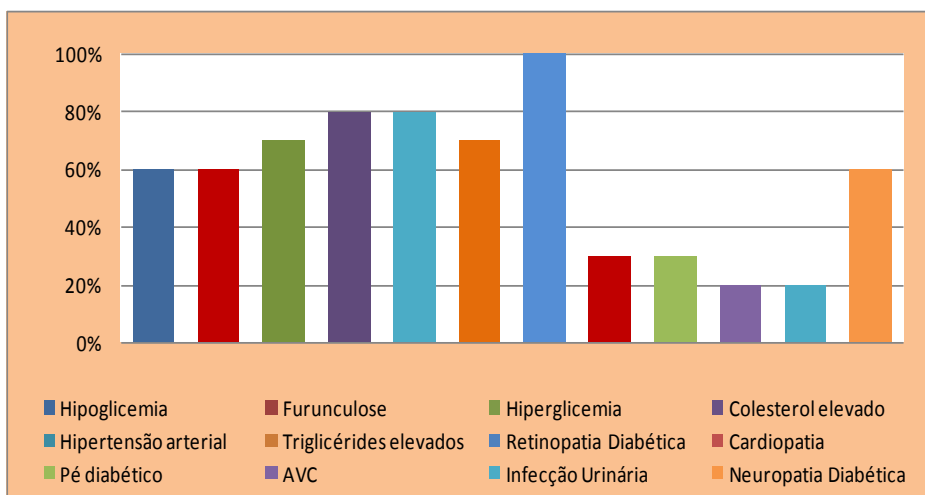


Gráfico 1 - Distribuição dos portadores de diabetes mellitus pesquisados, de acordo com o questionamento: O(A) senhor(a) já apresentou ou apresenta alguns problemas comuns em diabetes?

Fonte: Levantamento obtido nos centros de referência em diabetes e hipertensão. João Pessoa, 2007.

<p>Idéia Central 1</p> <p>Apoio e controle da alimentação muito</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo</p> <p>"[...] me sinto bem, a minha família tem o maior cuidado" "[...] ficam só controlando minha alimentação" "[...] minha família fica no pé, principalmente meus filhos e irmãs, para que eu não coma coisas doces."</p>
<p>Idéia Central 2</p> <p>Não tenho mais condições de trabalhar a vista já não deixa mais" "[...]</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo</p> <p>"[...] estou aposentada, mas se precisasse trabalhar não conseguiria" "[...] hoje, já sinto diferença, não consigo costurar como eu costurava, a falta de força nas maos nao deixa" "[...] Quando tenho dormência nos membros, tomo a medicação e descanso um pouco."</p>
<p>Idéia Central 3</p> <p>Cuidado e apoio o</p>	<p>Discurso do sujeito coletivo</p> <p>"[...] continuam os mesmos cuidados, não tem discriminação, pelo</p>

contrário, me ajudam me vigiando e me orientando quanto às possíveis complicações futuras" "[...] eles me dar apoio e torce muito pelo meu

respeito à família e aos amigos, não teve mudança nenhuma e sim o cuidado aumentou ainda mais é o refere à idéia central 1 e 3 "me sinto bem, a minha família tem o maior cuidado [...]" e "eles me dão apoio e torcem muito pelo meu bem-estar [...]". Quanto à profissão, já houve algumas mudanças, ou seja, limitações físicas devido às complicações desencadeadas como refere a idéia central 2, "hoje, já sinto diferença, não consigo costurar como eu costurava, a vista já não deixa mais [...]".

Para Deniz (2002), a pessoa diabética poderá levar uma vida normal, integrada à sociedade, e para isso terá de ser acompanhada e orientada, mantendo assim seu autocuidado. A pessoa portadora de diabetes sempre em seu estado de descompensação, somado às complicações degenerativas da doença, torna-se improdutivo, sofrida, revoltada e inútil, passando ao mesmo tempo a ser um peso para a família. Deve-se contribuir para que o portador de diabetes mellitus conheça bem sua doença e mantenha as melhores condições possíveis de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliando o conhecimento dos entrevistados, constatou-se que a maioria sabia o que era diabetes, embora de maneira

simples, e que eles têm uma noção básica sobre as possíveis complicações do diabetes caso ele não seja controlado.

Atualmente, o diabetes mellitus se constitui como um dos principais problemas de saúde em todos os níveis, sem distinção de sexo, raça e condições socioeconômicas. Ele atinge índices alarmantes e preocupantes. Para que o portador de diabetes mellitus possa ter uma assistência adequada, o Ministério da Saúde criou centros de referências, dotados de uma equipe multidisciplinar capacitada no acompanhamento, a partir do diagnóstico, dando suporte e apoio emocional, tanto para o paciente quanto para a família do portador.

É preciso instruir esse paciente, em linhas gerais e em linguagem compreensível para ele, sobre a fisiopatologia da doença, a causa e seu significado dos seus sintomas, além dos riscos a que está sujeito. Neste estudo foi possível contribuir na educação do paciente diabético, o que requer por parte do mesmo cuidados adequados ao longo de sua vida, para prevenir as possíveis complicações crônicas comuns, para que esse paciente possa ter uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANTCZAK, S. E. *et al.* **Fisiopatologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 196, de 10 de outubro 1996**

– Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e**

DIABETES MELLITUS: KNOWLEDGE OF CARRIERS

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic riot of multiple etiology, characterized by hyperglycemia due to defects in the secretion and / or the action of insulin. She is a high prevalence and high rate of mortality worldwide, affecting populations of many countries, irrespective of their stage of development. This research aims to verify knowledge of individuals with diabetes mellitus. This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach, which was performed in two local centers of diabetes, in the city of Joao Pessoa - PB. The sample was constituted by ten carriers of diabetes mellitus. The data collection was realized in the months of January and February 2007. The issues to the attention of the people about diabetes mellitus had been analyzed by the technique of Speech of Collective Subject (DSC). The data collected realized that the knowledge of the people interviewed, most knew what it was diabetes but in a simple manner and that they have a basic concept about the possible complications of diabetes in case is not be controlled. This study will have input parameter in the diabetic patient education, which calls for part of it, appropriate care throughout their lives, to prevent the possible common chronic complications, so that this patient may have a better quality of life.

Key-word: Diabetes. Knowledge. Carriers.

Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília, 2001. (Caderno de Atenção Básica).

_____. **Plano de reorganização da atenção básica à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).

DENIZ, M. I. C. Educação para o auto cuidado do paciente diabético. In: BRAGA, W. dos R. C. (Ed.). **Enciclopédia da Saúde: diabetes mellitus**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. v. 3.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso de sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MANCINI, M. C.; MEDEIROS, M. M. A.. Como diagnosticar e tratar diabetes mellitus. **Jornal Brasileiro de Medicina**, São Paulo, abr. 2005. v 62. n 4.

OLIVEIRA, R. C. **Diabetes mellitus tipo 2 e o seu impacto para o estilo de vida dos portadores**. 2006. 98f. Monografia (Graduação em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, 2006.

PARAÍBA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde do Estado. Núcleo de Doenças Crônicas Degenerativas. **Dados estatísticos**. João Pessoa, 2006.

SMELTER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico**

cirúrgica. 9. ed, Rio de Janeiro: Guanabara
Koogan, 2002. v. 2.

Artigo original

ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NA CIDADE DE SOUSA - PB

Sandra Maria de Medeiros Nóbrega¹

Maria do Livramento Ferreira Lima²

Arcângela Xavier de Medeiros³

RESUMO

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública, uma vez que pode se tornar fator decisivo para o desenvolvimento de cardiopatias e comprometimento cerebral. O presente estudo é voltado para a adesão de pacientes hipertensos ao tratamento na cidade de Sousa – PB, visando descobrir se os pacientes inseridos na rede básica de saúde aderem ao tratamento prescrito, bem como investigar os fatores associados à não-adesão do mesmo. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família, Jardim Sorrilândia IV, localizado à Rua João Malvino Filho, nº 50 em Sousa - PB. Nesta pesquisa, de caráter qualitativo, os dados foram coletados através de uma entrevista estruturada por meio de questionário, elaborado com perguntas objetivas não indutivas. Após a coleta dos dados, os resultados foram resumidos em gráficos e tabelas, com uma análise dos dados. Participaram do estudo 100 pacientes hipertensos da referida unidade cadastrada no programa Hiperdia. Os resultados deste estudo revelaram que, da população hipertensa, 66% são mulheres; 20% da população apresentam idade superior a 70 anos; 79% são casados. Com relação à renda per capita, esta varia de 1 a 3 salários. A população revelou conhecer o perigo da hipertensão, porém, não conhece os fatores de risco para o agravamento da doença. Os pacientes hipertensos aderem ao medicamento prescrito, mas não o realizam de forma adequada e os mesmos são fortes candidatos a doenças cardiovasculares segundo o IMC e RCQ.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Adesão ao Tratamento. Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

Estatísticas demonstram que a hipertensão arterial acomete de 10 a 40% ou mais da população, conforme faixa etária, sendo considerada de alta morbidade e mortalidade, mas com grande potencial preventivo (TARGA, 2006).

O conhecimento da distribuição da hipertensão arterial na população e a identificação de grupos vulneráveis são de interesse da saúde pública, uma vez que a pressão alta está diretamente implicada a complicações cardíacas, resultando num quadro de morbimortalidade significativa nas sociedades de todo o mundo.

O presente estudo contribui para a identificação real da adesão de pacientes hipertensos ao tratamento atendidos na rede básica de saúde, visto que o Ministério da Saúde preconiza e disponibiliza o tratamento medicamentoso e este é entregue nas Unidades de Saúde, porém são imaturos os estudos que revelem se o paciente está aderindo coerentemente ao tratamento. É preciso desenvolver a percepção da consciência dos hipertensos como ser portador de um problema de saúde que solicita cuidados e descobrir: os pacientes hipertensos inseridos na rede básica aderem ao tratamento prescrito e o realizam adequadamente?

Desse modo, o interesse pela temática surgiu durante um contato com os pacien-

¹ Enfermeira formada pelas Faculdades Integradas de Patos/FIP - Paraíba. Endereço: Rua Augusto dos Anjos, 70, Bairro Bancários, Sousa-Paraíba. Tel: (83) 88150876. E-mail: sm_dalila@hotmail.com.

² Doutora em Biologia de Fungos. Professora do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-Paraíba.

³ Enfermeira formada pelas Faculdades Integradas de Patos/FIP. Paraíba.

tes hipertensos na rede básica de saúde, uma vez que a elaboração pelo referido estudo oferece embasamento científico e conhecimento acerca da adesão de pacientes hipertensos atendidos no PSF; contribui para a realização de intervenções de enfermagem coerentes e eficazes para a adesão terapêutica; dissemina ações educativas para os profissionais de saúde e portadores da hipertensão a adotarem comportamentos necessários ao tratamento.

OBJETIVOS

Geral

Investigar os fatores associados à não-adesão de pacientes hipertensos ao tratamento na Unidade de Saúde da Família Jardim Sorrilândia IV, no Município de Sousa - PB.

Específicos

- Analisar o nível de conhecimento do paciente hipertenso sobre a doença e adesão ao tratamento.
- Identificar, junto ao usuário, o conhecimento sobre medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial na atenção básica.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Jardim Sorrilândia IV, localizada na Cidade de Sousa, Estado da Paraíba, Brasil. Realizou-se um estudo descritivo de caráter qualitativo, utilizando-se entrevista estruturada, através de questionário elaborado previamente com perguntas objetivas, não indutivas, para investigar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

O projeto do estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UFCG, na Paraíba, sendo aprovado sem restrição em 29 de fevereiro 2008, de acordo com o parecer constante do processo número nº 72/2008. O paciente era informado sobre o estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a obtenção do consentimento, com a assinatura do Termo, era então realizada a entrevista e os demais procedimentos do estudo.

A Unidade de Saúde possui 320 pacientes hipertensos cadastrados, que foram convidados a participar do estudo, sendo que 100 deram seu consentimento. A escolha dos pacientes foi feita considerando como critério principal os pacientes hipertensos cadastrados no Hiperdia, considerando o registro mensal da busca do medicamento na Unidade de Saúde. As entrevistas foram realizadas uma única vez, no contato com o paciente ao buscar o medicamento, em local reservado.

O Hiperdia, um dos programas prioritários do Ministério da Saúde, é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e aos *diabetes mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (TARGA, 2006, p. 142).

Todas as entrevistas foram realizadas no período de julho de 2007 a março de 2008, na própria Unidade de Saúde, sendo conduzida pelas entrevistadoras. O questionário estruturado e padronizado foi desenvolvido pelas autoras, com a sua aplicação, obtiveram-se variáveis demográficas, sociais e clínicas dos pacientes.

RESULTADOS

Dentre os hipertensos pesquisados, 66% são do sexo feminino e 34% do sexo masculino.

