

ISSN 1679-1983



Escola de Enfermagem
Nova Esperança Ltda.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança - v. 9, n. 2, Dez./2011

Revista de
Ciências da Saúde
NOVA ESPERANÇA

Volume 09 - Número 2 - Dez./2011



Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Diretora-Presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-Presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE

Eitel Santiago Silveira

Diretora da FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Coordenadora do

Curso de Enfermagem - FACENE

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do

Curso de Medicina - FAMENE

Gladys M. Cordeiro da Fonseca

ÓRGÃOS DE APOIO ADMINISTRATIVO

Secretaria Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

Recursos Humanos

Tatyanne Souto Primo

Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene

Rosa Rita da Conceição Marques

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas

Oriana Deyze Paiva Correia Leadebal

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

Liliane Soares da Silva Moraes - CRB 15/487

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança - Semestral

Tiragem: 300 exemplares

Editora

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança -

ISSN 1679-1983

Av. Frei Galvão, 12

Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP: 58.067-695 - Telefone: (83) 2106-4791

Site: www.facene.com.br

E-mail: revista@facene.com.br

CONSELHO EDITORIAL

- Clélia Albino Simpson – UFRN-RN
- Homero Perazzo Barbosa – FACENE/FAMENE-PB
- Iara de Moraes Xavier – UnB-DF
- Iolanda Bezerra da Costa Santos – UFPB-PB
- Jackson Roberto G. S. 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 Antônio Jerônimo Costa – FACENE-PB
- Marcos Antônio Nóbrega de Sousa – UEPPB-PB
- Maria Júlia Guimarães de O. Soares – UFPB-PB
- Marta Miriam Lopes Costa – UFPB-PB
- Mônica Rodrigues de Araújo Souza – FAMENE-PB
- Regina Célia de Oliveira – UP-PE
- Rinaldo Henrique Aguilard da Silva – Famema-SP
- Roque Marcos Savioli – INCOR/FMUSP-SP
- Simone Carneiro Maldonado – UFPB-PB
- Fátima Raquel Rosado Moraes – UFRN-RN
- Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino – UEPPB-PB
- Francisco Arnaldo Nunes de Miranda – UFRN-RN
- Leonardo Rigoldi Bonjardim – UFS-SE
- Rosana Carla do Nascimento Givigi - UFS-SE
- André Sales Barreto - UFS-SE

CAPA

Luiz de Souza Soares

Diagramação

Magno Nicolau

Edição

Ideia Editora Ltda.

ideiaeditora@uol.com.br

A partir do triênio 2007/2009 a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança obteve o Qualis “B5”, pela Capes, para as áreas de Enfermagem e Medicina.

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

Impressa no ano de 2012.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.9 n. 2.
João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança – FACENE, 2011.

v.: il.;

Semestral
ISSN 1679-1983

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU – 61(05)

Sumário

EDITORIAL, 5

ARTIGOS ORIGINAIS

RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER, 7-16

(Lucineide de Cássia Padilha do Amaral, Paulo Emanuel Silva, Khivia Kiss da Silva Barbosa, Jogilmira Macedo Silva)

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SÉPTICOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, 17-26

(José Melquíades Ramalho Neto; Márcia Abath Aires de Barros; Marcos Francisco de Oliveira; Wilma Dias de Fontes; Maria Miriam Lima da Nóbrega)

AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS PARA O SURGIMENTO DA ATEROSCLEROSE EM JOVENS DA CIDADE DE PATOS-PB, 27-32

(Layanne Cabral da Cunha Araújo, Alana Araújo Braga, Marcos César Feitosa de Paula Machado, Evanise Barbosa de Oliveira Mello e Silva)

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ANESTESIOLOGISTAS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA, 33-38

(Maria de Fátima Oliveira Santos, Débora de Paiva Lucena, Harison José de Oliveira, João Bezerra Júnior)

CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO, 39-44

(Camila Gadelha Cartaxo de Sá, Arkeline Mayara Antas Lima de Azevedo, Déa Sílvia Moura da Cruz, Daniela Karina Antão Marques, Ilana Vanina Bezerra Souza)

ARTIGOS DE REVISÃO

NECESSIDADE DA UTILIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA NOS PARTOS NORMAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA, 45-50

(Nilma Maia da Costa; Lucídio Clebson de Oliveira; Lorrainy da Cruz Solano; Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins; Ivone Ferreira Borges)

AUTISMO E FAMÍLIA: PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO TRATAMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS AUTISTAS. 51-58

(Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira)

DOENÇA DE ALZHEIMER COMO UMA FORMA DE DIABETE CÉREBRO-ESPECÍFICA – UMA REVISÃO, 59-64

(Charles Saraiva Gadelha, George Robson Ibiapina, Roberto Luiz Pereira Matias, Marcos Valério Gonçalves, Tiago Martins Formiga, Nelson Pereira de Carvalho Filho)

O HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO: ESCLARECENDO A SUA MANIFESTAÇÃO A PARTIR DE PRINCÍPIOS MORFOFUNCIONAIS, 65-70

(Marcos Antônio de Souza, Renan Flávio de França Nunes, Heitor Augusto Viana Brito, Fausto Pierdoná Gúzen, José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti)

O USO DA ULTRASSONOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DE NÓDULOS TIREOIDIANOS, 71-78

(Cláudio Emmanuel G. da Silva Filho, Michelle Garcia Ximenes Quintans, Laís Julyanna Jordão Silva dos Santos, Rafael Eugênio Lazarotto, Felipe Brandão dos Santos Oliveira)

LIRAGLUTIDE: SUCESSO NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MONOTERAPIA E ASSOCIAÇÕES – REVISÃO SISTEMÁTICA, 79-84

(George Robson Ibiapina, Lúcio Vilar, Charles Saraiva Gadelha, Tiago Martins Formiga, Nelson Pereira de Carvalho Filho)

HUMANIZAÇÃO DO PARTO: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS, 85-92

(Sely Costa de Santana, Leila de Cássia Tavares da Fonsêca, Marcella Costa Souto, Khívia Kiss da Silva Barbosa)

DÉFICITS DE AUTOCUIDADO NO CONTEXTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ESCOLARES COM SOBREPESO E OBESIDADE, 93-98

(Sayane Marlla Silva leite Montenegro, Wilma Dias Fontes)

FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO NORDESTE: NOTAS SOBRE O PANORAMA ATUAL, 99-106

(Edson Peixoto de Vasconcelos Neto, Nereide de Andrade Virgínio)

Normas, 107

Editorial

OS CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

A busca do conhecimento tem sido, ao longo da evolução da humanidade, o grande diferencial, é a moda propulsora do desenvolvimento das Nações ou na ausência dessa busca e de novas propostas, soluções criativas e estratégicas, o motivo de sua decadência e submissão.

É motivo de muito orgulho para todo o profissional da saúde constatar a grande evolução nacional relacionada à pesquisa e, portanto, ao desenvolvimento científico, sobretudo, nos últimos 30 anos. Não pode haver dúvidas em relação a esse caminho de novas descobertas como garantia profissional de sobrevivência e respeito. Não existe volta! No entanto, está em curso um momento crítico, no qual, não podemos deixar de questionar: *o conhecimento científico gerado nos grandes centros de excelência de pesquisa e educação estão chegando a milhares de profissionais da saúde brasileiros? Por sua vez, esses profissionais estão utilizando ou mesmo buscando os novos conhecimentos? Estamos pesquisando as reais necessidades de nosso país e de nossa população?*

Esse movimento de reflexão requer ampla participação e envolvimento, deixando de lado a nossa miopia e procurando enxergar além de nossos interesses pessoais, em prol do coletivo, em prol de algo maior.

É preciso ter consciência de nosso papel e representação social e socializar os nossos resultados, para que os mesmos possam ser utilizados pelo maior número de indivíduos possível, e para que o maior número de pessoas seja beneficiado.

É crucial olhar o panorama atual da saúde brasileira, que vai muito mais além das poucas ilhas de excelência, e sustentar a divisão do conhecimento, igualdade de acesso à leitura e a democratizar a informação.

Essa determinação se deve à necessidade de enfrentar os desafios inerentes a nossa vontade impostos pelo mercado de

trabalho, a criação de inúmeras faculdades na área de saúde que não primam pela qualidade do ensino e preparo do corpo docente, a globalização que em grande parte das vezes beneficia os mais privilegiados, as mudanças nos valores, entre tantas outras questões.

Por outro lado, é necessário que os profissionais de boa vontade procurem ter acesso às novas propostas e ao desenvolvimento de pesquisas, concentrando forças para vencer todas as barreiras, por vezes injustas, que se apresentam no caminho.

Desejo motivação aos leitores desse periódico, que, motivados pela leitura, decidam caminhar pelos meandros da pesquisa e, no futuro, não se esqueçam de disseminar os seus conhecimentos. Desejo também que mais pessoas possam conhecer a qualidade de suas pesquisas, conquistadas com tanto suor e dedicação!

Sob nossa ótica, a busca contínua do

conhecimento científico e a sua divulgação nos mais diversos meios possíveis constituem-se em um caminho seguro para a continuidade da solidificação profissional e desenvolvimento de todos.

Em um mundo tão duro e carente de poesia, despeço-me de todos da seguinte maneira:

"Para ser grande, sê inteiro; nada teu exagera ou exclui; sê todo em cada coisa; põe quanto és no mínimo que fazes; assim em cada lago, a lua toda brilha porque alta vive.!", de Fernando Pessoa.

Boa leitura e reflexão.

Carolina da Cunha Lima
de Mendonça Pedrosa
(Mestranda em Saúde Pública pela Universidade
Americana em Assunção- Paraguai. Enfermeira.
Coordenadora de Eventos da FACENE/
FAMENE - NUPEA)

Artigo Original

RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER¹

Lucineide de Cássia Padilha do Amaral²

Paulo Emanuel Silva³

Khívia Kiss da Silva Barbosa⁴

Jogilmira Macedo Silva⁵

RESUMO

O envelhecimento populacional é nos dias atuais um fenômeno mundial que ocorreu e vem ocorrendo nos países em desenvolvimento e crescendo a cada dia. No Brasil, atualmente as estatísticas mostram, de acordo com a literatura estudada, que a população idosa tem número aproximado a 15 milhões de indivíduos, o que representa mais de 9% da população. O aumento crescente do número de pessoas idosas trouxe consequências em decorrência das doenças naturais da idade, entre elas, a demência se configura como a de maior prevalência. Esta investigação trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo descrever as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de DA e analisar as relações interpessoais dos cuidadores de portadores de DA. A população investigada constou de 10 cuidadores de portadores de doença de Alzheimer, usuários das USF's do Distrito Sanitário III, durante os meses de fevereiro e abril de 2010, através de visitas domiciliares, entrevistou-se o cuidador principal, o qual tivemos como instrumento de investigação um roteiro de entrevista. Para a análise dos dados utilizou-se a análise do discurso do sujeito coletivo, seguindo os passos metodológicos de Lefrève e Lefrève. Neste estudo, a amostra foi composta por uma maioria de cuidadores representado pelo sexo feminino, com faixa etária acima de 60 anos, casados e solteiros, possuíam o ensino médio, tinham renda acima de cinco salários mínimos, católicos, em que a maioria dos cuidadores eram os próprios filhos e residiam em média cinco pessoas na casa. Ao término do estudo, foi possível identificar as dificuldades encontradas pelos cuidadores de portador de Doença de Alzheimer, o que pode facilitar a criação de estratégias de cuidados que subsidiem a vida dos cuidadores visando à melhoria da qualidade da assistência prestada aos portadores e promovendo ações que resultem no atendimento às necessidades de ambos, tanto para o cuidador, quanto para o portador de Doença de Alzheimer.

Palavras-chave: Enfermagem. Alzheimer. Cuidadores. Idosos. Dificuldades.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento biológico apesar de ser um fenômeno universal, é comum a praticamente todos os seres vivos. No entanto, ainda hoje não se tem um esclarecimento dos mecanismos envolvidos em sua gênese, persistindo dúvidas acerca das modificações das

¹ Artigo retirado a partir da monografia de conclusão de curso de Lucineide de Cássia Padilha do Amaral.

² Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. End.: Bacharel Manoel Pereira Diniz, 655, apto. 402, Cidade Universitária, João Pessoa-PB. CEP: 58052-520. Tel.: (83) 8855-5219. E-mail: lu_padilha31@hotmail.com.

³ Enfermeiro; Especialista em Administração em Serviços de Saúde e de Enfermagem; Especialista em Metodologia em Ensino Superior; Mestre em Ciências das Religiões; Docente FACENE.

⁴ Enfermeira; Mestre em Enfermagem em Saúde Pública; Docente UFCG e FACENE.

⁵ Enfermeira; Especialista em Terapia Intensiva; Mestre em Enfermagem; Docente FACENE; UNIPÊ; Faculdade Maurício de Nassau.

funções orgânicas¹. Neste sentido, pode-se considerar o envelhecimento como uma fase final de um todo contínuo que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte.

O aumento crescente do número de pessoas idosas trouxe consequências em decorrência das doenças naturais da idade, entre elas as de maior prevalência são: demências, depressão, diabetes, distúrbios dos movimentos, acidentes vasculares cerebrais, transtornos psiquiátricos, hipertensão arterial, problemas cardíacos, aterosclerose, problemas respiratórios, infecções do trato urinário, doenças renais, constipação entre outras².

É importante ressaltar que, entre todas as patologias citadas, a demência aumenta particularmente entre os idosos após os 67-75 anos, com taxas variando de 1,5% aos 65 anos, 4,1% aos 70-74 anos, 18,7% aos 75-84 anos e 32 – 42, 75% na população acima de 85 anos³.

A demência deve ser compreendida como uma síndrome com múltiplas etiologias. Sendo que o diagnóstico sindrômico de demência baseia-se na presença de declínio cognitivo persistente, independente de alterações do nível de consciência e que interfere em atividades sociais ou profissionais do indivíduo⁴.

São muitas as causas de demência no idoso, sendo que uma das principais é a Doença de Alzheimer (DA) e sua prevalência aumenta exponencialmente entre 65-95 anos. Ocorre em cerca de 1% da população entre 65-69 anos e/ou entre 70 e 79, em 15-20% após os 80 anos e em 40-50% após os 95 anos. A idade média de início da doença situa-se por volta dos 80 anos. Em cerca de 6-7% dos casos, inicia-se precocemente antes dos 60-65 anos. Aproximadamente, 7% de todos os casos de início precoce tem origem genética, com padrão de herança autossômica dominante. A DA predomina em mulheres de idade avançada, tem distribuição universal e é uma das principais causas de doença no idoso, constituindo um dos maiores problemas médicos e sociais da atualidade³.

O mal de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa, lenta, progressiva e irreversível. A pessoa atingida por ela apresenta uma crescente dificuldade para memorizar, decidir, agir, locomover-se, comunicar-

se e alimentar-se, até atingir um estado vegetativo⁵. Segundo alguns autores⁶, a DA causa uma desordem neurodegenerativa progressiva e incapacitante caracterizada pela deterioração cognitiva e da memória acompanhada da perda de autonomia, consequente à impossibilidade do desempenho das atividades diárias. Essa doença pode ser acompanhada por uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e distúrbios comportamentais, levando o idoso acometido à total dependência. Neste sentido, em geral, o cuidado com estes pacientes que se tornam dependentes progressivamente recai sobre as famílias, provocando mudanças nas relações interpessoais e intrafamiliares. Portanto, no contexto familiar se percebe uma mudança total na rotina diária, necessitando de uma dedicação exclusiva de um membro que pode ser da família ou não no atendimento das necessidades do portador da DA.

Neste enfoque⁷, a DA além de comprometer o idoso portador, afeta de maneira ímpar sua família, exigindo por parte desta que novos ajustes surjam em sua dinâmica. De acordo com os mesmos autores, familiares irão assumir a tarefa de cuidar do idoso portador de DA, para a qual poderão não ter recebido nenhum preparo ou treinamento específico, com subsequente ônus físico, psicológico, social e financeiro.

Neste sentido, pode-se acrescentar que os cuidadores de pacientes com DA enfrentam um processo dinâmico e invasivo altamente individual, necessitando continuamente elaborar as perdas que a dedicação ao doente impõe em sua vida pessoal. Frente a este quadro, os familiares do paciente começam a conviver com uma nova situação que implica em sobrecarga, ansiedade e tristeza, sendo tudo isso muitas vezes percebido pelo idoso⁸.

Diante dessa contextualização, para esse estudo, foram traçados os seguintes objetivos: descrever as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de DA; analisar as relações interpessoais dos cuidadores de portadores de DA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. No caso específico desta inves-

tigação, o enfoque qualitativo é adequado ao interesse de compreender e aprofundar a análise da visão dos atores envolvidos buscando-se, deste modo, lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. O enfoque qualitativo⁹ permite oferecer contribuições no processo das mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III, localizadas na cidade de João Pessoa. Para escolha desses locais, levou-se em consideração que, na área de abrangência das referidas unidades, foi encontrada uma demanda satisfatória de cuidadores de pessoas portadoras do mal de Alzheimer para a realização da pesquisa.

A população do estudo foi constituída por cuidadores de idosos com Alzheimer, sendo entrevistados 10 destes cuidadores. Para a seleção da amostra seguiu-se os seguintes critérios: o cuidador deveria estar em idade superior a 18 anos; ter desejo e disponibilidade para participar do estudo, após ter tomado conhecimento dos objetivos do mesmo; pertencer à área de abrangência das unidades referenciadas; aceitar voluntariamente participar da pes-

quisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista, contendo questões voltadas para itens que contemplassem os objetivos propostos.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, através do protocolo 08/2010, CAAE 0165.0.000.351-10, e encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa. O levantamento dos dados foi realizado entre os meses de fevereiro e abril de 2010, em dias úteis, nos turnos manhã e tarde. Os dados foram analisados através da técnica do Discurso Sujeito Coletivo (DSC)¹⁰.

VIVÊNCIAS DO SER CUIDADOR

Neste estudo, a amostra foi composta por uma maioria de cuidadores representado pelo sexo feminino, com faixa etária acima de 60 anos, casados e solteiros, possuíam o ensino médio, tinham renda acima de cinco salários mínimos, católicos, em que a maioria dos cuidadores eram os próprios filhos e residiam em média cinco pessoas na casa.

Questão 1: O que o(a) senhor(a) sentiu ao saber que seu ente querido foi diagnosticado com Mal de Alzheimer?

Ideia Central 1	Discurso do sujeito coletivo
Normalidade	<i>“A gente tava tão abalado achando que ela tinha outro problema que quando descobrimos que era Alzheimer achamos normal (...) não posso dizer que me apavorei, eu fiquei curiosa em saber mais sobre a doença pra poder cuidar melhor dela (...) assim foi normal (...) Não fiquei surpresa, pois eu já tinha cuidado de minha mãe, atualmente meu sogro e agora ela...”</i>
Ideia Central 2	Discurso do sujeito coletivo
Sentimentos de medo	<i>“A minha primeira reação foi o medo de saber que vamos perder a pessoa querida e a segunda é a responsabilidade que iríamos começar a ter, neste sentido, foi uma notícia muito ruim, uma “coisa” que não tem cura (...) foi uma notícia muito triste, a ponto de me deixar quase louca, não quero ninguém na minha casa (...) a responsabilidade é muito grande”</i>

Quadro 1: Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão 1.

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2010.

As falas dos entrevistados foram agrupadas e analisadas à luz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), consubstanciadas de acordo com a literatura pertinente ao tema. Nesse sentido, nos quadros subsequentes, encontram-se os discursos dos sujeitos envolvidos, e para cada questão foram encontradas as ideias centrais que corroboraram com esses discursos.

O Quadro 1 apresenta duas ideias centrais acerca dos sentimentos vivenciados pelos entrevistados ao saber do diagnóstico de Alzheimer do seu ente querido. A ideia central 1 revela um sentimento de normalidade, ou seja, no discurso do sujeito coletivo, as falas dos entrevistados apontam o mal de Alzheimer como transcurso natural na vida do ser humano ou como uma consequência natural que pode ocorrer com o avanço da idade de qualquer pessoa. Essas falas revelam ainda que os entrevistados não veem esse fato com sentimentos negativos.

A relação cuidador-cuidado não é somente fonte de experiências negativas na dimensão física e emocional do cuidador¹¹. Neste sentido¹², exercer o papel de cuidador baseia-se em expectativas de seu grupo social, em relações de parentesco, de gênero, de idade e proximidade afetiva. É importante destacar que nenhuma condição é boa ou má em si mesma e consiste em uma varie-

dade de circunstâncias, de capacidades para lidar com as demandas do idoso e com os próprios sentimentos e de uma multiplicidade de elementos individuais, sociais, psicológicos, históricos e situacionais, que variam entre os diferentes cuidadores e no mesmo cuidador ao longo do tempo.

Já na ideia central 2, pode-se perceber que os cuidadores entrevistados mostram dois tipos de medo. O primeiro é o medo de perder seu ente querido e o segundo, é o da responsabilidade, principalmente, levando em consideração que assumir essa tarefa pode ser fator bastante desgastante, por não se saber por quanto tempo isso vai durar e se a pessoa tem suporte psicológico para assumir tal função.

Diante dessa realidade, o cuidado tem alto valor cultural, uma vez que faz parte do dever de reciprocidade entre as gerações. A tarefa de cuidar pode ser esperada e ser uma oportunidade de atender às expectativas sociais e de reconhecimento e adaptação individual, ou, por outro lado, pode se tornar uma tarefa desgastante e insuportável, na qual predomina uma relação unidirecional, sem retorno pessoal¹¹.

Diante do questionamento quanto às mudanças na vida do cuidador, o Quadro 2 apresenta duas ideias centrais, em que o DSC da ideia central 1 mostra que os cuidadores

Questão 2: O que mudou em sua vida ao ficar responsável em cuidar de uma pessoa com Alzheimer?

Ideia Central 1	Discurso do sujeito coletivo
Conflitos pessoais	<i>“Mudou tudo, até meu casamento afetou, deixei de trabalhar pra cuidar de mamãe, foi um abalo geral, meu filho me falou que agora a gente vive num inferno (...), a assistência com ela aumentou, apesar de minha irmã ajudar também, mesmo assim deixei de fazer algumas coisas pra ficar com ela, fiquei muito responsável por ela, não posso deixar ela longe de mim, se eu saio, ela não toma os remédios (...)”</i>
Ideia Central 2	Discurso do sujeito coletivo
O afeto superando obstáculos	<i>“se antes de saber da doença de mamãe toda a minha atenção era voltada pra ela, depois da doença aumentou muito mais, mais carinho, mais atenção pra ela não se sentir só, o idoso sente muita solidão (...) o amor é muito importante, eles se sentem seguros, sente minha falta, ela é muito apegada a mim”</i>

Quadro 2: Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão 2.

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2010.

vivem conflitos pessoais com esposo, filhos, por causa da dependência que o doente de Alzheimer apresenta. Portanto, cuidar de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos assim como causa impacto emocional vivido por familiares que cuidam de idosos com incapacidades¹³.

Torna-se interessante destacar que, no cuidar, misturam-se questões práticas, financeiras, motivações e afetos, fazendo emergir conflitos e ambivalências, isto é, o cuidado não é uma situação linear vivenciada sempre da mesma forma. No entanto, é importante ressaltar que, no início do exercício do papel de cuidador, as exigências parecem mais fortes, mas ao do longo tempo, em virtude de processos adaptativos e da variedade de processos que ocorrem na vida do familiar que cuida, o senso de sobrecarga pode se estabilizar ou diminuir¹⁴. Nesse sentido, não se deve pensar no cuidado como uma atividade que necessariamente traz efeitos negativos.

No que se refere à estrutura familiar, essa estrutura¹⁵ é evidenciada quando se observam, com o passar dos anos, as interações reais entre os familiares. As interações isoladas entre os membros da família são

afetadas, devido às circunstâncias específicas ocorridas no meio familiar, e as sequências repetidas dessas interações revelam os padrões estruturais. Assim, quando as circunstâncias mudam, a estrutura familiar deve ser capaz de se adaptar a elas¹⁵.

A ideia central 2 revela que o cuidador precisa suprir as necessidades do doente com afeto, com carinho, para, dessa forma, ir “driblando” os obstáculos que a doença impõe. Esse discurso revela que os cuidadores participantes deste estudo aceitaram bem o diagnóstico do seu ente querido. No entanto, deve-se levar em consideração que a não aceitação do diagnóstico por parte do familiar cuidador pode interferir negativamente no tratamento do paciente¹⁶.

Acerca do questionamento das mudanças nas relações pessoais, as respostas dos participantes do estudo contidas no Quadro 3 geraram duas ideias centrais. A ideia central 1 sugere que os cuidadores são bastante “cobrados” pelos demais membros da família, cobranças por mais atenção com a própria família e cobranças por achar que o cuidador deveria, por exemplo, sair mais com o portador de Alzheimer. É interessante notar nas entrelinhas desses discursos que

Questão 3: Como ficaram suas relações pessoais (amigos, esposo, filhos, etc) depois que o(a) senhor(a) se tornou um cuidador de pessoa com Alzheimer?

Ideia Central 1	Discurso do sujeito coletivo
Excesso de cobrança	<p><i>“Fiquei dividida, mas a atenção maior é pra ela, no começo havia muito estresse, quando a gente não sabia ainda qual era a doença dela (...) a família me cobra muito por não sair com mamãe, mas eu não tenho carro, daí eu prefiro ficar em casa. As filhas que tem carro não vem pegar ela pra sair, só cobram de mim, a cobrança é grande, além disso ‘o olho grande da família’ aumentou, só porque eu comprei esse apartamento...até meu esposo não mora mais comigo, não aguentou as loucuras de mamãe”</i></p>
Ideia Central 2	Discurso do sujeito coletivo
Afastamento das atividades sociais	<p><i>“O meu esposo é ótimo, no seu entendimento me dá muito apoio, no entanto, ele mesmo não percebe que eu não tenho tempo para mim (...) meus irmãos são bons, mas não cooperam (...) os amigos me afastei muito (...) deixei minha aula de pintura, nem pra igreja vou mais regularmente como antes, mas o que é mais grave é que eu perdi minha única e verdadeira amiga que era minha mãe, com ela eu desabafava, contava tudo (...)”</i></p>

Quadro 3: Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão 3.
Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2010.

os demais membros da família esquecem que o cuidador tem necessidades pessoais que precisam ser alcançadas e que sua vida não se resume apenas a prestar o cuidado ao doente.

As alterações fisiológicas e biológicas no idoso exigem participação e ajuda dos familiares e/ou dos cuidadores. Através da proximidade física e dos vínculos emocionais, o sistema emocional da família é profundamente abalado, passando a impor privações e modificações no estilo de vida para incluir as novas necessidades de seu membro doente. A família se vê envolvida por sentimentos intensos e conflitantes, difíceis de manejar, que acabam por lhe impor um certo isolamento²⁰.

O diagnóstico de demência traz uma realidade contundente que implica em muitas perdas, envolvendo a autonomia do corpo e o afastamento do *eu* para o indivíduo. Com isso, o cuidado dispensado a esse idoso torna-se muito complexo. Assim o "peso" sentido pelo cuidador parece ser

maior ou menor dependendo, entre outros fatores, da qualidade da relação que havia anteriormente com o idoso¹².

Para contribuir com o estresse do cuidador, há as repercussões familiares da situação de doença e cuidados: familiares que só aparecem de vez em quando para criticar o trabalho de quem está prestando os cuidados mais amiúde, bem como familiares que se afastam justamente nos momentos de maior tensão e necessidade de ajuda, entre outras situações.

A ideia central 2 complementa a ideia central 1, em que o DSC revela que os cuidadores, devido a alta carga de responsabilidade, acabam se afastando do convívio social em prol do ente que ele está cuidando, ou seja, ele deixa de viver sua vida, para viver a vida do outro.

O Quadro 4, acerca das dificuldades enfrentadas enquanto cuidadores, apresenta três ideias centrais. Na ideia central 1 do DSC, pode-se evidenciar que os cuidadores sentem falta da colaboração dos demais

Questão 4: Quais as dificuldades que o(a) senhor(a) pode apontar relacionados ao cuidar do portador de Alzheimer?

Ideia Central 1	Discurso do sujeito coletivo
Falta de colaboração	<i>"Às vezes ter que contar com a ajuda de outras pessoas (...) os outros filhos têm suas vidas e às vezes precisamos deles e não podemos contar, aí fica muito difícil. (...) Quando ela está tendo alucinações, que a gente não sabe o que fazer (...) quando preciso sair de casa, tenho medo de deixar ela só (...)"</i>
Ideia Central 2	Discurso do sujeito coletivo
Limitações do cuidador	<i>"Dar banho... às vezes, ela não aceita tirar a roupa na minha frente, mais aí com muita conversa ela termina cedendo (...) cortar o cabelo também é difícil, quando ela não quer, não quer mesmo, minha sogra era uma mulher muito vaidosa, só vivia de cabelo pintado e cortado, agora não liga mais pra vaidade (...) a questão de levar ao banheiro, por não saber a hora certa que ela queria ir, o peso, a alimentação, às vezes ela não quer comer, não consegue mastigar mais, tem que ser tudo pastoso, às vezes a medicação ela também não aceita tomar"</i>
Ideia Central 3	Discurso do sujeito coletivo
Acesso aos serviços de saúde	<i>"Se o SUS desse mais oportunidade para as pessoas que necessitassem dele, eu me estressaria menos"</i>

Quadro 4: Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a questão 4.

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2010.

membros da família no cuidado direto com o doente.

Como regra geral, quem cuida de um idoso dependente são os filhos. Nesse ínterim, começam a surgir as dúvidas frequentes. Quando há um filho único, ele pode se sentir sobrecarregado por ter que assumir tudo sozinho, porém ele sabe que não tem outros irmãos para dividir isto com ele e, geralmente, assume o cuidado por sua conta e risco²¹.

A autora em foco afirma que se nenhum membro da família, seja por qualquer motivo, assumir o cuidado do idoso ou não optar por levá-lo a uma instituição de longa permanência, a família toda será punida por isso, pois fica subentendido que todos estão sendo omissos e negligentes.

Além disso, sempre que um familiar sentir que os outros estão discretamente deixando o cuidado do idoso sobre a sua responsabilidade, cabe a ele reunir a família e conversar sobre a situação. Mesmo que ele tenha vontade ou condições de cuidar do idoso sozinho, é importante conscientizar todos sobre a necessidade de receber auxílio da família, apoio ou mesmo ajuda financeira, pois um dia esse cuidador pode não ter mais condições de cuidar, precisará de ajuda e, provavelmente ninguém irá querer mais contribuir, pois a situação se tornaria cômoda para eles.

Assumir o cuidado sozinho, na maioria das vezes, não é a solução mais adequada. O ideal é engajar todos nessa empreitada, já que todos da família, em especial todos os filhos, têm a mesma parcela de responsabilidade com o pai ou mãe. Independente de se ter problemas pessoais ou não, é tarefa de cada um pensar alternativas que visem ao bem-estar do idoso e de toda a família, lembrando-se sempre de que não é justo sobrecarregar apenas uma pessoa²¹.

Nos casos em que não é possível encontrar uma solução amistosa entre a família, é aconselhável procurar o Conselho Municipal do Idoso, relatar o que está acontecendo e procurar orientações de como solucionar o problema. Em hipótese alguma, o idoso pode ser alvo de abandono ou negligência e, em muitas vezes, é melhor levá-

lo a uma instituição do que deixá-lo abandonado.

A ideia central 2 revela que os cuidadores sentem dificuldades nas tarefas diárias com o doente, e o próprio doente, em decorrência de momentos de falhas na memória, provoca situações constrangedoras. Esses dados revelam que o cuidador apresenta limitações no próprio processo de cuidar, que poderá repercutir em sobrecarga de trabalho.

À medida que a doença evolui e a necessidade de cuidados aumenta, ocorre um desgaste maior sobre o cuidador. Esse fato contribui para aumentar a sobrecarga dos cuidadores e, conseqüentemente, o aumento do grau das dificuldades percebidas por eles²².

No que se refere à ideia central 3, o DSC mostra que o sistema de saúde vigente no Brasil não oferece condições de atendimento aos seus usuários e se percebe uma contradição entre as falas dos sujeitos e o que preconiza a legislação, pois, de acordo com o Estatuto do Idoso, no Artigo 3, lê-se que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária²³.

Portanto, fica a cargo dos cuidadores e familiares buscarem seus direitos enquanto cidadãos, para assegurar uma assistência digna aos seus entes que se encontram na situação de portador de Alzheimer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo deixou claro que, no mundo contemporâneo, a expectativa de vida vem aumentando cada vez mais. Fato este, relacionado aos investimentos na qualidade de vida da população em geral; assim como vem se observando que, atualmente, alguns fatores têm favorecido essa

expectativa de vida, a exemplo da diminuição da fecundidade e da mortalidade. Nesse sentido, o aumento da expectativa de vida, evidenciado pela evolução dos últimos anos, requer mais atenção por parte de toda a população, neste ínterim estão envolvidos os profissionais de saúde e a sociedade de forma geral.

No entanto, apesar de toda a evolução percebida, o avanço da idade traz consigo consequências próprias da idade, sendo uma dessas consequências foco deste estudo, que é o mal de Alzheimer, uma doença que vai causando demência no seu portador. Enquanto o paciente vai perdendo suas faculdades mentais, vai necessitando cada vez mais que uma pessoa cuide dele, nesse momento surge no cenário a figura do cuidador. Assim, este estudo versou sobre como fica as relações entre os cuidadores e seus familiares e de como ficou sua vida após se tornar cuidador de uma pessoa com Alzheimer.

Foi possível perceber que os cuidadores entrevistados encararam com normalidade o diagnóstico do seu ente querido com mal de Alzheimer. No entanto, apresentaram sentimentos de medo diante do futuro, além de relatarem diversos conflitos pessoais com os filhos e esposo diante do

tempo que tem que dispensar nos cuidados com o idoso.

É interessante notar que, em alguns momentos, os filhos cuidadores dos pais doentes levam a vida como se estivesse vivendo uma troca de papéis, ou seja, eles começam a tratar os pais como se fossem seus filhos, devido à alta carga de responsabilidade que passaram a assumir, e, justamente por essa responsabilidade assumida eles, "os cuidadores" passam a ser altamente cobrados pelos demais membros da família.

Em momentos de crise, os cuidadores buscam força em Deus para superar os obstáculos que a vida lhes impõe, mas, muitas vezes, esses cuidadores se sentem impotentes diante de algumas situações, nas quais eles percebem que também possuem limitações no processo de cuidar. Ao término do estudo, foi possível conhecer as dificuldades encontradas ao cuidar de um portador de Doença de Alzheimer, assim podendo criar estratégias de cuidados para facilitar a vida dos cuidadores e sempre os reciclando para um melhor cuidado ao idoso, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada aos portadores, promovendo ações que resultem no atendimento às necessidades de ambos, tanto do cuidador, quanto ao portador de Doença de Alzheimer.

INTERPERSONAL RELATIONS FOR CAREGIVERS OF PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

ABSTRACT

Nowadays, the aging of population is a world fact that has been happening in countries in development process, and it is growing every day. In Brazil, however, the current statistics show, according to the studied literature, that aged population has reached an approximate number of 15 million people, what represents more than 9% of the Brazilian population. The growing number of elderly people brought consequences in result of natural diseases that come with aging, among these, there is dementia which is the one that happens more often. This investigation is a descriptive-exploratory study with qualitative approach, that had as objective tracing a describing the difficulties faced by caregivers of DA patients, and analyzing the interpersonal relations between caregivers and the DA patients. The investigated population was composed by 10 caregivers that took care of patients with Alzheimer disease which were users of the USF's of the Sanitary District III from February to April 2010, through home visiting, the lead caregiver was interviewed using a guided interview with subjective and objectives questions as instrument of investigation. For the subjective data analysis, the discourse analysis of the collective was used, following the techniques of Lefèvre and Lefèvre. In this study the sample comprised a majority of caregivers represented by females, aged over 60 years, married and single, had studied high school and had an income of over five minimum wages, catholics, of them were the patient's own children and an average of five people lived in the house. At the end of the study, it was possible to identify the difficulties encountered by caregivers of patients with Alzheimer's disease, which can facilitate the creation of strategies of care that subdisiem life of caregivers to improve quality of care provided to patients and promoting actions that result in meeting the needs of both, for both the caregiver and for the person with Alzheimer's disease.

keywords: Nursing. Alzheimer. Caregivers. Aged. Difficulties.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho Filho ET., Papaleo Netto M, Garcia YM. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2006.
2. Neri AL, Perracini MR. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: Neri AL. (Org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002, p. 165-201.
3. Pittella JEH. Neuropatologia da doença de Alzheimer e da demência vascular. In: Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
4. Nitrini R. Demências. In: Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
5. Zimmerman GI. VELHICE: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.
6. Domingues MRC, Santos CF., Quintans JR. DOENÇA DE ALZHEIMER: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. São Paulo: Revista o Mundo da Saúde. n. 33, v. 1, p. 161 – 169, 2009.
7. Santos SSC, Pelzer MT, Rodrigues MCT. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. Passo Fundo: RBCEH, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007.
8. Tavares, A. Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
9. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC; Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.
11. Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, 2001.
12. Silva PE. Aids e Religiosidade: Influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia. (Dissertação de Mestrado) João Pessoa: UFPB., 2009.
13. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP, v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.
14. Neri, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri. Qualidade de vida e idade madura, 5ª ed. São Paulo: Papyrus, 2003.
15. Nichouls MP, Schwartz RC. Terapia familiar: conceito e métodos. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1998.
16. Minunchin S. Famílias, funcionamento e tratamento. Porto alegre: Artes Médicas, 1982.
17. Lima LD, Marques JC. Relações interpessoais em famílias com portador de doença de Alzheimer. Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 28, n. 2, p. 157 – 165, maio/ago/2007. Disponível em: <<http://www.bireme.com.br>>.

18. Eizirik C. O Ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2003.
19. Lima LD. Relações interpessoais na família de pacientes idosos com comprometimento psíquico grave. (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, RS, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.com.br/html>.
20. Guterman JL. Impacto da doença de Alzheimer na família: a visão do familiar às propostas de assistência psicológica. Inf Psiquiatr 1998, v. 17 n. 1 p.33-36.
21. Miranda LC. Os filhos têm obrigação de cuidar dos pais idosos? Cuidar de idosos. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/os-filhos-tem-obrigacao-de-cuidar-dos-pais-idosos-2/>
22. Freitas ICC, Paula KCC, Soares JL, Parente ADCM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. Rev Bras Enferm, Brasília, 2008, jul-ago, v. 61, n.4, p. 508-513. Disponível em: <http://www.scielo.com.br?htm>.
23. BRASIL. Estatuto do idoso. Lei nº 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do idoso e legislação correlata. Brasília, 2008.

Artigo Original

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SÉPTICOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

José Melquíades Ramalho Neto¹

Márcia Abath Aires de Barros²

Marcos Francisco de Oliveira³

Wilma Dias de Fontes⁴

Maria Miriam Lima da Nóbrega⁵

RESUMO

Trata-se de um estudo de campo, desenvolvido com o objetivo de implementar o processo de enfermagem à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para identificar os principais diagnósticos de enfermagem em adultos sépticos hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva da cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi composta por seis pacientes que foram classificados segundo 4 níveis: síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave ou choque séptico. Os dados foram coletados com o auxílio de um instrumento-padrão (histórico de enfermagem) utilizado na admissão dos pacientes, além das técnicas de entrevista, observação, exame físico e registro de informações nos prontuários. Os resultados evidenciaram que 50% dos pacientes foram classificados como sepse; 33,3% como SIRS e 16,7% como choque séptico no momento da inclusão na pesquisa, sendo estabelecidas 19 categorias diagnósticas em um montante de 52 diagnósticos de enfermagem identificados, com uma média de 8,7 diagnósticos por paciente, destacando a Taxonomia II da NANDA como um importante instrumento para a denominação desses diagnósticos e para a prática clínica. Ressalta-se a importância dos enfermeiros envolvidos no cuidar desses pacientes críticos utilizarem tais diagnósticos como referência para discussão, favorecendo a universalização da nossa linguagem científica e a sistematização do cuidado.

Palavras-chave: Sepse. Enfermagem. Processos de enfermagem. Cuidados críticos. Unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem Moderna enquanto profissão teve início na Inglaterra com o trabalho de Florence Nightingale, no século XIX, recrutando e treinando um grupo de mulheres para colaborarem nos cuidados e na higiene dos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia, os quais por falta de cuidados morriam em grande número nos hospitais militares.¹

Após esse período, a Enfermagem teve um considerável avanço no campo do saber, buscando o desenvolvimento de cuidados em bases convergentes de ciência e arte, como

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Plantonista na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: melquiadesramalho@hotmail.com. End.: Rua Zélia Medeiros de Araújo, 95. Residencial Araxá. Jardim Cidade Universitária. CEP: 58051-825. João Pessoa-PB, Brasil. Telefone: (83) 8856-7796.

² Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba - UFPB - João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: marciabath@gmail.com

³ Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, Campina Grande-PB, Brasil. Mestre em Enfermagem. E-mail: marcosfcco@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e do PPGENF/CCS/UFPB. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Homem. E-mail: wilmadias@ccs.ufpb.br.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria e do PPGENF/CCS/UFPB. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem – GEPFAE. Pesquisadora CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br.

também procurou sistematizar seu conhecimento por meio de uma linguagem padronizada que pudesse alicerçar a sua prática. Entretanto, esse processo de reconstrução da Enfermagem tem se consolidado, dentre outros aspectos, na percepção dos problemas da clientela, independente do diagnóstico médico; na sofisticação dos recursos tecnológicos utilizados no cuidado; nas especificidades das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades humanas, produzindo importantes reflexos sobre a prática do cuidar; como também no desejo dos próprios enfermeiros em proporcionar aos clientes um atendimento holístico que possa firmá-los enquanto profissionais críticos de saúde.

Neste sentido, destaca-se no mundo o considerável avanço na construção e na organização desse conhecimento, a partir da década de 1950, com o desenvolvimento de Modelos Conceituais e Teorias de Enfermagem que, embora desenvolvidos por diferentes caminhos, têm em comum os conceitos de ser humano, saúde, ambiente e enfermagem, fundamentando teoricamente e metodologicamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A articulação desses quatro conceitos foi formalizada por Fawcett na década de 1980 como metaparadigma de enfermagem,² servindo como estrutura organizadora em torno da qual prosseguiu o desenvolvimento conceitual e a prática da Enfermagem baseada em princípios científicos, possibilitando considerável visibilidade da profissão e uma assistência de qualidade ao indivíduo, família e comunidade, nos mais variados espaços públicos e/ou privados: instituições de atendimento ambulatorial e de internação hospitalar, unidades básicas de saúde, bem como domicílios, escolas e associações comunitárias. Nesse contexto, o enfermeiro interage com essa clientela e com inúmeras outras pessoas no processo de prestação do cuidado apropriado, individualizado e sistematizado através da interação e comunicação necessárias para uma boa condução do tratamento.

No Brasil, a SAE foi impulsionada pelos estudos da enfermeira Wanda Horta sobre o processo de enfermagem, iniciados na década de 1950, quando era proposta uma metodologia de assistência baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas³,

desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow e da denominação de Mohana para os níveis psíquicos: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. A partir desses trabalhos, a literatura brasileira sobre Enfermagem passou a dar considerável atenção ao assunto ao transpor a visão funcionalista e incorporar ao cuidado prestado uma dimensão qualitativa.

Assim, como o objeto da Enfermagem se constitui no cuidado humano, torna-se imprescindível que os seus agentes desenvolvam o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões por meio da implementação do processo de enfermagem, um instrumento tecnológico ou modelo metodológico que possibilite identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem.⁴

Enquanto enfermeiros assistenciais e docentes de enfermagem, percebe-se que a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atua de forma assistemática no atendimento aos clientes sépticos, embora na Unidade os enfermeiros utilizem um instrumento de coleta de dados (histórico de enfermagem) para a observação e mensuração de suas necessidades, de maneira individualizada, favorecendo o direcionamento do cuidado. No entanto, as ações voltam-se mais para a execução de tarefas rotineiras do que para as respostas dos clientes e como atendê-las, não percebendo, portanto, que o cuidado sistematizado traz consigo benefícios para o cliente e para a equipe de enfermagem, e que a construção de uma assistência qualificada à saúde deve ser embasada em uma metodologia de trabalho clara, prática e coerente.⁵

Atualmente, a sepse é uma síndrome clínica que representa uma das maiores causas de hospitalização e mortalidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), apesar da disponibilidade dos modernos recursos diagnósticos, do uso de antibióticos de largo espectro, da monitorização hemodinâmica à beira do leito, do controle metabólico intensivo e dos novos recursos terapêuticos.

Além disso, ela se manifesta em distintos espectros de gravidade com o decorrer do tempo, caso não seja prontamente diagnosticada e tratada, representando altos custos anuais em seu tratamento.⁶⁻⁸

O diagnóstico da síndrome séptica é clínico e se baseia nas alterações que constituem a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), definida em 1991 pelo *American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine*, a qual reflete o grau de estresse orgânico decorrente de insultos variados como trauma, pancreatite aguda grave, intervenção cirúrgica, queimaduras, terapia transfusional e infecção, associada pelo menos a duas das seguintes manifestações: disregulação térmica $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$; frequência cardíaca > 90 bpm; frequência respiratória > 20 movimentos/minuto ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg; leucócitos > 12.000 células/ mm^3 ou < 4.000 células/ mm^3 , ou ainda presença de 10% de formas jovens (bastões). Quando a SIRS é secundária à infecção, o diagnóstico é sepse, não sendo necessária cultura positiva. A sepse é considerada grave quando há pelo menos uma disfunção orgânica associada, manifestações de hipoperfusão tecidual ou hipotensão arterial, caracterizada por hipoxemia arterial, oligúria aguda, creatinina sérica elevada, coagulopatias, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia e hiperlactatemia. Caso persista a hipotensão, apesar da administração hídrica vigorosa, tem-se, então, o choque séptico.⁹⁻¹¹

Dados sobre as características epidemiológicas de pacientes adultos com sepse em UTIs públicas e privadas brasileiras tiveram início com o *Brazilian Sepsis Epidemiological Study* (BASES)¹² e o *Sepse Brasil*¹³, ratificando que a mortalidade da sepse progride de acordo com a intensidade de seu espectro sistêmico e manifestações clínicas (SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico). Estudos posteriores sobre o impacto da sepse em pacientes críticos¹⁴⁻¹⁵ evidenciaram que, apesar dos recursos tecnológicos disponíveis, as taxas de mortalidade na sepse grave e no choque séptico continuam expressivas e semelhantes.

Com o propósito de diminuir esse impacto sobre as populações e suas conseqüentes repercussões econômicas e sociais, a *Surviving Sepsis Campaign* (SSC) representa um movimento mundial que visa à redução

da mortalidade por sepse a partir do estabelecimento de diretrizes que visam padronizar os critérios diagnósticos e permitir maior precocidade na identificação e no tratamento dos pacientes com sepse grave. No Brasil e na América Latina, esse processo é gerenciado pelo Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS).¹⁰

Na tentativa de executar a sistematização da assistência de enfermagem para favorecer o aprimoramento de atividades técnicas e o raciocínio clínico, este estudo objetivou implementar o processo de enfermagem ao paciente séptico, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para identificar os principais diagnósticos de enfermagem em adultos sépticos hospitalizados em uma UTI Geral.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, realizado em um hospital público, sediado no município de João Pessoa-PB, considerado de grande porte e de nível terciário destinado à assistência, ensino, pesquisa e extensão, no período de outubro a novembro de 2008. A população compreendeu todos os pacientes adultos internados na UTI Geral, e a amostra foi composta por seis pacientes que foram classificados segundo 4 níveis: SIRS, sepse, sepse grave ou choque séptico, de acordo com as definições consensualmente aceitas do *American College of Chest Physicians* e da *Society of Critical Care Medicine* em 1991¹⁶, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: possuir 18 anos ou mais; estar sob os cuidados intensivos no período da pesquisa; e o representante legal ter consentido que seu familiar participasse do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada com o auxílio de um instrumento-padrão (histórico de enfermagem) utilizado na admissão dos pacientes, fundamentado nas necessidades humanas básicas, nos modelos biomédico e epidemiológico de risco. A análise desses dados, por sua vez, foi realizada a partir do julgamento clínico sobre as necessidades básicas de cada paciente, podendo estas

serem julgadas afetadas ou preservadas, o que serviu como fonte para focalização dos sinais e sintomas apresentados. Estes, passando pelo processo de raciocínio clínico, levaram aos diagnósticos de enfermagem definidos com a utilização da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*¹⁷. Além disso, foram utilizadas as técnicas de entrevista, observação, exame físico e registro de informações nos prontuários dos clientes, após cada momento de coleta de dados.

A entrevista e o exame físico nortearam a fase de levantamento dos dados no momento em que o instrumento da UTI foi utilizado. A técnica de observação contribuiu para a obtenção das informações, a qual foi utilizada no decorrer de todos os encontros em que se operacionalizou o processo de enfermagem. O registro das informações foi feito de forma detalhada no prontuário do paciente, após cada momento da coleta dos dados, utilizando três impressos próprios da UTI Geral: o primeiro referente ao histórico de enfermagem; o segundo, o impresso do plano assistencial; e o terceiro, o impresso destinado à evolução diária de enfermagem. Foram feitas também anotações em um diário de campo para atender ao controle das atividades desenvolvidas.

Para a construção do trabalho e atendendo às exigências estabelecidas na Reso-

lução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos¹⁸ e na Resolução nº 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem que institui o código de ética dos profissionais de enfermagem¹⁹, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB mediante CAAE nº 0085.0.126.000-08, recebendo parecer favorável conforme Protocolo nº 107/2008. Por se tratar de sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, o TCLE foi assinado pelo seu representante legal, quando da impossibilidade de confirmação pelos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da aplicação do processo assistencial aos pacientes sépticos admitidos na UTI Adulto, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas³, foram organizados seis estudos de caso, os quais não estão aqui descritos por contenção de espaço. Por este motivo, na apresentação dos resultados deste estudo, foram priorizados os diagnósticos relacionados às necessidades humanas básicas, às intervenções de enfermagem implementadas e à avaliação da assistência de enfermagem prestada.

No desenvolvimento deste estudo,

Tabela 1 – Número e porcentagem dos pacientes sépticos segundo diagnósticos de enfermagem da NANDA (2008). João Pessoa-PB, 2011.

Diagnóstico de Enfermagem	N	%
Ventilação espontânea prejudicada	06	100,0
Déficit no autocuidado para alimentação, banho/higiene, higiene íntima	06	100,0
Risco de integridade da pele prejudicada	06	100,0
Risco de glicemia instável	05	83,3
Risco de infecção	05	83,3
Hipertermia	04	66,7
Troca de gases prejudicada	03	50,0
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	02	33,3
Débito cardíaco diminuído	02	33,3
Volume excessivo de líquidos	02	33,3
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	02	33,3
Recuperação cirúrgica retardada	02	33,3
Amamentação interrompida	01	16,7
Padrão respiratório ineficaz	01	16,7
Dor aguda	01	16,7
Mucosa oral prejudicada	01	16,7
Ansiedade	01	16,7
Medo	01	16,7
Risco de constipação	01	16,7

constatou-se que 05 (83,3%) pacientes eram do gênero feminino e apenas 01 (16,7%) do gênero masculino, com idade entre 17 a 52 anos. Além disso, 16,7% dos pacientes foram classificados como choque séptico, 33,3% como SIRS e 50% como sepse no momento da inclusão na pesquisa. Durante o acompanhamento, foram identificadas 19 categorias diagnósticas (Tabela 1), perfazendo um total de 52 diagnósticos de enfermagem, com uma média de 8,7 diagnósticos por cliente.

Dos 52 diagnósticos de enfermagem identificados na amostra, 03 apresentaram frequência de 100% (Ventilação espontânea prejudicada, Déficit no autocuidado para alimentação, banho/higiene, higiene íntima e Risco de integridade da pele prejudicada); outros 02 apresentaram frequência acima de 80% (Risco de glicemia instável e Risco de infecção); 01 apresentou frequência acima de 60% (Hipertermia); 01 apresentou frequência de 50% (Troca de gases prejudicada) e 05 apresentaram frequência superior a 30% (Débito cardíaco diminuído, Volume excessivo de líquidos, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais e Recuperação cirúrgica retardada), constituindo, assim, os diagnósticos de enfermagem mais evidenciados nos pacientes sépticos internados em UTI. A seguir, serão apresentados os diagnósticos de enfermagem, os resultados de enfermagem, a implementação das intervenções de enfermagem e a avaliação da assistência.

Para o Diagnóstico de enfermagem "Ventilação espontânea prejudicada", a implementação da assistência teve como **resultado esperado** manter padrão ventilatório eficaz no ventilador, para o qual foram traçadas as seguintes **intervenções de enfermagem**: elevar a cabeceira do leito; verificar se as respirações do paciente estão sincronizadas com o ventilador mecânico; avaliar a radiografia do tórax junto à equipe multiprofissional; inspecionar a posição do tubo endotraqueal; manter o balão (*cuff*) do tubo endotraqueal insuflado adequadamente; avaliar o modo de operação do ventilador; verificar alarmes do ventilador quanto ao adequado funcionamento; proporcionar sedoanalgesia durante o suporte ventilatório invasivo; monitorar a adequada concentração de oxigênio fornecida; manter ambu na unidade do paciente.¹⁷

O Diagnóstico de enfermagem "Déficit no autocuidado para alimentação, banho/higiene, higiene íntima", teve como **resultados esperados** levar os clientes a apresentarem higiene corporal e estado nutricional satisfatórios mediante as seguintes **intervenções de enfermagem**: avaliar o posicionamento da SNE por meio da radiografia de abdome; avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas; lavar sonda com água após o término das dietas; ajudar paciente a se alimentar; investigar aceitação da dieta e preferências alimentares; quando dispnéico, intercalar a oferta de porções do alimento com breves períodos de oxigênio suplementar; orientar paciente a mastigar lentamente; retirar prótese dentária; promover higiene oral antes e depois das dietas; realizar banho no leito e aplicar hidratante corporal; proporcionar privacidade durante o banho; oferecer a comadre ou o papagaio, quando possível; observar e registrar no prontuário a frequência das evacuações e o débito urinário; realizar higiene íntima, quando necessário.^{17,20}

O plano assistencial para o Diagnóstico de enfermagem "Hipertermia" buscou como **resultado esperado** que os clientes apresentassem temperatura corporal normal pelas seguintes **intervenções de enfermagem**: promover uma ingestão adequada de líquidos; monitorar a ingestão e a eliminação; monitorar temperatura e frequência cardíaca a cada 2 horas; administrar antitérmico; aplicar compressas frias, se necessário; limitar roupas de cama quando indicado.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Troca de gases prejudicada", o plano assistencial proposto teve como **resultado esperado** que o paciente apresentasse trocas gasosas adequadas por meio das seguintes **intervenções de enfermagem**: observar o declínio do nível de atenção/consciência; monitorar os sinais de desequilíbrio ácido-básico; supervisionar estado de acidose láctica e comunicar ao médico; monitorar a saturação venosa mista de oxigênio; monitorar sinais de insuficiência cardíaca congestiva à direita (pressão diastólica elevada, veias do pescoço distendidas, edema periférico, PVC elevada); proporcionar apoio emocional; manter terapia suplementar de oxigênio conforme necessário.¹⁷

Para o Diagnóstico de enfermagem "Desobstrução ineficaz de vias aéreas", a

implementação da assistência teve como **resultado esperado** manter as vias aéreas desobstruídas, a partir das seguintes **intervenções de enfermagem**: monitorar frequência e ritmo respiratórios; observar perfusão periférica; auscultar os sons pulmonares e aspirar vias aéreas, quando necessário; manter a umidade adequada do ar inspirado com filtro limpo; trocar o filtro do ventilador mecânico quando sujo por secreção ou conforme protocolo do serviço.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Padrão respiratório ineficaz", o plano assistencial teve como objetivo alcançar os **resultados esperados** de uma frequência respiratória eficaz e boa aceitação da ventilação mecânica não invasiva mediante as seguintes **intervenções de enfermagem**: garantir ao paciente que estão sendo tomadas medidas para manter a segurança; observar nível de consciência; manter repouso no leito; monitorar frequência e ritmo respiratórios; observar perfusão periférica; auscultar os sons pulmonares; conscientizar o paciente sobre a necessidade e importância da ventilação mecânica não invasiva.^{17,20,21}

O Diagnóstico de enfermagem "Débito cardíaco diminuído" teve como **resultado esperado** que o cliente tivesse um débito cardíaco melhorado, por meio das seguintes **intervenções de enfermagem**: manter posição corporal em semi-Fowler; observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído; monitorar o estado respiratório em busca de sintomas de falência cardíaca; promover estabilização hemodinâmica por meio da ressuscitação volêmica prescrita pelo médico; garantir a titulação ideal das doses de vasopressor e inotrópico; monitorar o equilíbrio de líquidos; monitorar edema periférico e distensão da veia jugular; monitorar os níveis de eletrólitos; monitorar e avaliar pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, pressão de átrio direito, pressão da artéria pulmonar e débito cardíaco; mensurar pressão capilar pulmonar a cada 8 horas; inspecionar a pele quanto à palidez e cianose; manter os sistemas com transdutores de pressão preenchidos com solução salina heparinizada e pressurizada em 300 mmHg; manter os transdutores de pressão nivelados com o eixo flebotático do paciente e realizar a "zeragem" das pressões hemodinâmicas a cada 12 horas, ou quando necessário; conferir a amplitude das curvas de pressão

invasiva; realizar teste de Allen modificado antes da canulização da artéria; evitar garroteamento do punho pelo esparadrapo em curativo de cateter arterial e observar perfusão periférica, integridade e aspecto da mão diariamente.^{17,22}

O Diagnóstico de enfermagem "Volume excessivo de líquidos" teve como **resultado esperado** que o cliente apresentasse volume de líquidos adequado. As **intervenções de enfermagem** propostas foram: auscultar os sons pulmonares na busca de ruídos adventícios; verificar pressão venosa central (PVC) a cada 6 horas; monitorar débito urinário, edema periférico, distensão da veia jugular, sons cardíacos e níveis de eletrólitos; elevar membros inferiores, quando necessário.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Mucosa oral prejudicada", o planejamento da assistência almejou como **resultados esperados** que o cliente apresentasse higiene oral preservada e redução das lesões perilabiais, com as seguintes **intervenções de enfermagem**: evitar alimentos ácidos, muito quentes ou muito frios; realizar higiene oral com clorexidina 0,12%; limpar as lesões perilabiais com gaze estéril embebida em soro fisiológico 0,9%; manter nível de água do umidificador de oxigênio adequado; aplicar um lubrificante nos lábios a cada duas horas.^{17,21}

O Diagnóstico de enfermagem "Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais", teve como **resultado esperado** a nutrição equilibrada. As **intervenções de enfermagem** propostas foram: evitar procedimentos dolorosos antes das refeições; oferecer refeições menores e frequentes; ajudar o paciente a se alimentar; restringir os líquidos com as refeições e evitá-los 1 hora antes e depois das refeições; observar aceitação da dieta; investigar preferências alimentares; encorajar e ajudar o paciente a realizar boa higiene oral após a ingestão de alimentos.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Medo", foi estabelecido como **resultado esperado** que o cliente referisse maior conforto psicológico e fisiológico, pelas seguintes **intervenções de enfermagem**: falar calma e lentamente; investigar o nível de ansiedade da paciente; proporcionar tranquilidade e conforto; proporcionar informações corretas, usando termos simples;

encorajar o paciente a verbalizar qualquer medo e preocupação relativa à doença.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Ansiedade", o planejamento assistencial proposto teve como **resultados esperados** que o cliente verbalizasse alívio da ansiedade e demonstrasse melhora no padrão respiratório por meio das **intervenções de enfermagem**: proporcionar ambiente silencioso, calmo, quando o paciente estiver com falta de ar; usar o toque apropriadamente para demonstrar apoio e explicar todos os procedimentos realizados para o cuidado.^{17,22}

O Diagnóstico de enfermagem "Recuperação cirúrgica retardada" teve como **resultado esperado** uma adequada cicatrização da ferida operatória, e como **intervenções de enfermagem**: monitorar o local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração; monitorar quanto a sinais de íleo paralítico (ruídos hidroaéreos ausentes, náusea, vômito, distensão abdominal); monitorar quanto a sinais e sintomas de infecção da ferida (edema e hiperemia aumentados, drenagem aumentada ou purulenta, calor, separação das bordas da ferida); monitorar a cicatrização da ferida; realizar curativo com técnica asséptica; oferecer alívio ideal da dor durante os curativos com os analgésicos prescritos; orientar o paciente a apoiar a área ao tossir, espirrar ou vomitar.¹⁷

Para o Diagnóstico de enfermagem "Dor aguda", o planejamento assistencial proposto teve como **resultado esperado** que o cliente verbalizasse alívio progressivo da dor, com as seguintes **intervenções de enfermagem**: avaliar a intensidade e a tolerância da dor; oferecer privacidade durante a experiência dolorosa; proporcionar ambiente calmo; administrar analgésicos prescritos; monitorar a eficácia da modalidade de administração da medicação; monitorar o efeito terapêutico do medicamento no cliente; investigar queixas.^{17,22}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Amamentação interrompida", estabeleceu-se no planejamento da assistência de enfermagem impedir o ingurgitamento mamário como **resultado esperado**. Para implementar a assistência foram elaboradas as seguintes **intervenções de enfermagem**: administrar inibidor da lactação tal como prescrito; avaliar diariamente turgência mamária; enfaixar as mamas; evitar ordenha manual e compressas; monitorar tempe-

ratura corporal; estimular a expressão verbal dos sentimentos.^{17,20,21}

O Diagnóstico de enfermagem "Risco de glicemia instável" teve como **resultado esperado** níveis glicêmicos normais. As **intervenções de enfermagem** propostas foram: verificar glicemia capilar com frequência; garantir infusão endovenosa de insulina, quando indicado; atentar para sinais de hipoglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); administrar glicose hipertônica in bolus tal como prescrito, se necessário; monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza).¹⁷

Para o Diagnóstico de enfermagem "Risco de constipação", o planejamento assistencial proposto teve como **resultado esperado** que o cliente mantivesse o padrão intestinal pré-hospitalização, para o qual foram traçadas as seguintes **intervenções de enfermagem**: promover a ingestão diária adequada de líquidos; monitorar eliminações intestinais (frequência, consistência, volume e cor); auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar peristalse; identificar fatores que possam favorecer a defecação; proporcionar privacidade durante as tentativas de eliminação; administrar enema, quando apropriado, conforme prescrição médica.^{17,22}

O Diagnóstico de enfermagem "Risco de infecção" teve como **resultado esperado** que os clientes não apresentassem sinais de infecção nos cateteres, mediante as seguintes **intervenções de enfermagem**: realizar lavagem meticulosa das mãos antes e depois dos procedimentos; aspirar tubo endotraqueal/traqueostomia com técnica asséptica; investigar sinais de flogose no acesso venoso central e realizar curativo oclusivo com clorexidina 0,12% ou álcool 70%, trocar acesso venoso periférico conforme protocolo.^{17,20}

O Diagnóstico de enfermagem "Risco de integridade da pele prejudicada" teve como **resultado esperado** a ausência de desenvolvimento de úlceras por pressão. As **intervenções de enfermagem** consistiram em mudar o decúbito no leito; inspecionar diariamente a pele durante o banho; proteger e evitar massagens sobre as proeminências ósseas; aplicar filme transparente em região sacral; colocar colchão perfilado no leito; manter pele limpa, seca e hidratada; assegurar suporte nutricional adequado; manter

roupa de cama limpa, seca e sem dobras.^{17,22}

Partindo desse cenário e considerando que a sepse caracteriza uma síndrome clínica que frequentemente passa despercebida até estágios mais avançados, ratifica-se a necessária adoção de estratégias multiprofissionais para a identificação precoce de pacientes com risco de sepse e para a diminuição da mortalidade associada, principalmente, à sepse grave e ao choque séptico.

Os problemas mais comuns nesses pacientes com choque séptico incluem a persistente hipotensão arterial, apesar da vigorosa ressuscitação volêmica, associada ao desequilíbrio entre a necessidade e a demanda de oxigênio, resultando em hipoperfusão tecidual que induz ao metabolismo anaeróbico e ao acúmulo de ácido lático, responsável pela acidose metabólica. Essa hipóxia tecidual reflete a gravidade da doença e é preditiva do desenvolvimento de múltiplas disfunções orgânicas, fazendo com que o choque séptico, o débito cardíaco diminuído e a perfusão tissular ineficaz se tornem os problemas prioritários do paciente e equipe frente à instabilidade hemodinâmica instalada.^{9,23,24}

Assim, os diagnósticos identificados neste estudo possibilitaram uma maior compreensão acerca da situação vivenciada pelo paciente séptico, guiando os julgamentos e as decisões em torno daquelas necessidades apresentadas por cada paciente. Além disso, vale destacar que naqueles pacientes que não obtiveram êxito com o tratamento médico, mesmo na iminência da morte, as ações e intervenções de enfermagem seguiram um padrão único de qualidade e buscaram valorizar a dignidade do ser até o fim de suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado no atendimento às necessidades afetadas reais e potenciais de regulação vascular, hidratação, oxigenação, regulação térmica, nutrição, eliminação, integridade física, cuidado corporal, percepção dos órgãos dos sentidos, segurança emocional e gregária dos pacientes, mostrou-

se complexo devido às peculiaridades inerentes a cada ser em estado crítico. Entretanto, ao favorecer a operacionalização do processo de enfermagem, a SAE se mostrou como o caminho mais promissor para o desenvolvimento do trabalho da Enfermagem, tendo em vista que muitos enfermeiros estão aliando o conhecimento tácito decorrente da prática com o conhecimento cientificamente construído para, assim, identificar no cliente necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente; planejar e implementar ações e intervenções efetivas; avaliar os resultados dos cuidados pelos quais são legalmente responsáveis e, finalmente, possibilitar a adequada documentação desses cuidados por eles prestados.

Um dos fatores limitantes deste estudo se refere ao fato de a maioria dos pacientes ter sido classificada como SIRS ou sepse no momento da inclusão na pesquisa, o que pode não ter se conseguido demonstrar a real cascata de comprometimento hemodinâmico, ventilatório, renal e metabólico desses pacientes em estágios mais graves da síndrome séptica e, conseqüentemente, as peculiares habilidades cognitivas e psicomotoras dos agentes da Enfermagem nesse processo.

Em contrapartida, este estudo tem relevância no sentido de divulgar a importância da SAE e mostrar a sua imperatividade na qualidade do cuidado, como também ele aponta para a possibilidade que os enfermeiros envolvidos no cuidar desses pacientes críticos têm de utilizar esses diagnósticos identificados como referência para discussão, favorecendo a universalização da nossa linguagem científica e a sistematização do cuidado.

Vale destacar que a Taxonomia II da NANDA é um importante instrumento para a denominação de diagnósticos de enfermagem e para a prática clínica dos enfermeiros, embora o instrumento de coleta de dados utilizado no Serviço de Terapia Intensiva, fundamentado nos modelos biomédico e epidemiológico de risco, não tenha adequadamente contribuído para o desenvolvimento de uma assistência individualizada e de qualidade, dificultando, assim, o sucesso das demais fases do processo de enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO SEPTIC PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT ADULT

ABSTRACT

This is a field study developed with the purpose of implementing the nursing process, based on the Basic Human Needs Theory and North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)'s Taxonomy II, to identify the main nursing diagnoses in septic adults admitted to an ICU in João Pessoa, Brazil. The sample was made of six patients classified according to four levels: systemic inflammatory response syndrome (SIRS), sepsis, severe sepsis or septic shock. Data were collected by means of a standard instrument (nursing history) applied upon patient's admission, in addition to interviewing, observation, physical exam and health registries. Results showed that 50% of patients had a classification of sepsis; 33,3% of SIRS; and 16,7% of septic shock at the beginning of the study. Moreover, 19 diagnostic categories within 52 nursing diagnoses were identified, with a mean of 8,7 diagnoses per patient, which highlights NANDA's Taxonomy II as an invaluable instrument both to name these diagnoses and to the clinical practice. We stress the importance of the usage of these diagnoses as a reference by the nursing staff involved in the care of the ICU patients, which favors the expansion of the scientific language and the organization of care.

Keywords: Sepsis. Nursing. Nursing process. Critical care. Intensive care units.

REFERÊNCIAS

1. Nishide VM, Malta MA, Aquino KS. Aspectos Organizacionais em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
2. McEwen M. Visão geral da teoria na Enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para Enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 48-73.
3. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU Editora Pedagógica Universitária; 2005.
4. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 Jan/Mar;13(1):188-93.
5. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto & Contexto Enferm. 2006 out/dez;15(4):617-28.
6. Westphal GA, Feijó J, Andrade PS, Trindade L, Suchard C, Monteiro MAG, et al. Estratégia de detecção precoce e redução de mortalidade na sepse grave. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(2):113-23.
7. Silva E, Fernandes Junior CJ, Akamine N, Sogayar AMCB, Knobel E. Sepse e choque séptico. In: Knobel E. Condutas no paciente grave. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 61-78.
8. Picard KM, O'Donoghue SC, Young-Kershaw DA, Russell KJ. Development and implementation of a multidisciplinary sepsis protocol. Crit Care Nurse. 2006 Jun;26(3):43-54.
9. Koury JCA, Lacerda HR, Barros Neto AJB. Fatores de risco associados à mortalidade em pacientes com sepse em unidade de terapia intensiva de hospital privado de Pernambuco. Rev Bras Ter Intensiva. 2007 Jan/Mar;19(1):23-30.
10. Instituto Latino Americano da Sepse [homepage na Internet]. [acesso em 20 ago 2010] Disponível em: http://www.sepsinet.org/PDF/01_Definicoes_de_Sepse.pdf.
11. Oliveira JB, Viana RAPP. Definições e condutas baseadas em evidências. In: Viana RAPP. Sepse para enfermeiros – As horas de ouro: identificando e cuidando do paciente séptico. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 1-10.
12. Silva E, Pedro MA, Sogayar ACB, Mohovic T, Silva CLO, Janiszewski M, et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). Crit Care. 2004;8(4):R251-60.
13. Sales Júnior JAL, David CM, Hatum R, Souza PCSP, Japiassú A, Pinheiro CTS, et al. Sepse Brasil: estudo epidemiológico da sepse em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 Jan/Mar;18(1):9-17.
14. Koury JCA, Lacerda HR, Barros Neto AJB. Características da população com sepse em unidade de terapia intensiva de hospital terciário e privado da cidade do Recife. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 jan/mar;18(1):52-8.
15. Zanon F, Caovilla JJ, Michel RS, Cabeda EV, Caretta DF, Luckemeyer GD, et al. Sepse na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. Rev Bras Ter Intensiva. 2008 abr/jun;20(2):128-34.

16. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest*. 1992;101(6):1644-55.
17. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
18. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS-196/1996*. Brasília: CNS; 1996.
19. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN-311/2007*. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
20. Carpenito-Moyet LJ. *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 11ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
21. Negreiros RV. *Sistematização da Assistência de Enfermagem ao adulto hospitalizado com insuficiência cardíaca [dissertação]*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.
22. Carpenito-Moyet LJ. *Planos de cuidados de Enfermagem e documentação: diagnósticos de Enfermagem e problemas colaborativos*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
23. Westphal GA, Gonçalves AR, Caldeira Filho M, Silva E, Salomão R, Bernardo WM, et al. Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico - avaliação da perfusão tecidual. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011 Jan/Mar;23(1):6-12.
24. Ramalho Neto JM, Bezerra LM, Barros MAA, Nóbrega MML, Fontes WD. Nursing process and septic shock: intensive nursing care. *Rev enferm UFPE Online*[periódico na internet]. 2011 Nov[acesso em 2011 dez 07];5(9):2260-7. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1929/pdf_698

Artigo Original

AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS PARA O SURGIMENTO DA ATEROSCLEROSE EM JOVENS DA CIDADE DE PATOS-PB

Layanne Cabral da Cunha Araujo¹
Alana Araújo Braga¹
Marcos César Feitosa de Paula Machado²
Evanise Barbosa de Oliveira Mello e Silva³

RESUMO

A aterosclerose é uma doença vascular, que acomete a camada íntima de artérias de médio e grande calibre, sendo desencadeada por uma série de fatores de riscos. Mais de 50% dos óbitos poderiam ser evitados com a redução desses fatores. Este trabalho teve como objetivo identificar os principais fatores de riscos para o surgimento da aterosclerose, que acometem os indivíduos jovens. Foram incluídos 50 indivíduos na faixa etária entre 18 e 21 anos, aplicou-se um questionário e analisou-se alguns elementos do sangue. Foi retirada uma alíquota de sangue do material colhido quando os indivíduos estavam fazendo seus exames de rotina. Considerando o IMC, 14% estavam acima do peso e 2% apresentaram obesidade tipo I. Quanto à prática de exercícios físicos, 34% dos jovens realizavam alguma atividade física, 66% eram sedentários. Quanto ao tabagismo, 8% eram fumantes e do sexo feminino. Em relação aos padrões bioquímicos, 8% tiveram sua glicose alterada e foram apenas mulheres, sendo que 2% se apresentaram com hipoglicemia, e 6% com hiperglicemia, porém nenhuma foi considerada diabética, pois os valores apesar de irregulares não representavam referência para considerar o indivíduo diabético. De acordo com as dislipidemias, 8% dos jovens apresentaram hipertrigliceridemia isolada, 16% apresentaram hipercolesterolemia mista, para as lipoproteínas LDL e HDL, 10% tiveram seu LDL-C aumentado; e 54% tiveram seu HDL-C reduzido. Os resultados indicam a necessidade de intervenções que promovam um estilo de vida saudável, com ênfase à adoção de hábitos alimentares adequados e ao aumento dos níveis de atividade física.

Palavras-chave: Fatores de riscos. Dislipidemias. Aterosclerose. Doenças cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

A aterosclerose é uma doença vascular crônica, que acomete principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre, sendo desencadeada por uma série de fatores em resposta a uma agressão endotelial^{1,2,3}.

Existem vários fatores considerados de risco para o surgimento do processo aterosclerótico, os quais são classificados em fatores de riscos modificáveis: dislipidemias, hipertensão arterial, hábitos alimentares, tabagismo, diabetes mellitus, obesidade e sedentarismo; e não modificáveis: idade, sexo e história familiar.^{4,5}

Segundo o ponto de vista clínico patológico, a doença pode ser compreendida por 4 etapas: primeiro, inicia-se pela disfunção endotelial, caracterizada pela perda da integridade vascular; segundo, lesão inicial, caracteriza-se pela presença de macrófagos ricos em lipídeos e linfócitos T na camada íntima da artéria; terceiro, lesão intermediária, composta de camada de células de músculo liso e macrófagos; e por último, ocorre a formação da placa fibrótica, que corresponde à evolução para o estágio avançado⁶.

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos. End.: Rua Antônio Félix, 464, Vitória- Patos-PB. Tel.: (83) 9604-7601 E-mail: lay_biomed@yahoo.com.br.
Acadêmica do Curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos.

² Profº Ms.Sc. em Patologia das Faculdades Integradas de Patos.

³ Farmacêutica-Bioquímica do Laboratório Escola das Faculdades Integradas de Patos.

A aterosclerose é uma doença que contribui para elevadas taxas de morbidade e morbi-mortalidade no mundo. Essa doença pode ser desenvolvida a partir da infância ou de adultos jovens, porém somente na meia-vida ou mais tarde os sintomas se tornam evidentes. Anteriormente, era considerada doença de idosos, hoje as pessoas tem sido atingidas cada vez mais cedo e em faixas etárias cada vez menores.⁷

As complicações ateroscleróticas contribuem para o desenvolvimento de várias doenças cardiovasculares como a doença arterial periférica (DAP) que envolve desde a artéria distal ao arco da aorta; doença coronariana e doença carótida, isso predispõe os pacientes ao aumento do risco no desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e isquêmico e morte vascular.⁸

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo, tendo 40% dos óbitos nos países desenvolvidos e 28% nos países em desenvolvimento⁹. Um em cada três adultos norte-americanos tem alguma DCV. No Brasil, a doença aterosclerótica coronariana e cerebrovascular é considerada a primeira causa de incapacidade e morte, chegando a 32,1% de todas as causas¹⁰. Estudo realizado em 13 estados brasileiros nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste constatou um aumento do risco de morte por DCV, regiões estas que antes eram assoladas pelas doenças infecciosas¹¹.

Segundo projeções para 2020, a doença cardiovascular aterosclerótica será a principal causa global de morte. A prevenção primária dessas doenças necessita de uma estratégia global, baseada nos conhecimentos e importância dos fatores de riscos¹², pois mais de 50% dos óbitos poderiam ser evitados com a redução desses fatores¹³.

Sendo um grave problema de saúde pública que tem uma elevada taxa de morbidade e morbi-mortalidade no mundo e que, a cada dia, começa a ser desenvolvida em faixas etárias cada vez menores, é muito importante que a investigação dos fatores de riscos da doença seja realizada em indivíduos jovens para que o quadro desses fatores possa ser revertido e ocorra a prevenção da doença.

Diante disso, esse trabalho teve como objetivo pesquisar os principais fatores de

riscos para o surgimento da aterosclerose, que acometem os indivíduos jovens, incluindo uma faixa etária entre 18 e 21 anos na cidade de Patos-PB.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, realizado no município de Patos-PB, cujos dados foram coletados no período de março a abril de 2011. A pesquisa deu ênfase à Resolução 196/96 do CNS, que envolve os aspectos éticos em pesquisas com seres humanos, e visou assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à ética na pesquisa com os participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos (Protocolo nº 0931/2010).

A coleta de dados foi realizada no Laboratório Escola das Faculdades Integradas de Patos (BIOLAB) com autorização do responsável legal, cuja rotatividade bimestral do laboratório é de 300 pacientes. A partir de uma autorização do paciente, foi retirada uma alíquota de sangue para a realização dos exames de colesterol total e frações (LDL e HDL), glicose e triglicerídeos; e aplicou-se um questionário com dados sociodemográficos (sexo, idade) e os fatores de riscos da aterosclerose, perfazendo um número de 50 pacientes, que equivale a 16.67 % dos pacientes que frequentam o laboratório.

Como critério de inclusão, levou-se em consideração a faixa etária entre 18 a 21 anos de idade. Os critérios de exclusão foram os casos em que os pacientes já eram diagnosticados como cardiopatas ou que tivessem qualquer afecção que viesse afetar as funções hemodinâmicas, e os que não estavam fazendo parte da referida faixa etária.

Após a coleta dos insumos biológicos e realização do questionário, o material foi encaminhado para realização dos exames, seguindo todas as normas técnicas vigentes. Os resultados obtidos foram organizados quantitativamente e analisados através da estatística descritiva e, em seguida, distribuídos em frequência percentual.

RESULTADOS

Considerando o estado nutricional dos

jovens que participaram do estudo, quando classificado pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), 14% estavam acima do peso e 2% apresentaram obesidade tipo I (Gráfico 1). Para o sexo masculino, 11% apresentaram-se acima do peso, e nenhum apresentou obesidade tipo I. Já para o sexo feminino, foram 15% acima do peso e 2% para obesidade tipo I (Gráfico 2).

Quanto à prática de exercícios físicos, 34% dos jovens entrevistados praticavam alguma atividade física, enquanto 66% eram sedentários. Correlacionando os sexos, 67% dos indivíduos do sexo masculino e 66% do sexo feminino eram sedentários, enquanto, 33% do sexo masculino e 34% do sexo feminino praticavam algum exercício físico.

Quanto ao tabagismo, 8% dos jovens entrevistados eram fumantes e todos pertenciam ao sexo feminino, correspondendo a um total de 10% do grupo das mulheres.

As dosagens bioquímicas realizadas como: glicose, colesterol total, triglicerídeos e lipoproteínas (HDL, LDL, VLDL), todas se apresentaram alteradas, para ambos os sexos (Gráfico 3), com exceção da glicose, que só apareceu alterada no sexo feminino (Gráfico 4).

Considerando como valores limítrofes

para a normalidade da glicose (65 a 99 mg/dl), 10% das jovens mulheres tiveram sua glicose alterada, sendo que 2% se apresentaram com hipoglicemia, e 8% com hiperglicemia, porém nenhuma foi considerada diabética, pois os valores apesar de irregulares (entre 100mg/dl e 126mg/dl) não representavam referência para considerar o indivíduo diabético (e" 126mg/dl com jejum de 12 horas).

De acordo com a classificação para as dislipidemias, 8% dos jovens apresentaram hipertrigliceridemia isolada (TGe"150mg/dl), onde houve um predomínio do sexo masculino em relação ao feminino (homens 22%, mulheres 5%); 16% do total de jovens apresentaram hipercolesterolemia mista (CTe"200mg/dl), 33% do sexo masculino apresentaram-se com o colesterol aumentado, enquanto para o sexo feminino esse percentual foi de 12%. Para as lipoproteínas LDL e HDL, 10% do total de jovens tiveram sua LDL aumentada (LDLe"160mg/dl), sendo 22% para o sexo masculino e 7% para o feminino; e 54% tiveram sua HDL reduzida (HDL<55 para homens, HDL<65 para mulheres), 44% para o sexo masculino e 56% para o sexo feminino; conforme mostram os gráficos 3 e 4.