A incidência de hipertensão desencadeante no sexo feminino pode estar relacionada ao próprio gênero, supondo-se que as expectativas de vida influenciam para o desenvolvimento da doença. Assim, o aumento da pressão arterial no gênero feminino é um fator bastante preocupante, não desprezando a importância clínica da patologia a qualquer sexo, raça, idade, dentre outros, pelo fato hipotético das mulheres terem maior abertura com relação à aceitação de informações que venham ao encontro de valores desejáveis de pressão, decorrentes do controle dos fatores de riscos.

É cabível informar que estudos realizados acerca da hipertensão arterial constataram uma maior prevalência na

Tabela 1– Distribuição da amostra relacionada com a idade.

Característica Idade	Frequência (n =)	Porcentagem (%)
20 a 30	4	4%
31 a 40	4	4%
41 a 50	14	14%
51 a 60	24	24%
61 a 70	30	30%
71 a 80	20	20%
81 a 90	4	4%
Total	100	100

população do sexo feminino (VIEBIG *et al.*, 2006; MARCOPITO *et al.*, 2005; RENOVARO e DANTAS, 2005).

De acordo com a idade dos hipertensos pesquisados, a Tabela 1 evidencia que 30 % das pessoas pesquisadas encontram-se na faixa etária de 61 a 70 anos e 4% se encontram ou na faixa etária de 20 a 40 anos ou entre 81 a 90 anos.

A hipertensão arterial é uma doença que acomete aproximadamente 20% da população adulta jovem e mais da metade dos idosos no mundo, prevalecendo conforme os grupos étnicos e sociais. Há estimativas de que em 2025 7% de toda a população brasileira será composto de idosos hipertensos, o que significa 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos apresentando pressão alta (MONTEIRO, 2005; IV DIRETRIZES..., 2002).

Conforme o estado civil, 74% dos hipertensos entrevistados são casados e 3% são separados. Em estudo desenvolvido por Anderson *et al.* (1998). a grande maioria dos idosos entrevistados, cerca de 68%, não tem vínculo conjugal: são viúvos (41,9%), solteiros (14%), separados ou divorciados (11,8%). O percentual restante é de casados (41,9%). Logo, concluíram que o fato de morar sozinho não significa um problema em si, já que pode ser uma opção, porém, é considerada uma situação de risco pela Organização Mundial da Saúde, tendo em vista a possibilidade de perda da autonomia e inadequado suporte familiar.

Logo, percebe-se que família parece ser outro aspecto importante na vida dos hipertensos idosos. Por conseguinte, o contexto social formado pela família pode ser particularmente significativo para a

etiologia da saúde (HUGHES ; WAITE, 2002 *apud* ALVES, 2004).

Com relação à cor da pele, 50% dos hipertensos pesquisados referem que sua cor é branca e 13% afirmam ser negros. Assim, há uma convergência entre o estudo realizado com a literatura pertinente, visto que os indivíduos de cor branca predominam em relação aos negros.

Observa-se, segundo a IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), que nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionada a fatores étnicos e/ou socioeconômicos, predominando no país, a miscigenação, que pode diferir dos negros quanto às características da hipertensão.

Analisando os dados da Tabela 2, percebe-se que 39% dos pacientes pesquisados são analfabetos, convergindo com 3% dos pesquisados que têm superior incompleto. Com relação à renda per capita, 83% possuem renda entre 1 e 3 salários.

A análise do nível de escolaridade e da renda per capita corrobora como elemento de fator de risco para a hipertensão arterial, uma vez que o maior grau de escolaridade resulta em pessoas esclarecidas a qualquer problemática. Quanto ao fator salarial, este também é de bastante relevância, uma vez que pessoas com maior poder aquisitivo dispõem de equipe multi-profissional, disponibilidade de exames e tratamentos, a que vem somar na melhoria da hipertensão.

Corroborando com o exposto, Brasil (2001) afirma que as características do hipertenso como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devem

Tabela 2 - Distribuição da amostra relacionada com as características socioeconômica.

Característica	Frequência (n =)	Porcentagem (%)
Escolaridade		
Analfabeto	39	39%
Primário incompleto	24	24%
Primário completo	20	20%
Ginásio incompleto	8	8%
Ginásio completo	3	3%
Superior incompleto	3	3%
Superior completo	3	3%
Total	100	100%
Renda per capital	(n =)	(%)
Menor que um salário	14	14%
Entre 1 e 3 salários	83	83%
Entre 4 e 6 salários	0	0%
Acima de 6 salários	3	3%
Total	100	100

ser consideradas, bem como a baixa situação socioeconômica pode limitar o acesso ao tratamento e aquisição dos medicamentos.

Com relação ao baixo poder aquisitivo, este fator não só dificulta a sobrevivência dos entrevistados, como também aumenta suas preocupações e a dificuldade de acesso aos medicamentos antihipertensivos (SANTOS e LIMA, 2005).

É cabível relatar que em estudos desenvolvidos sobre hipertensão, a maioria dos pacientes não soube definir o que é pressão alta ou a definiu como algo relacionado a problemas no sangue; a cardiopatias; a nervosismo e a alterações vasculares (PÉRES, MAGNA e VIANA, 2003; GUIMARÃES e RIBAS 2006).

De acordo com a Tabela 3, os pacientes hipertensos puderam expressar o seu conhecimento acerca da pressão arterial, como é realizado o tratamento e se faz uso da medicação.

Assim, uma parcela significativa (94%) verifica a sua pressão continuamente, o que os torna conhecedores da evolução da sua pressão arterial. Por conseguinte, 51% revelaram ter pressões geralmente normal, que seria para estes, valores pressóricos entre 140 a 90 mmHg; 8% enfatizam que sua pressão é variada, ou seja, o paciente apresenta picos de pressão alta com intervalo de pressão normal. Com relação

se os pacientes já trataram hipertensão, 1% referiu que não e não usar medicação por estar, no ato da entrevista, em início de tratamento e os 99% estão tratando e faz uso de medicação.

Vários hipertensos, segundo a enfermeira responsável pelo Programa, garantem estar seguindo adequadamente o tratamento, apesar de permanecerem sem controle pressórico, serem resistentes a realizar as orientações prestadas ou ainda referirem não usar regularmente a medicação. Em contrapartida, os medicamentos anti-hipertensivos reduzem a pressão arterial (PA) e a mortalidade relacionada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), porém, em poucos casos o uso do medicamento é feito de maneira correta, o que é um problema inerente ao tratamento de condições crônicas e assintomáticas, sendo um dos motivos da baixa efetividade do tratamento medicamentoso da HAS (GUIMARÃES e RIBAS, 2006).

O Gráfico 1 demonstra que 44% dos pacientes tomam medicação uma vez ao dia e 4% 3 vezes ao dia.

Pode-se inferir que a maior porcentagem de hipertensos toma a medicação uma vez ao dia, podendo ser considerado fator favorável para adesão ao tratamento farmacológico, visto que a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002)

Tabela 3 – Distribuição da amostra relacionada com o conhecimento sobre a hipertensão arterial, tratamento e medicação.

Entrevista	Frequência	Porcentagem
Mede sempre a pressão?	(n =)	(%)
Sim	94	94%
Não	6	6%
Total	100	100%
Qual o nível?	(n =)	(%)
Normal	51	51%
Alta	41	41%
Não lembra	0	0%
Variada	8	8%
Total	100	100%
A pressão fica mais alta?	(n =)	(%)
Manhã	32	32%
Tarde	34	34%
Não sabe	26	6%
Variada	8	8%
Total	100	100%
Variável tratamento	Frequência	Porcentagem
Já tratou hipertensão?	(n =)	(%)
Sim	0	0%
Não	1	1%
Não lembra	0	0%
Está tratando	99	99%
Não trata mais	0	0%
Já tratei	0	0%
Total	100	100%
Variável medicação	Frequência	Porcentagem
Usa medicação	(n =)	(%)
Sim	99	99%
Não	1	1%
Total	100	100%

relata que o objetivo do tratamento medicamentoso é reduzir a morbimortalidade cardiovascular decorrente da HAS, porém, para decidir o tipo de medicamento é necessário conhecer se o mesmo é eficiente e bem tolerado, dar prioridade a medicamentos com posologia de dose única diária e, se necessário, aumentar a dose gradativamente, instruindo o paciente sobre a doença, particularizando a necessidade do

tratamento continuado e os efeitos adversos.

De acordo com a Tabela 4, 76% dos pacientes hipertensos não ouviram falar da prevenção da HA, porém, tomam o remédio como orientado. Com relação às informações disseminadas pelos profissionais de saúde, 64% relatam que estas não são suficientes, e 90% relatam não sentir efeitos colaterais ao tomarem a medicação.

Assim, as informações sobre a hiper-

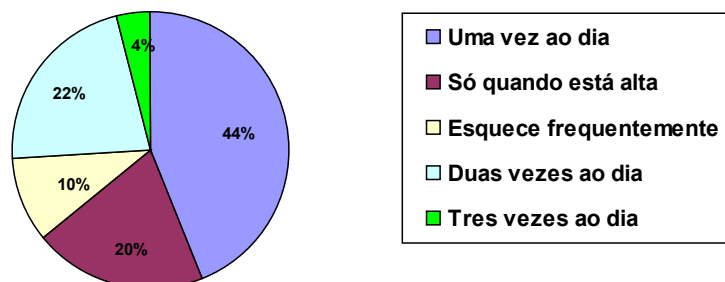


Gráfico 1 - Distribuição da amostra relacionada com o uso da medicação

Tabela 4 – Distribuição da amostra relacionada às informações sobre o uso de medicação

ITEM	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Ouviu falar da prevenção. Onde?	(n =)	(%)
Sim	24	24%
ACS	4	4%
TV	14	14%
USF	6	6%
Não	76	76%
Total	100	100%
Toma o remédio como orientado?	(n =)	(%)
Sim	76	76%
Não	24	24%
Total	100	100%
As informações dos profissionais do PSF são suficientes?	(n =)	(%)
Sim	36	36%
Não	64	64%
Total	100	100%
Sente alguma reação?	(n =)	(%)
Sim	10	10%
Não	90	90%
Total	100	100%

tensão não são disseminadas de forma efetiva. O local que deveria ser privilegiado para o processo de educação para a saúde, as Unidades de Saúde da Família, não está dedicando a devida importância, bem como os profissionais da saúde não estão divulgando informações suficientes que atendam às dúvidas dos pacientes. Apesar dos hipertensos estarem tomando a medicação, não estão realizando adequadamente o seu tratamento.

Araújo e Guimarães (2007) contribuem ao dizer que no PSF a atenção deve estar centrada na família, na qual a população adscrita está sob as responsabilidades da equipe multiprofissional. A assistência à saúde é centralizada no binômio médico-enfermeiro e se estende até o ACS, este é o elo fundamental entre o domicílio e a unidade de saúde.

Desse modo, é necessária a educação continuada para estimular a adesão ao tratamento, identificar os pacientes de riscos para não-adesão.

Como observado na Tabela 5, a seguir, 74% dos hipertensos realizam dieta

hipossódica, 95% não fazem dieta para emagrecer e 82% não fazem atividade física, sendo que 18% fazem caminhadas.

Dessa forma, os pacientes pesquisados demonstram-se sedentários, o que pode estar diretamente relacionado com o aumento da cintura e do IMC.

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), a dieta hipossódica contribui para a menor prevalência de complicações cardiovasculares, reduz a pressão arterial, bem como previne a elevação da mesma. O peso em excesso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência de hipertensão arterial podem ser explicadas por essa associação. Com relação ao exercício físico, este pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral.

De acordo com a Tabela 6, 50% dos entrevistados sabem que o *diabetes mellitus* corresponde a fator de risco para o agravamento da hipertensão; 60% reconhecem o tabagismo, 68% o etilismo, 54% não sabem que o colesterol correspon-

Tabela 5 – Distribuição da amostra relacionada aos fatores de riscos para HAS.

ITEM	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Dieta hipossódica	(n =)	(%)
Sim	74	74%
Não	4	4%
Fez mais parou	16	16%
Nunca fez	6	%
Total	100	100%
Dieta para emagrecer	(n =)	(%)
Sim	4	4%
Não	95	95%
Fez mais parou	0	0%
Nunca fez	1	1%
Total	100	100%
Atividade física	(n =)	(%)
Sim	18	18%
Caminhada	18	100%
Não	82	82%
Nunca fez	0	0%
Total	100	100%

Tabela 6 – Distribuição da amostra relacionada ao conhecimento dos hipertensos acerca de fatores de riscos pessoais para agravar a hipertensão.

ITEM	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
<i>Diabetes Mellitus</i>	(n =)	(%)
Sim	50	50%
Não	50	50%
Total	100	100%
Tabagismo	(n =)	(%)
Sim	60	60%
Não	40	40%
Total	100	100%
Etilismo	(n =)	(%)
Sim	68	68%
Não	32	32%
Total	100	100%
Colesterol	(n =)	(%)
Sim	46	46%
Não	54	54%
Total	100	100%
Sedentarismo	(n =)	(%)
Sim	41	41%
Não	59	59%
Total	100	100%
Obesidade	(n =)	(%)
Sim	41	41%
Não	59	59%
Total	100	100%

a fator de risco para a pressão alta, bem como 59% não sabem que o sedentarismo e a obesidade são fatores de risco para a hipertensão.

Passos (2006) compreende que a alta prevalência e aglomeração de fatores de riscos para DCV nos hipertensos reforçam a necessidade da abordagem integral do perfil de risco dessa população.

A hipertensão associada ao tabagismo, diabetes e dislipidemia constituem-se em importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% das mortes. Do mesmo modo, o tabagismo, associado à hipertensão, potencializa o risco das cardiopatias isquêmicas e de outras doenças cardiovasculares, enquanto sua abolição reduz esses riscos (SANTOS e LIMA, 2005).

O peso dos pacientes pesquisados mostra-se bastante variável, 25% da amostra apresenta peso entre 81 a 90kg. Com relação à altura, 35% apresentam estatura entre 1.41cm a 1.51cm. O IMC revelou que 72% dos pacientes pesquisados apresentam de 25 a 40. A pressão arterial demonstrou que 83% apresentam valores pressóricos entre 140 x 70 a 150 x 90 mmHg. O IMC demonstrou que os pacientes estão acima do peso, e a RCQ que 82% estão com risco para DCV associada à pressão, que se encontra em valores altos e variados.

A partir de uma dieta equilibrada e saudável é possível mudar o perfil antropométrico da população.

CONCLUSÃO

Tabela 7 – Distribuição da amostra relacionada com as características do exame físico.

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Peso	(n =)	(%)
40 a 50 k	8	8%
51 a 60k	15	15%
61 a 70k	25	25%
71 a 80k	17	17%
81 a 90k	25	25%
Total	100	100%
Altura	(n =)	(%)
1.41 a 1.51m	35	35%
1.51 a 1.60m	27	27%
1.61 a 1.70m	25	25%
1.71 a 1.80m	13	13%
Total	100	100%
IMC	(n =)	(%)
10 a 19	8	8%
20 a 24	22	22%
25 a 30	36	36%
31 a 40	36	36%
Total	100	100%
RCQ	(n =)	(%)
0,6	10	10%
0,7	8	8%
0,8	36	36%
0,9	40	40%
1cm	6	6%
Total	100	100%
PA	(n =)	(%)
140 X 70 a 150 X 90	83	83%
160 X 60 a 180 X 120	10	10%
220 X 40	7	7%P
Total	100	100%

Desse modo, a hipertensão arterial é, entre as doenças crônicas degenerativas que acomete a população pesquisada, a mais comumente detectada, juntamente com adesão de pacientes ao tratamento prescrito, embora não realizando-o de forma adequada. Sendo assim, os pacientes com HA são fortes candidatos a desenvolver complicações decorrentes da falta de controle da hipertensão arterial.

Ao verificar o nível de conhecimento dos pacientes acerca da pressão alta, a pesquisa revelou que os mesmos sabem que a hipertensão conduz potencialmente ao risco de morte, no entanto, o que foi quantificado não é coerente com o conhecimento do paciente sobre a adesão do tratamento, visto que 30% desses pacientes não aderem ao medicamento prescrito para a pressão alta.

Dentre os fatores de riscos para o agravamento da hipertensão arterial, a pesquisa demonstrou que os pacientes não realizam dieta hipossódica, dieta para emagrecer e são com exclusividade sedentários. Com relação ao conhecimento sobre *diabetes mellitus* como fator de risco para o agravamento da pressão alta e posteriormente complicação cardiovasculares, o resultado encontrado foi satisfatório, em contrapartida, o conhecimento acerca do tabagismo, etilismo, e níveis altos de colesterol relevou que o conhecimento é insuficiente.

Por conseguinte, foi observado que os mesmos sabem que a falta de atividade física e a obesidade implicam diretamente no aumento da PA, bem como os hipertensos em estudo apresentam risco para desenvolverem doenças cardiovasculares

como consequência da pressão alta do IMC e da RCQ.

Os resultados do estudo poderão subsidiar um planejamento de ações educativas que visem a conscientizar hipertensos e profissionais de saúde a adotarem condutas inerentes à prevenção da HAS e dos demais fatores de risco cardiovascular, bem como ao controle desses, no sentido de prevenir as suas complicações, atuando como agentes multiplicadores das ações de promoção da saúde entre os familiares e a comunidade.

Por fim, é cabível acrescentar a necessidade da Secretaria de Saúde do Município, em estudo, junto à equipe mul-tiprofissional dos PSF, desenvolverem práticas de educação preconizadas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com programas voltados para a prática de educação física e de mudanças relacionadas à alimentação, visto que o PSF representa uma das alternativas de reorientação de modelo de atenção à saúde, logo, a intervenção do profissional de Educação Física e de Nutrição no PSF poderão desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, compatíveis com as metas dessa estratégia.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. **Determinantes da Autopercepção de Saúde dos Idosos do Município de São Paulo**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.
- ANDERSON, M. I. P *et al.* Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 1, 1998.
- ARAÚJO, J. C. de; GUIMARÃES, A. C. Controle da Hipertensão Arterial em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 41,

**ADHERENCE TO TREATMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE CITY OF SOUSA –
PB**

ABSTRACT

Arterial hypertension is a public health problem, since it can be a decisive factor in the development of cardiac pathologies and cerebral damage. The present study looks into the therapy compliance of hypertensive patients in the city of Sousa – PB in order to discover if the patients that make use of basic health care adhere to the prescribed treatment and which factors are associated with non-compliance. The study was realized at the Unidade de Saúde da Família, Jardim Sorrilândia IV located at the Rua João Malvino Filho, nº 50 in Sousa - PB. In this qualitative study the data was collected using an interview, which was structured by a questionnaire with objective, non-inducing questions. Afterwards, the results were summarized using graphics and tables. In this study 100 patients with hypertension of the referred health care unit participated. The results demonstrate that 66% of our patient population with hypertension is female, 20% is above the age of 70 years, 79% is married, and the income varies between 1 and 3 times the minimum wage. The study revealed that our patient population knows the risks of having hypertension, but does not know the risk factors that lead to a worsening of the disease. The patients adhere to the prescribed medication, but do not take their medication in an adequate way and they are strong candidates for cardiovascular disease according to IMC and RCQ.

2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001.

GUIMARÃES, M. V.; RIBAS, L. F. O. Avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento *versus* controle pressórico. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v. 1, 2006.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campus do Jordão, São Paulo: BG Cultural, 2002.

MARCOPITO, L. F *et al.* Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, 2005.

MONTEIRO, P. C. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, 2005.

PASSOS, V. M. A; ASSIS, T. D; BARRETO, S. M. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; v. 15, 2006.

PÉRES, D. S; MAGNA, J. M; VIANA, L. A. Portador da hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, 2003.

RENOVATO, R. D; DANTAS, A. de O. Análise de Oliveira. Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. **Informa**, v. 17, 2005.

SANTOS, Z. M. de S. A; LIMA, H. de P. Atitudes e Práticas Adotadas Por Trabalhadores Hipertensos no Controle da Doença. **RBPS**, v. 18, 2005.

TARGA, L. V. A avaliação da pressão arterial por agentes comunitários pode ser uma estratégia útil para o cuidado da saúde? **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 1, 2006.

VIEBIG, R. F *et al.* Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana da São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, 2006.

Artigo de Revisão

RESISTÊNCIA BACTERIANA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS À METICILINA

Vivyanne Santos Falcão – Silva¹
Gregório Fernandes Gonçalves²
Henrique Douglas Melo Coutinho³

RESUMO

Staphylococcus aureus são bactérias gram-positivas consideradas como um dos principais patógenos das infecções nosocomiais. A resistência bacteriana aos antibióticos tem dificultado o tratamento dessas infecções. Visto que é um fenômeno que indica que um microrganismo antes susceptível à ação de um antimicrobiano não é mais afetado por ele. As cepas de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) têm sido consideradas um problema na saúde pública mundial, sendo o mecanismo básico de resistência a esse antibiótico, a alteração na proteína PBP. Cepas MRSA adquiridas em ambiente hospitalar (HA-MRSA) ou na comunidade (CA-MRSA) apresentam diferenças na manifestação clínica e no perfil de resistência aos antibióticos. Devido a esse crescente problema em todas as regiões do mundo, os profissionais da saúde necessitam compreender as origens dos mecanismos de resistência e seus riscos para uma melhor orientação da antibioticoterapia para a população de maneira geral.

Palavras-chave: Antibiótico. Meticilina. Resistência a β -lactâmicos.

INTRODUÇÃO

Por volta de 1929, Alexandre Fleming descobriu que o fungo do gênero *Penicillium* sp era capaz de inibir o crescimento bacteriano através da liberação de uma substância antibacteriana, a qual denominou Penicilina (FERNANDES, 2006).

A introdução deste antibiótico no início da década de 40 foi um marco para a medicina, pois suas vantagens foram visíveis principalmente durante a Segunda Guerra Mundial, na qual houve uma diminuição expressiva da mortalidade. No entanto, alguns anos após a introdução da penicilina no mercado farmacêutico, ocorreu o primeiro relato de resistência bacteriana a penicilina encontrada em linhagens de *Staphylococcus aureus* que degradam à mesma, através de enzimas β -lactamases (penicilinases) (BUSH, 1989; LOWY, 2003).

Então, a indústria farmacêutica desenvolveu e comercializou diversos antibióticos β -lactâmicos. Dentre eles, a meticilina, a primeira penicilina semi-sintética resistente às penicilinases, inserida no mercado farmacêutico europeu em 1959. Entretanto, em 1961 foi relatado no Reino Unido o primeiro caso de resistência bacteriana à meticilina, e posteriormente o mesmo ocorreu em diversos países da Europa, Japão e Austrália (RICE, 2006).

OBJETIVO

¹ Bióloga. Laboratório de Genética de Microrganismos. Deptº de Biologia Molecular. Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), Brasil.

² Biólogo. Laboratório de Genética de Microrganismos, Deptº de Biologia Molecular. Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), Brasil.

³ Biólogo. Mestre em Genética. Deptº de Ciências Físicas e Biológicas. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Regional do Cariri, Crato (CE), Brasil. Autor correspondente, endereço: Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Centro de Ciências Exatas e da Natureza-CCEN. Deptº de Biologia Molecular-DBM. Laboratório de Genética de Microrganismos-LGM. CEP:58051-900. João Pessoa (PB) Brasil. E-mail: hdmcoutinho@gmail.com - Telefone: 32167787/ Fax: 55(83)32167277

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a resistência a antibióticos β -lactâmicos, mais especificamente à meticilina, sobre microrganismos resistentes e os riscos que eles apresentam como agentes infecciosos. Isto se deve ao fato de que a resistência a esta classe de antibióticos é uma das mais difundidas, sendo observada em bactérias que normalmente estão envolvidas em quadros de infecção hospitalar. Devido a isso, é importante que os profissionais de saúde, tanto médicos quanto paramédicos tenham conhecimento dos riscos e dos mecanismos associados a este evento de resistência.

MATERIAL E MÉTODOS

Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados bibliográficos internacionais SCIELO regional, HIGHWIRE, PUBMED e LILACS, utilizando os seguintes descritores em português e em inglês: meticilina (*methicillin*), β -lactamase e resistência a antibióticos (*antibiotic resistance*), durante o período compreendido entre 2000 - 2008. Esta busca resultou na obtenção de 1237 trabalhos. Deste, foram selecionados apenas 65 que se referiam à importância e aos mecanismos de resistência à meticilina das linhagens de *Staphylococcus aureus* (MRSA – *Methicillin Resistant Staphylococcus aureus*).

RESISTÊNCIA BACTERIANA

Entre 5 a 10% dos pacientes hospitalizados desenvolvem uma infecção, e até 70% destas são resistentes a algum dos antimicrobianos utilizados no tratamento habitual (GARCÍA RODRÍGUEZ, 2006).

A resistência bacteriana tem como consequência à minimização da eficiência terapêutica dos agentes antimicrobianos, havendo um aumento da morbidade e mortalidade humana, bem como um aumento dos custos na saúde pública. Nos Estados Unidos da América se calcula que o gasto

anual devido à resistência bacteriana é cerca de 4 bilhões de dólares (GARCÍA, 2003).

Na análise dos resultados de dois estudos multicêntricos na América Latina, publicados por SADER (2000), foi detectada no Brasil uma resistência muito maior de cepas produtoras de beta-lactamases de espectro estendido, em relação aos estudos americanos e europeus.