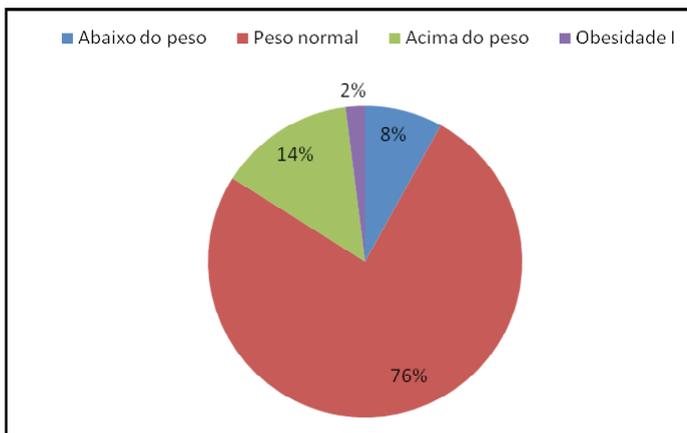


Gráfico 1 – Índice de Massa Corpórea (IMC) dos jovens.

Fonte: Dados da Pesquisa

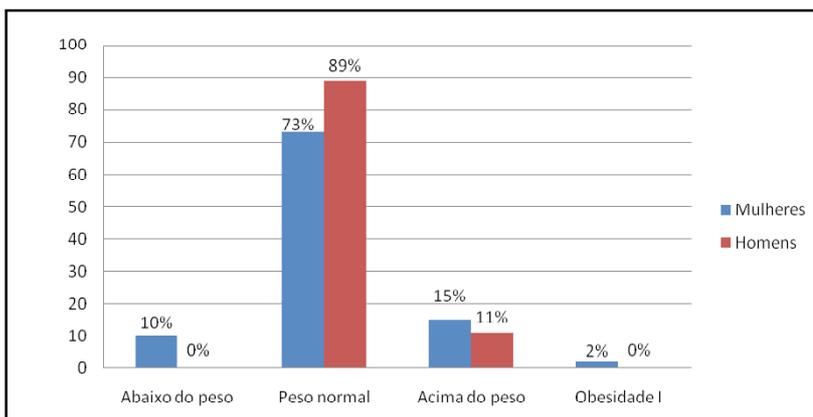


Gráfico 2 – Comparação do Índice de Massa Corpórea (IMC) entre homens e mulheres.

Fonte: Dados da Pesquisa

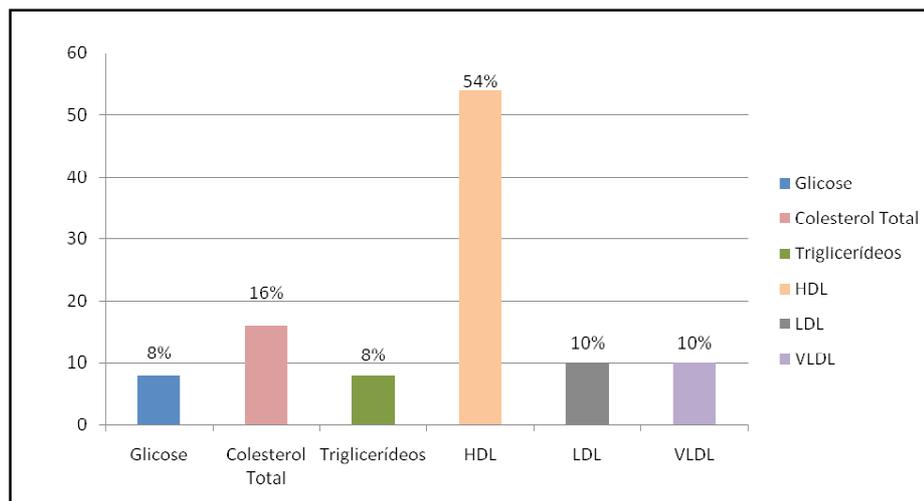


Gráfico 3 – Dosagens bioquímicas alteradas nos jovens (glicose, colesterol total, triglicerídeos, HDL, LDL, VLDL).

Fonte: Dados da Pesquisa

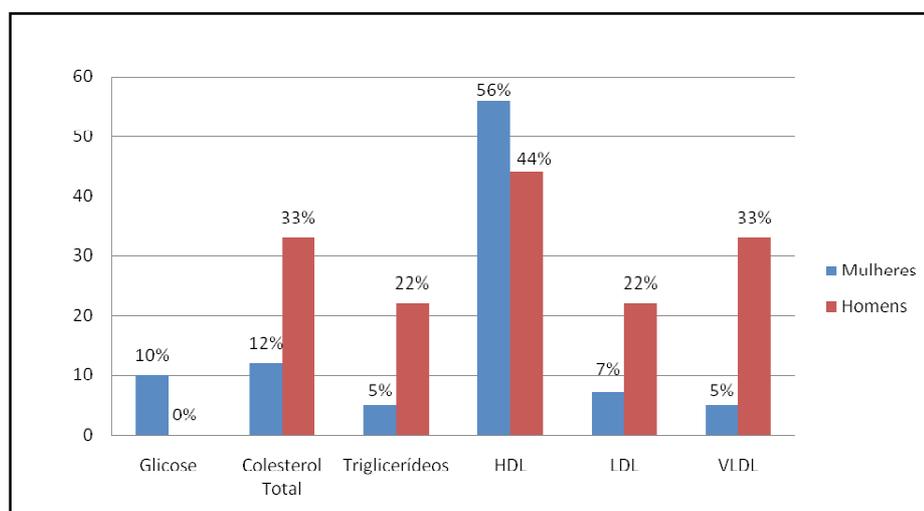


Gráfico 4 – Comparação das dosagens bioquímicas alteradas entre homens e mulheres (glicose, colesterol total, triglicerídeos, HDL, LDL, VLDL).

Fonte: Dados da Pesquisa

DISCUSSÃO

No estudo de Mendes e colaboradores¹⁴ e Stabelini Neto e colaboradores⁵, analisando as dislipidemias, observou-se uma hipercolesterolemia mista e hipertrigliceridemia isolada, corroborando com os resultados do presente estudo, no qual também foram observadas hipertrigliceridemia isolada em 8% dos jovens e hipercolesterolemia mista em 16% dessa mesma população analisada.

Stabelini Neto e colaboradores⁵ avaliaram o CT, LDL-C e o HDL-C e obtiveram resultados alterados para todos os colesteróis. O que mais chamou atenção nas prevalências apresentadas foi a alta prevalência dos valores reduzidos do HDL-C nos jovens de ambos os sexos (rapazes 60,2% e moças 49,2%). Corroborando em partes com esse estudo, também houve uma alta prevalência dos valores reduzidos do HDL-C nos jovens, diferindo no que diz

respeito ao sexo (rapazes 44% e moças 56%).

No estudo de Campos e colaboradores¹⁵, foi observado uma taxa superior de obesidade tipo I e sobrepeso em jovens do sexo masculino em relação ao feminino (16,7% dos indivíduos do sexo masculino apresentaram sobrepeso e 11,1%, obesidade, já para o sexo feminino, 7,6% foram classificadas como sobrepeso e 5,3% como obesas). Esses resultados diferem dos resultados desse estudo, onde no sexo masculino, 11% apresentaram sobrepeso, e nenhum apresentou obesidade tipo I. Já para o sexo feminino, 15% estavam acima do peso e 2% foram consideradas obesas, havendo uma predominância do sexo feminino com sobrepeso e obesidade tipo I.

Cimadon e colaboradores¹⁶, na cidade de Bento Gonçalves-RS, mostrou no seu estudo que 52,3% dos jovens entrevistados praticavam alguma atividade física pelo menos três vezes por semana, enquanto 57,5% eram sedentários e permaneciam por

mais de 5 horas na TV/*vídeo game*/ computador; corroborando com esse estudo, cujos resultados mostraram um predomínio de jovens sedentários.

No estudo de Malta e colaboradores¹⁷ foi mostrada uma frequência maior do sexo masculino que praticava alguma atividade física quando comparado ao sexo feminino. Esses resultados diferem do presente estudo, onde as mulheres praticavam mais atividade física do que os homens.

O estudo de Silva e colaboradores¹⁸, realizado na cidade de Maceió-AL, relatou uma baixa prevalência do tabagismo, apenas 2,4% de jovens eram fumantes, corroborando com os resultados desse estudo, que mostrou também uma baixa prevalência desse fator de risco, apenas 8% do total de jovens entrevistados eram fumantes.

Berto e colaboradores¹⁹ e Almeida e colaboradores²⁰ mostraram um predomínio do sexo masculino como fumantes, o que

difere dos resultados desse estudo, onde houve um predomínio do sexo feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença dos fatores de riscos da aterosclerose já não é só uma preocupação de pessoas com idade mais avançada. Foram mostrados nesse estudo que esses fatores já existem em indivíduos jovens, fatores estes que, além de estimularem o desenvolvimento da aterosclerose, levam ao aparecimento de outras doenças cardiovasculares. Portanto, sugere-se ao município pesquisado uma divulgação mais ampla e esclarecimentos que visem promover uma alimentação saudável, práticas de exercícios físicos, um estilo de vida adequado para os jovens, para que, desde já, possa haver uma redução dos fatores de riscos e prevenção da doença.

ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR THE EMERGENCE OF ATHEROSCLEROSIS IN YOUTH OF PATOS-PB CITY

ABSTRACT

Atherosclerosis is a vascular disease that affects the intima of arteries of medium and large caliber, being triggered by a number of risk factors. More than 50% of deaths could be avoided by reducing these factors. This study aimed to identify the main risk factors for the development of atherosclerosis that affect young people. We included 50 individuals aged between 18 and 21 years, we applied a questionnaire and analyzed to some elements of blood. It was a withdrawal rate of blood from the material collected when individuals were making their routine examinations. Whereas the BMI, 14% were overweight and 2% had type I obesity. As for physical exercise, 34% of young people performed some physical activity, 66% were sedentary. As for smoking, smokers and 8% were female. With respect to biochemical pathways, 8% had changed their glucose and were only women, and 2% presented with hypoglycemia, hyperglycemia, and 6%, but none were considered diabetic, as though the values did not represent irregular reference to consider the according to individual diabético. De dyslipidemia, 8% of young people had isolated hypertriglyceridemia, mixed 16% had hypercholesterolemia, for LDL and HDL, 10% had their LDL-C increased, and 54% had their HDL-C reduzido. The results indicate the need for interventions that promote a healthy lifestyle, with emphasis on adopting proper eating habits and increased physical activity levels.

Keywords: Risk factors. Dyslipidemia. Atherosclerosis. Cardiovascular disease.

REFERÊNCIAS

1. Rosa MP, Baroni GV, Portal VL. Cilostazol, um Inibidor da Fosfodiesterase III: perspectivas futuras na aterosclerose. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2006;87:222-226.
2. Mafra F, Oliveira H. Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2008;24:391-400.
3. Gomes MAM, Bispo IGAS, Macêdo Neto NC. Marcadores Laboratoriais Não Tradicionais para Aterosclerose: revisão de literatura. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro* 2009 set/out;22(5):318-325.
4. Santos MG, Pegoraro M, Sandrini S, Macuco EC. Fatores de Risco no Desenvolvimento da Aterosclerose na Infância e Adolescência. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2008;90(4):301-308.
5. Stabelini Neto AS, Bozza R, Ulbrich AZ, et al. Fatores de risco para aterosclerose associados à aptidão cardiorrespiratória e ao IMC em adolescentes. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica* 2008;52(6):1024-1030.
6. Fabri DR. A interação dos fatores VIII e IX da coagulação no desenvolvimento da doença aterosclerótica [Tese de Doutorado em Clínica Médica]. Campinas: Faculdades de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
7. Garcia MMO. Influência da Aterosclerose Subclínica na Função Diastólica em Indivíduos sem Doença Cardiovascular [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Salvador: Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública; 2009.
8. Durazzo AES, Sitrangulo Junior CJ, Presti C. Doença arterial obstrutiva periférica: que atencão temos dispensado a abordagem clínica dos pacientes?. *Jornal Vascular Brasileiro*, 2005;4:255-264.
9. Oliveira ISC. Prevenção da aterosclerose: Fatores de risco nas idades pediátricas-Evidências e controvérsias [Monografia de conclusão de curso]. Porto-Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2009.
10. Khayat TC. Comportamento do risco para doença aterosclerótica coronária na população de Inhangapí [Monografia de conclusão de curso]. Belém do Pará: Universidade Federal do Pará; 2005.
11. Mansur AP, Souza MFM, Timerman A, et al. Tendência do risco de morte por doencascirculatorias, cerebrovasculares e isquêmicas do coração em treze Estados do Brasil, de 1980 a 1998. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 2006;87:641-648.
12. Alves FMB, Cosentino MB, Sakae TM, et al. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com doença aterosclerótica não coronariana em hospital no Sul do Brasil. Estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. 2009;7:3-10.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília 2003;60.
14. Mendes GA, Martinez TL, Izar MC, et al. Perfil lipídico e efeitos da orientação nutricional em adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2006 mai;86(5):361-365.
15. Campos W, Stabelini Neto A, Bozza R, et al. Atividade Física, Consumo de Lipídios e Fatores de Risco para Aterosclerose em Adolescentes. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2010 mai;94(5):601-607.
16. Cimadon HMS, Geremia R, Pellanda LC. Hábitos Alimentares e Fatores de Risco para Aterosclerose em Estudantes de Bento Gonçalves (RS). *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2010;95(2):166-172.
17. Malta DC, Moura EC, Castro AM, et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiologia de Serviço de Saúde* 2009 jan-mar;18(1):7-16.
18. Silva MAM, Rivera IR, Ferraz MRMT, et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes da Rede de Ensino da Cidade de Maceió. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2005 mai;84(5):387-392.
19. Berto SJP, Carvalhães MABL, Moura EC. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. *Caderno de Saúde Pública*, 2010 ago;26(8):1573-1582.
20. Almeida LCC, Cantarelli MJC, Castello JR. HJ, et al. Impacto do Tabagismo nos Resultados da Intervenção Coronária Percutânea. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva* 2010;18(4):424-428.

Artigo Original

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ANESTESIOLOGISTAS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA

Maria de Fátima Oliveira Santos¹
Débora de Paiva Lucena²
Harison José de Oliveira³
João Bezerra Júnior⁴

RESUMO

Com o objetivo de conhecer a relação existente entre a qualidade de vida e as variáveis bio-demográficas dos médicos anesthesiologistas na cidade de João Pessoa-PB, estudo descritivo com abordagem quantitativa, com a participação de 83 médicos que responderam ao World Health Organization Quality of Life Instrument Bref, instrumento genérico para avaliar a qualidade de vida, proposto pela Organização Mundial da Saúde. Os dados foram analisados por estatísticas descritivas e testes de comparação de média. O nível de significância adotado para as análises foi de 5%. Os médicos do sexo masculino apresentaram índices médios de Qualidade de Vida Geral, Físico, Psicológico e do meio ambiente maiores que as médicas do sexo feminino. Observou-se também que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os domínios da escala de qualidade de vida e o número de horas de trabalho dos participantes. Por outro lado, a renda mensal exerce influência significativa sobre a QV ($p < 0,05$) apenas no domínio meio ambiente. Não obstante, observou-se uma diferença estatisticamente significativa quanto ao domínio meio ambiente e a renda mensal. Conclui-se que a ausência de lazer e o excesso de trabalho podem promover problemas físicos e psicológicos a esses profissionais.

Palavras-chave: Anestesiologista. Qualidade de vida. Ambiente de trabalho. Prática profissional.

INTRODUÇÃO

Respeito e prestígio social sempre estiveram presentes no tratamento dos pacientes para com os médicos, tanto devido à forma autônoma e individualizada de trabalho quanto pelo vínculo estabelecido entre eles.^{1,2} Não obstante, alguns fatores como excessivas jornadas de trabalho, acrescidas ao estresse pela instabilidade do emprego, salários insatisfatórios, além de deparar-se rotineiramente com morte, dor e sofrimento, começam a dar uma nova configuração a esta classe.⁴

Pesquisas recentes feitas com médicos brasileiros encontraram indícios de sensação de fadiga e ideação suicida neste grupo, sendo as taxas mais elevadas que àquelas correspondentes à população em geral.^{3,4} Características de estafa laboral, como fadiga e privação de sono, embora sejam processos diferentes, estão correlacionados, degradando a

¹ Anestesiologista, Doutoranda em Bioética pela Faculdade de Medicina do Porto - Portugal, Mestre em Perícias Forenses pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco- UPE, Professora de Bioética da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE, Conselheira do Conselho Regional de Medicina da Paraíba-PB-Brasil. Av. Umbuzeiro, 881, Manaíra. João Pessoa-PB. CEP: 58038-182 Tel.: (83) 9121-9252 E-mail: fatimadeosantos@hotmail.com.

² Graduanda em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba.

³ Médico Especialista em Anestesiologia do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

⁴ Médico Especialista em Anestesiologia, Professor de Anestesiologia da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE.

capacidade de trabalho, aprendizagem e raciocínio, além de alterar o humor, a memória e dificultar as relações interpessoais de profissionais,² como biomédicos, radiologistas, optometristas⁴ e, especificamente, anestesiológicos.⁵ O prejuízo cognitivo causa esgotamento físico e mental, deixando-os mais vulneráveis e susceptíveis, dentre outras coisas, ao uso/abuso de substâncias anestésicas, as quais possuem um acesso irrestrito.²

A pesquisa realizada apresentou especificamente a qualidade de vida dos anestesiológicos, visto que essa especialidade médica é muito dinâmica e de alto risco, estando inclusa no grupo propenso a desenvolver estresse e fadiga. Os anestesiológicos são considerados um grupo propenso a desenvolver elevados níveis de estresse,⁵ pois trabalham com riscos iminentes que, quando não diagnosticados rapidamente, podem desencadear acidentes e causar resultado adverso na anestesia.⁶

Esse profissional vive em estado constante de prontidão e vigilância que lhe permite reagir imediatamente em situações críticas, exigindo acesso rápido a grande volume de informações.⁶ Deste modo, o cotidiano laboral, demasiadamente árduo ao qual esses profissionais estão expostos, apresenta diversos estímulos estressantes que ocasionam prejuízo a sua saúde, podendo produzir transtornos psicológicos, somáticos ou ambos, minimizando seu bem-estar e sua qualidade de vida.⁷ Assim, muito tem se falado sobre as novas configurações que surgem no âmbito da saúde e como estas têm afetado a qualidade de vida dos profissionais.^{8,4} As pesquisas sobre a qualidade de vida dos médicos têm se realizado principalmente com cirurgiões^{9,10,11} Contudo, poucos estudos foram encontrados sobre a qualidade de vida dos médicos anestesistas.⁵ Desta forma, em virtude da escassez de pesquisas empíricas que analisem a qualidade de vida desses profissionais, é de grande importância um estudo que relacione estas variáveis com o cotidiano desta categoria.

A noção de qualidade de vida é algo eminentemente humano, abrangendo conhecimentos, valores e experiências de indivíduos e grupos. Estes significados são reflexos do contexto no qual o sujeito (ou grupo) está inserido.^{12,13} Embora não exista um conceito universalmente aceito de

qualidade de vida, a opinião predominante é a que a define como sendo a percepção do indivíduo sobre o seu estado físico, emocional e social.¹⁴

Segundo o Grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde,¹⁵ qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, estando relacionados aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Neste estudo, objetiva-se avaliar os níveis de qualidade de vida dos médicos anestesiológicos da cidade de João Pessoa-PB, a partir dos seus indicadores objetivos (bio-demográficos) e subjetivos (WHOQOL-Bref). Buscou-se também verificar a influência das variáveis sexo, jornada de trabalho e renda mensal dos médicos sobre sua qualidade de vida.

MÉTODOS

Contou-se com a participação de 83 médicos anestesiológicos da cidade de João Pessoa-PB. Estes tinham idades entre 27 e 68 anos ($m=46$, $dp=10,41$), sendo a maioria do sexo masculino (64,0%), casados (81,0%), trabalhando em plantões de 24 a 36 horas (29,0%), não fumantes (97,5%) e com renda entre 21 e 30 salários mínimos (36,0%). Indagados quanto à frequência com que praticavam atividade física, 17,9% dos participantes disseram que nunca praticaram, 51,3% disseram praticar atividades às vezes e 30,8% afirmaram sempre praticar atividade física. A pesquisa compreende uma amostra de conveniência (não-probabilísticas), tendo participado os sujeitos que decidiram voluntariamente.

A medida *WHOQOL-bref* foi adaptada para o contexto brasileiro por Fleck *et al.*,¹⁶ sendo esta uma versão abreviada do *WHOQOL-100* desenvolvida por Fleck *et al.*¹⁷ Está composta por 26 itens, respondidas em uma escala *Likert* de cinco pontos, sendo dois itens de avaliação da qualidade de vida global e saúde e os demais distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Todos os participantes responderam perguntas de natureza demográfica (por exemplo, sexo, idade) e questões que permitissem avaliar informações relacionadas

aos profissionais anestesistas (por exemplo, jornada de trabalho, renda mensal).

A realização da coleta de dados seguiu o procedimento padrão, compreendendo a distribuição de questionários autoaplicáveis distribuídos aos participantes em seus locais de trabalho, limitando-se a dar as instruções gerais do instrumento e colocando-se à disposição dos participantes para quaisquer esclarecimentos acerca do instrumento. Procurou-se indicar aos participantes o caráter voluntário da participação, não existindo respostas certas ou erradas e assegurando o anonimato de sua participação. Durante todo o processo foram obedecidos os princípios éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução 196/96.¹⁸ Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB, com o número do processo 0223, após os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados foram analisados pelo uso do *software* SPSS (Statistical Package of Social Sciences for Windows), na versão 15.0. Realizaram-se análises estatísticas descritivas (por exemplo, média e desvio-padrão), correlação de *Spearman*, teste *t-student* e ANOVA para amostras independentes. Estes cálculos foram realizados com o objetivo de comparar os participantes na medida de satisfação com a vida, com variáveis referentes ao sexo, a idade e a renda.

RESULTADOS

Inicialmente, procurou-se conhecer as correlações da medida de qualidade de vida com respeito às variáveis demográficas e de contexto laboral. Para tanto, procedeu-se uma correlação de *Spearman* entre as variáveis supracitadas.

No que diz respeito às variáveis demográficas, como sexo, idade, estado civil

e renda, não se observaram correlações significativas com a qualidade de vida. Não obstante, as variáveis laborais relacionadas ao total de horas de plantões semanais ($r = -0,41$, $p < 0,001$), horas trabalhadas ($r = -0,27$, $p < 0,05$), se o profissional consegue dormir no pós-plantão ($r = -0,36$, $p < 0,05$) e no intervalo dos plantões ($r = -0,26$, $p < 0,05$) e quanto à prática de atividade física ($r = 0,24$, $p < 0,05$) se correlacionaram significativamente com a qualidade de vida.

Procurou-se averiguar se havia diferença entre homens e mulheres com relação aos índices médios da qualidade de vida geral (QV) e seus domínios (físico, psicológico, social e meio-ambiente) através do teste *t* de student. Não obstante, apesar dos homens apresentarem médias maiores em QV geral ($m = 59,50$; $dp = 14,39$), físico ($m = 69,02$; $dp = 12,70$), psicológico ($m = 67,87$; $dp = 12,73$) e meio ambiente ($m = 63,46$; $dp = 10,49$) em comparação com as mulheres [QV geral ($m = 59,17$; $dp = 16,72$), físico ($m = 64,64$; $dp = 15,59$), psicológico ($m = 62,14$; $dp = 13,80$) e meio ambiente ($m = 60,83$; $dp = 12,65$)], no que se refere ao domínio social, as mulheres ($m = 65,14$; $dp = 14,70$) apresentaram médias superiores às dos homens ($m = 62,66$; $dp = 13,52$). Contudo, tais diferenças não foram estatisticamente significativas.

No que diz respeito à influência da jornada de trabalho na qualidade de vida dos anestesistas, comparou-se os escores dos participantes segundo o número de horas trabalhadas. Foram considerados dois grupos, um com tempo médio abaixo de 3 horas (Grupo 1) e outro acima de 3 horas (Grupo 2). Verificou-se existir diferença estatisticamente significativa entre os domínios da escala de qualidade de vida e o número de horas de trabalho dos participantes.

A fim de verificar a influência da renda mensal dos participantes sobre sua qualidade de vida e seus componentes, comparou-se os índices dos respondentes com renda mensal até 20 salários mínimos (Grupo 1), os com renda de 21 a 30 salários mínimos

Tabela 1 - Correlação entre variáveis laborais e *WHOQOL-bref*.

Variáveis laborais	Qualidade de Vida
Total de horas de plantões semanais	-0,41**
Total de horas trabalhadas	-0,27*
Consegue dormir no pós-plantão	-0,36*
Consegue dormir no intervalo do plantão	-0,26*
Pratica atividade física	0,24*

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Tabela 2 - Comparação entre às médias dos participantes nas variáveis “horas de trabalho” e “qualidade de vida”.

Domínio	Horas de Trabalho				Contraste	
	Grupo 1		Grupo 2		t (59)	p
	m	dp	m	dp		
QV Geral	63,08	14,65	48,81	14,20	3,65	0,05
Físico	70,03	13,53	58,84	14,92	2,96	0,05
Psicológico	67,36	12,97	58,13	14,28	2,54	0,05
Social	67,08	13,83	57,14	12,72	2,74	0,05
Meio-ambiente	65,50	11,84	55,04	10,04	3,15	0,05

Tabela 3 - Escores médios da Qualidade de Vida (QV) e seus domínios em função da renda mensal.

	Média (DP)			ANOVA
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	
QV Geral	58,99 (17,88)	56,25 (14,63)	62,73 (12,87)	F (2,75)= 1,122; p>0,05
Físico	62,70 (16,35)	68,75 (12,32)	70,34 (12,63)	F (2,75)= 2,167; p>0,05
Psicológico	63,17 (15,34)	66,67 (12,58)	66,85 (13,08)	F (2,75)= 0,597; p>0,05
Social	65,12 (10,54)	60,31 (16,70)	65,22 (14,58)	F (2,75)= 0,664; p>0,05
Meio Ambiente	57,87 (12,51)	65,46 (9,34)	64,40 (11,10)	F (2,75)= 3,728; p<0,05

(Grupo 2) e os com renda acima de 31 salários mínimos (Grupo 3). Estas análises foram realizadas através do teste estatístico ANOVA, conforme mostrado na Tabela 3.

Verificou-se que a renda mensal não exerce influência significativa sobre a QV geral nem sobre os domínios físico, psicológico e social. Contudo foi verificada variação estatisticamente válida ($p < 0,05$) no domínio meio ambiente, tendo o Grupo 2 ($m = 65,46$; $dp = 9,34$) obtidos índices maiores que o grupo 3 ($m = 64,40$; $dp = 11,10$), o qual obteve índices maiores que o Grupo 1 ($m = 57,87$; $dp = 12,51$). Para verificar se esta diferença persiste em todos os níveis desta variável, foi realizada uma comparação múltipla através do *Scheffe*. Através desta análise, percebeu-se que a diferença significativa apresenta-se apenas quando comparados os participantes que se enquadram no Grupo 2 com os do grupo 1, ou seja, apenas os anestesistas que declararam renda entre 21 e 30 salários mínimos apresentaram índices médios, no domínio meio ambiente, estatisticamente maiores do que os que declararam renda menor que 20 salários mínimos.

DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde têm feito

muito mais do que as condições de trabalho permitem, o que tem resultado em prejuízo na sua dinâmica laboral.^{3,19} Fatores como carga exaustiva de plantões, vida familiar e social limitada, perda da autonomia profissional e ambiente insalubre têm acarretado em prejuízos físicos e mentais para os profissionais, prejudicando-os consideravelmente em diversos âmbitos de suas vidas.⁸

Os dados aqui produzidos demonstraram que a qualidade de vida correlacionou-se negativamente com total de horas de plantões semanais, o que indica que quanto mais horas de trabalho, menor é a qualidade de vida dos profissionais de saúde.⁴ Além disso, observou-se que quanto menos os profissionais conseguem dormir no pós-plantão ou no intervalo do plantão, menor é a qualidade de vida. Isto parece estar em consonância com o que a literatura apresenta, mostrando que o estresse laboral e a estafa física e mental atrapalham o sono.² Observou-se ainda que a variável “prática atividade física” correlacionou-se positivamente com qualidade de vida, o que indica que quanto mais o profissional dedica parte de seu tempo à prática de exercícios, maior sua qualidade de vida.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres com

relação à pontuação total de qualidade de vida, bem como aos fatores físico, psicológico, social e meio ambiente. Observou-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre a variável "horas de trabalho" e o fator geral de qualidade de vida, assim como com os domínios dessa. O que indica que, quanto maior é a carga horária do profissional mais este se sente prejudicado, tanto de forma geral, quanto nos âmbitos físico, social, psicológico e ambiental. Assim, a percepção que o indivíduo tem sobre si e sobre sua posição na vida (contexto, cultura, sistema de valores, expectativas, objetivos e preocupações)^{13,15} encontra-se prejudicada. Sabe-se que aqueles com uma carga horária maior possuem menos tempo para descansar física e psiquicamente, bem como para desfrutar do lazer e conviver com os outros, afetando assim, sua qualidade de vida.²⁰

A influência da renda mensal também foi avaliada e observou-se que apenas o fator meio ambiente apresentou uma diferença estatisticamente significativa. Neste, o Grupo 2 (21 a 30 salários mínimos) apresentou os índices maiores que os do Grupo 1 (até 20 salários mínimos) e do Grupo 3 (acima de 31 salários mínimos). Possivelmente, apesar do Grupo 3 ter uma renda maior que possibilitaria recorrer mais a alguns aspectos da variável meio ambiente como condições de lazer, segurança e saúde, que os Grupos 1 e 2, este não disponibilizaria de tempo suficiente para tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, cada vez mais os médicos estão sendo atingidos por um estado de estafa física e mental, implicando alterações,

problemas e disfunções psicofisiológicas que os prejudicam consideravelmente, afetando, conseqüentemente, sua qualidade de vida.⁸ Deste modo, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos médicos anestesiológicos na cidade de João Pessoa (PB). Confia-se que este objetivo tenha sido alcançado. Contudo, há de serem ressaltadas as limitações inerentes à pesquisa, em especial no que concerne à amostra que, além de ser de conveniência (não-probabilística), não é representativa da população de anestesiológicos pessoenses. No entanto, este fato não invalida em hipótese alguma a presente pesquisa que, além de avaliar um aspecto muito importante, como a qualidade de vida dos médicos anestesiológicos, possibilitou traçar contribuições para a temática da qualidade de vida e dos prejuízos causados pelo estresse no trabalho.

Diante do exposto, vale ressaltar a necessidade de estudos adicionais que possam acrescentar informações sobre a área aqui trabalhada. Para estudos futuros, podem-se levar em conta outros aspectos que envolvem a saúde de profissionais, tais como: Escala de Afetos Positivos e Negativos,²¹ Escala de Vitalidade Subjetiva,²³ Questionário de Saúde Geral (QSG-12),²² Escala de Avaliação da Fadiga,²⁴ Inventário de Burnout de Maslach²⁵ e Escala de Satisfação com a Vida.²⁶

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos aos anestesiológicos da Coopanest-PB e da Sociedade Paraibana de Anestesiologia da Cidade de João Pessoa.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF ANESTHESIOLOGISTS IN THE CITY OF JOAO PESSOA

ABSTRACT

In order to know the relationship between the quality of life and bio-demographic variables of anesthesiologists in the city of Joao Pessoa, descriptive study with quantitative approach, with the participation of 83 physicians who responded to the World Health Organization Quality of life instrument Bref, generic tool for assessing the quality of life proposed by the World Health Organization data were analyzed by descriptive statistics and mean comparison tests. The level of significance for analysis was 5%. The male doctors showed an average level of overall quality of life, physical, psychological and environmental medical larger than females. It was also observed that there is a statistically significant difference between the domains of quality of life scale and the number of hours worked by participants. On the other hand, the monthly income has a significant influence on the QOL ($p < 0.05$) only in the field environment. Nevertheless, there was a statistically significant difference in the environment domain and the monthly income, it is concluded that the lack of leisure and overwork can promote physical and psychological problems for these professionals.

Keywords: Anesthesiologist. Quality of life. Working environment. Professional practice.

REFERÊNCIAS

1. Nics LF. Managed care. Médicos HC/FAMUSP. 1998;1:97-105.
2. Oliveira GF. Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos [tese de Doutorado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2008.
3. Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB & Gouveia VV - A Saúde dos médicos no Brasil. 2007. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
4. Oliveira GF, Barbosa GA, Souza LEC, Costa CLP, Araújo RCR, Gouveia VV. Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais. Rev Bioética. 2009; 17 (2): 319-34.
5. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Filho OD, Tales AJF. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiológicos da cidade do Recife. Rev Bras Anestesiol. 2010; 60 (1): 42-51.
6. Mathias LAST, Coelho CMF, Vilela EP, Vieira JE, Pagnocca ML. O plantão noturno em anestesia reduz a latência de sono. Rev Bras Anestesiol. 2004; 54 (5): 694 -9.
7. Oliveira FGR. Aquisição de conhecimentos, estratégias de aprendizado, satisfação com o ambiente de ensino e qualidade de vida de médicos residentes de anestesiologia: estudo longitudinal multicêntrico [tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
8. Gouveia RSV, Lins ZMB, Souza e Lima TJ, Freires LA, Gomes AIASB. Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. Rev Bioética. 2009; 17 (2): 267-80.
9. Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. Rev. Latino-Am Enferm. 2005;13 (2): 139-44.
10. Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Rev. Latino-Am Enferm. 2004; 12 (1): 28-35.
11. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. Rev Latino-Am Enferm. 2006; 14 (1): 54-60.
12. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev Latino-am Enferm. 2003; 11 (4): 532-8.
13. Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2006; 22 (12): 2585-97.
14. Skevington SM, Lotfy M, Oconnell K, WHOQOL Group. *The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: psychometric properties and the results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res.* 2004; 13 (2): 299-310.
15. WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is it and how should we measure it? Soc Sci Med.*1995; 41 (10): 1403-9.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref ". Rev Saúde Pública. 2000; 34 (2), 178-83.
17. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1): 19-28.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, 1996. Disponível em <http://www.saude.gov.br>
19. Pimentel D. O sonho do jaleco branco. Aracaju, SE: Editora da UFS; 2005.
20. Silva JVP, Nunez PRM. Qualidade de vida, perfil demográfico e profissional de professores de educação física. Pensar a Prática. 2009; 12 (2).
21. Diener E, Emmons RA. The independence of positive and negative affect. J Pers Social Psychol.1984; 47 (5): 1105-17.
22. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. Psicol Teor Pesqu. 1994; 10 (3): 421-37.
23. Ryan RM, Frederick CM. On energy, personality and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. J Pers. 1997; 65 (3): 529-65.
24. Michielsen HJ, De Vries J, Heck GLV, van Vijver FJR, Sijtsma K. Examination of the dimensionality of fatigue. The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). Eur J Psychol Assess. 2004; 20 (1): 39-48.
25. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
26. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with Life Scale. J Pers Assess. 1985; 49 (1): 71-5.

Artigo Original

CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Camila Gadelha Cataxo de Sá¹
Arkeline Mayara Antas Lima de Azevedo²
Déa Silvia Moura da Cruz³
Daniela Karina Antão Marques⁴
Ilana Vanina Bezerra Souza⁵

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivos caracterizar as puérperas de uma unidade de referência e investigar o conhecimento delas acerca do aleitamento materno. Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no Instituto Cândida Vargas, com 10 puérperas acima de 18 anos nos meses de agosto e setembro de 2009, obedecendo às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Os dados foram analisados segundo a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Observou-se que o conhecimento das puérperas com relação ao aleitamento materno era restrito a importância para o bebê, evidenciando falha na comunicação entre elas e os profissionais de saúde no repasse das informações durante o pré-natal e o puerpério. Conclui-se que o incentivo ao aleitamento materno deve ser um compromisso de todas as equipes que prestam assistência ao binômio mãe-filho, como forma de minimizar os problemas que surgem durante a amamentação, garantindo assim o sucesso desta prática.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Puerpério. Conhecimento.

INTRODUÇÃO

Pela sua indiscutível importância, tanto para a criança, quanto para a mãe e a família, o Ministério da Saúde passou a adotar políticas de promoção e proteção ao aleitamento materno, com orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, dando destaque à importância do aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais. Mais adiante foram criadas políticas, mobilizações, monitoramentos, proteção legal, que vêm favorecendo tanto as nutrizes quanto os lactentes, além de sensibilizar novas doadoras de leite humano¹.

O Ministério da Saúde¹ refere ainda que, através da mensuração das prevalências de aleitamento materno, é possível avaliar a eficácia das medidas de ação de promoção e proteção e apoio a esta prática.

Dentre os vários órgãos que trabalham no sentido de viabilizar sinais positivos em

¹ Enfermeira, graduada pela FACENE. End.: Rua Professora Maria Sales, 221; apto: 401. Edif.: Mar da Galiléia, Tambaú. João Pessoa-PB. CEP: 58039-130. E-mail: camilagadelha_6@hotmail.com.

² Enfermeira, graduada pela FACENE. E-mail: arkeline_gui@hotmail.com.

³ Mestre. Enfermeira do Setor de Pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (Facene). End. Rua Mourise Miranda Gusmão 775, Cristo, João Pessoa-PB. Brasil. E-mail: deasilvia2000@yahoo.com.br.

⁴ Mestre. Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Docente da Facene. Brasil. E-mail: danielaantao@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Especialista. Enfermeira Assistencial da Maternidade Frei Damião. Docente da FACENE. E-mail: ilanavbs@gmail.com.

relação ao aleitamento materno, existe a iniciativa Hospital Amigo da Criança, que possui como meta e compromisso, pôr em prática os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, viabilizando o estímulo à amamentação e a prática correta da mesma¹.

O aleitamento materno tem uma significativa importância para a saúde da criança pelo menos nos primeiros seis meses de vida, da mãe, da família e da comunidade, mas uma minoria de “mulheres-mães” o praticam.

Alguns obstáculos que têm sido identificados incluem: falta de conhecimentos da população em geral, dos profissionais de saúde e dos políticos; condutas inapropriadas e falta de habilidades dos profissionais de saúde com relação ao aleitamento materno; práticas e crenças influenciadas pela cultura; falta de suporte e orientações provenientes de mulheres com experiências em aleitamento materno nas comunidades; trabalho da mulher; e promoção inapropriada de substitutos do leite materno².

Em relação ao conhecimento das nutrizes, é fundamental que elas conheçam a importância desta prática, suas vantagens e desvantagens, embora este conhecimento não garanta mudanças na atitude. Além disso, recomenda-se que políticos, administradores e profissionais de saúde reflitam sobre a importância de estimular o conhecimento e prática da amamentação.

Considerando o aleitamento materno uma estratégia que isoladamente mais previne mortes em crianças menores de cinco anos, e que as orientações oferecidas pela equipe de saúde durante o pré-natal e no pós-parto são de suma importância na estimulação a esta prática³, passamos a nos questionar: Qual o conhecimento dessas mães acerca do assunto? Assim, diante da importância do tema resolvemos abordá-lo. São, portanto, objetivos deste estudo:

- Caracterizar as puérperas de uma unidade de referência.
- Investigar qual o conhecimento das puérperas acerca do aleitamento materno.

METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias têm por objetivo “proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato” e a descritiva “a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”^{4:43-4}.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no alojamento conjunto do Instituto Cândida Vargas, situado no bairro de Jaguaribe, no município de João Pessoa-PB. A escolha do local deu-se pelo fato deste instituto ser referência no Estado da Paraíba, atendendo assim a população materna deste município e dos circunvizinhos, e por ser um “Hospital Amigo da Criança”, tendo entre seus critérios o incentivo ao aleitamento materno.

População e Amostra

A população foi constituída por puérperas atendidas na clínica obstétrica do referido Instituto. População “é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados”^{5:224}. A amostra foi constituída por 10 puérperas acima de 18 anos, escolhidas aleatoriamente, que estavam internadas no alojamento conjunto no período da coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, que continha questões objetivas que identificaram a amostra e questões subjetivas relacionadas ao objetivo proposto, ou seja, o conhecimento das puérperas acerca do aleitamento materno e os profissionais que as orientaram.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE / FAMENE, e após o encaminhamento de um ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem ao local, onde seria realizada a pesquisa, comunicando a pretensão da mesma. Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2009 no turno da tarde, através de uma entrevista gravada, que objetivou manter a fidedignidade dos dados, sendo para tanto solicitado as participantes a permissão para o uso do gravador.

Análise de Dados

Inicialmente, será apresentado o perfil das entrevistadas, sendo posteriormente analisadas as questões subjetivas referentes ao objetivo proposto, utilizando, para tanto, a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo sugerido por Lefèvre e Lefèvre⁶. Esta técnica consiste numa síntese redigida na primeira pessoa do singular, utilizando Expressões Chaves (ECH), que consistem em transcrições de parte do discurso, sendo estes considerados os fundamentos do DSC. A Ideia Central busca revelar de maneira sucinta e precisa o sentido e o tema das ECH (IC), traduzindo assim o essencial do conteúdo. Este método permite representar os achados pela similaridade das respostas. Foram compilados de forma conjunta com diferentes etapas: transcrição das entrevistas, leitura das respostas, identificação das ideias centrais para construção das descrições e seleção das ideias semelhantes para transcrição, sendo, em seguida, realizada a discussão dos dados mediante a literatura pertinente ao tema.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Facene com o Protocolo n. 70/2009 e obedeceu aos aspectos éticos em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, contidos na Resolução 196/96 do CNS - Ministério da Saúde, que dispõe sobre o envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa⁷, como também o que rege a Resolução 311/2007 do COFEN, que trata

do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, traçaremos o perfil das entrevistadas com relação à faixa etária, grau de escolaridade, número de filhos e realização do pré-natal.

Com relação à faixa etária, a pesquisa revelou que a maioria, 6 mães (60%), encontravam-se entre 18 e 25 anos, 3 mães (30%), entre 26 e 35 anos e 1 mãe (10%), acima de 35 anos. Considerando o nível de escolaridade, observou-se que apenas 1 mãe (10%) possuía o 1º grau incompleto, 3 mães (30%) completaram o 1º grau, 1 mãe (10%) tinha o 2º grau incompleto e 5 mães (50%) concluíram o 2º grau completo. Em relação ao número de gestações e filhos, a pesquisa observou que 8 mães (80%) tiveram apenas 1 gestação e 1 filho e 2 mães (20%) referiram 3 gestações e 3 filhos. Quanto à realização do pré-natal, todas as 10 mães (100%) afirmaram tê-lo realizado.

Buscando resgatar um dos objetivos da pesquisa, apresentaremos no quadro a seguir os seus resultados analisados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), investigando o conhecimento das mães acerca do aleitamento materno.

O estudo permitiu observar que grande parte das mães possuía um bom nível de escolaridade (50% tinham concluído o 2º grau), o que permitiria as mesmas assimilar as orientações dadas quanto à importância do aleitamento materno.

Estudo revela que, em muitos países desenvolvidos, há uma tendência no aumento do período de amamentação entre as mulheres com maior grau de escolaridade, talvez por estas mães terem maior acesso às informações quanto às vantagens do aleitamento materno. O inverso ocorre nos países em desenvolvimento, onde as mães de classe menos favorecidas e com menor grau de instrução iniciam o pré-natal tardiamente e, como consequência, preocupam-se em decidir sobre a forma do aleitamento mais tarde⁹.

Observou-se também que a maioria das mães (80%) era primípara, ou seja, estavam tendo a primeira experiência em amamentação. Por isso, a qualidade do

Questão 01 - O que você sabe sobre o aleitamento materno?	
Ideia Central 01 Alimento essencial para o bebê até os seis meses de vida.	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) É importante para o bebê que é a única alimentação até os seis meses, rico em proteínas e vitaminas. É o principal alimento para o bebê até os seis meses, não precisa de água mais nada, nele tem todos os nutrientes necessários para o bebê.
Ideia Central 02 O aleitamento materno propicia o crescimento e desenvolvimento da criança.	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) É muito importante tanto para o crescimento como para o desenvolvimento da criança. É muito importante para criança, para o desenvolvimento e saúde dela.
Ideia Central 03 O aleitamento materno auxilia a imunidade da criança.	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) É bom amamentar para combater as doenças. Já me disseram que é bom, pra resfriado e doenças da criança. É muito bom para alimentação e saúde da criança.

Fonte: Pesquisa de campo, 2009

conhecimento delas acerca dos benefícios e da técnica do AME pode determinar ou não o sucesso do AME. Como a maioria também havia realizado o pré-natal, esperava-se que tivessem um bom conhecimento sobre o assunto, que serviria de alicerce para uma boa prática.

O pré-natal é de suma importância, uma vez que permite às mulheres receberem um atendimento especializado e individualizado quanto a sua saúde e do bebê, dispensado por uma equipe multiprofissional que também prepara a mãe para os cuidados relativos à saúde do bebê entre estes, o aleitamento materno.

A realização do pré-natal contribui para o sucesso do AME, uma vez que é neste período que as gestantes devem ser estimuladas a esta prática. Promover o conhecimento sobre amamentação ainda durante a gestação provoca impacto positivo na sua prevalência, em especial entre as primíparas, sendo, portanto, o acompanhamento pré-natal uma excelente oportunidade para motivá-las¹⁰.

O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade de dialogar com as mulheres, abordando os vários aspectos em relação à amamentação, tais como: planos da gestante em relação à alimentação da criança, vantagens e desvantagens do aleitamento materno, importância do leite humano, vantagens e desvantagens no uso

da chupeta e possíveis dificuldades durante a amamentação¹¹.

Os DSCs evidenciaram que o conhecimento das mães limitava-se a algumas vantagens do aleitamento materno para o bebê. Em nenhum momento elas referiram as vantagens para si mesmas, conhecimento quanto à técnica de pega ou qualquer outro aspecto relativo a esta prática. Como todas haviam realizado o pré-natal, estando agora no puerpério (período em que devem ser enfatizadas as informações recebidas durante o pré-natal), deveriam demonstrar um conhecimento mais amplo acerca do assunto. Além disso, a realização do pré-natal somado à escolaridade materna também deveria se constituir um fator facilitador para a compreensão das informações fornecidas, configurando-se num estímulo a esta prática. Porém, pode-se perceber que as mães possuíam um conhecimento superficial, configurando-se talvez numa falha de comunicação entre elas e os profissionais de saúde durante a realização do pré-natal e também no puerpério.

Estudo refere que a proximidade com serviços especializados e o acesso a um maior número de informações sobre os benefícios resultantes do aleitamento materno, inclusive pelos meios de comunicação, estimulam e promovem o aleitamento materno¹⁰.

O aleitamento materno é, portanto, a forma nutricional mais correta para o bebê,

pois é nele que se encontram todas as vantagens imunológicas, econômicas, psicológicas e essenciais para o crescimento saudável de uma criança, pois quando ocorre a introdução precoce de outros alimentos, dificulta a absorção de nutrientes, favorecendo uma menor ingestão do leite materno, com conseqüente menor ganho ponderal e maior risco de infecções gastrointestinais, respiratórias e alergias^{10,11}.

O leite materno é rico e essencial, uma vez que os lipídeos em geral fornecem a energia do leite, auxiliam na formação das membranas celulares, no desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso, na formação dos neurônios; a lactose, sendo o carboidrato mais importante, favorece a absorção do cálcio, fornece galactose para a mielinização dos axônios (SNC), além de energia, e as vitaminas e os minerais presentes em quantidades adequadas às necessidades do lactente, desempenhando, portanto, papel fundamental no desenvolvimento e crescimento infantil¹.

As crianças que são amamentadas têm menor probabilidade de adquirirem doenças, dentre elas, as infecciosas, alérgicas e as que acometem os sistemas gastrointestinais, respiratório e urinário¹.

Raramente, a decisão de amamentar ocorre antes do nascimento do bebê, conferindo ao pré-natal uma grande oportunidade de orientar e estimular as futuras mães a amamentarem, fato este comprovado por estudos que relacionam diretamente o número de consultas realizadas no pré-natal ao aumento da duração média de amamentação.

O profissional de saúde desempenha papel primordial no incentivo ao aleitamento, apoiando e orientando a puérpera através do acompanhamento pré-natal cuidadoso; formando grupos de gestantes; indicando o alojamento conjunto; promovendo campanhas que incentivem o aleitamento materno, pois, conhecendo-se os problemas que possam levá-las ao desmame precoce, pode-se atuar de forma mais direcionada e eficaz quanto a sua prevenção¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma mais segura, eficaz e

completa de alcançar o crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança até o sexto mês de vida pós-natal é garantir o aleitamento exclusivo desde a primeira hora de vida extra-uterina.

Considerando a importância do aleitamento materno na promoção da saúde do bebê e da mãe, objetivou-se caracterizar, sociodemograficamente, as puérperas da pesquisa e verificar o conhecimento daquelas acerca do aleitamento materno.

A pesquisa nos revelou que a maioria, 6 mães (60%), encontravam-se entre a faixa etária de 18 e 25 anos, 3 mães (30%), entre 26 e 35 anos e 1 mãe (10%), acima de 35 anos. Considerando o grau de escolaridade, observamos que apenas 1 mãe (10%) possuía o 1º grau incompleto, 3 mães (30%) completaram o 1º grau, 1 mãe (10%) tinha o 2º grau incompleto e 5 mães (50%) concluíram o 2º grau completo. Com relação ao número de gestações e filhos a pesquisa nos revelou que, o número destes foram iguais, onde 8 mães (80%) tiveram apenas 1 gestação e 1 filho e 2 mães (20%) referiram 3 gestações e 3 filhos. De forma unânime, todas referiram ter realizado o pré-natal.

O DSC nos permitiu observar que todas as puérperas detinham algum conhecimento quanto às vantagens do aleitamento materno, mas nada referiram quanto a nenhum outro aspecto importante desta prática, como por exemplo, as vantagens para ela; a pega correta; a prevenção de distúrbios, entre outros. Talvez o fato deva-se à falha de comunicação entre os profissionais de saúde e as puérperas durante o pré-natal e puerpério, pois estes dois períodos requerem que os profissionais estejam abertos, dispostos a sanar qualquer dúvida que elas venham a ter, a fim de conscientizá-las e empoderá-las quanto a esta prática.

O apoio recebido seja por profissionais de saúde (enfermeira, médico, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo), família, amigos, estão diretamente relacionados à confiança materna em amamentar. Vale, portanto, ressaltar que existem inúmeros profissionais comprometidos com o incentivo ao aleitamento materno que não medem esforços para encorajar, orientar e apoiar esta experiência tão gratificante, esforçando-se ainda para que o aleitamento materno tenha a devida atenção por parte dos demais profissionais e da sociedade de modo geral.

KNOWLEDGE OF THE POSTPARTUM WOMEN ABOUT BREASTFEEDING

ABSTRACT

This research has objective characterize the mothers of a unit of reference and to investigate their knowledge about breastfeeding. This was an exploratory and descriptive qualitative approach, held at the Institute Candida Vargas, with 10 mothers above 18 years in August and September 2009, following the norms of Resolution 196/96 of the National Health Service (CNS) and the Resolution 311/2007 of the Federal Council of Nursing (COFEN). Were analyzed according to the technical of the Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), which allowed to observe restrict knowledge about only breastfeeding importance for the baby, showing failure in communication between them and health professionals in the transfer of information during the prenatal and postpartum care. Concluded that the encouragement of breastfeeding should be a commitment to all the teams that provide care to both mother and child, in order to minimize the problems that arise during breastfeeding, thereby ensuring the success of this practice.

keywords: Breastfeeding. Puerperium. Knowledge.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. [acesso em 17 Mar 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460.
2. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento dos indicadores da amamentação. [acesso em 17 Mar 2009b]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460.
4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Lefrève F, Lefrève AMCV. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). Caxias do Sul: EDUSC; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília (DF); 1996.
8. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução 311 em 12 de maio de 2007.
9. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. Rev. bras. epidemiol. [periódico de Internet] 2008 [citado em 2011 mai 11];11(3) [cerca de 8p] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300011&lang=pt
10. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração Rev. Nutr. [periódico de Internet] 2006 [citado em 2011 mai 11]; 19(5)[cerca de 8p] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lang=pt
11. Mestriner MS, Mellin AS, Silva AL. Amamentação e desmame: estudo com mães usuárias de ambulatório do Sistema Único de Saúde do Brasil. Rev Enferm UFPE [periódico de internet] 2009 [acesso em 2010 abr 21]3(1):21-6. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/257/253>

Artigo de Revisão

EPISIOTOMIA NOS PARTOS NORMAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Nilma Maia da Costa¹
Lucídio Clebson de Oliveira²
Lorrainy da Cruz Solano³
Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins⁴
Ivone Ferreira Borges⁵

RESUMO

A realização da episiotomia de forma rotineira foi, durante muito tempo, utilizada pela classe médica sem ter como base estudos e comprovações científicas sobre sua eficácia. Apesar das recomendações atuais da realização da episiotomia seletiva em apenas 10% a 15% dos partos normais, ela permanece sendo um dos procedimentos mais comuns na obstetrícia, sendo realizada em 90% dos partos brasileiros. Objetivamos discutir a necessidade da utilização da episiotomia nos partos normais a partir de uma revisão de literatura. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica nos bancos de dados eletrônicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, LILACS, utilizando como descritores: episiotomia, parto normal e enfermagem. Observou-se que a episiotomia é realizada de forma rotineira e os critérios estabelecidos para sua utilização não são respeitados pelos profissionais, tão pouco o significado para as mulheres que o vivenciam são levados em consideração. Conclui-se que há necessidade de maiores produções sobre o uso seletivo da episiotomia considerando os riscos e desconfortos para as mulheres que vivenciam esse procedimento a fim de tornar o parto normal o mais natural possível. A enfermagem precisa participar dessa discussão para ter uma postura crítica e reflexiva frente à problemática.

Palavras-chave: Episiotomia. Parto normal. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A episiotomia é definida como alargamento do períneo, realizado por incisão cirúrgica durante o período expulsivo, feito com lâmina de bisturi ou tesoura, necessitando de sutura para sua correção. As primeiras indicações foram feitas para auxiliar os partos laboriosos, com a justificativa de proteger o corpo da mulher de traumas ocorridos durante o processo do parto¹.

Por muitos anos, essa técnica foi reproduzida nos cursos de obstetrícia, sendo utilizada de forma rotineira em quase todas as instituições de saúde, sobretudo no Brasil. A partir da década de 1980, surgiram diversos estudos questionando a utilização sistemática da episiotomia, estabelecendo critérios para a utilização seletiva².

Apesar das recomendações da realização da episiotomia seletiva, restringindo-se aos casos que representassem sofrimento para a mãe e o feto, sua frequência continua alta. A Organização Mundial de Saúde indica a episiotomia em apenas 10% a 15% dos partos normais, no entanto, ela é realizada em 90% dos partos brasileiros³.

¹ Discente do 6º período do curso de graduação em Enfermagem da FACENE/RN. End.: Rua Genésio Xavier Rebouças, 529 pto. 105, Planalto 13 de Maio. Mossoró-RN. CEP: 59631-112 E-mail: nilmamaia28@hotmail.com.

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Docente da FACENE/RN e da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem pela UFRN. E-mail: lorrainycsolano@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente da FACENE/RN.

⁵ Enfermeira. Mestre em engenharia dos alimentos. Docente da FACENE/RN.

As evidências científicas mostram que os riscos do uso indiscriminado da episiotomia são maiores que os benefícios, estando a mulher submetida a esse processo, sujeita a graves consequências, além de impedir que a mãe vivencie de forma prazerosa o momento do parto.

Desse modo, percebemos a necessidade de discutir a utilização da episiotomia nos partos normais a partir de uma revisão de literatura. Desse modo, serão apresentados em tópicos: Parto Normal, Episiotomia: frequência, critérios e complicações, Repercussões da episiotomia sobre a vida das mulheres e por fim a Episiotomia e a postura dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, sendo realizado a partir de pesquisa bibliográfica, definida como um estudo construído a partir de materiais já elaborados, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos⁴.

Pesquisaram-se os bancos de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO e Lilacs à procura de artigos na língua portuguesa. Para acessar os bancos de dados eletrônicos, foram utilizados os descritores episiotomia, parto normal e enfermagem. A seleção inicial dos artigos foi realizada com base em seus títulos e resumos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto na íntegra.

Foi selecionado um total de quinze artigos entre os anos 2002 e 2010. Procedendo-se com a leitura, fichamento e documentação dos artigos que serviram de base para esta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PARTO NORMAL

O parto normal é um evento fisiológico considerado como um dos procedimentos mais antigos da obstetrícia. Até a metade do século XX, a maioria das mulheres pariam em suas casas com a ajuda de outras mulheres mais experientes, as conhecidas "parteiras". No entanto, o crescente número

de óbitos maternos e fetais modificou o cenário mundial, através da institucionalização do parto, onde as gestantes passaram a ser atendidas por profissionais especializados e técnicas avançadas, caracterizando o parto como um procedimento hospitalar⁵.

Com o advento das novas tecnologias e o avanço da ciência moderna, o interesse dos médicos pela obstetrícia teve aumento significativamente, resultando em diminuição dos índices de mortalidade materno-fetal. Entretanto, essa mercantilização tem culminado com o uso abusivo de procedimentos que interferem na evolução natural do parto, contrariando a proposta da assistência humanizada ao parto defendida pelo Ministério da Saúde⁶.

Clinicamente, o parto está associado ao desenvolvimento de contrações dolorosas e rítmicas que condicionam a dilatação do colo uterino, variando de 2 a 10 cm de dilatação, alargamento necessário para que haja a expulsão do feto. Durante esse processo, a superfície pélvica e perineal sofrem importantes modificações que poderão ocasionar lesões em seus tecidos⁷.

É nesse período que pode surgir a necessidade de realizar a episiotomia, tendo em vista a proteção do assoalho pélvico de lesões e lacerações que comprometem a integridade dos tecidos de sustentação do aparelho genital feminino⁷.

EPISIOTOMIA: FREQUÊNCIA, CRITÉRIOS E COMPLICAÇÕES

Episiotomia é definida como alargamento do períneo, feito de forma cirúrgica, com incisão durante o segundo período do trabalho de parto, podendo ser feita com tesoura ou lâmina de bisturi e requerendo sutura para sua correção¹.

A incisão da episiotomia pode ser médio-lateral e mediana, sendo a lateral contraindicada por provocar extensas lesões do músculo levantador do ânus e a médio-lateral a mais comumente utilizada¹.

A prática rotineira da episiotomia foi introduzida na obstetrícia com objetivo de prevenir danos ocasionados ao assoalho pélvico durante o parto, reduzir a ocorrência de distorcias genitais, além de proteger o períneo anterior e encurtar o período expulsivo¹.

A primeira menção à episiotomia foi feita por Ould, em 1741, como método de prevenção de lacerações severas em partos laboriosos. Posteriormente, essa técnica passou a ser recomendada sistematicamente por dois renomados ginecologistas, De Lee (1915) e Pomeroy (1918), que a indicavam como método profilático objetivando a prevenção de traumas perineais, redução de morbimortalidade infantil, redução de ocorrência de retocele e cistocele, além de relaxamento da musculatura pélvica².

Atualmente, esse modelo continua sendo adotado e ensinado pelas escolas brasileiras de obstetrícia. No entanto, estudos recentes contestam a prática rotineira da episiotomia com a finalidade de reduzir o número de intervenções e práticas desnecessárias e a morbiletalidade materno-fetal².

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, baseados nas evidências científicas, recomendam o uso restrito da episiotomia e classifica seu uso rotineiro e liberal como prática claramente prejudicial, devendo ser desestimulada, sendo indicada somente em cerca de 10% a 15% dos casos. Entretanto, a técnica ainda é utilizada rotineiramente em 90% dos partos vaginais ocorridos nas instituições brasileiras³.

As justificativas para o uso rotineiro da episiotomia definidas pela literatura são diversas, incluindo prevenção de laceração perineal, relaxamento do assoalho pélvico e de traumatismo contra a cabeça do feto, além de acelerar o trabalho de parto. No entanto, a episiotomia pode ser um agravante para as lacerações de 3º e 4º graus resultando em incontinência fetal, estreitamento excessivo do intróito vaginal, hematoma, edema, infecção e deiscência de sutura³.

As evidências científicas comprovam que as lacerações perineais de 1º e 2º graus, decorrentes dos partos onde a episiotomia não foi utilizada, apresentam melhores resultados e cursam com menos complicações em termos de perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização e retorno da função muscular, acarretando menos prejuízos para a mãe. Contudo, na maioria dos partos hospitalares, a episiotomia continua sendo utilizada rotineiramente, desconsiderando as comprovações científicas⁸.

Não há na literatura recomendações de abolir o uso da episiotomia, mas, restringi-la

aos casos de extrema necessidade. Para a Organização Mundial de Saúde, a episiotomia só deve ser indicada em casos específicos, como sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto e ameaça de lesão perineal espontânea grave³.

Em um estudo realizado por graduandos de enfermagem em um hospital filantrópico localizado no interior de São Paulo, que analisa a frequência de lesões perineais ocorridas em partos vaginais em uma instituição hospitalar durante o período de julho a dezembro de 2006, verificou-se que a episiotomia é utilizada de forma rotineira, sem qualquer enfoque seletivo, dispensando as condições que deveriam justificar sua utilização que, para eles, incluem: gestação precoce (antes dos 18 anos de idade), para prevenir lesões perineais espontâneas ou devido à imaturação da pelve materna, ou mesmo inexperiência do trabalho de parto; mulheres primíparas com idade superior a 35 anos, considerando a rigidez dos tecidos do períneo; partos prematuros, antes de 37 semanas de gestação e após a 41ª semana em caso de sofrimento ou macrosomia fetal; baixo peso fetal (abaixo de 1.500g)³.

A prática rotineira da episiotomia tem sido responsável por inúmeras complicações, como extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematomas, dispareunia, fistulas retovaginais, endometriose na cicatriz, disfunção sexual, além de lesão do tecido muscular, nervoso, vasos, mucosa e pele, constituindo-se por si só uma lesão grave¹.

REPERCUSSÕES DA EPISIOTOMIA SOBRE A VIDA DAS MULHERES

Durante o processo do parto, muitas mulheres experimentam a sensação dolorosa das lesões ocasionadas pela passagem do feto pelo canal vaginal, seja por lacerações espontâneas, seja por episiotomia. Todavia, a dor é referida de forma singular para cada mulher, pois se trata de algo subjetivo, devendo, portanto ser valorizada pelos profissionais de saúde a fim de prestar um atendimento humanizado⁸.

Em um recente estudo realizado por docentes da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

com 10 mulheres de uma maternidade pública localizada no interior do Rio de Janeiro, sobre as sensações vivenciadas durante a realização da episiotomia, revelou que a maioria delas associa a episiotomia a um trauma, por causar preocupações com deformidades na aparência da genitália, incômodos físicos e dor, podendo trazer consequências para sua integridade e de seu bebê. A pesquisa mostra, ainda, que o corte realizado durante o parto interfere na sexualidade da mulher, pois cursam com dispareunia (dor nas relações sexuais), sensação de que a ferida não foi suturada e vergonha da aparência genital¹⁰.

A episiotomia constitui uma violência contra a mulher, pois, ao afetar sua integridade corporal, compromete o senso de segurança, o estado psíquico e emocional da parturiente, violando o direito de controle sobre o próprio corpo, que constitui, possivelmente, o fundamento mais importante da liberdade sexual e reprodutiva¹⁰.

A mulher submetida à episiotomia tem uma experiência maior de dor, estando sujeita a maiores complicações como perda sanguínea, hematomas, fistulas, dificuldade ao retorno da vida sexual, prolapso e fistulas vaginais, sendo a dor reportada como uma das principais causas de morte materna no pós-parto⁹.

A sensação prazerosa do parto como um evento fisiológico e natural para mulher transformaram-se em experiência dolorosa e traumática com o uso da episiotomia, fazendo com que muitas mulheres rejeitassem o parto natural, em virtude do processo cirúrgico, desconsiderando os riscos que uma cirurgia representa para o binômio mãe-filho¹⁰.

Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde analisem os danos físicos e psicológicos envolvidos nesse procedimento e reforcem a utilização de técnicas menos invasivas, visando o bem-estar da mulher durante todo o processo gestatório.

A EPISIOTOMIA E A POSTURA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na obstetrícia atual, perdendo apenas para o clam-

peamento do cordão umbilical, necessário em todos os partos. Sua utilização de forma rotineira tem sido observada na maioria das instituições brasileiras, apesar de ser recomendada em apenas 10 a 15% dos casos¹¹.

Por constituir-se um ato cirúrgico, o procedimento deve ser informado e autorizado pela mulher antes de sua realização, na qual devem ser apontados os possíveis riscos e benefícios da episiotomia¹².

Estudos revelam que a maioria das mulheres submetidas à episiotomia não recebe nenhuma informação sobre o procedimento em momento algum antes do parto. Tão pouco, conhecem os riscos a que são sujeitas, em sua maioria, os profissionais negam-se a prestar esclarecimentos sobre a utilização da episiotomia, reforçando a supremacia sobre o corpo de suas clientes, demonstrando, dessa forma, a falta de autonomia das mulheres no processo do parto e do nascimento¹³.

Embora a utilização de novas técnicas tenha permitido uma melhor assistência às mulheres durante o parto, seu uso sistemático e rotineiro tem tornado a mulher refém das decisões e práticas dos profissionais de saúde, que tem o poder de decidir o que deverá ou não ser feito, reafirmando a situação de subordinação, vivida pela mulher, materializada na medicalização do corpo feminino¹³.

Muitos médicos e enfermeiras obstétricas afirmam que a episiotomia é o único procedimento cirúrgico que pode ser realizado sem o consentimento da mulher, sendo dessa forma, considerado um procedimento que viola os direitos sexuais e reprodutivos da mesma, e desrespeita os princípios éticos e legais dos profissionais de saúde¹⁰.

A realização de procedimentos invasivos como a episiotomia, sem o consentimento da parturiente por profissional de saúde, fere os direitos de escolha da mulher, limitando-a a uma relação de submissão, desrespeitando sua individualidade¹³. Tal procedimento, quando necessário, pode ser realizado por profissionais de enfermagem que tenham formação complementar em obstetrícia conforme a Resolução 223/99, artigo 3º.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da discussão mencionada, percebe-se que a utilização de procedimentos e técnicas invasivos têm sido crescentes no campo da obstetrícia, apesar das controvérsias em sua aceitação. A episiotomia é um dos procedimentos que mais tem levantado discussões na atualidade, devido ao seu uso sistemático e rotineiro nas instituições hospitalares, sobretudo, em virtude da condição benefício-malefício para o binômio mãe-filho.

Diversos estudiosos defendem o uso da episiotomia por acreditarem que ela protege o corpo da mulher de traumas significativos durante o parto, alegando razões tais como: a prevenção de lacerações no períneo; melhor cicatrização; redução da duração do segundo estágio do parto; ampliação do canal vaginal facilitando o nascimento¹³.

Estudiosos opositores do assunto defendem que as lacerações ocorrem mesmo quando o corte cirúrgico é realizado, causando dor e desconforto, além de trazer maiores consequências que as associadas às lacerações¹³.

A episiotomia, além de provocar maior perda sanguínea, não previne posteriores transtornos ao assoalho pélvico, podendo,

em alguns casos, aumentá-los. As lacerações profundas do períneo ocorrem em maior número em mulheres submetidas à episiotomia anterior¹¹.

Os profissionais de saúde, arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantendo um enfoque intervencionista e, assim, subtrai da mulher-parturiente a possibilidade de experienciar o parto como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia¹².

Baseado nos resultados de estudos realizados pelos autores supracitados que defendem o uso seletivo da episiotomia, a mudança de conduta dos profissionais de saúde se faz necessária a fim de melhorar a qualidade do atendimento em saúde, resultando em uma assistência mais humanizada.

Dessa forma, salienta-se a importância da educação continuada dos profissionais de saúde, permitindo novas discussões sobre as técnicas intervencionistas utilizadas na medicina moderna e suas implicações na vida do ser humano proporcionando, assim, uma assistência mais humanizada.

NEED FOR USE OF BIRTHS IN NORMAL EPISIOTOMY: A REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

The realization of episiotomy in routine way was, during a long time, used by medical class, without having as a basis studies and scientific evidences about its efficiency. Despite of current recommendations circa realization of selective episiotomy in only 10% to 15% of normal delivery, it remains as one of most common procedures in obstetrics, being realized in 90% of Brazilian deliveries. It was aimed to discuss the need of episiotomy use on natural deliveries starting from a literature review. For that, it was accomplished a bibliographical review on electronic data banks available on Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, LILACS, using as descriptors Episiotomy. Normal Delivery. Nursing. It was observed that episiotomy is realized in a routine way, and the established criteria for its use are not respected by professionals, neither the meaning of it to women that go through it is considered. It is concluded that there is the need of major productions concerning the selective use of episiotomy considering the risks and discomfort to women that go through this procedure, in order to modify natural delivery to most natural as it can be possible. Nursing needs to participate this discussion to have a critical and reflective attitude facing this problematic.

Keywords: Episiotomy. Natural Childbirth. Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina* [periódico na internet]. 2008 Maio [acesso em 2010 Set 24]; 38 (5): Disponível em: <<http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100500/1080.pdf>>
2. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rer Bras Ginecol Obstet.* [periódico na internet]. 2002 [acesso em 2010 Set 24]; 29 (1): [2p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100001&lang=pt&tlng=pt>
3. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rer Enferm.* [periódico na internet]. 2008 Dez [acesso em 2010 Set 22]; 12(4): [6p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400008&lang=pt&tlng=pt>
4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde no suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
6. São Bento PAS, Santos RS. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [periódico na internet]. 2006 Dez [acesso em 2010 Set 22]; 10 (3): [8p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>
7. Rezende Filho J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2008.
8. Santos JO, Shimo AKK. Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. *Rev Min Enferm* [periódico na internet]. 2007 Out-Dez [acesso em 2010 Set 24]; 11 (4): [5p]. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400014&lng=pt&xxlng=pt&nrm=iso&tlng=pt
9. Pitangui ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta Paul Enferm* [periódico em internet]. 2009 [acesso em 2010 Set 24]; 22(1): [6p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a13v22n1.pdf>
10. Progiante JL, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery Ver Enferm* [periódico na internet] 2008 Mar [acesso em 2010 Set 22]; 12 (1): [5p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>
11. Oliveira SMJV, Miquillini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2010 Set 24]; 39 (3): [8p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/9.pdf>
12. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na internet] 2008 Dez [acesso em 2010 Set 24]; 12 (4): [5p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lang=pt&tlng=pt
13. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet] 2007 Mar-aAbr [acesso em 2010 Set 24]; 60 (2): [5p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200013
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução N° 223 de 03 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

Artigo de Revisão

AUTISMO E FAMÍLIA: PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO TRATAMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS AUTISTAS¹

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira²

RESUMO

O Autismo é uma síndrome manifestada antes dos três anos de idade, que apresenta atrasos na comunicação, na linguagem e na interação social. Além da contribuição da escola, dos profissionais especializados em detectar, diagnosticar e tratar o autismo, os pais têm um papel muito importante na evolução da aprendizagem dos portadores de autismo. O objetivo da pesquisa é acompanhar o trabalho dos pais diretamente envolvidos no tratamento dos autistas, a começar das suspeitas do problema, do diagnóstico e da utilização dos métodos TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Deficiências Relacionadas à Comunicação), ABA (Análise Aplicada do Comportamento) e PECS (Comunicação através de Figuras), trabalhados em casa e nas associações de pais e amigos do autista, melhorando a interação do autista com o meio social e estimulando a independência. A pesquisa trata-se de uma revisão de literatura a respeito do autismo, no que se refere aos métodos aplicados no tratamento. Assim, conclui-se o quanto é importante a participação dos pais no diagnóstico, no tratamento e na evolução do quadro clínico da criança e o quanto ainda há a ser feito no que diz respeito a pesquisas sobre o assunto a fim de acelerar o diagnóstico precoce e tratamento eficaz, que minimizem as estereotípias e estimulem a independência das crianças.

Palavras-chave: Autismo. Psicopedagogia. Psicologia Infantil. Deficiência Cognitiva.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho de pesquisa é analisar o tratamento do autismo no âmbito familiar. Dessa forma, a pesquisa aborda o quão é importante a participação, o amor e a dedicação da família para o tratamento de crianças autistas em casa e nas associações formadas pelos pais, como saída para driblar a falta de recursos financeiros para pagar tratamentos caros, a falta de informação sobre o assunto e a escassez de profissionais especializados em autismo, usando métodos testados e comprovados, cientificamente eficazes, com resultados benéficos para o desenvolvimento dos autistas.

A afetividade é um fator primordial para alcançar sucesso no acompanhamento dessas crianças, uma vez que é necessário comprometimento, dedicação, persistência e sacrifícios da família para adequar a vida social, o ambiente de casa e a rotina em prol das necessidades e respeitar os limites que impedem determinadas mudanças.

O intuito não é substituir o tratamento clínico aplicado pelos profissionais de saúde empenhados em desvendar e tratar o autismo, mas fazer com que os pais interajam com o problema e o enfrentem de maneira participativa. Como muitos se deparam com tratamentos

¹ Trabalho realizado a partir da monografia pré-requisito da Especialização em Psicopedagogia.

² Mestre em Letras pela UFPB, Especialista em Psicopedagogia Institucional e Clínica pela CINTEP. Editora da Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – FACENE/FAMENE. End.: Rua Professor Francisco S. Rangel, 235, Jaguaribe. João Pessoa-PB. CEP: 58015-730. Tel.: (83) 8801-3073.

caros, a ideia é buscar conhecimentos sobre os métodos, que vêm sendo utilizados e que têm demonstrado resultados satisfatórios, e utilizá-los em casa, nas associações.

Os objetivos são acompanhar o trabalho dos pais de autistas na educação e no tratamento dos filhos; capacitar a família para lidar com as limitações dos autistas; aplicar os métodos TEACCH, ABA e PECS em casa, ultrapassando os limites dos consultórios; utilizar as cenas do cotidiano para tentar integrar o autista na sociedade e ajudá-lo a compreender os contextos sociais, nas áreas educativas, familiares e lúdicas.

MATERIAL E JUSTIFICATIVA

A pesquisa foi baseada em estudo com abordagem exploratória, através de levantamento bibliográfico de livros e artigos on-line recentes que tratam sobre o assunto. Livros estes lançados e apresentados no VIII Congresso Brasileiro de Autismo realizado no Auditório da Estação de Ciência Cabo Branco, no período de 28 a 30 de outubro de 2010.

O interesse pelo tema surgiu da necessidade de buscar informações, tratamento e auxílio para meu sobrinho autista, cujo diagnóstico foi dado aos 18 meses de idade.

A ONU – Organização das Nações Unidas – estabeleceu o dia 2 de abril como o Dia Mundial de Conscientização do Autismo. O primeiro evento foi realizado em 2 de abril de 2008 com participação do Secretário-Geral da ONU, Ban Ki-moon, um dos maiores incentivadores para a proposta de criação do dia, pelos esforços de chamar a atenção sobre o autismo. Neste dia, prédios públicos iluminam-se de azul, com o intuito de lembrar à população sobre a importância de discussão do problema e conscientização. O Cristo Redentor no Rio de Janeiro, o Senado Federal em Brasília e a Praça dos Três Poderes em João Pessoa já participaram do movimento.

REVISÃO DE LITERATURA

O termo autista vem do grego *autós*, que significa “de si mesmo”. Foi introduzido na psiquiatria por Plouller, após estudar

pacientes que tinham o diagnóstico de demência precoce, mudando para esquizofrenia. Em 1943, Leo Kanner definiu o autismo para designar o quadro apresentado por 11 crianças cujas tendências ao retraimento foram observadas ainda no primeiro ano de vida e tinham certas características comuns. A mais notável era a dificuldade de relacionamento com pessoas. Ele considerou, a princípio, a causa como física, depois psicológica e posteriormente física.

Calcula-se que, no Brasil, possam existir aproximadamente 68 a 195 mil autistas. Aproximadamente, 60% dos autistas apresentam valores de QI abaixo de 50, 20% oscilam entre 50 e 70 e apenas 20% tem inteligência acima de 70 pontos.

O autismo apresenta também as seguintes características:

1. Respostas anormais a estímulos auditivos;
2. Pouco contato visual com as pessoas;
3. Ausência ou atraso de linguagem nos primeiros anos de vida;
4. O comportamento baseado em rotinas; resistência a mudanças;
5. Dificuldades no desenvolvimento das habilidades físicas, sociais e de aprendizagem;
6. Autodestruição ou comportamentos agressivos com outras pessoas;
7. Fascinação por objetos rotativos, como ventiladores, piões etc.;
8. Choro ou riso incontroláveis e sem motivo;
9. Reação exagerada a estímulos sensoriais, como luz, dor ou som.

Vale salientar que nem todas as crianças possuem todas as características acima citadas. Portanto, deve-se ficar claro que apenas explanamos as possibilidades comportamentais num campo geral para que seja possível identificar ou estudá-las de forma ampla.

Inicialmente, acreditava-se que os pais poderiam ser os responsáveis pela síndrome do autismo em seus filhos e, por isso, foram estudados e examinados psicologicamente. Pensou-se que uma alternativa para tratar o autismo seria a remoção da criança do meio familiar, incluindo atendimento psicoterapêutico aos pais.

Vários mitos giravam em torno das famílias que possuíam pelo menos um membro com autismo. Uma das dificuldades era chegar ao diagnóstico a tempo de iniciar o tratamento, que não permitisse sequelas irreversíveis na criança.

A fisionomia do autista não demonstra qualquer alteração comportamental, sendo um dos motivos dos pais encontrarem dificuldade em encontrar um diagnóstico preciso ou suposição de possíveis problemas. Há três caminhos pelos quais as famílias passam: primeiro, conhecer o autismo; segundo, admitir o autismo e, por fim, buscar apoio de pessoas que convivam ou estão envolvidas com o autismo¹. Assim, é de suma importância ficar atento ao comportamento diário da criança em casa, comparar suas atitudes com as atitudes de crianças da mesma idade, verificar o desenvolvimento da fala, a capacidade de ouvir, compreender e interpretar sinais, sejam eles visuais ou auditivos, acompanhar aprendizados básicos como comer sozinho, por exemplo. Caso estas etapas estejam sendo afetadas de alguma maneira, é importante estimulá-la a desenvolver tal comportamento ou encaminhá-la a um profissional que possa diagnosticar um simples atraso de desenvolvimento e, em último caso, diagnosticar uma síndrome como o autismo ou uma deficiência neurológica.

Uma das primeiras e principais suspeitas de anormalidade nos filhos que levam os pais aos consultórios é a ausência da fala aos dois e três anos de idade. Durante a observação, os pais devem ficar atentos a alguns sinais. Nesta fase, são de extrema importância a curiosidade e a observação dos pais aos gestos, atitudes e manias dos filhos. A aquisição da linguagem por volta dos 14 aos 24 meses é um exemplo de desenvolvimento normal de uma criança sadia. Nessa faixa etária, a criança começa a balbuciar sons como tentativa de se comunicar com os pais, outros membros da família e até estranhos. Tais sons, muitas vezes, não são compreendidos, mas são os primeiros sinais de que a criança está começando a dar os primeiros passos na aquisição da comunicação social. Quando essa fase não existe, os pais devem começar a se preocupar, pois possivelmente pode estar havendo algum problema ou bloqueio que impeça seu filho de tentar se comunicar.

Mesmo que não se possam combater as causas, até hoje desconhecidas, combatem-se os sintomas a fim de minimizar os efeitos e melhorar o relacionamento do autista com o mundo exterior a ele. "A demora no diagnóstico pode desenvolver sérios problemas de conduta, mais tarde, difíceis de corrigir"^{2:68}. O diagnóstico precoce é de essencial importância para iniciar o tratamento o mais rápido possível.

Para tanto, há algumas questões que são aplicadas aos pais e à própria criança a fim de ter respostas mais concretas a respeito das dúvidas que vêm ocorrendo em casa. Um questionário muito utilizado pelo Ministério da Saúde é o baseado nas Diretrizes Diagnósticas para Autismo Infantil (CID-10)³ e no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)⁴, métodos bastante utilizados como meio de pesquisa para os pais e para os profissionais que estão se especializando nessa área. O terceiro sistema aplicado, que antecede o diagnóstico do autismo é o CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)⁵, questionário para verificação de autismo em crianças pequenas, através de uma escala com nove perguntas objetivas feitas aos pais.

O questionário CHAT não forma um diagnóstico final apenas ajuda aos pais a observarem melhor e identificarem possíveis desvios de desenvolvimento natural para essa faixa etária. O objetivo do CHAT é identificar crianças em riscos de transtornos na comunicação social. Ao contrário das demais crianças, o cérebro e os sentidos do autista nem sempre tornam as informações em conhecimento.

Após o diagnóstico, um dos principais problemas enfrentados pelos pais é de ordem emocional, por exemplo, ao comparar seu filho autista, de desenvolvimento comprometido em algumas áreas, como a fala e a interação social, com crianças normais, que atingem metas esperadas para cada faixa etária.