A utilização indiscriminada dos antibióticos promove a seleção de bactérias resistentes em nossa microbiota. Existem vários exemplos do uso clínico inadequado dos antibióticos, favorecendo a seleção de linhagens bacterianas resistentes, como: o uso de antimicrobianos em hospitais como medidas profiláticas em intervenções cirúrgicas; utilização de antibióticos de amplo espectro para combater infecções pouco graves; prescrição do antibiótico sem identificação prévia do microrganismo patogênico; automedicação e tratamento incompleto (TAVARES, 2000; UENO e JORGE, 2001; RIVAS, 2006;).

Outro fato que vem causando preocupação no que se refere ao desenvolvimento da resistência bacteriana é a utilização de concentrações subterapêuticas de antibióticos na alimentação dos animais. Descheemaeker *et al.* (1999), estabeleceram alguma identidade de genes de resistência contra glicopeptídios em *Enterococcus faecium* isolados de porcos, aves e homem, indicando possibilidade de troca de marcadores genéticos de resistência entre eles.

MECANISMOS GERAIS DE RESISTÊNCIA

A resistência aos antimicrobianos é um fenômeno genético relacionado à existência de genes contidos no microrganismo que codificam diferentes proteínas responsáveis por mecanismos bioquímicos que impedem a ação das drogas. Tal resistência pode ser originada a partir de mutações espontâneas que ocorrem no microrganismo durante seu processo replicativo, resultando em uma modificação na sequência de bases no DNA cromossômico. Ou pode se adquirir

resistência pela importação de genes causadores desse fenômeno (resistência transferível). Essa resistência se faz através dos mecanismos de transdução, transformação e conjugação, sendo este último o mais freqüente (SMITH e JARVIS, 1999).

A resistência pode ser uma propriedade natural de um organismo (intrínseca), na qual o organismo antes de entrar em contato com o antibiótico já produz o seu antimicrobiano ou pode ser obtida por meio de plasmídeos ou transposons (adquirida), onde a resistência adquirida, deve-se à pressão seletiva do ambiente ao antibiótico (CABRERA; GOMEZ; ZÚÑICA, 2007).

A disseminação dos antibióticos, infelizmente, fez com que as bactérias também desenvolvessem mecanismos de defesa contra esses agentes antimicrobianos, surgindo a resistência bacteriana (COHEN e TARTASKY, 1997).

Os mecanismos de resistência das bactérias podem ser agrupados em 4 grupos distintos: 1) inativação ou modificação da droga, onde as enzimas inativam os antibióticos.; 2) modificação do alvo, que ocorre devido a mutações no gene da molécula-alvo do antibiótico, impedindo o reconhecimento do mesmo, e conseqüentemente, sua ação; 3) impermeabilidade da membrana, onde a droga não consegue penetrar eficientemente na célula bacteriana e 4) bomba de efluxo, que promove a eliminação de agentes antimicrobianos para o meio extracelular mais rápido que a difusão pela membrana plasmática, de forma a manter a concentração intracelular do agente insuficiente para bloquear as funções celulares (KÖHLER *et al.*, 1999; POOLE, 2002; WALSH, 2000).

Nos hospitais brasileiros, cerca de 37% das infecções causadas por *Staphylococcus aureus* são cepas resistentes à meticilina, MRSA (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) (VIVONE *et al.* 2006 *apud* PEREZ e D'AZEVEDO, 2008 *apud* VIVONE *et al.*, 2006).

Meticilina - Modo de Ação e Resistência Bacteriana

O antibiótico meticilina age na

proteína PBP (*protein binding penicilin*), que se localiza na membrana celular bacteriana e catalisa a etapa terminal da síntese da parede celular bacteriana. O *Staphylococcus aureus* possui cinco PBPs, as PBP 1, 2 e 3 são essenciais e têm alta afinidade (sítios-alvo) com os antibióticos β -lactâmicos, unindo-se a esses por ligações covalentes. A resistência à meticilina em estafilococos é devida à presença de enzimas capazes de hidrolisar β -lactâmicos, bem como à produção de uma PBP adicional e anômala, denominada PBP2a ou PBP 2', que apresenta baixa afinidade aos antibióticos β -lactâmicos, resultando na resistência. Essa proteína alterada (modificação do alvo de ação do antibiótico) é codificada por um gene cromossômico denominado *mecA*, que é responsável pela resistência intrínseca dos estafilococos à meticilina e a todos os antibióticos β -lactâmicos (JUAN e DAVID, 2003; LAMBERT, 2005; CHAMBERS, 1997).

O gene *mecA*, que codifica a proteína PBP2a, é transportado por um elemento genético móvel inserido no cromossomo, conhecido como cassete cromossômico estafilocócico SCC*mec* (*Staphylococcal cassette cromossomo mec*). Além do gene *mecA*, o elemento SCC*mec* contém genes regulatórios e um conjunto de genes *ccr* (*cassette of recombinase genes*), os quais codificam as recombinases responsáveis pela integração e excisão do SCC*mec* (ITO *et al.*, 2001).

Quatro tipos principais de elementos SCC*mec*, que variam em tamanho e composição, foram identificados com base nas classes do gene *mecA* e no tipo do gene *ccr*, e são numerados de I a IV. O SCC*mec* tipo I contém o gene *mecA* com apenas uma forma de resistência determinante, já os SCC*mec* tipo II e III contêm múltiplas formas de resistência, incluindo a resistência a antibióticos não β -lactâmicos, os quais são freqüentemente responsáveis pela resistência a múltiplas drogas, MDR (*multidrug resistance*) em cepas MRSA (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) isoladas em ambiente hospitalar HA-MRSA, (*hospital-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus*). Cepas comunitárias MRSA CA-MRSA (*community-acquired*

MRSA) que emergiram ao longo da última década, contêm o elemento *SCCmec* tipo IV e são normalmente susceptíveis a vários anti-bióticos não β -lactâmicos, semelhante às cepas MSSA (*meticillin-susceptible Staphylococcus aureus*) isoladas em ambiente comunitário (DIEDEREN; KLUYTMANS, 2005).

▪ HA-MRSA e CA-MRSA

Atualmente cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA) são um problema crescente na saúde pública mundial, por ser considerada de fácil disseminação e um dos principais patógenos de infecções nosocomiais (HA-MRSA) (JUAN e DAVID, 2003).

Infecções causadas por MRSA (HA-MRSA) são documentadas em vários hospitais no mundo há 45 anos. No entanto, desde 1990 as infecções causadas por MRSA e adquiridas na comunidade (CA-MRSA) têm sido documentadas, sua prevalência ainda é baixa no mundo, mas um aumento tem sido relatado recentemente (SALGADO *et al.*, 2003). Foi demonstrado que um clone de CA-MRSA e de HA-MRSA possuem um ancestral comum (DEURENBERG e STOBBERINGH, 2008 *apud* ROBINSON *et al.*, 2005).

Das principais diferenças entre as cepas CA-MRSA e as associadas ao ambiente hospitalar (HA-MRSA), pode-se destacar manifestações clínicas, em sua maioria associadas às infecções de pele e partes moles, além de muitos casos de infecções respiratórias (pneumonia) e da corrente sanguínea (bacteriemia); e o perfil de resistência a antibióticos. Pois, enquanto o HA-MRSA se caracteriza por uma ampla resistência a diversos antibióticos, as cepas CA-MRSA mostram uma sensibilidade (entre 85% e 100%) a drogas não β -lactâmicas, como clindamicina, gentamicina, ciprofloxacina, sulfametaxazol/trimetoprim e vancomicina, mostrando-se resistente apenas à oxacilina e a outros β -lactâmicos (SANTOS *et al.*, 2007).

O perfil de resistência diferenciado entre as cepas HA-MRSA e CA-MRSA parece ser explicado pela distribuição e

pelo tamanho dos cassetes cromossômicos que contêm o determinante de resistência à meticilina (*SCCmec*). Entre os cinco tipos de *SCCmec* mais conhecidos (I, II, III, IV e V), somente os tipos I, II e III são encontrados em cepas HA-MRSA, enquanto que os tipos IV e V podem ser observados em cepas CA-MRSA, nas quais o tipo IV é menor, e provavelmente, facilita a perda dos genes de resistência a diversos anti-bióticos, conservando-os para β -lactâmicos. Outra característica importante do CA-MRSA é a presença dos genes *lukF-PV* e *lukS-PV*, que codificam a leucocidina de Pantone-Valentine (PVL), uma toxina capaz de induzir à destruição de leucócitos humanos e causar grande dano tecidual, sendo considerada um fator de virulência associado a infecções de pele primárias severas e pneumonias necrotizantes (SANTOS *et al.*, 2007).

▪ Epidemiologia e Distribuição das Cepas MRSA no Mundo

Um estudo molecular com mais de 3.000 cepas MRSA isoladas de áreas geográficas e períodos distintos verificou que as MRSA possuem uma estrutura clonal conservada em comparação com os *S. aureus* sensíveis à meticilina, e que apenas um número reduzido de clones tem a capacidade de disseminação global. Os cinco clones pandêmicos, são: clone Ibérico, clone Húngaro, clone Nova York/Japão, clone Pediátrico e clone Brasileiro (VELÁZQUEZ-MEZA, 2005).

O clone Ibérico foi descoberto primeiramente na Espanha em 1989, e posteriormente descrito em Portugal, Itália, Reino Unido, Alemanha, Bélgica, Suíça, França, Polônia, República Checa e Estados Unidos da América. O clone Húngaro foi encontrado pela primeira vez em hospitais da Hungria em 1998 e depois foi localizado na Tailândia. Já o clone de Nova York/Japão foi determinado como um clone dominante em hospitais de Nova York em 1998 e posteriormente foi encontrado no Japão. O clone Pediátrico foi identificado em 1992 em um hospital pediátrico de Portugal e depois já havia sido localizado na Polônia, EUA, Argentina, Colômbia e Brasil.

O clone Brasileiro foi descrito no Brasil em 1995, e se disseminou para Portugal, Argentina, Uruguai, Chile e República Checa (BUSTOS-MARTÍNEZ; HAMDAN-PARTIDA; GUTIERREZ, 2006).

Diante do exposto, percebe-se que a resistência a metilicina vem se disseminando rapidamente pelo mundo, refletindo sua ampla habilidade em causar infecções e de se disseminar de uma região para outra (BUSH, 2004).

Formas de Combater a Resistência

A resistência bacteriana é um fenômeno biológico natural, de modo que, cada vez que se insere um novo agente antimicrobiano na prática clínica, serão detectadas posteriormente cepas resistentes, devido à pressão seletiva exercida sobre a população bacteriana (GARCÍA, 2003). Portanto, há necessidade da descoberta de novos agentes antibacterianos cada vez mais eficientes. Sejam estes de origem natural, semi-sintética ou sintética (SILVEIRA *et al.*, 2006).

Nas últimas cinco décadas, a necessidade de novos antibióticos foi atingida em grande parte pela síntese de produtos semi-sintéticos baseados na estrutura dos produtos naturais já descritos. Porém, recentemente há uma busca pela descoberta de antibióticos a partir de produtos naturais (CLARDY *et al.*, 2006).

Diante dessa necessidade, as plantas estão ganhando destaque nas pesquisas, por produzirem mais de 100.000 produtos naturais de baixo peso molecular, não-essenciais à vida da planta, conhecidos como metabólitos secundários. Essa rica diversidade de compostos resulta numa seleção de substâncias com maior ação contra os ataques dos microrganismos, insetos e outros animais. Além disso, algumas plantas não possuem patógenos, indicando o êxito da defesa vegetal contra a infecção de microrganismos patogênicos. Com isso, os produtos naturais de origem vegetal representam uma rica fonte de novos antimicrobianos com maior eficiência (CUSHNIE e LAMB, 2005; LEWIS e AUSUBEL, 2006).

Alternativas terapêuticas visando o uso das plantas estão sendo descritas como possíveis formas de combater as infecções causadas por bactérias. Dentre elas, pode-se destacar a busca por plantas com atividade antibacteriana, a descoberta por inibidores de resistência a múltiplas drogas e a procura por compostos que bloqueiem a virulência do patógeno (LEWIS e AUSUBEL, 2006).

Alguns exemplos de plantas encontradas no Brasil com atividade antibacteriana frente a cepas MRSA vem sendo descritas, tais como: *Calceolaria chelidonioides* Humb. Bonpl. & Kunth. pertencente à família *Scrophulariaceae* (FALCÃO *et al.*, 2006) e *Anacardium occidentale* Linn. da família *Anacardiaceae*, conhecida popularmente como cajueiro (SILVA *et al.*, 2007).

Sendo assim, os vegetais representam uma rica fonte de novos antibióticos capazes de combater a resistência bacteriana a múltiplas drogas, como a maioria das cepas MRSA isoladas de infecções nosocomiais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido aos mecanismos de resistência aos antibióticos, muitas classes dessas drogas não são mais efetivas contra as linhagens MRSA. Conseqüentemente, a antibioticoterapia pode ter diferentes efeitos sobre a aquisição, persistência e transmissão. A erradicação das populações competidoras pode aumentar a colonização por linhagens MRSA, principalmente em ambiente hospitalar e o uso indiscriminado de antibióticos podem selecionar linhagens MRSA, favorecendo sua transmissão. Além disso, os antibióticos podem aumentar o risco para o indivíduo, tanto de colonização quanto por outras bactérias resistentes, bem como a sua virulência.