Após o diagnóstico, os pais devem tirar as dúvidas com o médico sobre o que é o autismo, o que esperar da síndrome e compartilhar experiências com outras famílias que enfrentam o mesmo problema. Para isso, é necessário o apoio dos pais e dos familiares para incentivar, acompanhar e comemorar cada conquista.

DISCUSSÃO

Sabemos que a educação inclusiva no Brasil ainda é muito deficiente e deixa lacunas às quais as crianças autistas não podem esperar para saná-las. Para tanto, a família assume o papel de incluir e permitir que seu filho seja acompanhado e se desenvolva gradativamente, apesar das falhas da política pública.

A falta ou a escassez de especialistas, aptos para diagnosticar o autismo, e a demora em começar os tratamentos prejudicam e comprometem a evolução da criança. Na maioria dos casos, o autista é tratado com crianças com outros tipos de deficiências, ou seja, não recebem uma atenção específica para sua síndrome. Diante dessa realidade, os pais se veem levados a formar associações, buscar profissionais que possam cuidar e orientar seus filhos, focando nos sintomas próprios da síndrome.

A família é o termômetro que mede a eficácia, a evolução do tratamento recebido pelo autista, seja através da fala, da capacidade de relacionar-se, de realização de atividades domésticas corriqueiras como escovar os dentes, fazer xixi, alimentar-se, tomar banho, vestir-se. A família é extremamente importante, pois ajuda a incluir o filho autista num mundo onde ele não se vê, onde não se encontra e onde acha difícil comunicar-se. O interesse dos pais reflete nos filhos segurança, motivação e amenização de possíveis dificuldades. A inclusão deve começar ainda em casa, aceitando o problema, estimulando as melhoras e trabalhando diariamente para que o quadro autístico tenha o mínimo de estereótipias e comprometimentos.

É importante que a criança seja inserida num ambiente estimulador de interação social, obviamente ultrapassando os limites do convívio familiar, o que pode acentuar manias, excitação emocional e agressividade. "O grau de desenvolvimento do autista está diretamente ligado às questões de estimulação, atendimento especializado e conhecimento adequado de como lidar com as situações do seu cotidiano.^{6:34}" O autista precisa adquirir sua independência, através da valorização de experiências habituais, de contato social, aprendendo habilidades pessoais e domésticas, como calçar os sapatos, organizar os próprios brinquedos,

arrumar a mesa antes das refeições. São atitudes simples que têm um grande diferencial para a evolução do quadro de autismo, pois tira a criança do isolamento e a influencia a interagir socialmente.

Há vários níveis e estágios do autismo que variam, por exemplo, a capacidade intelectual, uso da linguagem, nível de personalidade, grau de gravidade da doença, clima e estrutura familiar. Por este motivo, os métodos e tratamentos aplicados podem funcionar para uma criança e não funcionar para outra. Estes podem melhorar um sintoma específico, mas não eliminá-lo.

As técnicas de modificação de comportamento utilizam estímulos positivos para induzir melhorias, como um elogio ou um alimento.

As abordagens pedagógicas em pessoas com autismo são de base comportamental. No entanto, não visam aprisioná-las a condicionamentos específicos, antes, tentam livrá-las das limitações comportamentais que lhes trazem dano.^{7:13}

As evoluções ocorrem, mas são limitadas, como na mudança do comportamento autoestimulativo e na fala ecológica, e estudos constataram que o sucesso não durou por muito tempo. Mesmo assim, as técnicas são uma tentativa de minimizar, mesmo que temporariamente, alguns comportamentos.

A rotina da criança deve ser bem estruturada, pois a previsibilidade é importante para que ela se mantenha sob controle e aceite novos conhecimentos. Quanto mais baixo o nível de estruturação da criança, mais o ambiente terá de ser cuidadosamente estruturado. A sala de aula para o autista deve ser bem estruturada, organizada em espaços divididos, visando o atendimento individual. Numa mesa, o aluno executa as atividades ensinadas anteriormente pelo professor, através de um sistema visual, no qual os autistas têm bom desempenho, através de cartões com instruções simples, como uma sequência de representações com instruções para ir ao banheiro. Cada rotina deve ser percebida como útil para a vida do aluno. A ação participativa dos pais representa um ponto positivo na organização da consciência do autista sobre si mesmo e da consciência de que existem outras pessoas atuando junto a ele.

No caso de crianças extremamente ansiosas, os métodos como o TEACCH, o ABA e o PECS^{8,9} têm diminuído significativamente o grau de irritação, ocasionado pela incapacidade de se comunicar satisfatoriamente, sendo a família incluída na atuação psicopedagógica. Os métodos TEACCH, ABA e PECS devem ser utilizados tanto na escola quanto no ambiente familiar, lembrando que a forma de aplicação deve ser a mesma, a fim de estabelecer o reforço na educação⁷.

O ensino estruturado centra-se nas áreas onde o autista melhor se expressa, processamento visual, memorização de rotinas funcionais e interesses especiais, com adaptação às necessidades individuais e aos níveis de funcionamento.

A educação cognitiva envolve a capacidade de aprender a aprender e a capacidade de resolver problemas. São nesses aspectos que a educação voltada para portadores de autismo focam. A criança aprenderá que pode adquirir conhecimentos com a ajuda dos pais e profissionais e pode adquiri-los também sozinha.

RESULTADOS

Pais de autistas veem desde cedo alterações ou ausências de comportamentos em seus filhos que nenhum profissional enxergaria em poucos minutos de contato. A afetividade, dessa forma, é um importante fator que auxilia o processo de aprendizagem. E não há pessoas mais capacitadas para colocar em prática a afetividade do que os próprios pais.

No caso dos autistas, principalmente, o que realmente importa é a execução da atividade, tornar a criança capaz de, conquistando a total ou parcial independência. "No processo de aprender, variáveis afetivas e cognitivas são consideradas como importantes na compreensão e no envolvimento da criança, influenciando o desempenho escolar."^{9:41} Direcionando o aprendizado, os pais estão, simultaneamente, passando segurança aos filhos, possibilitando o sucesso na aquisição de significado, de autonomia e de capacidade de aprender ainda mais. "Tanto a inteligência quanto a afetividade são mecanismos de adaptação, permitindo ao indivíduo construir noções sobre os

objetivos, as pessoas e as situações, conferindo-lhes atributos, qualidade e valores."^{9:45} A criança, ao nascer, procura interagir com os adultos ao seu redor. No ato de sobrevivência, tenta estabelecer uma relação estável, através de padrões afetivos que dão subsídios para transformar o comportamento da criança. A segurança passada através do afeto é a mola que impulsiona qualquer aluno a progredir, é o estimulador da aprendizagem e principalmente incita a curiosidade, a busca de novos conhecimentos.

MÉTODOS DE TRATAMENTO: TEACCH, PECS e ABA

O TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) é um programa de intervenção terapêutica educacional e clínica, que adapta o ambiente para que a criança o compreenda com mais facilidade. O método foi desenvolvido pelo Dr. Eric Schopler e sua equipe na Universidade da Carolina do Norte em 1966.

O método psicoeducacional foi criado para atender crianças portadoras de autismo ou psicose infantil. Acreditavam que, a partir da observação comportamental dos autistas e estes, conscientizando-se do êxito de sua expressão verbal e gestual, é possível modificar os distúrbios de comportamento. A partir dessa análise, percebeu-se que as crianças são capazes de aprender através de atividades estruturadas, embasando-se em técnicas comportamentais que organizam a vida do autista a fim de fazê-lo entender o que querem dele e possa expressar suas necessidades, apesar das limitações e potencialidades. O programa visa à redução e à eliminação de comportamentos inadequados através de estímulos visuais para promover a comunicação.

O método PECS (Picture Exchange Communication System), significa sistema de comunicação através da troca de figuras, ou seja, é uma avaliação utilizada pelo TEACCH, bastante utilizada como canal de comunicação, que aponta os pontos fortes e as maiores dificuldades da criança,

permitindo um programa individualizado. É um método barato, fácil de aprender e pode ser aplicado em qualquer lugar, inclusive pelos pais em casa.

Muitas vezes, para manter a criança na atividade, é necessário um apoio físico e/ou um estímulo primário, como um alimento que a criança goste muito. Havendo o progresso nas atividades, o estímulo primário pode ser retirado, com o intuito de tornar um hábito e não uma obrigação, possibilitando o máximo de independência.

ABA – Análise Aplicada do Comportamento - é feita com a finalidade de identificar habilidades que o autista já domina e ensinar aquelas que ele ainda não domina. O método analisa, com detalhes, dados e fatos da relação ensino-aprendizagem, com registro de resultados e tentativas, descobrindo os eventos que funcionam como reforço positivo ou negativo. As respostas negativas não são estimuladas, pelo contrário, a criança deve trabalhar apenas os comportamentos positivos.

No estímulo de conhecimentos já adquiridos, é utilizada a base fundamental na teoria Estímulo-Resposta, o Reforço. Quando há reforço num evento particular, o indivíduo é condicionado a reagir, tendendo a repetir as respostas adequadas ao bom desempenho do processo de aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o autismo tem um grau específico de deficiência cognitiva que requer tratamentos próprios para cada caso. Esses tratamentos surgiram de pesquisas científicas cujos resultados ainda são testados em clínicas especializadas, por profissionais envolvidos com o autismo. No entanto, os pais não podem esperar que os profissionais tomem a responsabilidade para si, devem assumir parte do compromisso em cuidar e tratar dos seus filhos autistas.

Criar associações e começar a aplicar os métodos já existentes em casa são uma parte da participação da família no desenvolvimento cognitivo. A dedicação aplicada à criança, a observação cuidadosa das

deficiências podem e fazem uma grande diferença no tratamento. Se a família não tem um olhar minucioso para o desenvolvimento dos filhos, a possibilidade do problema perdurar sem tratamento pode prejudicar as crianças. O amor dos pais é a base fortalecedora do processo ensino-aprendizagem, pois enfatiza o fato de que os filhos não podem ficar excluídos tanto da sociedade quanto da escola.

Deve-se ficar claro que a inclusão escolar não é apenas inserir uma criança com deficiência numa escola normal. Inclusão é possibilitar que esta criança adquira conhecimentos utilizando métodos que facilitem ou auxiliem seus limites. O processo de inclusão requer amor dos pais, persistência e força de vontade para enfrentar desafios diários, no entanto, os resultados têm dado bons frutos. A aceitação dos pais também é um aspecto delicado que surpreende após um diagnóstico de autismo. Portanto, buscar ajuda de profissionais, de métodos e apoio de instituições são passos primordiais para que os autistas possam sair do círculo vicioso de isolamento social, falta de comunicação e falta de compreensão. Ao investir numa criança autista, teremos um adulto com menos conflitos, mais integrado à família e aos amigos, com o campo de comunicação menos afetado e um cidadão digno como qualquer outro. Além do mais, é necessário investir em mais pesquisas sobre a síndrome, cuja causa ainda é um enigma, e em divulgação para uma sociedade que desconhece sequer a existência da deficiência.

Pior do que a inexistência de cura é permitir que uma criança com autismo permaneça isolada da sociedade, incapaz de se comunicar, incapaz de compreender e ser compreendida. Portanto, a inclusão deve começar em casa, no seio familiar, quando os pais decidem tomar uma atitude, deixar de lado o preconceito e apatia de um diagnóstico de deficiência e sair em busca dos direitos de cidadania para seus filhos e tratá-los com os melhores profissionais e com os métodos mais eficientes até então.

Preparar material para atividades, a maneira de aplicação, conhecer o grau de dificuldade para cada nível e buscar

resultados a longo prazo são algumas ações que os pais podem fazer em casa ou nas associações criadas por pais e amigos de autistas.

Fica evidente que o tratamento para o autismo não se limita aos métodos TEACCH, ABA e PECS, estendendo-se a dietas, intervenções medicamentosas e terapias psicopedagógicas. O foco nos métodos de tratamento e prevenção tem a intenção de mostrar que os pais podem atuar no acompanhamento e participar da evolução

clínica de seus filhos a fim de formar crianças autônomas e adultos independentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Associação de Pais, Amigos e Simpatizantes do Autista – ASAS – por cuidar e tratar nossas crianças autistas com dedicação e esperança para que suas vidas possam ser leves.

AUTISM AND FAMILY: PARENTS ENVOVMENT IN THE TREATMENT AND DEVELOPMENT OF AUTISTIC CHILDREN

ABSTRACT

Autism is a syndrome that occurs before three years old, which displays delays in communication, language and social interaction. Beyond the school contribution, professionals specialized in notice it, make a diagnosis and treat the autism, parents have a very important role in the evolution of learning process by those with autism. The goal of this research is to attend the parents work that are directly involved in the treatment of those with autism, to start by the suspicion of the problem, the diagnose and also the use of the methods: TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), ABA (Analyze Behavior Applied) and PECS (Picture Exchange Communication System), Works at home, autism parents and friends' associations, improving the autistic's interaction with the social environment and encouraging his/her independence. The research it is a review of literature on autism, regarding the methods used in the treatment. Thus, we conclude how important parent participation in diagnosis, treatment and clinical evolution of the child and how much there is to be done with regard to research on the subject in order to expedite the early diagnosis and effective treatment that will minimize the stereotypes and encourage the independence of children.

keywords: Autism. Psycho-pedagogy. Infant psychology. Cognitive deficiency.

REFERÊNCIAS

1. Mello AMSR. Autismo: guia prático. 4ª Ed. São Paulo: AMA; 2004.
2. Szabo C. Autismo em questão. 1ª Ed. São Paulo: MAGEART; 1995.
3. Organização Mundial de Saúde – Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
4. American Psychiatry Association. DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. CHAT
6. Rodrigues JMC; Spencer E. A criança autista: um estudo psicopedagógico. Rio de Janeiro: Wak Editora; 2010.

7. Cunha E. Autismo e Inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Wak Editora; 2010.

8. Lucena Filho EL. A Aplicação do método TEACCH como intervenção psicoeducacional. Disponível em: < <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=1233>> Acesso em 14/02/2011.

9. Porto O. Psicopedagogia Institucional: teoria, prática e assessoramento psicopedagógico. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Wak; 2009.

Artigo de Revisão

DOENÇA DE ALZHEIMER COMO UMA FORMA DE DIABETE CÉREBRO-ESPECÍFICA – UMA REVISÃO

George Robson Ibiapina¹
Roberto Luiz Pereira Matias²
Marcos Valério Gonçalves³
Tiago Martins Formiga⁴
Nelson Pereira de Carvalho Filho⁴
Charles Saraiva Gadelha⁵

RESUMO

A influência negativa da Diabete Melito, tanto insulino-dependente quanto não insulino-dependente, sobre as funções cognitivas tem sido provada em vários estudos. O objetivo deste trabalho foi reunir dados sobre o papel da resistência insulínica no cérebro provocada pela patogenicidade dos peptídeos A β na doença de Alzheimer. Esta revisão sistemática foi realizada através de pesquisa nas bibliotecas médicas digitais: MEDLINE e PUBMED. Desta forma, Estudos epidemiológicos sugerem que a Diabete Melito aumenta o risco de doença de Alzheimer, independente da patologia vascular. Essa associação pode ser explicada pela hipótese de que o peptídeo β -amilóide provoca resistência insulínica em áreas do cérebro dependentes de insulina e de seus receptores, como o hipocampo, através da perturbação da sinalização da insulina. Isso provocaria uma forma específica de diabete cerebral, chamada pela comunidade científica de "Diabete tipo 3", que prejudicaria o metabolismo glicídico e a função, composição e estrutura sináptica. O objetivo desta revisão é reunir resultados de novas pesquisas sobre o papel da resistência insulínica no cérebro com doença de Alzheimer; discutir relações entre esta doença, Diabete Melito e síndrome metabólica e comentar as novas linhas de pesquisa sobre o tratamento da doença de Alzheimer com medicação para diabéticos. Essas novas estratégias terapêuticas, ainda em fase de ensaio clínico, estão orientadas para a restauração do equilíbrio do metabolismo insulínico na doença de Alzheimer através da aplicação de insulina pela via intranasal ou do uso de tiazolidinedionas. Embora haja outras teorias para a doença de Alzheimer, a da Diabetes tipo 3 é, hoje, uma das áreas de pesquisa mais promissoras para o entendimento do mecanismo desta doença.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Peptídeo β -amilóide. Insulina.

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência nos países ocidentais e sua prevalência aumenta com a idade.¹ Aproximadamente 10% de todas as pessoas acima de 70 anos apresentam perda significativa de memória, e em mais da metade, a causa é a DA.² Estudos recentes têm demonstrado que a DA pode ser uma nova forma de diabete que afeta especificamente o cérebro, o que a comunidade científica internacional está começando a chamar de diabete tipo 3.^{3,4} A deposição de peptídeos β -amilóides (A β) deixa neurônios resistentes à insulina e isso poderia prejudicar a transmissão interneuronal.⁵

¹ Médico Endocrinologista. Serviço de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da UFPE, Recife-PE e Serviço de Clínica Médica do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, Santa Rita, PB. End.: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE. CEP: 50670-901. E-mail: robsonibiapina@hotmail.com.

² Médico Hematologista. Serviço de Clínica Médica do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho.

³ Médico Cardiologista. Serviço de Clínica Médica do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho.

⁴ Graduando do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. E-mail: nelson_pcarvalho@hotmail.com.

⁵ Graduando do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

Atualmente, há um crescente interesse no esclarecimento do papel de resistência insulínica e da hiperinsulinemia na patogênese da DA, e nas lesões ao citoesqueleto neuronal associada aos depósitos de A β no cérebro.

O papel do sistema neuroendócrino na DA foi proposto há 20 anos atrás, quando anormalidades no eixo hipotálamo-hipófise foram detectadas nesses pacientes. Esse conceito quase desapareceu com a onda de pesquisas sobre o A β e a proteína *tau*, embora atualmente, com o interesse renovado no mecanismo neuroendócrino, enfatiza-se o conceito de doença sistêmica ao invés de disfunção intrínseca do SNC³

Pretendemos com este trabalho reunir resultados de novas pesquisas sobre o papel da resistência insulínica no cérebro provocada pela patogenicidade dos peptídeos A β na DA; discutir relações entre esta doença, diabete melito e síndrome metabólica e comentar as novas linhas de pesquisa sobre o tratamento da DA com medicação para diabéticos, propiciando um exame do tema sob uma nova perspectiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão sistemática foi realizada através de pesquisa nas bibliotecas médicas digitais: MEDLINE e PUBMED. Artigos e abstracts relacionados com o papel da resistência insulínica na DA; relações entre esta doença, diabete melito e síndrome metabólica e pesquisas sobre o tratamento da DA com medicação para diabéticos foram incluídos na revisão.

DISCUSSÃO

A DA costuma manifestar-se pelo início sutil de perda de memória, acompanhada de uma demência lentamente progressiva que evolui ao longo de vários anos.² No exame patológico, verifica-se atrofia difusa do córtex cerebral, com aumento secundário do sistema ventricular.² Microscopicamente, observam-se placas neuríticas contendo A β ; um peptídeo produzido pela clivagem da proteína precursora do amiloide (PPA) por ação da enzima β -secretase, em detrimento da ação

mais fisiológica da α -secretase, que dá origem ao fragmento PPA; emaranhados neurofibrilares (ENF) no citoplasma neuronal e acúmulo de A β nas paredes dos vasos sanguíneos cerebrais.² A patologia mais grave geralmente é observada no hipocampo, córtex temporal e núcleo basal de Meynert (região septal lateral).²

O excesso de acumulação de ferro e agregação de peptídeos A β pode conduzir à fragmentação peptídica. Essa fragmentação peptídica e a formação de radicais livres trabalham sinergicamente na geração de agentes oxidantes no cérebro com DA.^{6,7,8}

Imagens de tomografia por emissão de pósitrons (PET-Scan), unidas a observações neuropatológicas, sugerem que a formação de placa amiloide pode não ser diretamente responsável pela disfunção neuronal na DA.⁹ Este ponto de vista é reforçado pela descoberta de que o aumento de amiloide nas regiões frontais do cérebro não está associada com a redução do metabolismo glicídico.⁹ As imagens de PET-Scan também mostram significativa diminuição do metabolismo glicídico hipocampal e amigdalár em 75% dos sujeitos com DA.⁹

Essa diferença de impacto dos A β no metabolismo glicídico em diferentes áreas no cérebro talvez se dê pela existência de receptores de insulina no hipocampo, amígdala e hipotálamo.⁸ Desde a descoberta da insulina e de seus receptores no sistema nervoso central (SNC), o cérebro deixou de ser considerado um órgão insulino-independente.⁴ O dano aos receptores de insulina talvez seja a via dessa ação indireta dos A β na patogenicidade da DA.¹⁰ O peptídeo A β é um competidor inibitório direto da ligação e ação da insulina.¹¹

Esta possibilidade é reforçada pela constatação de que portadores de DA apresentam níveis alterados de insulina no líquido cefalorraquidiano,¹² e também porque esta doença é mais frequente em portadores de DM, independente da patologia vascular,¹³ onde pode existir tanto a falta de produção de insulina pelas células β do pâncreas como um defeito no receptor de insulina destas células.^{14,15,16} A resistência insulínica pode ser a ligação entre DM e DA.^{17,18} A queda no metabolismo glicídico é um evento inicial na progressão da DA,^{19,20,21} o que pode predizer o déficit cognitivo.²²

A Síndrome Metabólica (SM) é

caracterizada por resistência insulínica, hiperinsulinemia, dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade e aumento do risco de doença cardiovascular,^{23,24} onde todos estes podem contribuir para a patogenia da DA.^{25,26,27,28} Mas a SM é um fator de risco para DA e não vice versa.¹⁸ Hiperinsulinemia é o aspecto chave na SM e tem sido mostrado atuar como um neuromodulador no cérebro.^{27,28} Além disso, supõe-se que a insulina regula a concentração de A β nos humanos e tanto o aumento quanto o decréscimo da concentração de insulina tem sido proposto como promotor de DA.²⁵

Existem vários mecanismos através dos quais a hipoinsulinemia pode acelerar a progressão da DA: diminuição da utilização de glicose, particularmente no hipocampo e no córtex entorrinal; aumento do estresse oxidativo; aumento da fosforilação da proteína tau; formação de ENF e aumento da agregação de peptídeo A β secundário à inibição da enzima insulina-degradante.⁴

O sinal de transdução pelos receptores de insulina neuronais é muito sensível às perturbações do peptídeo A β , por isso tem sido implicado como principal candidato para deterioração inicial da função, composição e estrutura sináptica. Foram identificados novos fatores que afetam a sinalização dos receptores de insulina neuronais e sugerem que a resistência à insulina no cérebro com DA é uma resposta ao peptídeo A β , que perturba a sinalização da insulina e pode provocar uma forma específica de diabetes cerebral, como parte de uma ação global do impacto patogênico sobre sinapses do SNC.⁵

Disfunções cognitivas na DA estão associadas com deficiência de insulina no interior do cérebro e observa-se melhora da memória em portadores de DA quando níveis de insulina aumentam.^{29,30}

Para chegar diretamente aos re-

ceptores de insulina, em animais, é normalmente administrada insulina através dos ventrículos cerebrais. Para o ser humano, a via intranasal é um caminho viável para chegar ao cérebro, mantendo a euglicemia.²⁹ Além disso, a localização dos receptores de insulina no bulbo olfatório torna a insulina interessante pela via intranasal.²⁹ Promissores resultados iniciais foram relatados com administração de insulina por esta via, correspondendo às ações diversas da insulina no cérebro.²⁹

Estuda-se também o uso de fármacos da classe dos tiazolidinedionas com o intuito de reduzir a resistência insulínica no cérebro. A rosiglitazona tem sido um dos medicamentos mais investigados por atuar nos receptores de insulina aumentando suas responsabilidades à insulina.^{31,32} Tem-se investigado também o uso de estatinas como prevenção de DA,^{33,34,35} pois supõe-se atuar diretamente no processamento da PPA, por inibir tanto a via da α -secretase quanto da β -secretase.³⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Três grandes linhas de estudos sobre a DA são os processos inflamatórios no cérebro,^{36,37} o estrogênio^{38,39} e a nutrição⁴⁰ – a incidência da doença é menor na região do Mediterrâneo, por exemplo, o que chamou a atenção para a dieta local, ou melhor, para todo o estilo de vida local. Na linha de pesquisa dos processos inflamatórios cerebrais a da diabetes tipo 3 é, hoje, uma das áreas de pesquisa mais promissoras para o entendimento do mecanismo da DA. Principalmente porque, se confirmarem que a resistência à insulina nos neurônios está ligada ao surgimento da doença, isso pode ter um impacto enorme no tratamento.

ALZHEIMER'S DISEASE AS A FORM OF DIABETES BRAIN-SPECIFIC - A REVIEW

ABSTRACT

The negative influence of diabetes mellitus (DM), both insulin dependent and noninsulin-dependent on cognitive functions has been proved in several studies. The objective of this study was to gather data on the role of insulin resistance in the brain caused by the pathogenicity of A β peptide in Alzheimer's disease (AD). This systematic review was conducted through medical research in digital libraries: MEDLINE and PUBMED. Thus, epidemiological studies suggest that DM increases the risk for AD, independent of vascular pathology. This association may be explained by the hypothesis that β -peptide amyloid causes insulin resistance in brain-insulin dependent and its receptors, such as the hippocampus, through the disruption of insulin signaling. This would cause a brain specific form of diabetes, called by the scientific community "type 3 diabetes", which would harm the glucose metabolism and function, composition and synaptic structure. The purpose of this review is to bring together the results of new research on the role of insulin resistance in the brain with AD, to discuss relations between this disease, diabetes mellitus and metabolic syndrome and comment on the new lines of research on the treatment of AD with medication for diabetics. These new therapeutic strategies still under trial are aimed at restoring the balance of insulin metabolism in AD through the use of insulin by the intranasal or the use of thiazolidinediones. Although there are other theories for AD, the third type of diabetes is now one of the most promising areas of research for understanding the mechanism of this disease.

Keywords: β -amyloid peptides. Alzheimer's disease. Insulin.

REFERÊNCIAS

1. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15(4):463-471.
2. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison Medicina Interna*. 16ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006:2516-2518.
3. Steen E, Terry BM, Rivera EJ, et al. Impaired insulin and insulin-like growth factor expression and signaling mechanisms in Alzheimer's disease: is this type 3 diabetes? *J Alzheimer Dis* 2005;7:63-80.
4. Flirski M, Sobow T, Kloszewska I. Alzheimer's disease e type 3 diabetes? *Eurpoen Phychiatry*. 2008;23:S196-S197.
5. Zhao W, De Felice FG, Lambert M, Fernandez S, Klein WL. Amyloid beta oligomers induce impairment of neuronal insulin receptors. *The FASEB Journal* 2008;22:246-260.
6. Duyckaerts C. Looking for the link between plaques and tangles. *Neurobiology of Aging* 2004;25(6):735-739.
7. Atwood CS, Obrenovich ME, Liu T, et al. Amyloid- β : a chameleon walking in two worlds: a review of the trophic and toxic properties of amyloid- β . *Brain Research Reviews* 2003;43(1):1-16.
8. Smith MA, Casadesus G, Joseph JA, Perry G. Amyloid- β and α serve antioxidant functions in the aging and Alzheimer brain. *Free Radical Biology and Medicine* 2002;33(9):1194-1199.
9. Edison P, Archer HA, Hinz R, et al. Amyloid, hypometabolism, and cognition in Alzheimer disease: An [11c]PIB and [18F]FDG PET study. *Neurology* 2007;13:501-508.
10. Ho L, Qin W, Pompl PN, et al. Diet-induced insulin resistance promotes amyloidosis in a transgenic mouse model of Alzheimer's disease. *The Faseb Jornal*. 2004;18:902-904.
11. Xie L, Helmerhorst E, Taddei K, et al. Alzheimer's β -amyloid peptides compete for insulin binding to insulin receptor. *J Neurosci*. 2002;22:RC221(1-5).

12. Gil-Bea FJ, Solas M, Solomon A, et al. Insulin levels are decreased in the cerebrospinal fluid of women with prodromal Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2010;22(2):405-13.
13. Den Heijer T, Vermeer SE, Van Dijk EJ, et al. Type 2 diabetes and atrophy of medial temporal lobe structures on brain MRI. *Diabetologia*. 2003;46:1604-10.
14. Arvanitkis Z, Wilson RS, Bienias JL, et al. Diabetes Mellitus and Risk of Alzheimer Disease and Decline in Cognitive Function. *Arch Neurol*. 2004; 61:661-666.
15. Akomolafe A, Beiser A, Meigs JB, et al. Diabetes mellitus and risk of developing alzheimer disease: results from the framingham study. *Arch Neurol*. 2006;63:1551-1555.
16. Brayne C, Gill C, Huppert FA, et al. Vascular risk and incident dementia: results from a cohort study of the very old. *Dementia Geriatr Cogn Disord*. 1998;9:175-180.
17. Allam AR, Sridhar GR, Thota H, et al. Alzheimer's disease and type 2 diabetes mellitus: the cholinesterase connection? *Lipids in Health and Disease*. 2006;5:28.
18. Vanhanen M, Koivisto K, Moilanen L, et al. Association of metabolic syndrome with Alzheimer disease: A population-based study. *Neurology*. 2006;67:843-7.
19. Meier-Ruge W, Bertoni-Freddari C. The significance of glucose turnover in the brain in the pathogenetic mechanisms of Alzheimer's disease. *Rev Neurosci*. 1996;7:1-19.
20. Minoshima S, Cross DJ, Foster NL, Henry TR, Kuhl DE. Discordance between traditional pathologic and energy metabolic changes in very early Alzheimer's disease. *Ann NY Acad Sci*. 1999;893:350-2.
21. Eric Steen, Benjamin M. Terry, Enrique J. Rivera et al. Impaired insulin and insulin-like growth factor expression and signaling mechanisms in Alzheimer's disease - is this type 3 diabetes? *Journal of Alzheimer's Disease*. 2005;7:63-80.
22. Arnaiz E, Jelic V, Almkvist O, et al. Impaired cerebral glucose metabolism and cognitive functioning predict deterioration in mild cognitive impairment. *Neuroreport*. 2001;12(4):851-855.
23. Reaven GM. Insulin resistance, hyperinsulinemia, hypertriglyceridemia, and hypertension: parallels between human disease and rodent models. *Diabetes Care* 1991; 14:195-202.
24. Eckel RH, Grund SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet*. 2005;365:1415-28.
25. Craft S, Watson GS. Insulin and neurodegenerative disease: shared and specific mechanisms. *Lancet Neurol*. 2004;3:169-178.
26. Whalley LJ, Dick FD, McNeill G. A life-course approach to the aetiology of late-onset dementias. *Lancet Neurol*. 2006;5:87-96.
27. Yaffe K, Kanaya A, Lindquist K, et al. The metabolic syndrome, inflammation, and risk of cognitive decline. *JAMA*. 2004;292:2237-42.
28. Watson GS, Craft S. The role of insulin resistance in the pathogenesis of Alzheimer's disease: implications for treatment. *CNS Drugs*. 2003;17:27-45.
29. Stockhorst U, De Fries D, Steingrueber HJ, et al. Insulin and the CNS: effects on food intake, memory, and endocrine parameters and the role of intranasal insulin administration in humans. *Physiology & Behavior*. 2004;83:47-54.
30. De la Monte SM, Tong M, Lester-Coll N. Experimental model of type 3 diabetes relevance to sporadic alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2006;2:S53-S54.
31. Stuchbury G, Munich G. Alzheimer's associated inflammation, potential drug targets and future therapies. *J Neural Trans*. 2005;112:429.
32. Mohanty P, Aljada A, Ghanim H, et al. Evidence for a potent antiinflammatory effect of rosiglitazone. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89:2728-35.
33. Wolozin B, Kellman W, Rousseau P, Celesia GG, Siegel G. Decreased prevalence of Alzheimer disease associated with 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors. *Arch Neurol*. 2000;57:1439-43.
34. Sjögren M, Gustafsson K, Syversen S, et al. Treatment with Simvastatin in Patients with Alzheimer's Disease Lowers Both alpha and beta Cleaved Amyloid Precursor Protein. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2003;16:25-30.
35. Jick H, Zornberg GL, Jick SS, Seshadri S, Drachman DA. Statins and the risk of dementia. *Lancet*. 2000;356:1627-1631.
36. Parachikova A, Agadjanyan MG, Cribbs DH, et al. Inflammatory changes parallel the early stages of Alzheimer disease. *Neurobiol Aging* 2007; 28:1821-1833.
37. Zotova E, Nicoll JA, Kalaria R, et al. Inflammation in Alzheimer's disease: relevance to pathogenesis and therapy. *Alzheimer's Research & Therapy* 2010;2:1-9.
38. Shumaker SA, Legant C, Kuller L, et al. Conjugated equine estrogen alone, pooled hormone therapy, and incident af probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: results from the women's health initiative memory study. *JAMA*. 2004;291:2947-58.

39. Espeland MA, Rapp SR, Schumaker SA, et al. Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: women's health initiative memory study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289:2663-72.

40. Grant WB, Campbell A, Itzhaki RF, Savory J. The significance of environmental factors in the etiology of Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2002;4:179-189.

Artigo de Revisão

O HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO: ESCLARECENDO A SUA MANIFESTAÇÃO A PARTIR DE PRINCÍPIOS MORFOFUNCIONAIS

Marcos Antônio de Souza¹
Renan Flávio de França Nunes¹
Heitor Augusto Viana Brito¹
Fausto Pierdoná Gúzen²
José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti³

RESUMO

Este estudo objetivou associar o desenvolvimento embrionário e a fisiologia da glândula tireóide com a manifestação do hipotireoidismo congênito (HC), e, através disso, contribuir com a interdisciplinaridade entre as ciências básicas e avançadas no âmbito das ciências médicas e saúde. Trata-se de um artigo de revisão não-sistemática, construído a partir da análise de artigos científicos obtidos em periódicos indexados no PUBMED, Scielo e Portal CAPES, além de livros-texto de embriologia, histologia, fisiologia e endocrinologia. A compreensão da formação das glândulas endócrinas é imprescindível para o entendimento de distúrbios decorrentes de má-formação nessas estruturas. A tireóide é a primeira glândula a se desenvolver no embrião, com início no 24º dia pós-fertilização, e os estudos diagnosticam que cerca de 85% dos casos de HC são decorrentes de alterações na embriogênese desta glândula. Dada a importância dos hormônios tireoidianos para o desenvolvimento de alguns sistemas corpóreos, o HC pode, por exemplo, acarretar déficits neuronais e/ou cardiovasculares. Além disso, evidencia-se a importância da interdisciplinaridade entre as ciências da saúde, valorizando a compreensão da embriologia e fisiologia das glândulas endócrinas por parte dos estudantes da medicina e áreas afins, uma vez que muitas respostas para quadros clínicos podem ser encontradas nesse locus epistemológico.

Palavras-chave: Desenvolvimento embrionário. Glândulas Endócrinas. Hipotireoidismo Congênito.

INTRODUÇÃO

O termo endócrino designa a secreção interna de substâncias biologicamente ativas.¹ As múltiplas atividades de células, tecidos e órgãos do corpo são coordenadas pelo inter-relacionamento de vários tipos de mensageiros químicos, entre os quais destacam-se os hormônios endócrinos liberados pela glândula tireóide no sangue circulante, influenciando as funções celulares em outras localizações do corpo.²

Sendo assim, o conhecimento acerca da embriogênese das glândulas endócrinas torna-se uma importante ferramenta para o entendimento fisiológico de tais estruturas, haja vista que um comprometimento na formação dessas glândulas culmina na alteração de seu

¹ Acadêmicos do 2º Período do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Mossoró – RN, Brasil.

² Mestre em Ciências Morfofuncionais pela Universidade de São Paulo – USP; Doutorando em Psicobiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Docente de Anatomia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Mossoró – RN, Brasil.

³ Mestrando em Psicobiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; Especialista em Urgência e Emergência; Docente de Anatomia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Mossoró – RN, Brasil. Endereço para contato: Rua Atirador Miguel da Silva Neto, s/n, Bairro Aeroporto, Tel: (84) 3315-2248. CEP: 59.607-360, E-mail: rodolfoledes@uern.br; rodolfoledes@facenemosso.com.br.

funcionamento, o que é reflexo de vários distúrbios associados à endocrinologia. Inúmeras são as patologias decorrentes desses defeitos durante a formação das glândulas, a exemplo do hipotireoidismo congênito (HC), cuja ocorrência mundial é de 1/3000-4000 neonatos.³

Diante disso, o objetivo do trabalho foi associar o desenvolvimento embrionário e a fisiologia da glândula tireóide com a manifestação do HC, e, através disso, contribuir com a interdisciplinaridade entre as ciências básicas e avançadas no âmbito das ciências médicas e saúde.

METODOLOGIA

Inúmeros caminhos existem para refletir sobre a produção de um determinado conhecimento em uma dada área. Neste estudo, optou-se por uma revisão bibliográfica desenvolvida e fundamentada a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e portal CAPEA, além de livros-texto de embriologia, histologia, fisiologia e endocrinologia.

Vale destacar que optamos por trabalhar com artigos científicos publicados em periódicos da saúde pública. Essa modalidade de produção, além de ser comumente a mais valorizada no conjunto da produção bibliográfica, é a mais facilmente acessada.⁴

Logo, procurando-se preservar o caráter interdisciplinar da temática, optamos por abordá-la sob à luz das ciências básicas da saúde, no sentido de valorizar a interdisciplinaridade como uma estratégia de aquisição de suporte conceitual e prático mais qualificado para a formação de profissionais de saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

Embriogênese da glândula tireóide

A tireóide (glândula em forma das letras "H" ou "U" situada no plano mediano do pescoço)⁵ é tida como a primeira glândula endócrina a se desenvolver no embrião.³ Sua formação se inicia cerca de 24 dias após a fertilização, a partir de um espessamento endodérmico mediano no assoalho da faringe primitiva. Esse espessamento forma

uma pequena saliência, o divertículo tireoidiano. Com o crescimento do embrião e da língua, a tireóide desce pelo pescoço, passando ventralmente ao osso hióide e às cartilagens laríngeas em desenvolvimento. Por um curto período de tempo, a tireóide permanece ligada à língua através do ducto tireoglosso.

A princípio, o divertículo tireoidiano, que era oco, passa a ser maciço e se divide em dois lobos, direito e esquerdo. Na sétima semana, a tireóide já assume sua forma definitiva, e geralmente já atingiu o seu sítio definitivo no pescoço.⁶

Na vida intrauterina, a tireóide fetal sintetiza quantidades mínimas de T4 (tetraiodotironina ou tiroxina) até a 16ª semana de idade gestacional, quando passa a produzir quantidades crescentes desse hormônio. No final do primeiro trimestre de gestação, a glândula tireóide é capaz de concentrar iodo e sintetizar hormônios. Quantidades significantes dos hormônios da tireóide são produzidas a partir da 20ª semana de gestação. Até o final do primeiro trimestre da gestação, há falta de hormônios tireoidianos de origem fetal, porém a passagem de T4 proveniente da mãe, através da placenta, propicia hormônios para uma adequada embriogênese e organogênese fetal. O desenvolvimento do sistema nervoso central no segundo trimestre da gestação ocorre no período em que o suprimento de hormônio ainda é predominantemente de origem materna; assim, a redução dos níveis hormonais maternos nessa fase poderá implicar em um dano neurológico irreversível. No terceiro trimestre da gestação, a passagem transplacentária de T4 é pequena, devido a uma redução na permeabilidade da placenta, sendo o suprimento hormonal quase exclusivamente de origem fetal. Nessa fase, transtornos tireoidianos maternos têm pouca influência no feto. Existem evidências crescentes de que os hormônios da tireóide são necessários em fase precoce da embriogênese na maturação normal do cérebro, do ouvido interno, dos pulmões, do coração e do sistema digestivo, apesar dos baixos níveis dos hormônios da tireóide no início da vida intrauterina.⁷

Fisiologia da Tireóide

A tireóide é uma das maiores glândulas endócrinas, normalmente pesando de 15 a 20 gramas em adultos. Essa glândula secreta dois hormônios principais, a triiodotironina e a tiroxina, habitualmente conhecidos como T3 e T4, ambos responsáveis por aumentar a taxa metabólica do organismo. As funções desses hormônios são qualitativamente iguais, mas diferem na velocidade e intensidade de ação. A secreção tireoidiana é controlada principalmente pelo *hormônio estimulante da Tireóide* (TSH), secretado pela hipófise anterior. A ausência completa dessa secreção tireoidiana geralmente faz com que a taxa metabólica caia para 40% a 50% do normal. Essa ausência ou diminuição podem ser causadas pelo hipotireoidismo, patologia associada à tireóide, bem como seu aumento pode estar associado à outra patologia, o hipertireoidismo. Ambas têm, provavelmente, origem no mesmo mecanismo: a autoimunidade contra a tireóide. No caso do hipotireoidismo, essa "tireoidite" autoimune destrói a glândula, causando deterioração progressiva e, por fim, fibrose.²

Histologicamente, essa glândula é composta por um grande número de folículos fechados, no interior dos quais há o colóide (substância secretora gelatinosa), constituído principalmente pela proteína tireoglobulina, grande glicoproteína que possui cerca de 70 aminoácidos tirosina, que são os principais substratos a se combinarem com o iodo para formar os hormônios tireoidianos.^{2,8} Os hormônios T3 e T4 formam parte da molécula de tireoglobulina durante a síntese dos hormônios tireoidianos até mesmo enquanto estão armazenados no colóide folicular.²

É sabido que o iodo é o elemento indispensável para a síntese dos hormônios tireoidianos, únicas substâncias do nosso organismo que contêm esse íon na sua configuração. Para formar uma quantidade normal de tiroxina, é necessária a ingestão de cerca de 50 miligramas de iodo na forma de iodeto por ano, ou cerca de 1 mg/semana², e, para tanto, as fontes de iodo na alimentação são o pão, o sal iodado e os laticínios.⁹

O iodo inorgânico presente na circulação é seletivamente removido do sangue circulante pelas células da tireóide e é levado

para o interior do folículo tireoidiano (a taxa de captação do iodeto pela glândula tireóide é influenciada por diversos fatores, dos quais o mais importante é o TSH), onde será orgânico, mediante transporte dependente de TSH e de um carreador, o *sodium iodide symporter* (NIS), presente na membrana da célula tireoidiana. Esse transporte de iodo inorgânico para o interior do folículo é influenciado pelas concentrações de iodo orgânico intrafolicular, cujo aumento diminui o transporte de iodeto. Além disso, alguns ânions como o perclorato e tiocianato podem inibir esse transporte.