Devido a isso, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento dos riscos que as linhagens MRSA representam e desenvolvam no seu ambiente de trabalho estratégias para diminuir os riscos de infecção e melhorar as práticas de higiene. Além disso, é necessário que os centros de pesquisa disponi-

bilizem dados e modelos sobre a epidemiologia das linhagens e dos mecanismos de resistência, tornando mais fácil o trabalho de controle sobre estas e outras bactérias multiresistentes.

REFERÊNCIAS

BUSH, K. Characterization of β -lactamases. **Antimicrob. Agents Chemother.**, v.33, p. 259-276, 1989.

BUSH, K. Antibacterial drug discovery in the

BACTERIAL RESISTANCE OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS TO METHICILLIN

ABSTRACT

Staphylococcus aureus, a Gram-positive bacterium, is considered one of the most important pathogens causing nosocomial infection. The bacterial resistance to antibiotics represent a problem to the treatment and control of these infections due earlier sensitive microorganisms are not affected by the drug. Methicilin- Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is considered a worldwide public health problem, being its basic resistance mechanism alterations on the PBP protein. healthcare – associated MRSA (HA-MRSA) or community-associated MRSA strains (CA-MRSA) present differences in clinical signs and resistance profile. Due this severe and growing problem have been found on all countries, the healthworkers need understand the origins and the risks of the development of the resistance and their mechanisms to a better treatment.

Keywords: Antibiotic. Resistance. Methicillin. β -lactamic.

21st century. **Clin. Microbiol. Infection**, V. 10, Sup. 4, p. 10-17. 2004.

BUSTOS-MARTÍNEZ, J. A.; HAMDAN-PARTIDA, A.; GUTIÉRREZ-CÁRDENAS, M. *Staphylococcus aureus*: la reemergencia de un patógeno en la comunidad. **Rev. Biomed**, v.17, p. 287-305, 2006.

CABRERA, C. E.; GÓMEZ, R. F.; ZÚÑIGA, A. E. La resistencia de bacterias a antibióticos, antisépticos y desinfectantes una manifestación de los mecanismos de supervivencia y adaptación. **Colombia Médica**, V. 38, n. 2, p. 149-158. 2007.

CLARDY, J.; FISCHBACH, M. A.; WALSH, C. New antibiotics from bacterial natural products. **Nature biotech.**, V. 24, N. 12, p. 1541-1550. 2006.

COHEN, F. L., TARTASKY, D. Microbial resistance to drug therapy: a review. **Am. J. Infection Control**, v. 25, p. 51-64. 1997.

CUSHNIE, T. P. T., LAMB, A. J. Antimicrobial activity of flavonoids. **Internat. J. Antimicrob. Agents**, v. 26, p. 343-356, 2005.

DESCHEEMAER, P.R.M., et al. Comparison of glycopeptide-resistant *Enterococcus faecium* isolates and glycopeptide resistance genes of human and animal origins. **Antimicrob. Agents Chemother.**, v. 43, p. 2032-2037, 1999.

DIEDEREN, B.M.W., KLUYTMANS, J.A.J.W. The emergence of infections with community-associated methicillin resistant *Staphylococcus aureus*. **J. Infection**, v. 52, p. 157-168, 2006.

FALCÃO, D. Q., et al. Antioxidant and anti-microbial activity from *Calceolaria chelidonioides* Humb. Bonpl. & Kunth. **Rev. Bras. Farmacognosia**. V.16, n.1, p. 73-76. 2006.

FERNANDES, P. Antibacterial discovery and development - the failure of success? **Nature biotech.**, V. 24, n. 12, p. 1497-1503. 2006.

- GARCÍA, C. P. Resistencia bacteriana en Chile. **Rev. Chil. Infect.**, v. 20, Supl. 1, p. S11 - S23. 2003.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, J. A. Dimensión de las resistencias en el hospital. **Rev. Esp. Quimioterap.**, Vol.19, N. 1, p. 81-82. 2006.
- GOMES, A. R., WESTH, H., DE LENCASTRE, H. Origins and Evolution of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Clonal Lineages. **Antimicrob. Agents Chemother.**, V.50, N.10, p. 3237–3244, 2006.
- ITO, T., et al. Structural Comparison of Three Types of Staphylococcal Cassette Chromosome *mec* Integrated in the Chromosome in Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*. **Antimicrob. Agents Chemother.**, V. 45, N. 5, p. 1323–1336, 2001.
- JUAN, E. Z., DAVID, I. Q. Estafilococo Meticilino resistente, un problema actual en la emergencia de resistencia entre los Gram positivos. **Rev. Med. Hered.**, v. 14, n. 4, p. 195-203. 2003.
- KÖHLER, T., PECHÈRE, J. C., PLÉSIAT, P. Bacterial antibiotic efflux systems of medical importance. **Cell. Mol. Life Sci.**, v. 56, p. 771-778. 1999.
- LAMBERT, P. A. Bacterial resistance to antibiotics: Modified target sites. **Adv. Drug Deliver. Reviews**, v. 57, p.1471– 1485. 2005.
- LEVY, S.B. Microbial resistance to antibiotics. **Lancet**, v.2, p. 83-88, 1982.
- LEWIS, K., AUSUBEL, F. Prospects for plant-derived antibacterials. **Nature biotech.**, V. 24, N.12, p. 1504-1507, 2006.
- LOWY, F. D. Antimicrobial resistance: the example of *Staphylococcus aureus*. **J. Clin. Investigation**, v. 111, n.9, 1265–1273, 2003.
- PEREZ, L. R. R., D'AZEVEDO, P. A. Clonal types and antimicrobial resistance profiles of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from hospitals in south Brazil. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, v. 50, p. 135-137. 2008.
- POOLE, K. Mechanisms of bacterial biocide and antibiotic resistance. **J. Appl. Microbiol.**, v. 92, p. 55-64. 2002.
- RICE, L. B. Antimicrobial Resistance in Gram-Positive Bacteria. **Am. J. Medicine**, V. 119, n.6A, p. S11–S19, 2006.
- RIVAS, C. S. ¿Antibióticos, ayer, hoy y mañana...? **Rev. Quím. Viva.**, V.5, N. 2, p. 63-77. 2006.
- ROBINSON, D. A., et al. 2005. apud Deurenberg, R. H., Stobberingh, E. E. The evolution of *Staphylococcus aureus*. **Infect. Genet. Evol.** 2008. (no prelo).
- SADER, H. Antimicrobial resistance in Brazil: comparison of results from two multicenter studies. **Braz. J. Infect. Dis.** v.4, N.2, p.91-99, 2000.
- SALGADO, C.D., FARR, B.M., CALFEE, D.P. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a meta-analysis of prevalence and risk factors. **Clin. Infect. Dis.** v. 36, p. 131–139. 2003.
- SANTOS, A. L., SANTOS, D. O., FREITAS, C. C. et al. *Staphylococcus aureus*: visitando uma cepa de importância hospitalar. **J. Bras. Patol. Méd. Laborat.** v. 43 n.6, p. 413-423. 2007.
- SILVA, J. G., et al. Atividade antimicrobiana do extrato de *Anacardium occidentale* Linn. em amostras multiresistentes de *Staphylococcus aureus*. **Rev. Bras. Farmacognosia**. V. 17, n. 4, p. 572-577, 2007.
- SILVEIRA, G. P, NOME, F, GESSER, J. C., et al. Estratégias utilizadas no combate a resistência bacteriana. **Quím. Nova**, v. 29, p. 844-855. 2006.
- SMITH, T. L., JARVIS, W. R. Antimicrobial resistance in *Staphylococcus aureus*. **Microbes and Infection**, v. 1, p. 795-805. 1999.

CHAMBERS, H. S. Methicillin Resistance in Staphylococci: Molecular and Biochemical Basis and Clinical Implications. **Clin. Microbiol. Rev.** v.10, p. 781-791, 1997.

TAVARES, W. Bactérias gram-positivas problemas: resistência do estafilococo, do enterococo e do pneumococo aos antimicrobianos. **Rev Soc. Bras. Med. Tropical.**, v. 33, n. 3, p. 281-301, 2000.

VELÁZQUEZ-MEZA, M. H. Surgimiento y diseminación de *Staphylococcus aureus* meticilinorresistente. **Salud púb. México.** v. 47, n.5, p. 381-387. 2005.

UENO, M., JORGE, A. O. C. Caracterização de *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina, envolvidos em infecções nosocomiais, por meio de técnicas fenotípicas e análise de perfil

plasmidial. **Rev. Biociênc.**, v.7, n.2, p.15-22, 2001.

WALSH, C. Molecular mechanisms that confer antibacterial drug resistance. **Nature.** v. 406, 17, p.775-781. 2000.

Artigo de Revisão

RINOSSINUSITES EM PEDIATRIA

Fernando de Sá Del Fiol¹
Luciane Cruz Lopes²
Gustavo Lopes Rodrigues³

RESUMO

As sinusites e rinites são processos inflamatórios da mucosa sinusal e nasal que, na população infantil, freqüentemente se sobrepõem e dificultam o correto diagnóstico. A prescrição de antibióticos para crianças com infecções virais como tentativa de impedir possíveis complicações bacterianas não tem se mostrado adequada. O tratamento antimicrobiano das rinosinusites, seja aguda ou crônica, geralmente é realizado de maneira empírica, baseado em dados microbiológicos (culturas e sensibilidade a antimicrobianos *in vitro*, etc.). As principais diferenças entre os tratamentos dizem respeito às doses e tempo de tratamento, mostrando uma grande divergência de idéias quanto à dose e período adequado, principalmente em se tratando de crianças. São necessários mais estudos para a definição destes itens e uma atualização do Consenso Brasileiro.

Palavras-chave: Antibióticos. Rinosinusites. Crianças. Sinusite.

INTRODUÇÃO

As rinosinusites e rinites são processos inflamatórios da mucosa sinusal e nasal que ocorrem com grande incidência na população infantil no Brasil e freqüentemente se sobrepõem, dificultando o correto diagnóstico (GUERRA *et al.*, 2007). Com freqüência, são decorrentes de infecções virais e de processos alérgicos da via respiratória (PIGNATARI e FIGUEIREDO, 2004).

O termo rinosinusite deve ser preferencialmente empregado para denominar os processos infecciosos e inflamatórios que acometem os seios paranasais, uma vez que quase sempre a rinite e a sinusite são doenças concomitantes, contíguas ou em conti-nuidade, embora a rinite, tanto no adulto quanto na criança, possa ocorrer isoladamente, sendo alérgica ou infecciosa.

A sinusite, especialmente na infância, raramente se desenvolve sem que a rinite esteja presente (PIGNATARI, MAURICE e SOLÉ, 1998). O diagnóstico clínico é extremamente importante para um bom prognóstico. O conhecimento da fisiopatologia, identificação do seio, do lado acometido e tempo de duração são decisivos para a escolha do tratamento (BOTELHO; CORREIA; SILVA, 2003), dessa forma esse artigo faz uma revisão acerca da fisiopatologia das rinosinusites, sua etiologia, diagnóstico e tratamento.

ANATOMIA DOS SEIOS PARANASAIS

¹ Doutor em Farmacologia – Unicamp – Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade de Sorocaba. Autor para Correspondência: Rua Paulo Setúbal, 344 Cerquilha, SP, Cep 18520-000, e-mail: fernando.fiol@uniso.br - Fone: 15 81186000 – São Paulo - Brasil.

² Doutora em Farmacologia Unicamp. Docente-Pesquisadora UNIMEP-UNISO; Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Farmacologia Clínica; Coordenação dos trabalhos COMARE-RENAME-FTN-2006 – São Paulo - Brasil.

³ Especialista em Farmacologia – Unimep – São Paulo – Brasil.

Os seios paranasais são estruturas pneumáticas que circundam a cavidade nasal. Constituindo quatro cavidades pares maxilares, etmoidais, esfenoidais e frontais. Os seios paranasais iniciam como invaginações da cavidade nasal durante a vida fetal até se tornarem cavidades aeradas no osso compacto da face, atingindo seu tamanho definitivo em torno dos 14 anos de idade. Apenas os seios etmoidais e maxilares estão presentes no nascimento (NASCIMENTO, 2006; RITTER, 1987)

Os seios etmoidais, também chamados de labirinto etmoidal, situam-se entre a parte superior da parede lateral do nariz e a parede medial da órbita. Geralmente, são constituídos por células individuais aeradas e separadas por septo ósseo. Estas podem ser classificadas, quanto à localização, em anteriores e posteriores. Os óstios de drenagem têm localizações diversas, ao longo do meato médio, para as células anteriores, e ao longo do meato superior, para as células etmoidais posteriores. Os seios frontais iniciam seu desenvolvimento a partir do quinto ano de vida, originando-se da região das células etmoidais anteriores. Eles drenam pelo ducto nasofrontal no meato médio (NASCIMENTO, 2006; RITTER, 1987).

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Um estudo realizado na cidade de Cuiabá mostrou que foi marcante a frequência das infecções respiratórias das vias aéreas em menores de cinco anos no Pronto Socorro Municipal. Durante o período de estudo, quase a metade (49,8%) dos atendimentos desta faixa etária deveu-se a crianças com sinais e sintomas decorrentes de algum processo de IVAS - infecções das vias aéreas superiores. Outro indicador de gravidade da IVAS é a taxa de hospitalização. Sabe-se que fatores ambientais influenciam na prevalência e no perfil de gravidade da IRA, havendo aumento da demanda ambulatorial nos meses de inverno.

A rinossinusite viral é pelo menos 20 vezes mais freqüente do que a infecção bacteriana dos seios paranasais (PIGNATARI, MAURICE e SOLÉ, 1998). Em um

estudo realizado na cidade de São Paulo, verificou-se que 68% dos antibióticos prescritos para crianças menores de sete anos com infecções respiratórias agudas eram inadequados; a maioria foi indicada para o tratamento do resfriado comum (BRICKS e SIH, 1999).

A prescrição de antibióticos para crianças com infecções virais como tentativa de impedir possíveis complicações bacterianas é ineficaz e, além disso, o uso excessivo de antibióticos e os tratamentos inadequados acarretam uma série de problemas para a criança e para a comunidade, as reações adversas aos antibióticos são comuns e em alguns casos, podem ser bastante graves, também há o problema da resistência bacteriana.

O uso abusivo de antibióticos interfere com o diagnóstico de doenças bacterianas potencialmente graves, impede o crescimento de agentes em culturas laboratoriais, aumenta o custo do tratamento e favorece o crescimento e a disseminação de cepas bacterianas resistentes (BRICKS, 2003; EJEZEMBERG, SIH e HAETINGER, 1999). Os médicos se sentem pressionados a prescrever antibióticos, tanto em função da expectativa dos pacientes, quanto da dificuldade em se precisar o diagnóstico, embora seja difícil precisar o exato momento de risco para as crianças com IVAS (BOTELHO; CORREIA; SILVA, 2003).

QUADRO CLÍNICO

A rinossinusite geralmente apresenta estágio inicial com agressão da mucosa sinusal, que pode ser causada por vários fatores, como produção anormal de muco ou função ciliar anormal, ou outros fatores, como a mudança no estilo e nas condições de vida da população que propiciaram, direta ou indiretamente, o aumento da intensidade e/ou frequência de fatores agressivos à mucosa sinusal (EJEZEMBERG, SIH e HAETINGER, 1999).

Com relação ao meio ambiente, houve progressiva urbanização da população infantil, com piora da qualidade do ar inalado, intra e extra domiciliar. Quanto ao estilo de vida, o trabalho feminino determinou que a frequência a creches e à escolarização precoce passassem a ser

habi-tuais, o que levou à grande elevação nos índices de contágio de infecções respiratórias.

Nesses locais, a transmissão de agentes virais é facilitada, determinando uma prevalência de quadros respiratórios cinco ou mais vezes superiores ao que se verifica entre as crianças no domicílio. Um outro hábito que se acentuou em uma parcela da população urbana é o da natação. Essas práticas podem apresentar vantagens para a saúde da criança, porém, estão atreladas ao aumento da irritação da mucosa rinossinusal, devido à presença do cloro e impurezas na água (EJEZEMBERG, SIH e HAETINGER, 1999).

A agressão da mucosa pode resultar em edema e causar o bloqueio do óstio do seio paranasal envolvido. Assim não haverá fluxo aéreo e a drenagem ficará prejudicada com estagnação das secreções, haverá alteração no metabolismo gasoso da mucosa, prejudicando os funcionamentos normais dos cílios, que se encarregam da drenagem sinusal.

As secreções se tornarão mais espessas e haverá mudança do pH local, as alterações criam um meio de cultura propício para o crescimento de bactérias que irão lesar ainda mais a mucosa e manter o ciclo vicioso da sinusite. A inflamação crônica do seio maxilar pode causar modificações na cobertura epitelial da parede do seio maxilar, causando o desenvolvimento de epitélio atípico, podendo chegar em alguns casos em metaplasia (GANANÇA e GANANÇA, 1998).

São muitos os fatores responsáveis e dificultam a determinação de qual fator é o responsável pela gênese da doença. Sabe-se que a criança apresenta particularidades que devem ser consideradas na análise desta doença, como a imaturidade do seu sistema imune, que pode interferir na aquisição de infecções e o desenvolvimento anatômico da cavidade nasal e dos seios paranasais, fazendo com que a sintomatologia seja variada e diferente do adulto.

É importante salientar as diferenças entre a criança e o adulto. É comum a criança apresentar um número muito maior de infecções de vias aéreas superiores, por estar em fase de exposição e aquisição de imunidade para os vírus e, como conse-

quência, observamos maior incidência de rinossinusites.

A rinite alérgica também é importante, constitui talvez num dos mais frequentes fatores predisponentes. A histamina pode provocar um edema da mucosa produzindo obstrução dos óstios sinusais e a conseqüente infecção bacteriana (I CONSENSO..., 1998).

Um quadro clínico importante que pode aparecer pós uso de vasoconstritores nasais é a rinite medicamentosa, originada pelo uso abusivo e repetitivo de vasoconstritor tópico e pode levar a uma vasodilatação secundária, denominada "efeito rebote", acarretando em alterações da mucosa nasal, como perda de cílios, metaplasia de células ciliadas para células cúbicas e fibrose, com conseqüente dificuldade na remoção de partículas estranhas e detritos (WECKX, 2001).

O cloro e outras impurezas podem provocar irritação química, principalmente em crianças que ficam por períodos longos na água (WECKX, 2001). O refluxo gastroesofágico (RGE) tem sido relacionado atualmente como possível causa da rinossinusite em crianças, por ocasionar edema da mucosa nasal. Outros fatores a serem lembrados, são: deiscência ciliar primária, fibrose cística, imunodeficiências e deficiência de aleitamento materno (LAI e LUSK, 2006).

CLASSIFICAÇÃO DAS RINOSSINUSITES

Rinossinusite Aguda

Nas rinossinusites agudas, as manifestações iniciais de infecções das vias aéreas superiores (IVAS) passam a se prolongar por mais de 10 dias ou, após período de melhora clínica, há persistência ou retorno dos sintomas nasais (obstrução e secreção nasal purulenta). Esse quadro pode ser acompanhado de halitose e costuma haver tosse diurna, com piora à noite.

Em alguns casos, pode ocorrer febre. Nas formas moderadas a graves, ou em crianças maiores, as manifestações citadas podem ser mais intensas, acompanhando-se, eventualmente, de edema palpebral, cefaléia, prostração, desconforto ou dor,

espontâneos ou provocados, no local do(s) seio(s) afetado(s) ou nos dentes (MEKHITARIAN NETO *et al.*, 2007).

O diagnóstico de sinusite aguda é clínico. As histórias clínicas associadas aos achados de exame físico anteriormente mencionados permitem a realização do diagnóstico de sinusite na criança (SOCIEDADE..., 2007).

Rinossinusite Subaguda

A rinossinusite subaguda representa a continuação de uma sinusite aguda, na qual não houve cura. O sintoma se mantém após a quarta semana de instalação da sinusite aguda, podendo ou não ter sido tratada. Entretanto, os sintomas nesta fase são menos severos (SOCIEDADE..., 2007).

Rinossinusite Crônica

Caracteriza-se pela persistência dos sinais e sintomas por mais de 12 semanas, detecção de prurido nasal/faríngeo, espirros e reação respiratória a alterações ambientais. Tosse, secreção purulenta, obstrução nasal, drenagem de secreção nasal pela rinofaringe e, eventualmente, febre. Em escolares e pré-adolescentes, podem ser observadas cefaléia, dor facial, pressão sinusal, edema localizado e, algumas vezes, dor nos dentes da arcada superior (CARVALHO e CARVALHO, 2001).

Rinossinusite Recorrente

É caracterizada quando a inflamação se estende além dos limites dos seios paranasais, podendo ocorrer complicações locais, orbitárias, intercraniana ou sistêmica de qualquer uma das fases da rinossinusite (Sociedade..., 2007).

Exames complementares

Como exames complementares, a cultura de secreção nasal parece não contribuir para a identificação do agente intra-sinusal, por falta de correlação dos achados das duas localizações.

A radiografia não deve ser utilizada para o diagnóstico de sinusite aguda não complicada, pois é um método com visões bidimensionais, que não avalia com exatidão

a extensão da inflamação, notadamente no seio etmoidal, onde os processos inflamatórios são mais prevalentes.

A tomografia computadorizada é útil na refratariedade ao tratamento adequado, ou na suspeita de complicações ósseas, orbitárias ou intracranianas. A punção aspirativa é indicada em crianças com imunodeficiência ou casos graves refratários ao uso de antimicrobianos apropriados. A endoscopia nasal pode ser usada na suspeita de fatores anatômicos nasais predisponentes (PITREZ e PITREZ, 2003).

ETIOLOGIA E TRATAMENTO

Como critério inicial para tratamento das rinossinusites, é importante lembrar que, para o tratamento de crianças, antes de indicar o uso antibiótico com quadro clínico compatível com rinossinusite, deve-se considerar as histórias naturais das IVAS, que evoluem com dor de garganta e coriza por três a seis dias, e os sintomas gerais. Crianças com quadro de tosse e secreção nasal com duração inferior a 10 dias, raramente requerem antibióticos, pois, na maioria das vezes, o quadro é de etiologia viral e/ou alérgica e o uso de antibióticos não previne as complicações (BRICKS, 2003; BRINCK *et al.*, 2004).

Segundo o Consenso Brasileiro de 1998, o tratamento antimicrobiano das rinossinusites, agudas ou crônicas, é realizado geralmente de maneira empírica, baseado em dados microbiológicos de trabalhos publicados na literatura (GANANÇA e GANANÇA, 1998).

No Brasil, nas rinossinusites agudas em adultos e crianças, os agentes etiológicos mais comuns, correspondendo a mais de 70%, são o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae*. Com menor frequência, pode-se encontrar a *Moraxella catarrhalis*, o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus* beta hemolítico (GANANÇA e GANANÇA, 1998), havendo diferenças entre as faixas etárias.

Em um recente estudo, verificou-se que bactérias gram-negativas ocupam papel de destaque na rinossinusite, tanto entre crianças quanto entre adultos. Entretanto, os microrganismos encontrados entre essas faixas etárias diferem, sendo

os gram-negativos mais prevalentes em crianças a *Moraxella catharralis* e o *Haemophilus influenzae*, enquanto nos adultos *Enterobacteriaceae* e *Pseudomonas aeruginosa* ocupam maior destaque (SERVIDON, COELHO e NAVARRO, 2006).

O aumento nas taxas de *Streptococcus pneumoniae* penicilino-resistente tem dificultado o tratamento empírico da doença, provocando uma reavaliação dos antibacterianos de escolha e renovando o interesse nas pesquisas de monitoração microbiológica (ARAÚJO e MARTHA, 2007).

Na Argentina encontra-se o *Streptococcus pneumoniae* na proporção de 25 a 30%, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis* 15 a 20%, *S. pyogenes* 5% (SERVIDON, COELHO e NAVARRO, 2006). Na Espanha, em crianças, encontra-se o *Streptococcus pneumoniae* (35 a 42%), *Haemophilus influenzae* (21 a 28%), *Moraxella catarrhalis* (21 a 28%) e *Streptococcus* (3 a 7%). Nos Estados Unidos, *Moraxella catarrhalis* e *S. pneumoniae* são encontradas na proporção de 30%, enquanto *H. influenzae* e *M. catarrhalis* em 20% dos casos (SOCIEDAD..., 2003).

O Consenso Brasileiro relata também que trato respiratório superior é colonizado por microorganismos não patogênicos, que competem com os patogênicos, oferecendo um certo grau de proteção ao nosso organismo (GANANÇA e GANANÇA, 1998).

O uso de antibióticos de largo espectro altera a microbiota normal do trato superior. A perda desses microorganismos não patogênicos pode contribuir para a permanência da infecção (BOTELHO; CORREIA; SILVA, 2003). O tratamento antimicrobiano deve, portanto, obrigatoriamente, ser eficaz contra pneumococo e *H. influenzae*.

A amoxicilina poderá ser inicialmente utilizada em infecções leves ou moderadas, podendo ser substituída na dependência da evolução clínica, do episódio de rinosinusite por amoxicilina em associação com o ácido clavulânico.