A proteína pendrina, cujo gene é o PDS, também exerce ação no transporte do iodeto para dentro da célula. No interior celular, o iodeto é previamente oxidado por peroxidases acompanhadas de peróxido de hidrogênio (reação de iodinação), podendo essa reação ser inibida por tiocarbamidas e cianetos. Esse iodeto oxidado, então, liga-se aos aminoácidos tirosina da tireoglobulina num processo denominado *organificação da tireoglobulina*. Após a organificação, a tirosina permitirá a formação, primeiramente, das monoiodotirosinas (MIT), e, então, diiodotirosinas (DIT), já incorporadas à tireoglobulina (proteína presente na luz do folículo colóide). Esses hormônios vão agora se acoplar para dar lugar à formação dos dois principais hormônios tireoideanos: triiodotironina (T3) e tiroxina (T4). A tiroxina (T4) é o principal produto hormonal do acoplamento dos resíduos de iodotirosina. Já a triiodotironina (T3) é o resultado do acoplamento de uma molécula de MIT com uma de DIT. Em cada molécula de tireoglobulina é formada de três a quatro moléculas de T4, e, normalmente, a glândula tireóide sintetiza muito mais T4 do que T3, sendo a relação de 15:1 na tireoglobulina normal.^{2,8,9} Em casos de hipotireoidismo, podem existir anormalidades no sistema enzimático necessário para a formação dos hormônios, como deficiências nos mecanismos de captação de iodeto, no sistema de peroxidases e na conjugação de tirosinas isoladas na molécula de tireoglobulina, culminando para a não formação do produto hormonal tireoidiano.²

Os hormônios tireoidianos (HT) são liberados da tireoglobulina mediante a ação de proteases lisossomais intrafoliculares. A tireoglobulina é primeiramente clivada,

formando T3 e T4, e esses hormônios livres, então, difundem-se através da base da célula tireoidiana para os capilares adjacentes. Em decorrência de um estímulo desencadeado pelo TSH, gotas de colóide são formadas na superfície apical da célula folicular por mecanismo de endocitose, quando então os lisossomos liberam enzimas proteolíticas que vão liberar os HT. Apenas quando a célula tireoidiana estiver lesada, haverá uma quantidade apreciável de tireoglobulina na circulação. O excesso de iodeto inibe a liberação dos HT.^{2,8,9}

O hipotireoidismo congênito (HC) associado ao desenvolvimento da tireóide

O HC é uma doença que afeta, em regiões iodo-suficientes, cerca de 1:3000 a 1:4000 recém-nascidos, sendo considerada a principal causa de retardo mental¹⁰ e desordem relacionada ao sistema endócrino mais comum entre os neonatos.¹¹ A doença é o resultado da deficiência da produção dos hormônios tireoidianos, essenciais na organogênese do sistema nervoso central até os dois anos de vida, quando atuam estimulando o crescimento dos dendritos e axônios, além de auxiliarem para a formação do córtex cerebral anterior, hipocampo, cerebelo e córtex auditivo.¹² Somado a isso, é constatada a influência dos hormônios tireoidianos no desenvolvimento do sistema cardiovascular, haja vista os portadores de HC apresentarem também problemas cardíacos congênitos.¹¹

O paciente portador do HC deve ser tratado como uma urgência pediátrica, pois, caso não receba o tratamento oportuno, consequências graves poderão ocorrer. Dessa forma, o diagnóstico precoce e o tratamento são essenciais para o desenvolvimento intelectual dos portadores dessa síndrome.¹³

O tratamento tardio e/ou alteração hormonal mais grave em portadores de HC culminam em déficits cognitivos e motores. Assim, com o desenvolvimento neuropsicomotor modificado, é possível ocorrer lacunas nas áreas perceptivas, cognitivas, linguísticas, sociais e de autocuidados. Ainda são observados atraso de linguagem, modificações nas articulações, alterações fonológicas, morfofossintáticas, de compreensão, vocabulário reduzido e dificuldade para nomeação.¹⁴

No tocante à etiologia, o HC neonatal pode ser classificado em permanente ou transitório. O HC permanente pode, ainda, ser subclassificado como primário (principalmente por disgenesia tireóidea), secundário ou terciário (ambos devido à resistência periférica ao hormônio tireóideo).³

Aproximadamente em 85% dos casos, o HC neonatal é resultado de disgenesias tireoidianas (defeitos na formação glandular durante a embriogênese¹⁰, sejam elas, ectopias, hipogenesias ou agenésias, mas é válido ressaltar, também, as causas secundárias e terciárias do HC, as quais são consequências diretas de modificações hipofisárias e hipotalâmicas.¹² Alterações em fatores de transcrição decorrentes de mutações durante a embriogênese da tireóide (como o TTF-1, o TTF-2 e o PAX-8) são os responsáveis pela disgenesia tireóidea.³

Já no HC transitório, cujas causas são mais raras¹ (ocasionado por fatores como deficiência de iodo e o uso materno de drogas antitireóideas), ocorre uma deficiência temporária do hormônio da tireóide, descoberto também no nascimento. Entretanto, posteriormente, a glândula pode retornar aos níveis de produção normais dos hormônios.¹⁵

De acordo com a Portaria nº 56 do Ministério da Saúde, de 23 de abril de 2010, no Brasil, a incidência relatada de HC é de aproximadamente 1 caso para cada 2.500 nascidos-vivos. É através do Programa Nacional de Triagem Neonatal (cujo objetivo é estabelecer o diagnóstico e iniciar o tratamento de forma precoce para que as sequelas sejam evitadas)¹², desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que é realizado a detecção do hipotireoidismo congênito por meio da dosagem do TSH sérico em papel filtro. A importância do programa se justifica, uma vez que, quando não diagnosticadas e tratadas precocemente, crianças com hipotireoidismo congênito apresentam desenvolvimento mental e crescimento seriamente afetados, podendo ser irreversível o comprometimento da capacidade intelectual.¹⁶

É bastante difícil o diagnóstico clínico de HC em recém-nascido, haja vista que a grande maioria dos pacientes aparenta ser normal ao nascimento, e somente a partir dos três meses de idade é que a sinto-

matologia torna-se evidente, com os danos neurológicos estabelecidos.¹¹ Para identificar a etiologia do hipotireoidismo, é indicada a realização de exames de ultrassonografia ou cintilografia da tireóide.¹⁶

A detecção precoce do HC combinada com a reposição de LevoTiroxina leva a uma normal ou aproximadamente normal evolução cognitiva. Existem evidências de que os hormônios tireoidianos maternos que cruzam a barreira placentária são importantes para o desenvolvimento do cérebro mesmo antes da produção dos hormônios tireoidianos fetais, que começam a ser produzidos na 20ª semana de gestação. Assim, se existe um papel significativo para o hormônio da tireóide no desenvolvimento do cérebro fetal antes de 20 semanas de gestação, é provavelmente de origem materna. Com o nascimento, a contribuição dos hormônios provindos da mãe desaparece entre as 2ª e 3ª semanas de vida. Assim, torna-se essencial a detecção do HC logo após o nascimento, iniciando o tratamento dentro do prazo estipulado. Além disso, é fundamental elevar os níveis de T4 o mais rápido possível, objetivando minimizar o tempo em que o cérebro é exposto ao hipotireoidismo, daí a importância da administração de LevoTiroxina nos portadores de HC.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido estudo evidencia a importância de conhecimentos e conceitos básicos relativos, especialmente, ao desenvolvimento e funcionamento da tireóide, fazendo uma associação desse conhecimento a uma das doenças mais frequentes entre os neonatos, o HC. É valorizada ainda a importância da detecção precoce do HC como resultado da má formação da tireóide, com a finalidade de se minimizar possíveis danos (como os neurológicos) nos portadores de HC, através de medidas intervencionistas (por exemplo, através da reposição de LevoTiroxina).

Adicionalmente, a possibilidade do diálogo entre as distintas áreas do saber faz permitir que laços entre as ciências sejam criados, de modo que o processo ensino-aprendizagem, não somente na área de saúde, seja favorecido. Diante do contexto, é válido ressaltar a importância das ciências básicas da saúde (anatomia, fisiologia, embriologia, etc.) para o entendimento, sob a luz da interdisciplinaridade, de conceitos de outras ciências mais complexas, como a patologia, de modo a ficar clara, no presente trabalho, a importância de como o entendimento acerca da embriogênese e fisiologia das glândulas tireóide pode estar relacionado ao desenvolvimento de inúmeras doenças como o HC.

CONGENITAL HYPOTHYROIDISM: ADDRESSING ITS EXPRESSION FROM MORPHOFUNCTIONAL PRINCIPLES

ABSTRACT

This study aimed to associate the embryonic development and physiology of the thyroid gland with the manifestation of congenital hypothyroidism, and thereby, contribute interdisciplinary among basic sciences and advanced medical and health sciences. It is an article of non-systematic review, constructed from the analysis of papers indexed in the database PUBMED, Scielo and CAPES, beyond textbooks of embryology, histology, physiology and endocrinology. The understanding of the formation of the endocrine glands is essential for the understanding of disorders resulting from malformations in these structures. The thyroid gland is the first to develop in the embryo, beginning at 24 days post-fertilization, and the study found that 85% of cases of congenital hypothyroidism are due to changes in this gland embryogenesis. Given the importance of thyroid hormones for the development of some body systems, the congenital hypothyroidism may, for example, lead to neuronal deficits or cardiovascular disease. In addition, highlights the importance of interdisciplinarity in the sciences of health, enhancing the understanding of embryology and physiology of the endocrine glands by students medicine and related areas, as many answers to clinical manifestations can be found in this locus epistemological.

Keywords: Embryonic Development. Endocrine Glands. Congenital Hypothyroidism.

REFERÊNCIAS

1. Greenspan FS, Strewler GJ. *Endocrinologia Básica & Clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
2. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ed; 2006.
3. Knobel M, Nogueira CR, Medeiros-Neto G. Genética molecular do hipotireoidismo congênito. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001;45(1): 24-31.
4. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5): 901-911.
5. Dângelo JG, Fattini CA. *Anatomia humana básica*. São Paulo: Atheneu, 2002.
6. Moore KL, Persaud TVN. *Embriologia Clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
7. Araújo MCK, Silva MHBN, Diniz EMA, Vaz FAC. A tireóide no feto e no recém-nascido: peculiaridades funcionais e principais doenças tireoidianas. *Pediatria (São Paulo)*. 2003;25(1/2):51-60.
8. Junqueira LC, Carneiro J. *Histologia Básica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
9. Setian N. Hipotireoidismo na criança: diagnóstico e tratamento. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(5):209-216.
10. Perone D, Teixeira SS, Clara AS, Santos DC, Nogueira CR. Aspectos genéticos do hipotireoidismo congênito. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2004;48(1): 62-69.
11. Fagmana H, Nilssonb M. Morphogenesis of the thyroid gland. *Mol Cell Endocrinol*. 2010; 323(1):35-54.
12. Benevides AM, Lima CHV, Rocha CA, Corrêa ARR, Husny AS, Fernandes Caldato MCF. Perfil epidemiológico de portadores de hipotireoidismo congênito. *Rev. Para Med*. 2006;20(3): 23-26.
13. Pezzuti IL, Lima PP, Dias VMA. Hipotireoidismo congênito: perfil clínico dos recém-nascidos identificados pelo Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(1): 72-79.
14. Gejão MG, Lamônica DAC. Habilidades do desenvolvimento em crianças com hipotireoidismo congênito: enfoque na comunicação. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2008; 20(1): 25-30.
15. Rastogi MV; LaFranchi SH. Congenital Hypotireodism. *Orphanet J Rare Dis*. 2010;5:17.
16. Dora JM, Maia AL, Krug BC, Amara KM. Hipotireoidismo Congênito. In: Picon PD, Gadelha MIP, Beltrame Alberto, organizadores. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 395-408.
17. LaFranchi SH, Austin J. How Should We Be Treating Children with Congenital Hypothyroidism? *Jpediatr endocrinol metab*. 2007; 20(1): 559-578.

Artigo de Revisão

O USO DA ULTRASSONOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DE NÓDULOS TIREOIDIANOS

Cláudio Emmanuel G. da Silva Filho¹
Michelle Garcia Ximenes Quintans¹
Laís Julyanna Jordão Silva dos Santos¹
Rafael Eugênio Lazarotto¹
Felipe Brandão dos Santos Oliveira²

RESUMO

Os nódulos tireoidianos (NT) são lesões frequentes na população em geral, com uma prevalência de até 67%. O diagnóstico aumenta com a utilização da ultrassonografia (USG) devido a ser um método simples, não invasivo e por ter uma alta sensibilidade em detectar alterações estruturais da glândula tireoide, torna-se um exame muito utilizado na avaliação inicial e no seguimento de lesões nodulares da tireoide. O respectivo trabalho trata de uma revisão sistemática da literatura sobre NT e a utilização da USG para diagnóstico e seguimento. O NT é clinicamente encontrado em até 10% da população, quando se utiliza a ultrassonografia como ferramenta, este número eleva-se exponencialmente podendo chegar a até 67%. Para melhor caracterizar o achado, dispõe-se de uma classificação ultrassonográfica utilizada para avaliação destes NT, sendo observado o conteúdo, o tamanho, a ecogenicidade, os contornos, fluxo sanguíneo, halo periférico hipoeoico e existência de microcalcificações, tornando-se uma ferramenta de importante valia, quando solicitado para avaliação da imagem tireoidiana. Demonstra-se a evidente relevância do exame como auxílio no diagnóstico e seguimento dos NT, existindo achados muito característicos de lesões benignas, como também de lesões malignas. Na maioria dos casos, os achados possuem uma alta especificidade, mas baixa sensibilidade, o que demonstra a importância da associação das características apresentadas pelo NT. Os achados mais específicos de malignidade são as microcalcificações e a presença de bordas irregulares, enquanto que a alteração mais sugestiva de benignidade é ter uma constituição cística. Assim, certificou-se que a USG é um ótimo método de acompanhamento para os nódulos malignos, pois se trata do exame mais particularizado para avaliar a presença de nódulos tireoidianos, além de ser importante na detecção de outras metástases cervicais. O acompanhamento dos nódulos benignos é feito pela possibilidade de conversão em uma lesão maligna, que ocorre em cerca de 5% dos casos.

Palavras-chave: Nódulos da Glândula Tireoide. Ultrassonografia. Diagnóstico por imagem.

INTRODUÇÃO

A presença dos nódulos de tireoide (NT) é uma condição muito frequente, estimando-se que até 10% da população adulta apresente nódulos palpáveis, no entanto, apenas 10% são considerados malignos. A avaliação dos nódulos tem como objetivo determinar quais pacientes tem um determinado risco de malignidade para que seja realizado tratamento adequado¹⁻².

A ultrassonografia (USG) apresenta alta sensibilidade em detectar alterações estruturais na tireoide, sendo considerado um ótimo método no rastreamento e seguimento dos nódulos tireoidianos³. Diversas características são descritas ao exame ultrassonográfico, não existindo

¹ Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Av: Max Zagei, 708, Camboinha I – Cabedelo – PB, Cep: 58310-000 Tel.: (83) 8825-1340. E-mail: cegsilvafilho@gmail.com.

² Professor Doutor da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÉ/PB.

nenhuma que, de maneira isolada, consiga determinar se um nódulo é maligno ou benigno. No entanto, diversos estudos³⁻⁹ têm mostrado que a associação de algumas características tem valor preditivo para positividade e negatividade de nódulos benignos e malignos. Portanto, este estudo tem o objetivo de avaliar quais são as características mais relacionadas com benignidade e malignidade, além de avaliar a importância da USG no seguimento dos nódulos de tireoide.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo representa uma pesquisa de revisão literária, onde foram utilizadas fontes como artigos de periódicos, revistas especializadas, livros, teses e bases de dados *on line*, realizado entre os meses maio e setembro de 2011. Para isso, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: USG, tireoide, diagnóstico, seguimento e nódulos. Após levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploratória do material encontrado. Com isso, pôde-se obter uma visão global do conteúdo do material, considerando-o primordial ou não à pesquisa. Ao final, foram delimitados os textos a serem interpretados, bem como realizadas a análise e a síntese integrativa para estabelecer relação aberta com o texto, permitindo que ele se revelasse em suas intenções.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso da USG possibilitou o aumento do número de NT diagnosticados. Isso ocorre por se tratar de um exame que possibilita uma ótima visualização da anatomia glandular³. A avaliação da tireoide pelo exame físico evidencia até 10% dos nódulos na população em geral e, quando utilizada a USG, este número pode chegar a até 67%^{2-3, 10-11}.

Os nódulos são avaliados em diversos aspectos, existindo um consenso relativo na literatura, onde é visto que os principais parâmetros que devem ser avaliados pela

USG são: ecogenicidade (hipo, iso ou hiper), calcificação (ausentes, macro ou micro), halo hipoecogênico (presente ou ausente), conteúdo (sólido, misto ou cístico), vascularização (central ou periférica), maior diâmetro nodular, tamanho/crescimento e contorno (regular ou irregular)^{2-3, 10, 12-15}.

A tabela 1 apresenta as principais características de malignidade e benignidade, descritas por alguns autores especialistas da área, no entanto, não existe nenhum sinal patognomônico de benigno ou maligno, o que deve ser feito é a associação de vários fatores¹². Na tabela também se observa que os principais achados de malignidade são a hipoecogenicidade, presença de microcalcificações, bordas irregulares, fluxo sanguíneo central, conteúdo sólido e ausência de halo hipoecoico periférico. Quando temos a ausência destes fatores, os NTs são considerados benignos a USG.

Tomimori *et al* classificam os nódulos tireoidianos em quatro graus, cuja classificação se encontra na tabela 2, onde os graus I e II foram determinados como provavelmente benigno, III indeterminado e o grau IV, são provavelmente malignos¹⁶. Em estudo mais recente, publicado por Camargo e Tomimori (2007), foram avaliados 2.468 pacientes portadores de NT, quando estes foram classificados como benignos, houve confirmação pelo exame citológico em 96,6% dos casos. No grau III, o exame citológico confirmou o achado indeterminado em apenas 21,3%, a citologia foi suspeita de malignidade em 13,8% e em 6,7% foram malignos, quando a USG mostrou um nódulo com característica de malignidade. A citologia confirmou este achado em quase 60%, suspeita em 13% e indeterminada em 4,6%. Com relação à vascularização, foi visto que a grande maioria dos nódulos malignos apresentava vascularização central, no entanto, uma quantidade não desprezível de nódulos benignos também apresentava o mesmo achado.^{3,9} Determinando que, quando os NT não são sólidos (predominantemente), não possuem contornos irregulares, microcalcificações, mas possuem halo hipoecoico, em sua grande maioria são benignos.

Tabela I – Benignidade X Malignidade

Autor	Benignidade	Malignidade
Maia et al. ⁵	Outros achados que não os de malignidade.	Hipoecogenicidade, microcalcificações, bordas irregulares e fluxo central
Mazzuco et al. ¹⁰	Hiper, isso ou anecogenicidade; císticos; halo fino; margem regular; ausência de calcificações ou macrocalcificações.	Hipoecogenicidade; sólidos; halo espesso ou ausente; margem irregular e microcalcificações
Moon et al. ¹³	Ausência de achados de malignidade	Margem irregular, hipoecogenicidade, micro ou macrocalcificações.
Pitoia et al. ¹	Ausência de achados de malignidade	Aparência cística, microcalcificações, ausência do halo e ausência de vascularização periférica.
Peccin et al. ¹⁴	Ausência de achados de malignidade.	Conteúdo sólido, hipoecogênico, margem irregular, microcalcificações, halo periférico ausente e vascularização central.
Tomimori et al. ¹²	Iso ou hiperecogenicidade, margem regular, halo hipoecóico periférico.	Hipoecogenicidade, contorno irregular, halo hipoecóico periférico ausente e microcalcificações.

Moon *et al*, avaliando 507 pacientes, obteve concordância de benignidade na citologia em 96,8% dos pacientes que apresentavam achados ultrassonográficos de benignidade (n=415). Já os nódulos com suspeita de malignidade (n=92) foram confirmados pela citologia em 79,3%, concluindo que a USG tem sensibilidade de 84,4%, especificidade de 95,5% e valor preditivo positivo e negativo, respectivamente, de 96,9% e 79,3%¹³.

Faria e Casulari avaliaram a importância da vascularização vista ao *Doppler* como fator indicador de malignidade. Como resultado, foi visto que a maioria dos nódulos malignos apresenta vascularização central e a maioria dos nódulos benignos tem vascularização periférica, no entanto, uma quantidade significativa de nódulos ma-

lignos e benignos apresenta, respectivamente, vascularização periférica e central.²

Na revisão literária realizada por Yeung, os achados mais específicos de malignidade são as calcificações e a constituição dos nódulos. Quando houve presença de microcalcificações, ocorreu uma especificidade em torno de 95%, com relação à constituição, os nódulos císticos são malignos em cerca de 6%, contra 87%, quando são sólidos. Também foi determinado que o fluxo central e a hipoecogenicidade não são alterações características dos nódulos malignos⁴, mostrando assim que as microcalcificações são lesões características de lesões malignas e as apresentações predominantemente císticas são achados altamente sugestivos de NT benigno.

Em consenso publicado recentemente,

Tabela 2 – Classificação ultrassonográfica dos nódulos tireoidianos

Grau I	Nódulo anecoico, arredondado compatível com cisto.
Grau II	Nódulos de textura mista e imagens nodulares sólidas iso ou hiperecoicas, associadas ou não de calcificações, componente líquido e com o restante do parênquima de textura heterogênea, são compatíveis com bócio colóide adenomatoso; nódulo isoecoico, de textura homogênea, com halo hipoeicoico periférico em tireoide de volume e ecogenicidade normais é sugestivo de adenoma folicular.
Grau III	Nódulo sólido hipoeicoico, de contorno regular e cístico com componente sólido no seu interior, são considerados duvidosos e podem corresponder a neoplasias.
Grau IV	Nódulo sólido hipoeicoico de contorno impreciso e com microcalcificações, é considerado suspeito de malignidade e sugestivo de câncer de tireoide.

no *Korean Journal of Radiology* (2011), por Moon *et al.*, foi recomendado que os nódulos que apresentam crescimento rápido são possivelmente malignos, no entanto, não existe um valor definido de qual seja a taxa de crescimento. Com relação ao conteúdo, os nódulos císticos são malignos em apenas 5% dos casos, enquanto que os sólidos têm tendência à malignização. Quando os

nódulos apresentam microcistos separados por septos com interior isoecogênico, a especificidade para benignidade chega a 100%. Outras características também são importantes para a determinação de malignidade, como é visto na tabela 3, além dos achados de benignidade¹⁵. Tendo visto que não existe uma apresentação que esteja presente em todos ou na grande maioria dos

Tabela - 3 Achados ultrassonográficos de malignidade

Característica	Sensibilidade	Especificidade
Diâmetro antero-posterior > transversal	40%	91%
Margem espiculada	48%	92%
Hipoeogenicidade	41%	92%
Microcalcificação	44%	91%
Achados ultrassonográficos de benignidade		
Isoecogenicidade	57%	88%
Aparência esponjiforme (múltiplas lesões císticas maiores que 50%)	10%	100%

nódulos, pois, apesar dos achados malignos e benignos serem altamente específicos de suas respectivas condições, eles não estão presentes em todos os NT. Quando as características são avaliadas isoladamente, existe uma taxa que varia de 4% a 9% de nódulos benignos com tais características, sendo importante a associação entre todos os achados ultrassonográficos.

Maia *et al.* avaliaram 143 pacientes com NT, comparando os achados ultrassonográficos com a histologia benigna ou maligna (tabela 4)⁵. Confirmando o que foi descrito por Moon *et al.*¹⁵, é visto que nenhum achado, isoladamente, pode determinar se um NT é benigno ou maligno. No entanto, quando são associados vários fatores, a especificidade aumenta, embora a especificidade dos achados isolados de cada característica se mostrou menor neste trabalho. Maia *et al.*, mostram ainda que as características mais específicas de malignidade são: a presença de bordas irregulares e microcalcificações⁵.

Confirmando a maioria dos estudos descritos anteriormente, Cappelli *et al.*, em estudo retrospectivo, avaliaram 4495 pacientes com 6135 NT, analisando os possíveis achados ultrassonográficos que estão relacionados com malignidade, mostram que as microcalcificações e as bordas irre-

gulares são as lesões mais específicas. Isoladamente, foi visto que as microcalcificações possuem sensibilidade e especificidade de 72% e 71% respectivamente, tamanho maior que 10mm (77% e 35%), hipocogenicidade (81% e 47%), margens irregulares (52% e 81%) e diâmetro antero-posterior maior que o transversal (76% e 60%). Quando o diâmetro antero-posterior é maior que o transversal, é associado à hipocogenicidade, margens irregulares ou calcificações, tem-se uma sensibilidade de 99% e especificidade de 57%, respectivamente⁸.

Além de ser utilizada como exame diagnóstico dos NT, a USG é também utilizada como método de seguimento. Com relação aos carcinomas diferenciados, este se faz importante, pois possibilita a detecção precoce das metástases linfonodais, além de visualizar metástases cervicais, principalmente quando estas não são captantes de Iodo-131, pois a maioria das metástases tireoidianas capta tal radiofarmaco¹⁷⁻¹⁸.

Os NT que são considerados benignos, em até 5% dos casos, podem obter um resultado falso-negativo, de modo que o seguimento destes sempre se faz importante, pois se o NT crescer rapidamente ou apresentar qualquer característica nova, a biopsia deve ser repetida. Com relação aos nódulos malignos, a presença de metástases

Tabela 4 – Parâmetros ultrassonográficos X Benignidade e Malignidade

	Benignidade	Malignidade	P
Fluxo periférico	45%	20%	0.001
Fluxo interno	21%	56%	0.001
Tamanho < 2cm	73.5%	46%	0.001
Hiperecogenicidade	36.6%	13.3%	0.001
Hipocogenicidade	42.3%	71.5%	0.003
Bordas irregulares	17.8%	75.5%	0.001
Macrocalcificações	17.6%	9,09%	0.06
Microcalcificações	14.1%	45.5%	0.001

P<0,05

linfáticas cervicais pode ser de até 90%⁴, sendo o exame, de maneira isolada, é o mais sensível para avaliar o comprometimento regional linfonodal das metástases tireoidianas, tendo sua sensibilidade aumentada quando associada à dosagem de tireoglobulina. Este exame também se mostra eficaz na avaliação de restos de tecido tireoidiano, logo após a tireoidectomia^{3, 19-21}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A USG se mostra altamente eficiente na avaliação morfológica interna e externa da glândula tireóide, podendo assim avaliar de maneira adequada os NT. Diversos achados são descritos como malignos (microcalcificações, ausência de halo hipoeicoico, sólidos, bordas irregulares, diâmetro antero-posterior > transversal e fluxo central). Porém, de todos os que possuem maior especificidade, são as microcalcificações e a presença de bordas irregulares, no entanto, pelo fato destas lesões também estarem

presentes em NT benignos e ocorrerem em cerca de metade dos nódulos malignos. Mais importante que avaliar a presença destas, é associar os achados apresentados pela USG, de modo que, quanto mais achados malignos, maior será a probabilidade deste ser um NT maligno. Apesar de ser um ótimo exame para ser utilizado como preditivo de malignidade ou benignidade, sempre deve ser feito a punção com agulha fina em caso de suspeita de malignidade.

Com relação ao seguimento dos NT, este exame se faz importante tanto para os nódulos malignos e benignos. Com relação ao NT malignos, a USG é um exame particularizado para avaliar o acometimento linfonodal, além de visualizar metástases cervicais nos casos de lesões não captantes de iodo radioativo e também porque, no pós-operatório das tireoidectomias, é possível avaliar a presença de restos glandulares. Já nos casos dos NT benignos, o acompanhamento com USG é feito, pois existe uma taxa de malignização da lesão, que está em torno de 5%.

USE OF ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP OF THYROID NODULES

ABSTRACT

Thyroid nodules (TN) injuries are very common in the general population and may present in up to 67%. The diagnosis increases with the use of ultrasonography (US) and because it is a simple, noninvasive and has high sensibility in detecting structural abnormalities of the thyroid gland, making it a test widely used in the initial assessment and following thyroid nodular lesions. Its work is a systematic review of literature on TN and use of US for diagnosis and follow-up. The TN is clinically found in up to 10% of the population, when using ultrasound as a tool, this number rises exponentially reaching up to 67%, and to better characterize this finding, one has to sort of sonographics assessment of TN, observing the content, size, echogenicity, borders, blood flow, peripheral hypoechoic halo and the presence of micro calcifications, making it an important tool to help when asked to evaluate the thyroid image. Demonstrates clear relevance to the examination as an aid in the diagnosis and monitoring of TN, there are very characteristic findings of benign, but malignant lesions. In most cases, the findings have a high specificity but low sensitivity, which demonstrates the importance of the association of the characteristics presented by the TN, to determine whether it has a suspected nodule is malignant or benign. The more specific findings of malignancy are the presence of micro calcifications and irregular borders, while the change is more suggestive of benign cystic have a constitution. So, make sure that the US is a great method of monitoring for the malignant nodules, because it is more particularized examination to assess the presence of thyroid nodules, besides being important in detecting cervical metastases other. The follow-up of benign nodules is done by the possibility of conversion into a malignant lesion, which occurs in about 5% of cases.

Keywords: Thyroid nodules. Ultrasonography. Diagnostic imaging.

REFERÊNCIAS

1. Pitoia F, Ward L, Wohllk N, et al. Recommendations of the Latin American Thyroid Society on diagnosis and management of differentiated thyroid cancer. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2009;53:884-7.
2. Faria MA, Casulari LA. [Comparison of color Doppler-evaluated thyroid nodule classifications as described by Lagalla and Chammas]. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2009;53:811-7.
3. Camargo RY, Tomimori EK. [Usefulness of ultrasound in the diagnosis and management of well-differentiated thyroid carcinoma]. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2007;51:783-92.
4. Yeung MJ, Serpell JW. Management of the solitary thyroid nodule. *Oncologist* 2008;13:105-12.
5. Maia FF, Matos PS, Silva BP, et al. Role of ultrasound, clinical and scintigraphic parameters to predict malignancy in thyroid nodule. *Head Neck Oncol* 2011;3:17.
6. Ito Y, Amino N, Miyauchi A. Thyroid ultrasonography. *World J Surg* 2010;34:1171-80.
7. Hong YJ, Son EJ, Kim EK, Kwak JY, Hong SW, Chang HS. Positive predictive values of sonographic features of solid thyroid nodule. *Clin Imaging* 2010;34:127-33.
8. Cappelli C, Castellano M, Pirola I, et al. Thyroid nodule shape suggests malignancy. *Eur J Endocrinol* 2006;155:27-31.
9. Camargo RY, Tomimori EK, Knobel M, Medeiros-Neto G. Preoperative assessment of thyroid nodules: role of ultrasonography and fine needle aspiration biopsy followed by cytology. *Clinics (Sao Paulo)* 2007;62:411-8.
10. Tania L. Mazzuco MEBSC, Marisa Helena C. Coral, Ivo S. Garzel Junior, Horacio S. Chikota. Incidentalomas de Tireoide: Comparação dos Achados Ultra-Sonográficos Com o Diagnostico Citopatologica. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2001;43.
11. Langer JE, Agarwal R, Zhuang H, Huang SS, Mandel SJ. Recommendations for Thyroid Nodule Fine Needle Aspiration Should Not be Based on I-123 Scan Without Sonographic Confirmation. *Endocr Pract* 2011;1:27.
12. Tomimori EK, Bisi H, Medeiros-Neto G, Camargo RY. [Ultrasonographic evaluation of thyroid nodules: comparison with cytologic and histologic diagnosis]. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2004;48:105-13.
13. Moon HG, Jung EJ, Park ST, et al. Role of ultrasonography in predicting malignancy in patients with thyroid nodules. *World J Surg* 2007;31:1410-6.
14. Peccin S, Furlanetto TW, Castro JA, Furtado AP, Brasil BA, Czepielewski MA. [Cancer in thyroid nodules: evaluation of ultrasound and fine-needle aspiration biopsy]. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49:145-9.
15. Moon WJ, Baek JH, Jung SL, et al. Ultrasonography and the ultrasound-based management of thyroid nodules: consensus statement and recommendations. *Korean J Radiol* 2011;12:1-14.
16. Camargo RYA, Tomimori, E.K. Diagnostico dos Nodulos Tireoidianos Baseado na Avaliação Ultra-sonográfica e Citologia Combinada. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 1998;42.
17. Ward LS, Marrone M, Camargo RY, et al. [Low-risk differentiated thyroid carcinoma—literature review and management guidelines]. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2006;50:550-7.
18. Rosario PW, Tavares Junior WC, Biscolla RP, Purisch S, Maciel RM. [Usefulness of neck ultrasonography in the follow-up of patients with differentiated thyroid cancer]. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2007;51:593-600.
19. Wu LM, Gu HY, Qu XH, et al. The accuracy of ultrasonography in the preoperative diagnosis of cervical lymph node metastasis in patients with papillary thyroid carcinoma: A meta-analysis. *Eur J Radiol* 2011.
20. Stulak JM, Grant CS, Farley DR, et al. Value of preoperative ultrasonography in the surgical management of initial and reoperative papillary thyroid cancer. *Arch Surg* 2006;141:489-94; discussion 94-6.

21. Maia AL, Ward, L.S., Carvalho, G.A., Graf, H., Maciel. M.B.M., Maciel, L.M.Z., Rosario, P.W., Vaisman, M. Nodulos de tireoide e cancer diferenciado de tireoide: Consenso brasileiro. Arq Bras Endocrinol Metabol 2007;51.

Artigo de Revisão

LIRAGLUTIDE: SUCESSO NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MONOTERAPIA E ASSOCIAÇÕES – REVISÃO SISTEMÁTICA

George Robson Ibiapina¹

Lúcio Vilar¹

Tiago Martins Formiga²

Nelson Pereira de Carvalho Filho²

Charles Saraiva Gadelha³

RESUMO

O liraglutide é uma substância análoga do hormônio humano Glucagon-like peptide 1 (GLP-1) desenvolvida para o tratamento do diabetes mellitus, uma das doenças mais prevalentes no mundo e que pode levar a grande incapacitação em consequência de suas comorbidades nas pessoas que a desenvolvem. Esta revisão sistemática, com o objetivo de revisar a literatura a cerca da eficácia do liraglutide no tratamento do diabetes mellitus, foi realizada através de pesquisa nas bibliotecas médicas digitais: MEDLINE e PUBMED. O liraglutide induz uma secreção de insulina glicose-dependente e pode ser usada em monoterapia ou associada a outros agentes terapêuticos como sulfoniluréias, metformina, tiazolidinedionas, insulina entre outras. Este agente terapêutico não apresentou complicações sérias em sua aplicação além de desconforto gastrointestinal em uma minoria de pacientes, nem necessitou de ajustes na dosagem em pacientes nefropatas leves e hepatopatas. Observou-se que pacientes em uso desta droga podem, além de melhorar parâmetros glicêmicos, apresentar, também, perda de peso e diminuição da pressão arterial. Seus principais efeitos adversos foram náuseas, responsáveis por um mínimo de abandono. Este artigo procura apresentar o que há de mais atual sobre o liraglutide e comparar o seu desempenho com as drogas que atualmente são consideradas como primeira linha no tratamento do diabetes mellitus.

Palavras-chave: Liraglutide. Análogo do GLP- 1. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

O GLP-1 é um hormônio liberado pelas células L enteroendócrinas intestinais. Seus efeitos são potencialmente muito benéficos para a terapia do diabetes mellitus tipo 2^{1,2,3}. O surgimento de análogos desse hormônio, com menor degradação enzimática e melhor biodisponibilidade, vem se mostrando uma boa opção terapêutica para essa doença responsável por alto índice de morbimortalidade^{2, 4}. O liraglutide, medicamento que possui 97% de homologia com o hormônio endógeno e uma estrutura que suporta administração uma vez ao dia^{1,5,6}, pode ser um grande aliado dos clínicos no manuseio dessa pandemia crescente na atualidade. Estudos randomizados realizados em diversas populações tentam demonstrar a eficácia e a segurança desta nova alternativa no tratamento do diabetes e quiçá, obesidade e hipertensão.

¹ Médico Endocrinologista. Serviço de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da UFPE, Recife-PE e Serviço de Clínica Médica do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, Santa Rita, PB. End.: Rua Antônio Rabelo Júnior, 70, apto. 903, Residencial Alisson Holanda, Miramar. João Pessoa-PB. CEP 58032-090. E-mail: robsonibiapina@hotmail.com.

² Graduando do curso de Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança.

³ Graduando do curso de Medicina na Universidade Federal da Paraíba.

Objetivo

Pretendemos com esse trabalho reunir dados de intervenções em diversos centros ao redor do mundo a fim de discutir a eficácia dessa nova droga, o análogo do GLP-1 Liraglutide, no tratamento do diabetes mellitus. Para isto, avaliamos os dados relacionados ao desempenho do Liraglutide em melhorar parâmetros como hemoglobina glicosilada (HA1c), glicemia plasmática, excesso de peso e indicadores cardiovasculares como a pressão arterial sistêmica; confrontando-os com os tratamentos já estabelecidos no mercado em termos de eficácia, segurança e perfil de tolerabilidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta revisão sistemática foi realizada através de pesquisa nas bibliotecas médicas digitais: MEDLINE e PUBMED. Utilizaram-se os descritores "Liraglutide", "human glucagon-like peptide-1 analogue" e "human GLP-1 analogue" na pesquisa bibliográfica. Artigos originais, publicados entre 2001 e 2011, que abordavam a eficácia do análogo do GLP-1 Liraglutide no tratamento da diabetes mellitus foram incluídos na revisão e seus dados discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Glucagon-like peptide 1 (GLP-1) é um hormônio incretínico secretado a partir de células L na parte inferior do intestino, que, na sua concentração fisiológica, estimula a secreção de insulina endógena glicose-dependente^{1,6}. GLP-1 também diminui os níveis de glucagon no sangue e reduz o esvaziamento gástrico e, conseqüentemente, a ingestão de calorias^{2,3,4}. Em modelos animais, o GLP-1 tem demonstrado a promoção do crescimento e resgate de células β ⁷. A combinação destes mecanismos faz do GLP-1 um potente agente na redução da glicose sanguínea. Este efeito é baseado na característica do GLP-1 de aumentar a secreção de insulina quando os níveis de glicose estão acima do normal no plasma^{8,9}, tornando, portanto, um potencial candidato para o tratamento do diabetes tipo 2^{3,9}.

O GLP-1 endógeno tem uma meia-vida

curta atribuível ao metabolismo rápido por dipeptidil peptidase-IV (DPP-IV)⁶. Dada curta meia-vida do GLP-1 endógeno, um análogo com uma meia-vida prolongada é necessário para realizar o pleno potencial terapêutico^{2,9}.