Entre os antibióticos beta-lactâmicos, uma cefalosporina de segunda geração,

como o cefaclor, o acetilcefuroxime e o cefprozil pode ser uma opção terapêutica à amoxicilina. Uma outra opção são as cefalosporinas orais de terceira geração, como a cefpodoxima, o cefixime e o cefetamete pivoxila, na dependência da facilidade de administração, intervalo entre as doses, porém tem um alto custo (GANANÇA e GANANÇA, 1998).

Os antimicrobianos do grupo dos novos macrolídeos podem também ser utilizados, como a roxitromicina, azitromicina e a claritromicina. Dentre as quinolonas mais recentes, a levofloxacina e a moxifloxacina está restrita aos adultos (I CONSENSO..., 1998).

O tratamento antimicrobiano para as rinosinusites crônicas é geralmente coadjuvante, devendo a cobertura ser eficaz contra os microrganismos aeróbios acima considerados, além das bactérias anaeróbias. Considerando a maior prevalência de *S. aureus* e estafilococos coagulase negativos nos quadros crônicos e a associação possível com bactérias anaeróbias, a clindamicina se constitui em boa opção terapêutica.

A utilização do metronidazol associado a uma cefalosporina de primeira geração (cefalexina) ou segunda geração (cefaclor, cefprozil, cefuroxime), ativas contra *S. aureus*, também pode ser considerada (NASCIMENTO, 2006).

Em casos de multirresistência em ambiente hospitalar podem ser utilizadas as cefalosporinas de quarta geração, como a cefepima ou a cefpiroma e o carbapenem, imipenem ou meropenem. Nas infecções hospitalares por *S. aureus* resistentes a oxacilina, a vancomicina deve ser considerada no esquema terapêutico. (NASCIMENTO, 2006; INFECTIOUS..., 2002).

Crianças com menos de dois anos de idade, com rinosinusite bacteriana aguda não complicada, têm sido tratadas com amoxicilina. É recomendada em uma dose de 45 mg/kg/dia, em 2 doses divididas ou em uma dose elevada de 90 mg/kg/dia em 2 doses. Se o paciente for alérgico à amoxicilina, o cefdinir (14 mg/kg/dia em 1 ou 2 doses), cefuroxime (30 mg/kg/dia em 2 doses), ou o cefpodoxime (10 mg/kg/dia

uma vez por dia) podem ser usados. Devem ser usados somente se a reação alérgica não for do tipo 1.

Nos casos de reações alérgicas sérias, a claritromicina (15 mg/kg/dia em 2 doses) ou a azitromicina (10 mg/kg/dia no primeiro dia, seguido de 5 mg/kg/dia por 4 dias com uma única dose diária) podem ser usadas no intuito de se selecionar um antimicrobiano de uma classe inteiramente diferente. A terapia alternativa no paciente alérgico à penicilina, para infecção com os *S.pneumoniae* penicilina-resistentes, é a clindamicina em 30 a 40 mg/kg/dia em 3 doses (CLINICAL..., 2001).

O quadro 1 apresenta os antibióticos usados para rinossinusite em crianças, com dose e comentários (SHRUM *et al.*, 2001).

Na Argentina é recomendado o uso de amoxicilina em duas doses divididas em 45 mg/kg/dia ou duas elevadas (90 mg/kg/dia). Em crianças com reação alérgica leve, pode-se usar cefalosporinas de segunda geração (exceto cefaclor), e naquelas com maior severidade alérgica, macrolídeos como claritromicina ou azitromicina. Para crianças com dificuldade de engolir, pode-se aconselhar o uso de ceftriaxona (SIBBALD, 2005).

Em um trabalho publicado na China em 2002, preconiza-se um tratamento para sinusite aguda com amoxicilina em altas doses de 80 a 90mg/kg/dia em 3 ou 4 doses diárias ou ampicilina. Como alternativa, podem ser usado amoxicilina/ácido clavulânico ou ampicilina/sulbactam, ou ainda cefalosporinas de segunda e terceira geração (INFECTIOUS..., 2002).

De acordo com o consenso nacional, de 1998, para casos de rinossinusite não severa, publicado na Bélgica, é aconselhado o uso de amoxicilina, por 10 a 14 dias, podendo ser prolongado em até um mês, caso os sintomas não tenham cessado ou o paciente não tiver melhora em 72 horas.

Para casos de rinossinusite aguda severa, deve-se usar um agente resistente às β -lactamases, aconselhando o uso de amoxicilina, mais ácido clavulânico ou uma cefalosporina de segunda geração. Para

casos de rinossinusite crônica, recomenda-se um tratamento inicial de 2 a 7 semanas. Caso os sintomas não tenham melhora em 5 ou 7 dias, uma cultura de secreção deve ser avaliada, ou causas que não contemplem bactérias devem ser consideradas.

Caso haja pouca resposta ao tratamento, uma segunda semana de tratamento deve ser sugerida. Raramente não se obtém resposta, porém o tratamento com antibiótico intravenoso através de agente contra penicilina-resistente deve ser levado em consideração; a flora comum com *Streptococcus pneumoniae* produtor de β -lactamase, *Moraxella catarrhalis* e *Haemophilus influenza* ainda podem ser usados.

Para a escolha empírica dos antibióticos, não devem ser usados sulfametoxazol+trimetropin, claritromicina, cefixime, cefibuten, doxiciclina nem o cefaclor. Estes agentes têm sérios efeitos adversos e não obtêm boa resposta aos patógenos resistentes (CONSENSUS - BRUSSELS, 1998).

Em um trabalho publicado na Espanha, alerta-se que a telitromicina e as flouroquinolonas não devem ser usadas em crianças. A terapia deve ser eficaz contra *H. influenza* e *S. pneumoniae*, que possuem altos índices de resistências e apresentam diferenças geográficas. O autor sugere que o tratamento deva ficar por volta de 10 a 14 dias (SOCIEDAD..., 2003).

A pouca quantidade de informações epidemiológicas dificulta o conhecimento da situação real dos casos de rinossinusites em crianças, principalmente nos países subdesenvolvidos como o Brasil. Outro grande problema é a automedicação, que pode causar conseqüências graves como o mascaramento do problema e, no caso dos antibióticos, colaborar ainda mais com a resistência bacteriana.

Ainda hoje há uma grande quantidade de prescrições de antibióticos para casos de rinite que não necessitariam do uso de antimicrobianos. Isto nos mostra a grande importância do conhecimento da etiologia da rinossinusite, principalmente porque seu diagnóstico é basicamente

ANTIBIÓTICO	DOSE (mg/kg/dia)	COMENTÁRIOS
Amoxicilina	80 a 100 em doses divididas a cada 12 h.	Baixo custo, gosto agradável, seguro, alguma resistência bacteriana.
Sulfometoxazol+ Trimetoprima	40/8 em doses divididas a cada 12 h.	Baixo custo, erupções cutâneas, distúrbios gastrintestinais.
Eritromicina	50/150 em doses divididas a cada 6 h.	Baixo custo, sintomas gastrintestinais, erupções cutâneas e dose a cada 4 h.
Amoxicilina+ Clavalunato	40/10 em doses divididas a cada 12 h.	Diarréia, distúrbios gastrintestinais, eficaz para a maioria das bactérias.
Cefaclor	40 em doses divididas a cada 8 h.	Reações de hipersensibilidade e alguma resistência bacteriana.
Cefixizime	8 em doses divididas cada 24 h.	Alguma resistência a pneumococos.
Cefpodoxime	10 em doses divididas a cada 8 h.	Cobre pneumococos e apresenta.
Proxetil	a cada 8 h.	Problemas com sabor para crianças.
Cefprozil	30 em doses divididas a cada 12 h.	Atividade diminuída contra organismos β -lactamase positivos.
Cefuroxima	40 a 100 em doses divididas a cada 8 h.	Bom espectro de ação e gosto residual.
Axetil Cefuroxima	30 em doses divididas a cada 12 h.	Bom espectro de ação.
Loracarbef	30 em doses divididas a cada 12 h	Espectro de ação igual ao das Cefalosporinas de segunda geração.
Azitromicina	10 no primeiro dia, 5 a cada 24 h. (2 a 5 dias)	Incômodos e sintomas gastrintestinais e bom espectro de ação, comodidade posológica.
Claritromicina	15 em doses divididas a cada 12 h.	Bom espectro de ação, sintomas gastrintestinais, deve ser evitada na gravidez, pouco sabor e não deve ser associada à Astemizol e Terfenadina.
Cefdinir	14 uma vez ao dia	Uma dose diária, Bom sabor.

Quadro1. Fármacos e doses utilizados no tratamento de rinosinusites.

clínico e seu tratamento é realizado de forma empírica.

A resistência bacteriana entre os patógenos respiratórios é mundialmente reconhecida como um problema crescente e de grande relevância. O uso de anti-bióticos em IRA é um dos fatores que influencia a ocorrência desse fenômeno. Embora a redução no uso de antibiótico não pareça estar associada à redução na resistência bacteriana em curto prazo, entre as medidas de mais fácil execução destaca-se o uso racional de antibióticos, na expectativa de, pelo menos, diminuir o aumento acelerado nas taxas de resistência (NASCIMENTO,

2006).

Apesar de haver mudanças nos agentes etiológicos em diferentes países, há algumas semelhanças no uso de alguns antibióticos. Como primeira escolha, a amoxicilina tem se mostrado como o agente mais usado, por apresentar baixo custo, fácil paladar e ser bastante seguro, porém apresenta grande resistência bacteriana. Em casos de pacientes alérgicos, pode-se usar a claritromicina.

A eritromicina também pode ser uma boa escolha, possui baixo custo, mas apresentam sintomas gastrointestinais, erupções cutâneas e não atinge *H. influenza*. Pode-se

usar a azitromicina para pacientes alérgicos a cefalosporinas de segunda geração como o cefaclor, o axetilcefuroxime e o cefprozil. Em casos de multirresistência em ambiente hospitalar podem ser utilizadas as cefalosporinas de quarta geração, como o cefpime, o cefpi-rome ou ainda o carbapenem, o imipenem ou o meropenem.

Quadro clínico	Tratamento de eleição	REFERÊNCIAS	Alternativa
Rinossinusite maxilar leve em paciente imunocompetente e sem comorbidade	Tratamento Sintomático	I CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINOSSINUSITE, Recife, PE, Revista Brasileira de Otorrinolaringologia , v. 65, n.3, 1998.	Amoxicilina
Rinossinusite maxilar moderada em paciente imunodeprimido e sinusite frontal esfenoidal	Moxifloxacino Levofloxacino	ARAÚJO, E.; MARTHA, V.F.; Diferença entre a microbiologia da rinosinusite crônica em crianças e adultos. Revista Pediatria Moderna , v.2, p. 37-42, 2007.	Amoxicilina+ácido clavulânico Telitromicina
Rinossinusite grave e complicada	Cefalosporina de terceira geração por via intravenosa	BOTELHO, C.; CORREIA, A.L.; SILVA, A.M.C.	Amoxicilina+ácido clavulânico
Rinossinusite Maxilar de origem dental e Sinusite Crônica	Amoxicilina+ácido clavulânico Moxifloxacino	Environmental factors and hospitalization of under five children with acute respiratory infection. Caderno de Saúde Pública , v.19, n.6, p. 1771-80, 2003.	Clindamicina Metronidazol Levofloxacino

Quadro2. Referência para escolha do tratamento.

RHINOSINUSITIS IN PEDIATRICS

ABSTRACT

Sinusitis and rhinitis are the inflammation of sinus and nose mucous membranes. On children they often occur simultaneously, making the diagnosis more difficult. The prescription of antibiotics to children presenting virus infections, in order to prevent bacteria complications, is not efficacy. This article aims to revisit antimicrobial therapies against rhinosinusitis on children. Antibiotics treatments against rhinosinusitis are often carried out in an empirical way, based on microbiological data (cultures, sensitivity to in vitro antimicrobials). The main differences among all treatments regard doses and treatment spans, showing significant divergences on these issues, especially when applied on children. It is required that more studies on the definitions of these two items be held, and that the Brazilian Consensus be updated.

Keywords.: Antibiotics. Rhinosinusitis. Children. Sinusitis.

BRICKS, L.F.; SIH, T. Medicamentos controversos em otorrinolaringologia. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 1, p. 11-22, 1999.

BRICKS L.F. Uso judicioso de medicamentos em crianças. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 107-14, 2003.

BRINK, AJ, et al. Guideline for the management of upper respiratory tract infections. **S Afr Med J**. v.6, n. 2, p. 475-83, 2004.

CARVALHO, E.S.; CARVALHO, W.B.; **Terapêutica e práticas pediátricas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: MANAGEMENT OF SINUSITIS. **American academy of pediatrics**. Pediatrics. v. 108, n. 3, p. 798-808, 2001.