Liraglutide é um análogo do GLP-1 humano desenvolvido para o tratamento de diabetes tipo 2. Foi obtido através da derivação do GLP-1 humano com um ácido graxo, resultando em um composto com propriedades cinéticas adequadas para injeção uma vez por dia, esse mecanismo mais provável de lentificação é atribuível a absorção retardada no local da injeção subcutânea, a ligação à albumina e diminuição da suscetibilidade à degradação por DPP-IV. Estudos in vitro têm demonstrado que receptores de liraglutide parecem ser equipotentes aos endógenos do GLP-1. Portanto, esse agente foi desenvolvido para induzir a estimulação da secreção de insulina glicose dependente, sem efeito insulino-trópico em concentrações baixas de glicose no sangue de forma gradual e com baixo índice de degradação.

Para avaliar a eficácia e a segurança do liraglutide em relação ao placebo e associado à metformina e rosiglitazona, Zinman e cols. demonstraram superioridade do liraglutide em relação ao placebo tanto em diminuir a HA1c, glicemias de jejum, pós prandiais ($p < 0.001$) e peso (1-2 kg vs 0.6 placebo, $p < 0.0001$); também demonstraram que a combinação com as outras drogas foi bem tolerada.¹⁰

Em estudos de curto prazo (1-8 semanas de tratamento), liraglutide provou fornecer 24 horas controle glicêmico². Um trabalho multicêntrico, randomizado, realizado em 12 semanas, no final do ano 2000 e início de 2001, concluiu que dose única de liraglutide oferece controle glicêmico eficaz e não está associada a ganho de peso¹¹.

Em um ensaio publicado em agosto de 2004, 33 pacientes diabéticos tipo 2 foram selecionados para receberem 0.6 mg de liraglutide e placebo e observou-se uma melhora do controle glicêmico de jejum (liraglutide -1.9 mmol/l vs placebo 0.29; $p=0.002$), HA1c (liraglutide -0.33% vs placebo 0.47%; $p=0.028$) e sem relato de ganho de peso¹².

Um trabalho com placebo controlado

de liraglutide, realizado no Japão com 264 pacientes e IMC médio de 24.9, nas doses de 0,9 mg e 0,6 mg, detectou no final de 24 semanas uma queda na hemoglobina glicada (HA1c) de 1.56 e 1.46 respectivamente, com placebo apenas 0.4 ($p < 0,0001$)¹³. Em uma análise multicêntrica, publicada em 2011, realizada em três países com 929 pacientes com diabetes tipo 2 e liraglutide, observou-se que, usado nas doses de 0.6, 1.2 e 1.8 mg, houve uma diminuição da HA1c de 1.36%, 1.45% e 1.39%, respectivamente, e uma redução de peso de 1.8-2,4 kg². Outro estudo realizado nos EUA, comparando o uso de liraglutide com a glimepirida, mostrou haver uma maior diminuição nos níveis de hemoglobina glicada (HA1c) com o uso do primeiro. Na dose de 1.2 mg, o liraglutide demonstrou uma melhora de 0,84 % e, na dose de 1.8 mg, uma melhora de 1,14 % , enquanto que a glimepirida apenas 0,51%. Também foi demonstrada uma perda de peso média com o uso de liraglutide na dose de 1.2 mg de 2.05 kg e, na dose de 1.8 mg, a perda foi de 2.45 kg, enquanto a glimepirida levou a um ganho ponderal de 1.12 kg¹⁴.

Morrow e cols. através de um ensaio realizado com 33 pacientes evidenciou que o uso de liraglutide na dose de 1.8 mg, associado a insulina detemir possui efeito aditivo na redução da glicemia sem afetar a farmacocinética de outros agentes antidiabéticos orais, não exigindo, consequentemente, algoritmos para titulação das doses dos mesmos¹⁵. O programa LEADE (*Liraglutide Once Daily Compared With Exenatide Twice Daily*) produziu resultados encorajadores com reduções de HA1c de 1-1.5% e de glicose plasmática de jejum de 15-43 mg/dl; a perda de peso foi consistente ao longo do estudo, quando se usou o medicamento com a dose 1.8 mg em monoterapia, a perda de peso média foi 2.5 kg ao longo de 52 semanas e algum benefício cardiovascular foi observado com melhora dos índices de pressão arterial sistólica.⁵

O liraglutide em monoterapia ou associado à metformina proporcionou diminuição da massa e do percentual de tecido adiposo em obesos diabéticos superior a alcançada com glimepirida e metformina combinados.¹⁶ Em outro estudo publicado em 2010, o liraglutide em monoterapia foi comparado à glimepirida e os desfechos

foram observados depois de 2 anos de seguimento com superioridade do primeiro em todos os parâmetros e com potencial mínimo de hipoglicemias¹⁷.

Liraglutide tem sido bem estudado em terapias de combinação dupla e tripla com sulfoniluréias, metformina e rosiglitazona, e parece segura e eficaz; pacientes que não toleram agentes de primeira linha como metformina, sulfoniluréias e insulinas, liraglutide é uma opção de tratamento razoável com redução média de HA1c entre 0.84% e 1.5%¹⁸.

Estudos com análogos do GLP-1 associados a sensibilizadores de insulinas (pioglitazona) em ratos diabéticos Zucker propiciaram uma melhora na glicemia e se observou um efeito aditivo entre ambas⁷. Outro trabalho com ratos diabéticos, realizado em 2008, mostra o sinergismo positivo entre análogo do GLP-1 e um agonista duplo de PPAR- α/β com melhora do controle glicêmico e diminuição resistência e aumento da secreção de insulina¹⁹.

Em uma análise custo-efetividade realizada nos Estados Unidos em 2010, Liraglutide associado à metformina, glimepirida ou a ambos e comparando-os depois ao exenatida, houve um aumento na expectativa de vida e uma redução dos custos com tratamento das complicações do diabetes no grupo do Liraglutide, mostrando que este agente pode ser mais benéfico até economicamente em longo prazo.²⁰ Em pacientes em uso de exenatida duas vezes ao dia, a mudança para o esquema de uma vez ao dia com liraglutide parece ser bem tolerada. Buse e cols. observaram que, ao realizar essa troca, conseguiram uma redução de HA1c de 0.32%, glicemia de jejum em 0.9 mmol/l, do peso em 0.9 kg e da pressão arterial sistólica em 3.8 mmHg, por tanto, a troca parecer segura com excelentes resultados na resposta cardiometabólica²¹.

Em julho de 2011, no volume 34 da Revista Diabetes Care, foram publicados resultados de um estudo de quatro semanas de duração em que diabéticos tipo 1, com ou sem função residual de células beta pancreática, receberam liraglutide e observou-se que a dose de insulina foi diminuída nos pacientes que usaram liraglutide com ou sem resíduo de células beta²².

Em um estudo de satisfação popu-

lacional entre os tratamentos com liraglutide e exenatida, associados ou não a metformina e/ou sulfoniureias, concluiu que entre 379 pacientes relataram melhora em cinco de seis itens pesquisados num questionário de satisfação em que o liraglutide foi superior ao exenatida, segundo os entrevistados.²³ Comparado a sitagliptina, em outro estudo de satisfação populacional, liraglutide foi superior, mais uma vez, com pacientes relatando melhor conforto, flexibilidade e sensação de melhora da hipoglicemia; a percepção dos efeitos adversos foi igual com as duas drogas²⁴. Os efeitos adversos mais comumente associados aos análogos do GLP-1 foram os gastrointestinais como náuseas e diarreia, responsáveis por abandono da terapia em 3% dos casos^{3,25}. Em uma população de países asiáticos, onde se analisou os efeitos adversos do liraglutide comparados a glimepirida, ambos associados a metformina, notou-se que a glimepirida era dez vezes mais indutora de hipoglicemia e o liraglutide mais relacionado a efeitos adversos gástricos transitórios como náuseas, que culminou, também, com pequena taxa de abandono^{1,6,26}.

Em um trabalho realizado com 24 pacientes com disfunção renal leve e diabetes tipo 2, não há necessidade de titulação de doses de liraglutide, mas, em casos de disfunção mais avançada, carecem mais estudos²⁷. Em outro estudo, agora observando as características do liraglutide em indivíduos com graus variados de insuficiência hepática, conclui-se que os níveis séricos não aumentaram ou determinaram riscos de hipoglicemia, mas houve sim uma diminuição dos níveis do fármaco com graus crescentes de insuficiência hepática. Portanto, é recomendado por esse trabalho que diabéticos tipo 2 e com insuficiência hepática podem usar regimes padrão de terapêutica, entretanto, mais evidências são necessárias para maior segurança nesses pacientes em particular²⁸.

Em novembro de 2009, a Revista Lancet trouxe um artigo randomizado duplo cego e placebo controlado sobre os efeitos do Liraglutide na perda de peso e observou-se superioridade ao placebo na dose de 1.2mg, 1.8 e 3.0 mg, todos com p com significado estatístico. Nos indivíduos que usaram 3.0 mg, 76% perderam mais de 5% do peso contra 30% com placebo e 44% com orlistat;

pressão arterial foi reduzida em todas as doses de liraglutide e redução de pré-diabetes foi de 84% e 96% com 1.8 e 3.0 mg, respectivamente²⁹.

A hipoglicemia foi raramente descrita com o uso do liraglutide para tratamento do diabetes tipo 2. Numa revisão publicada na Clinical Therapeutics em 2009, este fenômeno esteve presente em 0.03-1.9 eventos paciente/ano e as náuseas, normalmente, efeito adverso mais esperado, esteve presente em 5% a 29% dos pacientes e, na maioria dos casos, transitórias e determinada baixa taxa de exclusão do tratamento³⁰.

Outra complicação potencial associada ao uso dos análogos GLP-1 é o desenvolvimento de resposta imune e posterior perda da eficácia da substância no tratamento do diabetes. Em recente publicação, o liraglutide nas doses de 1.2 e 1.8 mg, em torno de 26 semanas de observação, foi detectada a positividade de anticorpos em 8.7% e 8.3% dos casos, respectivamente. Esse achado não determinou queda na efetividade em reduzir a HA1c (1.1-1.3% com anticorpo positivo vs 1.2% com anticorpo negativo); com o exenatida, a positividade para anticorpos foi 61% determinando uma importante perda na eficácia em reduzir HA1c (p=0.0022). Após trocar exenatida por liraglutide, os anticorpos daquele não comprometeram a habilidade deste em reduzir a HA1c³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O liraglutide, cada vez mais, se estabelece na prática diária com uma excelente alternativa para tratamento do diabetes tipo 2 e as comorbidades associadas a ele, como hipertensão e obesidade¹⁸. Os estudos aqui apresentados foram praticamente unânimes em relatar uma melhora das glicemias de jejum e da hemoglobina glicosilada comparadas ao placebo. Mostraram, também, boa tolerabilidade, segurança, mesmo em casos de complicações importantes como disfunção renal e hepática^{27,28}. Em muitos casos, demonstrou superioridade a outros medicamentos já estabelecidos no mercado e um efeito aditivo quando associados aos mesmos.^{1,14,15,17,23}

As potenciais complicações associadas a este medicamento são, na maioria, restritas

ao trato gastrointestinais, principalmente náuseas, responsáveis, numa pequena parcela dos casos, pelo abandono no tratamento^{3,9}; hipoglicemias leves e facilmente corrigíveis foram relatados em poucos casos¹. Por tanto, conclui-se que o liraglutide,

hoje, corresponde a uma ótima opção terapêutica para o diabetes mellitus tipo 2 com bom perfil de segurança, resposta clínica positiva na imensa maioria dos trabalhos e com poucos efeitos adversos^{3,9}.

LIRAGLUTIDE: SUCCESS IN THE TREATMENT OF THE DIBETES MELLITUS WITH MONOTHERAPY OR ASSOCIATIONS - A SISTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

The Liraglutide is a human glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogue developed for the treatment of diabetes mellitus, one of the most prevalent diseases in the world and that can lead to great disability as a result of its comorbidities in people who develop it. This systematic review aimed to review the literature about the efficacy of liraglutide in the treatment of diabetes, was performed by medical research in digital libraries: MEDLINE and PUBMED. The liraglutide induces insulin secretion glucose-dependent and can be used alone or combined with other therapeutic agents such as sulfonylureas, metformin, thiazolidinediones, insulin, among others. This therapeutic agent showed no serious complications in their application as well as gastrointestinal discomfort in a minority of patients. No dosage adjustments required in patients with mild renal disease and liver diseases. It was observed that patients using this drug may, in addition to improving glycemic parameters, also present, weight loss and decreased blood pressure. Their main adverse effects were nausea, responsible for a minimum of abandonment. This article presents the latest on the liraglutide and compares their performance with drugs that are currently considered first-line treatment for diabetes mellitus.

Keywords: Liraglutide. GLP- 1 analogue. Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

1. Yang W, Chen L, Ji Q et al. Liraglutide provides similar glycaemic control as glimepiride (both in combination with metformin) and reduces body weight and systolic blood pressure in Asian population with type 2 diabetes from China, South Korea and India: a 16-week, randomized, double-blind, active control trial. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2011;13(1):81-8.
2. Kapitza C, Zdravkovic M, Zijlstra E et al. Effect of Three Different Injection Sites on the Pharmacokinetics of the Once-Daily Human GLP-1 Analogue liraglutide. *Journal of Clinical Pharmacology*. 2011;51:951-5.
3. David , R; Mattheus; Ahmed , L ;Lyra ,R;Vilar ,L. Tratamento Farmacológico do Diabetes tipo 2 In: Lucio Vilar; Claudio E Kater; Luciana A. Naves; Maria da Conceição Freitas, Oscar Domingos Bruno. (Org.). *Endocrinologia Clínica*. 4 ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 2009;1:622-47.
4. Sullivan SD, Alfonso-Cristancho R, Conner C et al. Long-term outcomes in patients with type 2 diabetes receiving glimepiride combined with liraglutide or rosiglitazone. *Cardiovascular Diabetology*. 2009;8(12):1-9.
5. Joffe D. Liraglutide: A once-daily human glucagon-like peptide-1 analogue for type 2 diabetes mellitus. *Am J Health-Syst Pharm*. 2010;67:1326-36.
6. Garber AJ. Long-Acting Glucagon-Like Peptide 1 Receptor Agonists - A review of their efficacy and tolerability. *Diabetes Care*. 2011;34(S2):S279-S284.
7. Larsen PJ, Wulff EM, Gotfredsen CF et al. Combination of the insulin sensitizer, pioglitazone, and the long-acting GLP-1 human analog, liraglutide, exerts potent synergistic glucose-lowering efficacy in severely diabetic ZDF rats. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2008;10:301-11.
8. Yan P, Li L, Yang M et al. Effects of the long-acting human glucagon-like peptide-1 analog liraglutide on plasma omentin-1 levels in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011;92:368-74.
9. Croom KF, McCormack PL. Liraglutide - A Review of its Use in Type 2 Diabetes Mellitus. *Drugs*. 2009;69(14):1985-2004.
10. Zinman B, Gerich J, Buse JB et al. Efficacy and Safety of the Human Glucagon-Like Peptide-1 Analog Liraglutide in Combination With Metformin and Thiazolidinedione in Patients With Type 2 Diabetes (LEAD-4 Met_TZD). *Diabetes Care*. 2009;32:1224-30.
11. Madsbad S, Schmitz O, Ranstam J et al. Improved glycemic control with no weight increase in patients with type 2 Diabetes after once-dayle treatment with the long-acting glucagon-like peptide 1 analog Liraglutide (NN2211). *Diabetes Care*. 2004;27(6):1335-42.

12. Harder H, Nielsen L, Thi TDT, Astrup A. The effect of Liraglutide, a long-acting glucagon-like peptide 1 derivative, on glycemic control, body composition, and 24-h energy expenditure in patients with type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27:1915-21.
13. Kaku K, Rasmussen MF, Clauson P, Seino Y. Improved glycaemic control with minimal hypoglycaemia and no weight change with the once-daily human glucagon-like peptide-1 analogue liraglutide as add-on to sulphonylurea in Japanese patients with type 2 diabetes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2010;12:341-7.
14. Bode BW, Testa MA, Magwire M et al. Patient-reported outcomes following treatment with the human GLP-1 analogue liraglutide or glimepiride in monotherapy: results from a randomized controlled trial in patients with type 2 diabetes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2010;12: 604-12.
15. Morrow L, Hompesch M, Guthrie H, Chang D, Chatterjee DJ. Co-administration of liraglutide with insulin detemir demonstrates additive pharmacodynamic effects with no pharmacokinetic interaction. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2011;13:75-80.
16. Jendle J, Nauck MA, Matthews DR et al. Weight loss with liraglutide, a oncedaily human glucagon-like peptide-1 analogue for type 2 diabetes treatment as monotherapy or added to metformin, is primarily as a result of a reduction in fat tissue. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2009;11:1163-1172.
17. Garber A, Henry RR, Ratner R et al. Liraglutide, a once-daily human glucagonlike peptide 1 analogue, provides sustained improvements in glycaemic control and weight for 2 years as monotherapy compared with glimepiride in patients with type 2 diabetes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2011;13:348-56.
18. Ryan GJ. Liraglutide: once-daily GLP-1 agonist for the treatment of type 2 diabetes. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2011;36:260-74.
19. Brand CL, Galsgaard ED, Tornehave D et al. Synergistic effect of the human GLP-1 analogue liraglutide and a dual PPAR α /g agonist on glycaemic control in Zucker diabetic fatty rats. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2009;11:795-803.
20. Lee WC, Conner C, Hammer M. Results of a Model Analysis of the Cost- Effectiveness of Liraglutide Versus Exenatide Added to Metformin, Glimepiride, or Both for the Treatment of Type 2 Diabetes in the United States. *Clinical Therapeutics*. 2010;32(10):1756-67.
21. Buse JB, Sesti G, Schmidt WE et al. Switching to Once-Daily Liraglutide From Twice-Daily Exenatide Further Improves Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes Using Oral Agents. *Diabetes Care*. 2010;33:1300-3.
22. Kielgast U, Krarup T, Holst JJ, Madsbad S. Four Weeks of Treatment With Liraglutide Reduces Insulin Dose Without Loss of Glycemic Control in Type 1 Diabetic Patients With and Without Residual b-Cell Function. *Diabetes Care*. 2011;34:1463-8.
23. Schmidt WE, Christiansen JS, Hammer M, Zychma MJ, Buse JB. Patient reported outcomes are superior in patients with Type 2 diabetes treated with liraglutide as compared with exenatide, when added to metformin, sulphonylurea or both: results from a randomized, open-label study. *Diabet. Med*. 2011;28:715-23.
24. Davies M, Pratley R, Hammer M, Thomsen AB, Cuddihy R. Liraglutide improves treatment satisfaction in people with Type 2 diabetes compared with sitagliptin, each as an add on to metformin. *Diabet. Med*. 2011;28:333-7.
25. Blevins T, Pullman J, Malloy J et al. DURATION-5: Exenatide Once Weekly Resulted in Greater Improvements in Glycemic Control Compared with Exenatide Twice Daily in Patients with Type 2 Diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:1301-10.
26. Chia CW, Egan JM. Incretin-Based Therapies in Type 2 Diabetes Mellitus. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93:3703-16.
27. Jacobsen LV, Hindsberger C, Robson R, Zdravkovic M. Effect of renal impairment on the pharmacokinetics of the GLP-1 analogue liraglutide. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;68(6):898-905.
28. Flint A, Nazzari K, Jagielski P, Hindsberger C, Zdravkovic M. Influence of hepatic impairment on pharmacokinetics of the human GLP-1 analogue, liraglutide. *Br J Clin Pharmacol*. 2010;70(6):807-14.
29. Astrup A, Rossner S, Gaal VL et al. Effects of liraglutide in the treatment of obesity: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *The Lancet*. 2009;374(7):1606-16.
30. Montanya E, Sesti G. A Review of Efficacy and Safety Data Regarding the Use of Liraglutide, a Once-Daily Human Glucagon-Like Peptide 1 Analogue, in the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. *Clin Ther*. 2009;31:2472-88.
31. Buse JB, Garber A, Rosenstock J et al. Liraglutide Treatment Is Associated with a Low Frequency and Magnitude of Antibody Formation with No Apparent Impact on Glycemic Response or Increased Frequency of Adverse Events: Results from the Liraglutide Effect and Action in Diabetes (LEAD) Trials. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:1695-1702.

Artigo de Revisão

HUMANIZAÇÃO DO PARTO: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS

Sely Costa de Santana¹
Leila de Cássia Tavares da Fonseca²
Marcella Costa Souto³
Khívia Kiss da Silva Barbosa⁴

RESUMO

A humanização do parto constitui uma nova forma de encarar o nascimento, que deixa de ser um procedimento essencialmente médico e passa a ter o comando da parturiente. Este estudo tem por objetivo analisar a percepção de puérperas sobre a humanização no momento do parto em uma maternidade pública de João Pessoa-PB. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A população foi composta por puérperas internadas na referida maternidade. A amostra foi composta por 20 puérperas que aceitaram participar da pesquisa. O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturada. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente com o auxílio do programa Word ou Excel e dispostos através de gráficos, discutidos à luz da literatura vigente. Quanto aos resultados, 65% das puérperas referiram ter tido bom atendimento na sala de parto, 20% relataram ser ótimo, 10% responderam que não tiveram nenhum atendimento na sala de parto, e apenas 5% delas responderam ser péssimo. Quanto ao atendimento durante as contrações do parto, 50% relataram que os enfermeiros foram os profissionais que a assistiram, 35% afirmaram que foram assistidas pela equipe de saúde, no sentido de aliviar as dores, e apenas 15% relataram que os médicos tinham lhes assistido nas horas das dores. Consideramos, com base nos nossos resultados, que a assistência humanizada no momento do parto necessita ser apresentada de maneira mais eficiente e clara para as mulheres desde o momento do pré-natal até a alta, para que as mesmas possam usufruir dessa experiência da melhor maneira possível, tanto para a mãe quanto para o filho.

Palavras-chave: Humanização. Parto. Mulher.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é definida como aquela prestada à futura mãe durante a gestação. É o período ideal para que a equipe atue oferecendo conhecimentos e cuidados básicos para a mulher encarar a sua gestação com mais tranquilidade.

No início dos tempos, os homens viviam conforme seus “instintos naturais”. Desse

¹ Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, Especialista em Enfermagem em Obstetrícia pela Faculdade Santa Emília de Rodat-Faser. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade Federal da Paraíba. End.: Praça Caldas Brandão, s/n, Tambiá. João Pessoa-PB. CEP: 58020-560. E-mail: costasely@yahoo.com.br/selycostabela@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB. E-mail: leilafonsecarr@hotmail.com.

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB. E-mail: marcellasouto@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Campina Grande-PB. E-mail: khiviakiss@yahoo.com.br.

modo, a mulher se isolava no momento de parir, sem nenhuma assistência ou cuidado vindo de outras pessoas. Nesta época, o parto era considerado puramente como um fenômeno natural e fisiológico.¹

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS (Humaniza SUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.²

O cuidado ao longo da gestação, do parto e do puerpério tem papel fundamental na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal. É certo que o contexto social e econômico é determinante para a superação destes riscos, mas a assistência à reprodução tem grande importância para assegurar a saúde e a vida das mulheres no momento da reprodução, bem como garantir as condições que cercam os nascimentos para que não venham a limitar as novas vidas que se iniciam.

No que se refere à assistência ao parto, é inegável o aumento do número de hospitais no âmbito do sistema de saúde (SUS) que se estruturam para oferecer uma atenção mais humanizada. Apesar disto, o modelo intervencionista é ainda hegemônico nos sistemas público e privado de saúde e se expressa na manutenção de altas taxas de partos cirúrgicos.³

O papel do enfermeiro no parto humanizado deve iniciar precocemente no cuidado com o pré-natal. Este tem o papel fundamental de assistir às mulheres as quais desejam vivenciar a experiência de ser mãe, mediante a redução de riscos e agravos, promovendo um estilo de vida saudável durante a gestação, tendo como objetivo o bom estado de saúde da mulher e do feto, início ao cuidado obstétrico⁴. O profissional deve estabelecer um vínculo com a gestante, proporcionando à mesma mais segurança e atentando para seus questionamentos, pois, como reforça o Ministério da Saúde, a maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Dessa forma, respostas diretas e seguras são de significativa importância para o bem-estar da mulher.⁵

Admite-se que os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais influenciam a

dinâmica psicológica da gestante. Do ponto de vista biológico, as evidências centradas nas mudanças bioquímicas e hormonais, com destaque para alterações de progesterona, catecolaminas e corticosteróides, são contraditórias. Socialmente, a gravidez é mais do que um evento apenas biológico, marcado por importante transição na vida da mulher, que assume a partir de então um novo papel: o de mãe. Cada cultura padroniza estas evidências emocionais durante e após a gravidez, cabendo à mulher progressiva adaptação, apoiada por rede de suporte familiar e social. Mais especificamente no ambiente familiar, as influências diretas da mãe e da avó materna fornecem à gestante estes padrões comportamentais.⁶

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no que fazer diante do sofrimento de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto⁶.

O termo 'humanizar' foi atribuído pelo Ministério da Saúde e sua equipe técnica ao programa de pré-natal e nascimento, com a premissa de melhorar as condições de atendimento e que o profissional privilegie não só o que viu e palpou, mas também ouvir o que a gestante descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. O termo reforça, a todo o momento, a importância da participação da família durante a gestação, o parto e o puerpério. Humanizar no parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas³. Diante disso, questiona-se: como mulheres em trabalho de parto percebem essa humanização?

Objetivo Geral

- Analisar a percepção de puérperas sobre a humanização no momento do parto em uma maternidade pública de João Pessoa-PB.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a situação socioeconômica das puérperas;

- Verificar o conhecimento delas em relação à humanização do parto;
- Descrever o atendimento recebido na sala de pré-parto;
- Verificar as orientações fornecidas a elas quanto à técnica de relaxamento para alívio da dor;
- Descrever a assistência prestada pelos profissionais durante o parto.

MATERIAL E MÉTODOS

Consiste em um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública, localizada no município de João Pessoa-PB, sendo esta de referência no parto humanizado. A amostra foi composta por 20 puérperas que aceitaram participar da pesquisa e que estiveram presentes no período da coleta de dados, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando os objetivos da pesquisa, como também a importância da participação no estudo.

O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturada em três partes: dados sobre a caracterização socioeconômica das puérperas entrevistadas, dados sobre a humanização do parto e dados concernentes à vivência das puérperas na assistência ao parto.

A coleta dos dados foi iniciada após apreciação ética do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem à direção da referida Maternidade.

A entrevista foi gravada em aparelho MP4, no mês de setembro de 2010. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente com o auxílio do programa Word ou Excel em gráficos, discutidos a luz da literatura vigente.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 CNS/MS, no tocante aos aspectos éticos, que trata o envolvimento com seres humanos em pesquisa, assim como a Resolução 311/2007 COFEN que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem^{7, 8}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sócio-demográficas das mães participantes do estudo estão descritas nas tabelas a seguir, envolvendo respectivamente: faixa etária e realização de pré-natal.

Conforme podemos observar na Tabela 1, das 20 mães entrevistadas, a representatividade maior é composta de mulheres jovens. Desse modo, 50% encontravam-se na faixa etária entre 17 a 22 anos. Estudos têm demonstrado que a faixa etária de maior significância relacionada à gestação foi de 13 a 18 anos, com prevalência de 27% de indicação de cesárea por sofrimento fetal, pelo simples motivo da formação dos órgãos sexuais e reprodutivos estarem se estruturando, preparando as mulheres para serem mães¹.

Na Tabela 2, observa-se que a maioria

Tabela 1. Distribuição das mães participantes da pesquisa segundo a faixa etária.

Faixa Etária	N	%
17 a 22	10	50%
23 a 28	07	35%
29 a 34	03	15%
Total	20	100

Fonte: Pesquisa de Campo. João Pessoa, 2010

Tabela 2. Distribuição das mães participantes da pesquisa segundo o questionamento da realização do Pré-Natal, 2010.

Pré-Natal	F	%
Realizou	19	95%
Não realizou	01	5%
Total	20	100

Fonte: Pesquisa de Campo. João Pessoa, 2010

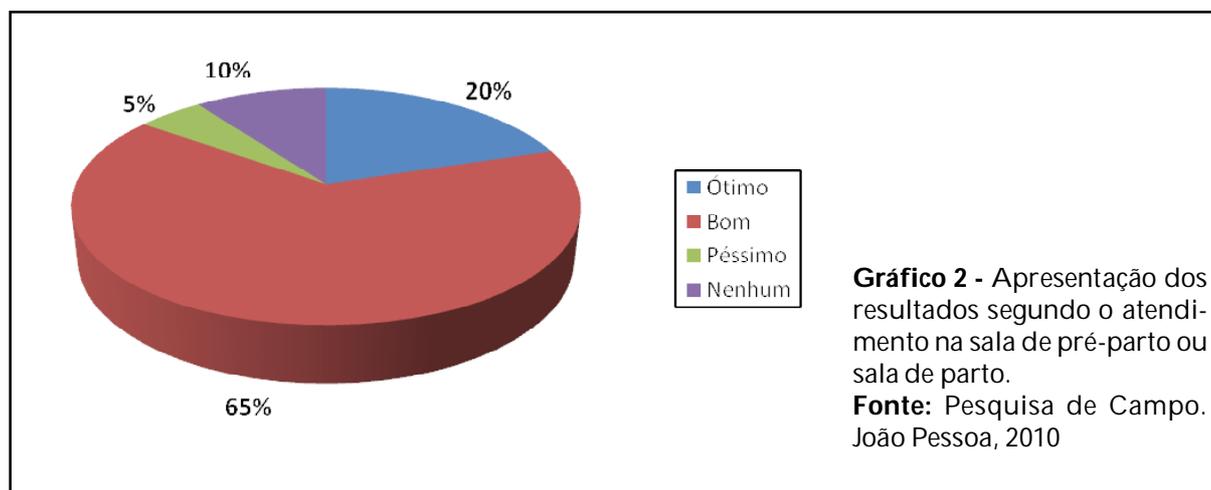
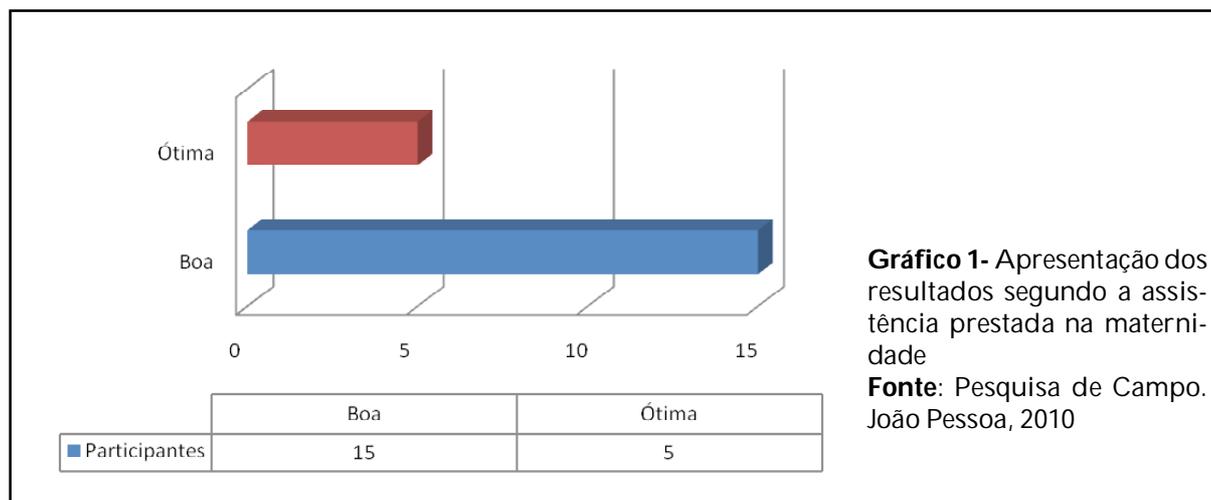
das mães, 95%, realizou o pré-natal. Nesse sentido, o resultado da amostra foi positivo pelo fato da maioria ter realizado o pré-natal, apontando que as mães estão conscientes da sua importância tanto para elas quanto para seus bebês. O Ministério da Saúde preconiza a cobertura do pré-natal, que consiste em um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS. A assistência prestada envolve toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica. Desta forma, o seu funcionamento reflete aspectos da atuação de outros programas e a sua importância é evidente, expressando-se no conjunto de normas que regem a operacionalização do SUS. O impacto sobre a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer tem sido amplamente documentado.⁹

De acordo com o Gráfico 1, a maioria das participantes, 15, consideraram a assistência recebida na maternidade como

boa, e apenas 5, como ótima. O acolhimento com humanização se faz necessário e importante desde o primeiro momento, da entrada da paciente na instituição até a saída, já que estamos lidando com pessoas que estão, naquele momento, com dores e impacientes, precisando de apoio e de orientação sobre o procedimento a que irão se submeter.

O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde; favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira.⁹

Os dados do Gráfico 2 mostram que a maioria das mães, 65%, consideraram como



bom o atendimento recebido na sala de pré-parto ou parto. Desse modo, para desenvolver o papel de protagonista no parto, a mulher deve ter a possibilidade de receber informações sobre as mudanças corporais e emocionais que acontecem durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, tipos de parto e rotinas seguidas no hospital para a internação e o atendimento ao parto. Também devem incluir-se, como parte desta preparação, informações sobre os cuidados com o recém-nascido, a relação mãe-bebê, as necessidades da mulher no pós-parto, a amamentação, bem como a relação pai-bebê.¹⁰

Médicos, parteiras, psicólogos, educadoras perinatais e enfermeiros devem receber treinamento numa abordagem mais suave, mais social e afetiva do nascimento, para estarem presentes durante o trabalho de parto. A presença de companheiros e/ou familiares na hora do nascimento deve ser estimulada por estes profissionais. Esta atitude simples e de baixo custo, além de não aumentar riscos, diminui o sofrimento e oferece uma vivência mais harmoniosa do parto para o casal e a família.⁹

O gráfico 4 demonstra conhecimento das mães sobre o termo humanização, evidenciando que a maioria das mães, 95%, desconhecem a humanização no parto. O termo 'humanização' pode ser definido como "ato ou efeito de humanizar (-se)", sendo que humanizar é definido como "...tornar humano; dar condição humana a; humanar. Tornar benévolo, afável, tratável. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar..."¹⁰ A humanização da assistência durante o trabalho de parto, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana.

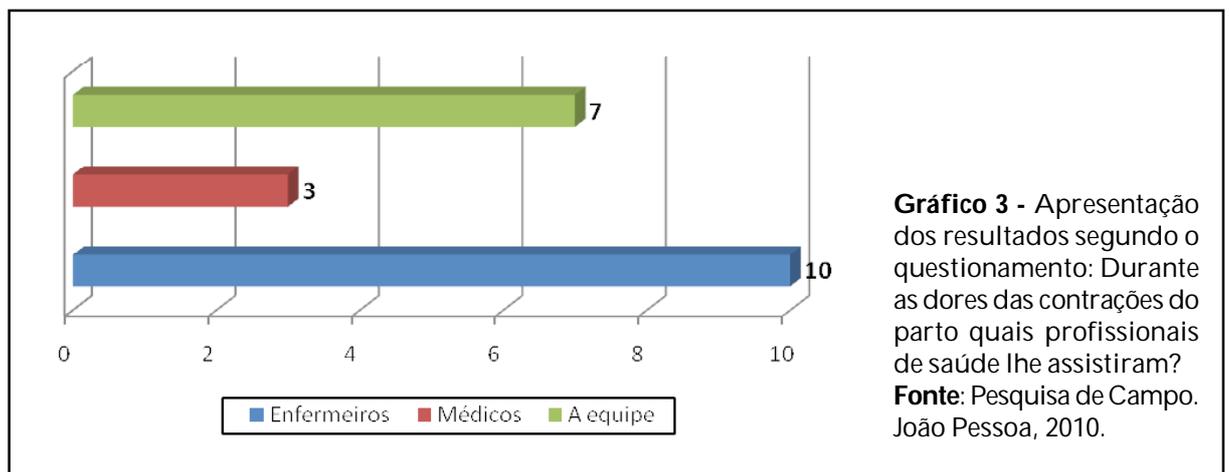
Quando questionadas se sabiam o que era parto humanizado, 100% das partici-

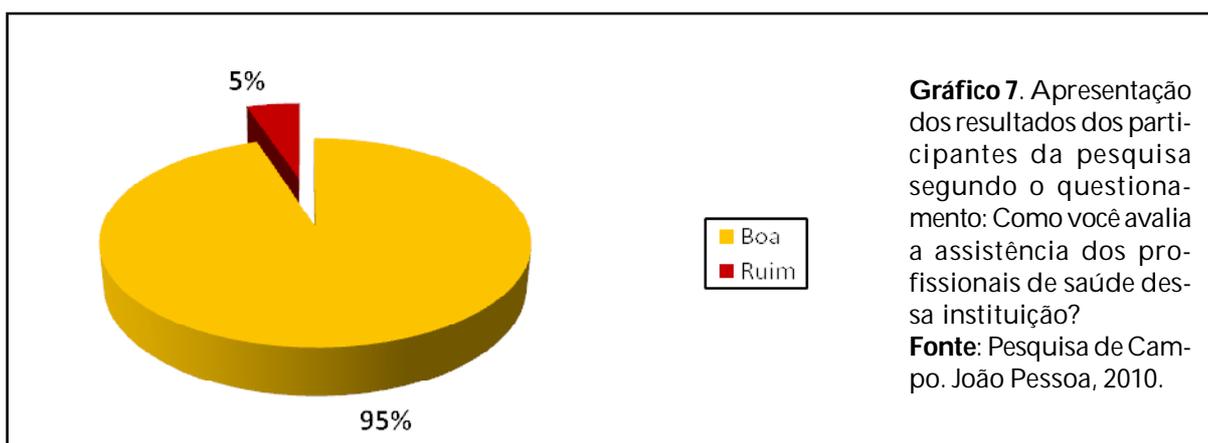
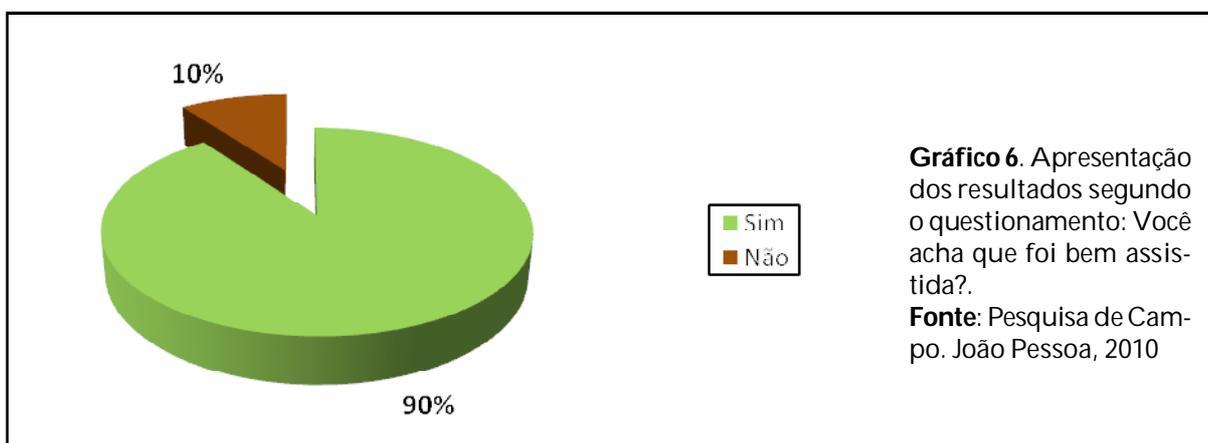
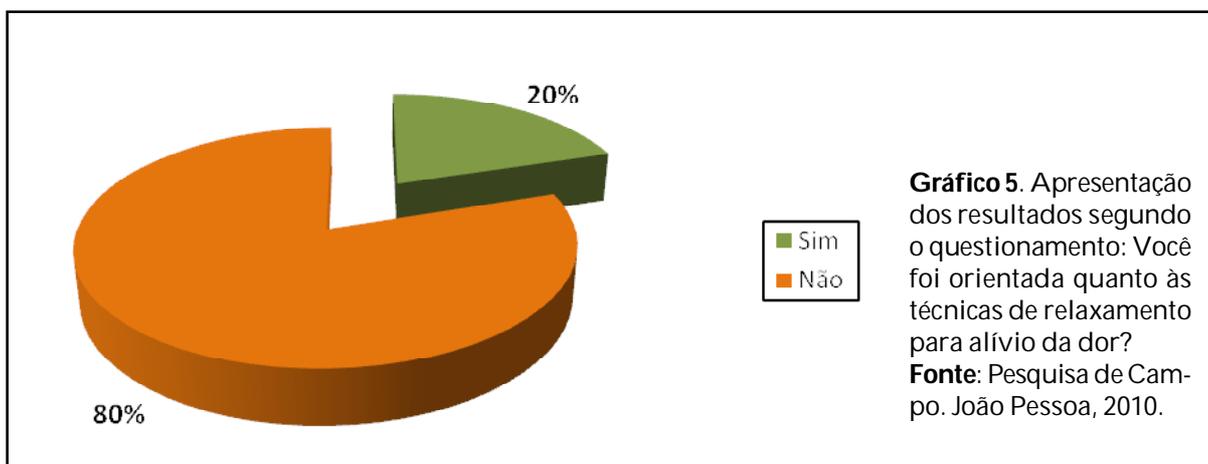
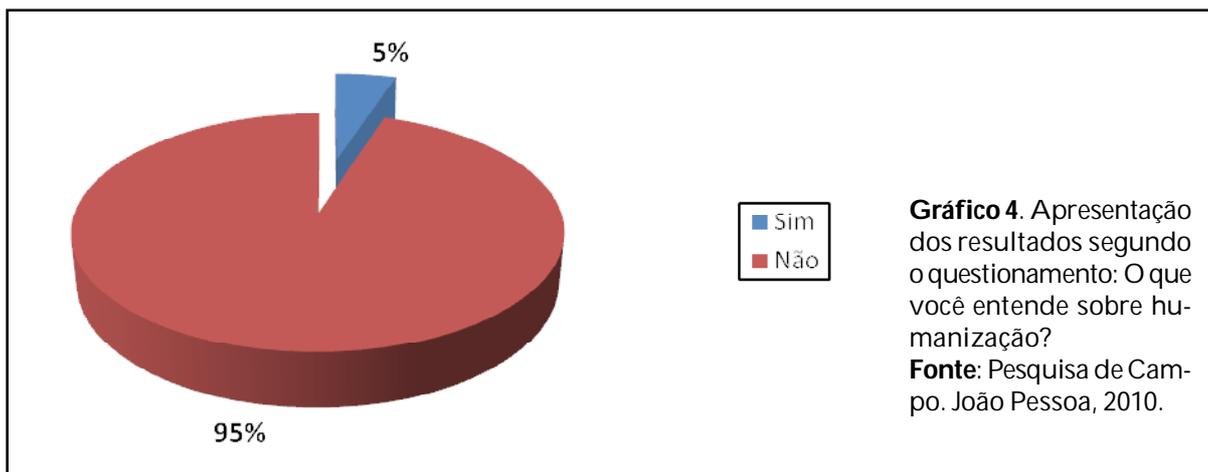
pantes da amostra não tinham conhecimento sobre o assunto. O parto humanizado consiste na interação entre **mãe e filho, deixando-os à vontade, seja em domicílio ou em estabelecimento hospitalar.**⁹

De acordo com o Gráfico 5, a maioria das mães, 80%, relataram não ter sido orientada quanto às técnicas de relaxamento para alívio da dor. As técnicas de relaxamento consistem nas massagens circulares nas costas e em caminhadas para diminuir a dor das contrações e controlar a ansiedade. Se preferir, a parturiente pode permanecer sentada ou deitada, procurando a posição mais confortável e usando travesseiros e almofadas macias. Ficar em imersão numa banheira de água quente ou mesmo sob uma ducha proporciona muito alívio. Existem maternidades que oferecem música relaxante, cromoterapia (projeção de cores no teto do quarto) e travesseiros com aromas relaxantes. A respiração deve ser profunda e lenta, cadenciada, com inspiração pelo nariz e expiração pela boca, para melhorar a oferta de oxigênio para o bebê. Estar acompanhada das pessoas escolhidas para compartilhar esse momento também colabora para o bem-estar da parturiente.¹⁰

Os dados do Gráfico 6 mostram que a maioria das mães, 90% relataram ter sido bem assistidas no momento do parto. O debate sobre a humanização da assistência hospitalar envolve uma ampla e controversa polissemia. A primeira indagação de senso comum é questionar o que significaria humanizar, uma relação essencialmente humana, que é a produção do cuidado de saúde. Entende-se que, como a maioria das entrevistadas não sabia o que significava humanizar, não teriam condições de classificar a assistência prestada pela instituição relacionada à humanização.