CONSENSUS – BRUSSELS; Belgium, **Management of Rhinosinusitis in Children**, Archive Otolaryngology Head Neck Surgery, v. 124, p.124, 31-34, 1998.

EJEZEMBERG, B.; SIH, T.; HAETINGER, R.G. Conduta diagnóstica e terapêutica na sinusite da criança. **Jornal da Pediatria**, v. 75, n. 6, p. 419-32, 1999.

GANANÇA, F.F.; GANANÇA, M.M. Sinusites. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 55, n. 12, p. 71-5, 1998.

GUERRA, A.F.M. *et al.* Pediatric (Otolaryngology) at the Public Health System of a city in Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 719-25, 2007.

INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF THE REPUBLIC OF CHINA. **Guideline for antimicrobial therapy of acute upper respiratory tract infections in Taiwan..** v.35, p. 272-273, 2002.

LAI L, HOPP RJ, LUSK RP. Pediatric chronic sinusitis and asthma: a review., **J Asthma**.v.43, n. 10, p. 719-25, 2006.

MEKHITARIAN NETO, L. et al . Acute sinusitis in children: a retrospective study of orbital complications. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 73, n. 1, p. 81-85, 2007.

NASCIMENTO, C.M. Antibioticoterapia ambulatorial como fator de indução da resistência bacteriana: uma abordagem racional para as infecções de vias aéreas. **Jornal da Pediatria**, v. 82, n.5, p.146-52, 2006.

PIGNATARI, S.S.N.; FIGUEIREDO, C.R. Rinossinusite na criança. **Revista Pediatria Moderna**, v. 40, n. 4, p. 146-50, 2004.

PIGNATARI, S.S.N.; MAURICE, L.L.; SOLÉ, D. Rinossinusite na criança. **Jornal de Pediatria**, v. 74, n. 1, p. 31-36, 1998.

PITREZ, P.M.C.; PITREZ, J.L.B.. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 77-86, 2003.

RITTER, F.N. The paranasal sinuses. In: **Mosby CV. Anatomy and Surgical Technique**. [S. l.]: St Louis; 1987.

SERVIDON, A.B.; COELHO, L.; NAVARRO, M.L. Perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 1, p. 83-88, 2006.

SHRUM, K.M, et al. Sinusitis in children: the importance of diagnosis and treatment. **Journal American Osteopathic Association**, v. 101, n. 5, p. 8-13, 2001.

SIBBALD, A. Rinosinusitis pediátrica. **Archivos Argentinos Pediatricos**, v. 3, p. 103-7, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, Projeto diretriz, 2003. [on line] Disponível em <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/086.pdf>. Acesso em: 04/2007.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE QUIMITERAPIA y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Diagnostico y tratamiento de las sinusitis. **Revista. Española de Quimioterapia**, v. 16, n. 2, p. 239-251, 2003.

WECKX, L.L.M., *et al.* Rinossinusite pediátrica. **Revista Pediatria Moderna**, v. 36, p. 7-17, 2001.

RESUMO

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO NA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MÃE – BEBÊ – FAMÍLIA

THE NURSING ACTION IN THE MATERNAL BREAST-FEEDING IN THE PERSPECTIVE OF THE INTEGRAL AID TO THE HEALTH OF THE MOTHER – BABY - FAMILY

Erika Acioli Gomes Pimenta¹

Fabiana Pires Rodrigues de Almeida²

Izamara dos Santos Nogueira Martins³

Janaína Silva Almeida⁴

A amamentação significa mais do que garantir a saúde da criança em seus primeiros meses de vida, representa um ato de amor e de importância indiscutível, uma vez que traz benefícios para a criança, para a mãe e para a sociedade de modo geral. O aleitamento materno é uma das maneiras mais eficientes de atender aos aspectos nutricionais, imunológicos, fisiológicos, psicológicos como também econômicos, assim se constitui no alimento ideal. Este estudo tem como objetivo identificar, na literatura, a atuação da enfermagem no aleitamento materno. O estudo seguiu a metodologia de análise conceitual, realizada por meio de um levantamento bibliográfico de artigos científicos e livros da área médica e de enfermagem pertinentes à temática, no período de 25 de Setembro a 09 de Outubro de 2006. A enfermagem tem o conhecimento científico sobre o aleitamento materno e precisa estar comprometida com a questão da amamentação. Em seu processo de trabalho deve realizar ações envolvendo as puérperas para a promoção, incentivo e apoio na amamentação. Esses profissionais também devem trabalhar na perspectiva da manutenção de vínculos com a mulher, durante e após o ciclo gravídico, sendo responsáveis pelos programas de educação em saúde durante o pré-natal, preparando a gestante e, se possível a família, para o aleitamento materno, para que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera a amamentação seja facilitado e tranquilo, evitando dúvidas, dificuldades e possíveis complicações. A literatura aponta que a formação de grupos, redes e sala de espera são meios que podem ser utilizados na tentativa de preparar a gestante e a sua família para o enfrentamento do processo de amamentação. A partir da revisão entendemos que é de suma importância a tomada de medidas profissionais, principalmente da atuação da enfermagem por ser a mesma responsável por ações preventivas, junto à gestante e a sua família, desde o pré-natal ao nascimento e contínua assistência ao crescimento e desenvolvimento da criança, facilitando a adaptação da puérpera para o autocuidado, e do recém-nascido, para enfatizar a adesão e sucesso ao aleitamento materno. Devemos destacar a atuação dos enfermeiros na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, enfatizando os benefícios do mesmo tanto para a criança quanto para o bebê, sobretudo considerando a criação do vínculo do binômio mãe-filho.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Puérperio. Assistência de Enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa - Paraíba.

² Aluna do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, João Pessoa - Paraíba.

³ Aluna do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem, FACENE. Endereço: Rua Cecília Rodrigues da Siqueira, nº 230 Bancários João Pessoa-PB. CEP:58051-830 Telefone: (83)3255-5196/9901-1518 E-mail: izamara_santos@yahoo.com.br. João Pessoa - Paraíba.

⁴ Aluna do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem, FACENE. João Pessoa – Paraíba.

Normas Editoriais

Objetivos

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983 é uma publicação semestral, de circulação nacional, da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., entidade mantenedora das Faculdades Nova Esperança, e tem como objetivo publicar trabalhos científicos originais na área da saúde e correlatas, no intuito de disseminar o conhecimento científico, além de estar aberta a contribuições internacionais no campo da ciência.

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

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

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

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

Autoria

Os manuscritos encaminhados para publicação deverão atender às seguintes especificações:

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

Procedimentos éticos

1. Enviar cópia de **Parecer favorável**, emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido e cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP, ou diretamente pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, quando o trabalho envolver seres humanos (direta ou indiretamente), de acordo com o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS nº 196/96, e suas complementares.

2. Cada artigo ou trabalho enviado à Revista será encaminhado a dois avaliadores *ad hoc* na área, que emitirão parecer consubstanciado, de acordo com as normas da Revista, do conteúdo e dos procedimentos éticos que envolvem o trabalho. A lisura da avaliação exige que os avaliadores desconheçam a autoria dos trabalhos e os autores desconheçam a identidade de seus avaliadores. Tal procedimento visa a assegurar a integridade ética e profissional dos sujeitos envolvidos nesse processo.
3. Os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos.

Normas para Análise dos Artigos

Envio dos originais

1. Remeter uma cópia do artigo em CD-ROM, acompanhado de duas cópias impressas em papel no formato A4 e editor de texto Microsoft Word for Windows, em versão atualizada para a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Campus das Faculdades Nova Esperança – Facene/Famene, R. Artífice Pedro Marcos de Souza, 12 – Valentina Figueiredo, João Pessoa-PB – CEP: 58064-000. Em uma das cópias, os nomes dos autores devem ser suprimidos, visando a análise dos avaliadores.
2. A Revista aceita o envio de trabalhos, preferencialmente, via e-mail. Desde que, para isso, os autores sigam os critérios a seguir:
 - a. envio da documentação completa e assinada referida nos itens Autoria e Procedimentos Éticos.
 - b. aceita-se o envio da documentação via e-mail, desde que esteja devidamente assinada, escaneada e anexada ao artigo.
3. Utilizar em todo o texto a fonte Arial, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5 cm; configuração de página: margem superior 3,0 cm, inferior 2, cm, esquerda 3,0 cm e direita 2, cm.
4. Os autores ficam responsáveis pela rigorosa revisão gramatical dos originais manuscritos, não cabendo à Revista tal procedimento. Em caso de constatação da ausência da revisão textual, o Conselho Editorial reserva-se no direito de recusar os trabalhos que não seguirem esta norma.
5. Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio do trabalho.
6. O Conselho Editorial reserva-se no direito de rejeitar os artigos que não apresentarem valor científico, falha ética, ou que tenham erros significativos de metodologia, gramática, bibliografia, bem como de realizar adaptações ao estilo da Revista.
7. Em hipótese alguma os CDs e originais impressos serão devolvidos.

Folha de Rosto

A Folha de Rosto deve conter:

1. **TÍTULO E SUBTÍTULO** (quando houver) em língua portuguesa, em caixa-alta, centralizado e em negrito.
2. Os nomes dos autores em formato normal, com apenas as iniciais em maiúsculo e em notas de rodapé, em números cardinais, com as informações pedidas no item 1 da Autoria.
3. **RESUMO** - Título em caixa-alta e em negrito alinhado à esquerda; texto em língua portuguesa, espaço simples, com no máximo 300 palavras. Expressará de maneira precisa e concisa, o material e métodos utilizados, o que foi observado ou realizado e as conclusões que o autor considera justificadas. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas, e deverá conter a seguinte estrutura: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO, e CONCLUSÃO. O resumo deverá ser acompanhado de até cinco palavras-chave que são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. As palavras-chave deverão ser baseadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine. O DeCS pode ser consultado através do endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. Estas devem vir no final do Resumo, alinhadas à esquerda, sem espaço entre linhas, precedidas de ponto a cada palavra.

Resumo em Língua Estrangeira

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

Normas Específicas para os Textos

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

Itens que compõem esta seção

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

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

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

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

Conclusões: deve-se apresentar o conjunto de conclusões mais importantes, evitando detalhes não pertinentes, retomando os objetivos do trabalho. As conclusões podem também ser incluídas no item “discussão”; neste caso, não há necessidade de repeti-la em itens à parte.

Agradecimentos (opcional): quando desejados devem ser apresentados no final do texto, breves e diretos, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria. Devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das Referências Bibliográficas.

Referências

Citações:

- As Referências deverão ser reunidas no final do trabalho, em ordem alfabética, de acordo com as especificações da ABNT/NBR 6023.
- As notas deverão ser registradas no rodapé da página, conforme a ABNT/NBR 10520.
- Para citações “ipsis literis” de referências bibliográficas deve-se usar aspas na seqüência do texto, de acordo com a NBR 6023.
- As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas entre aspas.

Ilustrações: tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc.), inseridas logo após serem mencionadas pela primeira vez no texto. As tabelas devem estar formatadas como a tabela clássica 1 do Word. Os gráficos devem ter boa definição. As fotos devem ser escaneadas com 300 ou mais DPI e salvas no formato TIFF ou BMP e lado maior igual a 18 cm. As Ilustrações e seus títulos devem estar alinhados à esquerda e sem recuo. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4. Devem ser encaminhadas com as autorizações para reprodução: de material publicado anteriormente, ilustrações que podem identificar pessoas e para transferência de direitos autorais e outros documentos que se façam necessários.

2. **Artigos de revisão:** são trabalhos que têm por objetivo apresentar síntese e análise crítica da literatura levantada. Esta deve ser atualizada, referenciada e a discussão atual e pertinente. Deve incluir com clareza a delimitação do problema, dos procedimentos adotados e conclusões. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas. Deverão ter no máximo 50 citações de referências bibliográficas, organizadas em espaço simples. No máximo 10 laudas.
3. **Artigos de Atualização ou Divulgação:** são trabalhos que têm por objetivo a descrição e/ou interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. No máximo 10 laudas.
4. **Comunicações breves/Relatos de caso/experiência:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa, relatos de caso ou experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. No máximo 10 laudas.
5. **Resenhas:** apresentação e análise de livros publicados na área da saúde ou áreas afins. Serão aceitas para apreciação resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto analítico. No máximo 3 (três) laudas.
6. **Relatório de pesquisa:** texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área da saúde ou áreas afins (no máximo 4 laudas).
7. **Resumos de pesquisa:** em nível de especialização, de mestrado ou doutorado: texto original da monografia, dissertação ou tese com no máximo 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras;

Os textos deverão ser enviados ao Campus das Faculdades Nova Esperança (aos cuidados do Editor da Revista) à rua Artífice Pedro Marcos de Souza, 12, Valentina Figueiredo - João Pessoa-PB. CEP: 58064-000. Fone/Fax: (83) 2106-4791. E-mail: revista@facene.com.br.