De acordo com o Gráfico 7, a maioria





das mulheres, 95%, avaliam a assistência por parte dos profissionais da saúde como boa. A fim de que o cuidado à mulher parturiente/puérpera atinja um nível de satisfação, tanto para ela e sua família como para a equipe de saúde, uma vez que a finalidade da institucionalização do parto é assegurar a vida à mulher e ao conceito, bem como prevenir complicações, é preciso que os papéis e relacionamentos entre a mulher, sua família e a equipe de saúde se originem de propósitos claros.⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento da mulher perante a maternidade é bastante variável, existindo uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização ou não, variando de acordo com o padrão de sociedade e cultura.

Os resultados deste estudo trazem à tona a percepção de puérperas sobre a humanização no momento do parto em uma maternidade pública de João Pessoa-PB.

Consideramos, com base nos nossos resultados, que a assistência humanizada no

momento do parto necessita ser apresentada de maneira mais eficiente e clara para as mulheres, desde o momento do pré-natal até a alta, para que as mesmas possam usufruir dessa experiência da melhor maneira possível, tanto para a mãe quanto para o filho.

A humanização do cuidado deve estar relacionada a atitudes de dar atenção, ter responsabilidade, cuidar, respeitando as particularidades de cada um, principalmente promovendo uma assistência integral à mulher e à família.

Os profissionais envolvidos nesse contexto devem ampliar os seus conhecimentos e repensar suas práticas, partindo do princípio de que a humanização do cuidar é de fundamental importância, porque promove mais saúde e bem estar.

Busca-se, com esse estudo, suscitar reflexões sobre a humanização do trabalho de parto e a necessidade de se ter uma discussão mais ampla e profunda com o propósito de tratar a mulher gestante e parturiente como um todo, respeitando a sua individualidade, contexto social, psicológico e cultural, transformando o parto numa experiência única para quem o vive.

HUMANIZATION IN CHILDBIRTH: MOTHER'S PERCEPTION

ABSTRACT

The humanization in birth is a new way to looking at birth, it ceases to be an essentially medical procedure and is replaced by the mother's command. This study aims to analyze the perception of mothers about the humanization of childbirth in a public maternity hospital in João Pessoa. It is a descriptive exploratory study with a quantitative approach. The population consisted of women interned in that hospital. The sample consisted of 20 postpartum women who agreed to participate. The instrument for data collection was a structured interview. Quantitative data were statistically analyzed with the help of the Word or Excel and willing through graphs, discussed in light of current literature. As to results, 65% of the mothers reported having had good service in the delivery room, 20% reported being very good, 10% said they had no service in the room during labor and delivery, and only 5% of them responded that bad. As for the service during the contractions of childbirth (50%) reported that nurses were the professionals that attended (35%) said the whole team watched in access to pain relief, and only (15%) reported that the doctors who had assisted him in times of pain. We believe, based on our results That the humanized care at birth needs to be Presented in a clear and more efficient for women since the time of prenatal care until discharge so that They Can enjoy this experience the best Possible way, for Both the mother and to his son.

Keywords: Humanization. Childbirth. Woman.

REFERÊNCIAS

1. Santos, LR da S et.al. Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém nascido. São Paulo: Yendis; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional Demográfica e Saúde da Criança e da Mulher PNDS. Brasília; 2009.
4. Williams, CG. et.al. Manual de obstetrícia de Williams. Porto Alegre: Artmed; 2005.
5. Brasil. Assistência Pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
6. Almeida, NAM. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2005; 13(1).
7. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Resolução N.º 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311, de 08 de setembro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. [texto da internet] [acesso em 2010 abr 04] Disponível em: <www.portalcofen.gov.br>
9. Brasil. Programa de saúde pública do ministério da saúde. Brasília; 2008.
10. Brasil. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde: Brasília; 2001.
11. Ferreira, ABH. Novo dicionário da língua portuguesa 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Artigo de Revisão

DÉFICITS DE AUTOCUIDADO NO CONTEXTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ESCOLARES COM SOBREPESO E OBESIDADE

Sayane Marlla Silva Leite Montenegro¹
Wilma Dias Fontes²

RESUMO

Objetivos: averiguar nos escolares de faixa etária entre 7 e 11 anos de idade, as condições de sobrepeso e obesidade; identificar os déficits de autocuidado para hipertensão arterial e, por fim, discutir, à luz da literatura científica e da Teoria do Autocuidado de Orem, os déficits de autocuidado universais.

Metodologia: tratou-se de um estudo exploratório, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem, com abordagem quantitativa. Cenário do estudo foram três escolas municipais e participaram da pesquisas escolares na faixa etária de 7 a 11 anos de idade regularmente matriculados. **Resultados:** Conforme as classificações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, 50,5% (55) dos escolares são eutróficos, 11,9% (13) possuem baixo peso, 13,8% (15) possuem sobrepeso, dentre estes 2,8% (3) são obesos. Quanto ao uso de bebida alcoólica dois (1,8%) dos escolares disseram que fazem uso e 18 (16,5%) que já fizeram em algum momento da vida. Em relação ao uso de tabaco, apenas um (0,9%) da amostra referiu já ter utilizado, 35 (32,1%) que moram com fumante e 4 (11,42%) permanecem no mesmo ambiente em que o familiar está fumando. **Conclusões:** Pode-se concluir que os níveis de obesidade são baixos, no entanto, são subnotificados, pode-se afirmar ainda que, frente à teoria do autocuidado, os escolares estão à margem dessas práticas, visto a presença e continuidade dos fatores de risco seja nas suas moradias, na escola e no seu cotidiano.

Palavras-Chave: Prevenção. Hipertensão. Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma entidade clínica multifatorial definida pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos. Os valores pressóricos que permitem classificar como hipertensos os indivíduos adultos acima de 18 anos, de acordo com os seus níveis tensionais, foram arbitrariamente fixados em maior ou igual a 140 mmHg para a pressão sistólica e acima ou igual a 90 mmHg para a pressão diastólica.

No Brasil, apesar de estudos epidemiológicos ainda inconsistentes, tem-se verificado uma incidência desta morbidade em torno de 15 a 20%. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o número estimado de hipertensos no Brasil é de 16 a 18 milhões. Entre os portadores identificados e tratados, apenas cerca de 30% têm esta morbidade sob controle. Além disto, aproximadamente 50% das pessoas desconhecem sua condição de hipertensão,

¹ Enfermeira. Bolsista do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde - Escola Técnica em Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa NEHAS e do Grupo de Estudos em Feridas da UFPB. End.: Rua Dineza Carneiro Monteiro, 58, Mangabeira I João Pessoa - PB. CEP: 58055-710.

² Enfermeira. Professora Doutora da Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

o que resulta em um número aproximado de 300 mil mortes por ano¹. Alguns autores afirmam que não há levantamentos de hipertensão arterial no Brasil como um todo, poucos estudos isolados mostram variações de 22,3% a 43,9%².

Destaca-se que, em nosso país, os fatores de risco mais consistentemente observados nos estudos epidemiológicos sobre doenças do aparelho circulatório, incluindo a hipertensão arterial relacionam-se, sobretudo, ao estilo de vida e biologia humana e menos frequentemente ao ambiente¹. Estes fatores também têm estreita relação com idade, sexo, hereditariedade, tabagismo, uso excessivo de álcool, sedentarismo, diabetes mellitus, obesidade, estresse, ingestão excessiva de sal e ingestão de gorduras saturadas¹.

A hipertensão arterial, embora predomine na idade adulta, em crianças e adolescentes, não é desprezível. Em todo o mundo, varia amplamente nos relatos de diversos autores nacionais e estrangeiros, atingindo 13% das pessoas desse grupo etário, dependendo, sobretudo, da metodologia empregada (critérios de normalidade adotados, faixa etária, número de visitas, número de medidas por visita e tempo de acompanhamento). No Brasil, a prevalência da hipertensão arterial em crianças e adolescentes pode variar entre 6% e 8%, portanto, não se pode negligenciar tal fato⁴.

É oportuno destacar que, em virtude da associação da hipertensão arterial como uma morbidade de ocorrência e prevalência mais elevada na faixa etária do indivíduo adulto, os profissionais da área de saúde, incluindo os da Enfermagem, têm subvalorizado os fatores de risco desta morbidade na infância.

Autores relatam que a aferição da pressão arterial em crianças geralmente é protelada pelos profissionais de saúde, fato que impede a detecção precoce do problema e sua subsequente abordagem terapêutica⁵.

Desse modo, considerando a condição "silenciosa" que caracteriza a hipertensão arterial, a amplitude e a magnitude dos fatores de risco envolvidos na sua ocorrência e as complicações biopsicossociais e econômicas associadas a esta morbidade, bem como o aumento da expectativa de vida dos indivíduos em nosso contexto contemporâneo, a identificação dos fatores de risco da

hipertensão arterial na infância propicia uma oportunidade para que se possa intervir o mais precocemente possível em uma sequência de eventos sabidamente associados a esta morbidade⁵.

Neste contexto, destaca-se a necessidade de averiguação de fatores de risco de hipertensão arterial em escolares de 7 a 11 anos de idade, haja vista que o índice de prevalência desta morbidade exige ações de promoção/recuperação da saúde. Para tal, optamos pelo referencial teórico de Dorothea Elizabeth Orem pelas suas possibilidades de apreensão do objeto deste estudo⁶.

Neste sentido, os objetivos do estudo são: averiguar nos escolares de faixa etária entre 7 e 11 anos de idade as condições de sobrepeso e obesidade; investigar os requisitos de autocuidado universais associados à hipertensão arterial; identificar os déficits de autocuidado relacionado ao contato com bebidas alcoólicas e fumo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem, o qual foi desenvolvido numa abordagem quantitativa junto a escolares apresentando riscos de desenvolverem sobrepeso e obesidade. A população do estudo constituiu-se por escolares na faixa etária de 7 a 11 anos de idade, do 2º ao 5º ano do ensino fundamental, por corresponder ao estágio das operações concretas, conforme classifica a Teoria do Desenvolvimento de Jean Piaget, regularmente matriculados.

O trabalho foi realizado levando em consideração os aspectos éticos para as pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁷. Desse modo, além das garantias ético-legais preconizadas na referida Resolução, a participação de cada escolar foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por seu representante legal, após a concordância e o aceite para o escolar participar da pesquisa. Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, protocolo 1071/07 e foi desenvolvida em três unidades

públicas do Ensino Fundamental da cidade de João Pessoa-PB, Lions Tambaú, Virgínius da Gama e Melo e a Ana Cristina Rolim Machado.

Foi utilizado um formulário semiestruturado, construído a partir da Teoria Geral de Enfermagem de Orem e indicadores de fatores de risco para hipertensão arterial infantil, através do qual foram identificados déficits de autocuidado universal no contexto da hipertensão arterial infantil.

Os dados foram registrados no momento de sua coleta para evitar lapsos de esquecimento dos aspectos ao serem apreendidos. Para tal, foram respeitados critérios de registro como clareza, fidedignidade e legibilidade. Os dados passaram por análise de estatística descritiva através da utilização do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Os dados foram discutidos à luz da Teoria de Orem e da literatura pertinente à temática para uma maior compreensão da problemática abordada.

A amostra foi composta por um total de 109 escolares. Tal amostra teve como critério de inclusão a assinatura do Termo de Consentimento pelos pais e como critério de exclusão a não aceitação ou autorização em participar da pesquisa. Dentre eles, 12,8% cursando o 2º ano, 24,8% o 3º ano, 34,9% o 4º ano e 27,5% o 5º ano deste nível de ensino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora a amostra tenha sido composta por 109 (cento e nove) escolares do ensino fundamental, em alguns momentos

os percentuais não totalizam 109, devido à omissão de resposta por parte dos escolares, devido também as respostas ilegíveis. Vale destacar que, em algumas tabelas, a faixa etária é citada, no entanto, em outras não, devido ao grau de correlação e importância, assim como as faixas etárias de maior risco, segundo o Ministério da Saúde.

Idade, série escolar, sexo e índice de massa corporal.

De acordo com os dados coletados e evidenciados na tabela 1, podemos discriminar que, nas faixas entre 8 e 9 anos, houve índices mais elevados, mas que 50,5% (55 escolares) da amostra apresentam Índice de Massa Corpórea (IMC) adequado para idade, isto é, eutróficos. No que diz respeito ao baixo peso, a faixa etária de destaque foi de 10 anos. Pode-se concluir que a amostra é predominantemente eutrófica, está como IMC ideal para idade, no entanto, 11,0 % da amostra apresentam sobrepeso e 2,8 % obesidade, o que nos remete uma preocupação de um agravamento da situação, isto é, as crianças com sobrepeso virem a se tornar obesas, o que nos induz a não descartar tal estatística, haja vista a subnotificação dos IMC por parte das Unidades de Saúde da Família.

Autores afirmam a prevalência de obesidade está crescendo intensamente, na infância e na adolescência, e tende a persistir na vida adulta: cerca de 50% de crianças obesas aos seis meses de idade, e 80% das crianças obesas acima aos cinco anos de idade, permanecerão obesas. Neste sentido, pode-se afirmar que os 0,91% da amostra não deve ser descartado, pois a preocupação deve se voltar para a mudança e manu-

Tabela 1 – Distribuição da amostra de estudo segundo idade e massa corporal. João Pessoa – PB, 2009.

Idade (em anos)	IMC							
	Baixo Peso		Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7	2	1,83	11	10,09	2	1,83	1	0,91
8	2	1,83	15	13,76	4	3,66	1	0,91
9	4	3,66	15	13,76	4	3,66	0	0
10	5	4,58	11	10,09	1	0,91	1	0,91
11	0	0	3	2,75	1	0,91	0	0
TOTAL	13	11,9	55	50,5	12	11,0	3	2,8

Fonte: Pesquisa Direta, João Pessoa, 2009.

tenção de hábitos de vida saudáveis por parte das crianças que apresentaram sobrepeso e obesidade, visto o risco que correm de adquirir uma hipertensão infantil e esta se cronificar⁸.

Considerando ainda o IMC, assim como a idade e a ocorrência da hipertensão arterial, estudos afirmam que, de fato, o peso e o Índice de Massa Corporal são as variáveis que apresentam a mais forte correlação com a pressão arterial nessa faixa etária, principalmente a partir de 6 anos de idade⁹.

Requisitos do Autocuidado Universal associados aos Fatores de Risco de Hipertensão Arterial Infantil.

Risco à vida e ao bem-estar:

A ocorrência da ingestão de bebidas alcoólicas entre os escolares, embora seja baixa como se vê durante a análise deste estudo, é um aspecto que deve ser valorizado pelos gestores das escolas, seus professores, bem como pelos responsáveis (pais, genitores e mães) dos escolares, além do acompanhamento do profissional da saúde junto às campanhas de prevenção e promoção da saúde, haja vista que se trata de um problema de saúde pública de ocorrência comum, com repercussões físicas, biológicas e sociais relevantes.

Já comentando sobre o fumo ou tabagismo passivo, que obteve um índice muito elevado neste estudo, segundo a tabela 2, pode-se definir como a inalação de fumaça de derivados do tabaco, tais como cigarro, cigarro de palha, charuto, cachimbo, entre outros. É também chamada de exposição involuntária ao fumo ou exposição à poluição tabagística ambiental (PTA)¹⁰. Alguns autores acrescentam que o fumante passivo é aquele que fuma involunta-

riamente por estar no mesmo ambiente com fumantes ativos, podendo conter no sangue, urina e saliva, quantidade de nicotina equivalente à encontrada em fumantes de 1 a 10 cigarros/dia, dependendo do número de horas de exposição e da poluição ambiental¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo correspondeu aos objetivos elencados, pois, a partir do mesmo, foi possível identificar déficits nos requisitos de autocuidado universais, tais como alimentação inadequada das crianças, convivência com fumantes, sendo as crianças fumantes passivos. Além disso, foi identificado que a moradia das crianças faz com elas fiquem temerosas e assustadas com o ambiente em que vivem, devido ao índice de violência. Todos estes fatores estão intimamente associados à hipertensão arterial, baseado na literatura científica e da Teoria do Autocuidado de Orem.

O estudo demonstrou que os escolares apresentaram níveis pressóricos elevados, o que condiz com as faixas etárias das crianças que convivem diretamente com fumantes, que já obtiveram contato com álcool. Vale salientar, neste momento, que as crianças com sobrepeso e obesidade apresentaram níveis pressóricos elevados para sua faixa etária, sendo assim, fica bastante claro que a hipertensão, seja na infância como na fase adulta, está ligada a fatores de riscos comuns, tais como: fumo, álcool, sobrepeso, dieta hipersódica e relação entre sono e repouso.

Os resultados do estudo poderão

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto ao uso de álcool e fumo. João Pessoa – PB, 2009.

Risco ao Bem estar	Álcool		Fumo		Fumante passivo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	1,83	1	0,90	35	32,1
Não	18	16,5	19	17,5	4	11,42
TOTAL	20	18,0	1	0,90	39	43,5

Fonte: Pesquisa Direta, João Pessoa, 2009. Neste quesito foram consideradas respostas apenas dos maiores de 9 anos.

subsidiar um planejamento de ações educativas que visem discentes, assim como pais, professores e profissionais da saúde envolvidos, de condutas inerentes à educação e prevenção da HAS e dos demais fatores de risco cardiovascular. Sendo assim, devem estar envolvidos no processo de redução dos fatores de risco e educação em saúde a família, a comunidade, os profissionais da saúde e os próprios atores, que são as crianças.

Ressalta-se, enfim, a importância do

estreitamento da lacuna entre academia e acadêmicos, de modo que os docentes possam perceber as dificuldades encontradas e os discentes sintam-se seguros para trabalharem suas dúvidas e buscar preparar-se para o exercício de enfermagem qualificado e humanizado, seja no ambiente hospitalar como no ambiente da Unidade Básica de Saúde, isto é, na Atenção Primária, que se encontra hoje como uma estratégia extremamente nova e eficaz.

SELF-CARE DEFICITS IN THE CONTEXT OF HYPERTENSION IN CHILDREN WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

ABSTRACT

Objectives: To determine the school aged between 7 and 11 years of age, the conditions of overweight and obesity, to identify deficits in self-care for hypertension and finally discuss, in light of the scientific literature and Orem Self-Care Theory, the universal self-care deficits. **Methodology:** This was an exploratory study, based on Orem's Self Care Theory with a quantitative approach. Scenario of the study were three public schools and participated in the research school at the age of 7 to 11 years of age regularly enrolled. **Results:** According to the classifications provided by the World Health Organization, 50.5% (55) of the students are eutrophic, 11.9% (13) are underweight, 13.8% (15) are overweight, among them 2.8% (3) are obese. Regarding the use of two alcoholic drinks (1.8%) of students reported that they use and 18 (16.5%) they've played at some point in life. Regarding the use of tobacco, only one (0.9%) of the sample reported ever-use, 35 (32.1%) who live with smokers and 4 (11.42%) remain in the same environment in which the family is smoking. **Conclusions:** it can be concluded that obesity levels are low, but are underreported, it can be said even before the theory of self-care the students are the margin of these practices, since the presence and continuity of risk factors is in their homes, at school and in their daily lives.

Keywords: Obesity. Self Care. Prevention and Control.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Revista de Saúde Pública, São Paulo: v.35, n.6, dez. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n6/7073.pdf>> Acesso em 28 fevereiro 2012.
2. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta Paulista de Enfermagem; v.18, n.3, p.269-275, jul./set. 2007.
3. Lessa I, Rouquayrol MZ, Almeida FN Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Bases Epidemiológicas. Rev Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, v. 1, p. 285-300, 1999.
4. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4, 2012. Campos de Jordão: SBHA/SBC/SBN, 2002.
5. Oliveira RG. Pressão arterial em escolares e adolescentes - o estudo de Belo Horizonte. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.75, p.256-66, 1999.
6. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6ª ed. St Louis: Mosby; 2001.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de 3 outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1998.
8. Barreira AK. Hipertensão arterial na infância. Jornal Brasileiro de Pediatria, v. 6, n. 30, p. 131-136, 2003.

9. Simão M. Hipertensão arterial e fatores de risco associados: estudo entre universitários da cidade de Lubango – Angola. 2005. 135p. Tese (doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

10. Aliança de Controle do Tabagismo. Tabagismo Passivo: a 3ª maior causa de morte evitável de acordo com pesquisa americana. Disponível em: http://actbr.org.br/fumopassivo/facts/fact_FUMO_PASSIVO.pdf Acesso em 24 dez 2009.

11. Lefèvre F. Criança: Fumante Passivo sem Opção. BEPA: Boletim Epidemiológico Paulista, n.8, ago. 2004. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa8_crianca.htm Acesso em 18 dez. 2009.

Artigo de Revisão

FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE: NOTAS SOBRE O PANORAMA ATUAL

Edson Peixoto de Vasconcelos Neto¹
Nereide de Andrade Virgínio²

RESUMO

O campo da saúde na contemporaneidade tem desafios dos mais diversos. O intuito deste artigo é refletir um pouco sobre quais são esses dilemas e como atualmente eles podem ser vislumbrados na formação oferecida aos discentes que estão sendo formados em Cursos de Ensino Superior na área da saúde, notadamente em Medicina e em Enfermagem, e de que formas isso repercute em sua profissionalização enquanto colaborador no Sistema Único de Saúde. Para isso, alguns questionamentos devem ser feitos: como foi contextualizada a saúde no Brasil, enquanto construção das primeiras Faculdades de saúde no território e de que maneiras isso teve efeitos nas profissões em saúde? Qual é realmente o panorama atual da formação discente nos cursos de saúde no Nordeste do Brasil, e quais são os desafios impostos aos novos profissionais no campo de trabalho? Quais são as articulações que podem ser vistas entre as políticas educacionais e de saúde com questões como desigualdade, violência, fome, gênero, etnia e geração? Finalmente, quais são as possibilidades que são vislumbradas para encarar os desafios que o século XXI já desvela na relação entre a formação superior em saúde e as problemáticas sociais contemporâneas? Esses pontos remetem ao resultado de que ainda há muito a se fazer, mesmo que haja um movimento que demonstra mudanças na forma de se fazer e instruir a saúde no Brasil da redemocratização para cá. Para finalizar, destacam-se como caminhos a serem ressaltados na formação em saúde no século XXI problemáticas conhecidas através do binômio entre teoria e prática, real e ideal, além da relação com o ensino, pesquisa e gestão.

Palavras-chave: Sociologia da Educação. Ensino Superior em saúde. Diretrizes Curriculares em saúde.

INTRODUÇÃO

O panorama da formação de profissionais de saúde no Brasil tem sido intensamente modificado nos últimos anos, a partir do que foi implementado no contexto formativo, principalmente pela expansão da oferta de vagas no ensino superior e o advento da autorização/credenciamento de novas instituições de ensino.

Tal expansão apresenta, como esperado, aspectos muito positivos, no sentido de contribuir para proporcionar maior acesso à formação para os cidadãos brasileiros, mas também provoca muita discussão sobre os parâmetros formativos propostos e a construção de processos formativos que atendam à necessidade de formar profissionais com perfil adequado às demandas sociais vigentes.

Muitos aspectos têm sido intensivamente discutidos pelos autores da área, com vistas a qualificar a análise contextual e oferecer novos e importantes caminhos para o

¹ Mestre e Doutorando em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba. Professor Adjunto de Sociologia das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. End.: Rua Jorge de Barros Barbosa, 287, Valentina, CEP: 58063-570 João Pessoa – PB Tel.: (83) 8812-6264 E-mail: edsonpxt@yahoo.com.br.

² Graduada em Enfermagem pela UFPB. Mestre em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação CCS/UFPB. Enfermeira concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE.

aperfeiçoamento das estratégias aplicadas no ensino superior na área da saúde. Com a perspectiva de formar profissionais que possam atuar a partir de princípios e estratégias adequadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se focado exaustivamente a necessidade de mudanças conceituais e metodológicas nos projetos pedagógicos de curso, para possibilitar o alcance de altos níveis de excelência na formação.

Para focalizar estas necessidades com crescente clareza e objetividade, o Conselho Nacional de Educação investiu esforços e definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos da área da saúde¹.

Objetivando a visão sobre a temática, este texto tem a pretensão de fazer uma análise sobre a formação superior em saúde (mais particularmente nos cursos de Enfermagem e Medicina), dando ênfase ao panorama atual dos cursos e o crescimento das possibilidades de acesso ao ensino superior em saúde, além das demandas por melhorias infraestruturais e dos serviços no âmbito da educação, tendo em vista as políticas públicas de saúde.

Pretende-se chegar a construir um texto reflexivo que ofereça informações relativas ao questionamento: Como caracterizar a formação em saúde (em Medicina e Enfermagem) no contexto contemporâneo no nordeste, levando em consideração o paradigma proposto pelas DCN, a excelência no ensino e as questões relativas às demandas sociais?

OBJETIVO

- Construir texto reflexivo sobre a formação superior em saúde, pontuando as características do panorama atual.

CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CURSOS EM SAÚDE

A construção dos cursos em saúde no Brasil remonta ao século XIX. Este foi o século de florescimento da ciência moderna, com a propagação do conhecimento no ocidente para fora do continente europeu. Exemplo disso foi dado pela construção das primeiras Universidades fora da Europa, com ênfase nos cursos de Direito e de Medicina.

Faculdades de Medicina foram instauradas no Brasil e nos países de colonização espanhola.

Ao mesmo tempo, houve a preocupação premente com a regulação das profissões relacionadas ao que se coloca hoje como ciências da saúde. Não é por acaso que é nessa mesma época que os primeiros regulamentos foram estabelecidos, nas províncias brasileiras especialmente, regulando as primeiras profissões na área de saúde na região. Com especial atenção às regulações da profissão de Boticário e de Cirurgião, além do Médico Público, questões que inicialmente ficaram a cargo das câmaras provinciais².

Posteriormente, foram criadas as primeiras associações profissionais, com atenção para as Sociedades de Medicina, que tiveram o papel não só de ser o *locus* de discussão dos interesses de classe desses profissionais, mas também um espaço destinado ao encaminhamento dessas demandas para outras instâncias. Sendo assim, as sociedades médicas serviram como espaço onde as reivindicações eram discutidas, mas também encaminhadas. Caracterizaram-se como instância que funcionava como apoio às iniciativas médicas de se posicionar de forma prática no interior dos segmentos sociais mais diversos.

Segundo o autor anteriormente citado, as Sociedades de Medicina ajudaram nesse apoio imprescindível para trazer o aporte necessário para a aglutinação das questões profissionais dos médicos, como também território que tomava para si a responsabilidade de ser a voz da categoria junto ao governo, a sociedade e os interesses de inserção em outros âmbitos.

A enfermagem, conforme os relatos históricos, caracteriza-se como uma área do saber oriunda da prática a princípio intuitiva, informal, de cunho familiar, religioso e filantrópico. A Enfermagem Moderna, com bases científicas, nasceu a partir do trabalho de Florence Nightgale, na Inglaterra (1820-1910). Considera-se que Florence lançou os primeiros postulados da ciência da Enfermagem. Foi a partir da sua atuação que a Enfermagem passou a agir a partir de observações e registros sistematizados, com a enunciação de quatro conceitos básicos, que resultaram nas mudanças características do início da Enfermagem Moderna³.

No Brasil, o ensino de Enfermagem começou a partir de 1920. Só no ano de 1923, quase um século depois da organização do ensino médico no Brasil, surgiu na cidade do Rio de Janeiro a primeira Escola de Enfermagem⁴. Segundo essas autoras, o ensino implementado sofreu influências do modelo nightigaliano inglês e do modelo americano, que teve maior impacto, resultante no maior direcionamento da formação, àquela época, para a área da saúde pública, em resposta às demandas representadas pelas epidemias existentes. Autores da área referem-se também a influências exercidas pelos modelos de Enfermagem americano⁴ e francês⁵.

Outros autores da área³ registram, diferentemente, que a primeira escola de enfermagem do Brasil foi instituída em 27 de setembro de 1890, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, através do Decreto 791, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Tal iniciativa, segundo os autores, contou com os préstimos e a orientação de enfermeiras francesas. No decorrer dos anos, a Enfermagem tem se desenvolvido e se firmado como a ciência do cuidado, constituindo-se, conforme será apontado posteriormente, em um dos cursos superiores que está entre os dez com maior demanda de alunos no Brasil.

PERFIL DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE FORMADOS ATUALMENTE

Tendo em vista o crescimento e disponibilidade de vagas nos cursos na área de saúde, dados do Censo da Educação Superior revelam que, só em 2009, foram matriculados mais de 230 mil alunos nos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, em um quadro onde o ensino superior mais do que dobrou de tamanho em menos de uma década. Neste quadro, o curso de Enfermagem é o único da grande área de Ciências da Saúde que está entre os 10 maiores cursos de graduação em números gerais e relativos no Brasil⁶.

Esses dados demonstram o crescimento do ensino superior nos últimos tempos e como isso pode ser percebido a partir da disponibilidade de um número de vagas cada vez maior nos últimos anos. Fazendo uma progressão da quantidade de profissionais

formados nos próximos anos, tendo como referência só os cursos de Medicina e de Enfermagem, existem dados consideráveis que projetam mais de 300 mil futuros profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) com cursos superiores concluídos entre 4 a 6 anos. Mas que tipo de formação está sendo oferecida a esses estudantes? Qual o tipo de conceitos de saúde e de doença esses futuros profissionais de saúde estão tendo em sua formação?

Considerando os perfis profissionais propostos nas DCN, encontramos: 1. Para o médico: Art.3º: O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano⁷.

Para a Enfermagem: 2. Para o enfermeiro: Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando/egresso profissional: I – Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II – Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem⁸.

Em ambas as diretrizes, encontramos no Art.4º: A formação do médico ou enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais relacionadas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação

permanente. São definidas as competências e habilidades específicas, caracterizando as áreas foco da atuação profissional (Art. 5º); os conteúdos essenciais à formação (Art. 6º); a obrigatoriedade dos estágios curriculares supervisionados (Art. 7º); atividades complementares e mecanismos de aproveitamento de conhecimentos (Art. 8º); a necessidade de Projeto Pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem, em busca da formação integral (Art. 9º).

Com base nestes aspectos constantes das DCN, consideramos que a formação oferecida aos futuros profissionais de saúde, no presente, passa por um conjunto de mudanças que remonta não só à configuração atual dos cursos superiores em saúde. Para se chegar a este ponto, é necessário fazer um pequeno percurso e tentar perceber como se chegou até hoje, tentando, a partir daí, verificar as aproximações e os distanciamentos entre a educação superior oferecida hoje e como tudo isso foi construído em torno do caminho estabelecido até então.

AS IMPLICAÇÕES CONTEXTUAIS

Segundo Paulo Martins⁹, um dos fatores para o desenvolvimento em nossa sociedade e principalmente nas instituições de saúde do modelo tecnoutilitarista deve-se à formação oferecida aos profissionais de saúde ainda nos bancos universitários. Tal proposta articula-se ao modelo tecnoutilitarista, paradigma estabelecido através de uma relação cada vez mais próxima entre o mercantilismo e o tecnicismo. Isso estaria na agenda do dia, pois o sociólogo estabelece como ponto de articulação, entre os modelos tecnoutilitarista e o humanista, a relação direta da falta de paradigmas que expliquem a realidade e que garantam, nesse sentido, estabilidade e certeza.

Ambos os modelos levariam o ponto da estabilidade e das incertezas como questão corrente para justificar seus pontos de vista. De um lado, o modelo utilitarista teria como destaque a liberação da lógica mercantil. Isso reforçado por uma extrema tecnificação, acompanhado de perto de uma medicina anatomoclínica como problema-

tizada por Foucault^{10,11}. Tem-se então o ambiente propício para o que o sociólogo conjuga no modelo das medicinas tecnoutilitaristas. Por conseguinte, em contrapartida à incerteza, haveria o reforço à lógica do comunitarismo e das ações solidárias. Esta lógica, a lógica do dom, estaria intimamente relacionada a uma “humanização” e a reorganização dos sistemas médicos de cura em consonância com um modelo de medicina humanista.

Bem, ambos os modelos seriam saídas para o terreno de incertezas vividas desde as primeiras décadas do século XX no ocidente. O primeiro deles estaria ligado diretamente com a forma de se exercer a saúde nos últimos anos, sobretudo nos Estados Unidos, país que foi o celeiro desse paradigma, tornando-o matéria de exportação para vários lugares, inclusive para o Brasil.

Para se estabelecer como paradigma, tal modelo precisou também se inserir no interior da formação dos profissionais de saúde. O modelo anatomoclínico embasou o que se conhece como hospitalocentrismo e a hegemonia de formação alopática nas formações de saúde. Entre outras características, o tecnoutilitarismo se conjugaria por uma preocupação com a alta especialização das profissões em saúde, acompanhado de uma aparelhagem e a centralização das ações médicas no âmbito do hospital e da clínica. Tendo em vista não funcionar isoladamente, esse modelo de se exercer a saúde contaria com o respaldo da formação de recursos humanos com conhecimento pautado em pressupostos tecnoutilitaristas, como a formação altamente especializada e o estabelecimento de relações intrínsecas com o mercado de trabalho em saúde.

Mas nas últimas décadas, especialmente no Brasil, esse modelo foi colocado em xeque e passou por muitas críticas, sendo problematizado por conta não só dos motivos já colocados, mas também pela centralidade estrutural e profissionalizante. Entre outros fatores, o resultado de tais críticas redundou no movimento de construção de propostas democratizantes na área de saúde e na institucionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Porém, é bom que se diga que o modelo anterior ainda se encontra vigente. Apesar do confronto entre os dois modelos já citados, não há um corte entre a

saída de um e a construção do outro. Ambos funcionam e são atuantes, aproximando-se e se distanciando.

Tais reflexos ficam muito claros ao analisarmos as mudanças paradigmáticas inseridas nos conteúdos das DCN, que passam a apontar novos caminhos para a formação em saúde, quando clarificam que o ensino deverá ser centrado no aluno como sujeito do aprendizado, que deverá assumir características reflexivas e críticas, de problematização dos conteúdos apreendidos/vivenciados, que possibilitarão a formação de profissionais comprometidos, para atuação como transformadores das práticas assistenciais.

Nesse sentido, o acompanhamento desse confronto não se faz de maneira linear, onde um modelo se interpõe ao outro, deixando o outro modelo para trás, muito pelo contrário. Não se pode estabelecer uma relação binária sobre modelos de saúde, pois sua articulação e coexistência são algo comum, configurando-se em um movimento aleatório de aproximações e distanciamentos. Mas como fica a formação do corpo discente para atuar nesses modelos de saúde?

FORMAÇÃO DISCENTE PARA ATUAR NA CONTEMPORANEIDADE

A distinção entre as duas esferas é marcante. Sobretudo se pensarmos num breve histórico sobre a construção das políticas de saúde no Brasil e a consolidação do Sistema Único de Saúde na década de 90. Nessas duas esferas se defrontam mais de um modelo de saúde. Desde o modelo mais especializado, onde a instrumentalização e o uso da tecnologia é um ponto importante, modelo esse que pode ser colocado como “americanizado” (a saúde no Brasil, sobretudo quando se pensa na saúde enquanto instituição, tem uma inspiração muito forte nos modelos de saúde oriundos dos EUA), até os modelos de maior amplitude, nos quais pesa o interesse por um comunitarismo e a busca do atendimento descentralizado e menos voltado para a doença e sim para o paciente (formação direcionada para a atuação harmônica na estrutura do SUS, conforme recomendado pelas DCN).

A distinção já seria um ponto signi-

ficativo quando se fala na formação oferecida atualmente nos cursos de saúde. Mas outro ponto também deve ser trazido à baila: a formação que é oferecida nos cursos de saúde é voltada para as políticas públicas de saúde. Leia-se com isso o SUS e todo o conjunto de iniciativas que estão junto a ele. Portanto, uma formação ampla, com enfoque não só nos saberes relativos à prática técnica, instrumental, clínica e assim por diante, mas também uma formação mais ampla, com embasamento também em saberes como a Ética, a Cidadania, a Sociologia, a Psicologia, entre outras tantas.

Segundo este enfoque, será necessário, para os futuros profissionais, trabalhar de uma forma multidisciplinar, focada no paciente e nos processos a ele atrelados, com atenção aos efeitos que esses processos causam na saúde de todos eles. Para isso, uma formação ciclópica que conjugue um conjunto de saberes que darão uma visão ampla ao profissional, amplificando sua visão de mundo e o formando enquanto cidadão, profissional de saúde e com consciência de seu papel no interior do sistema de saúde nacional¹².

Outra questão que é de fundamental importância na formação em saúde atualmente fica a carga da relação com a comunidade. Como conviver com a violência, as questões de gênero, as discussões sobre o meio ambiente, o tema da etnia, entre outros pontos? A formação oferecida atualmente ao futuro profissional de saúde promete que ele possa se postar sobre todos esses pontos. O futuro profissional não deve só estar capacitado para atuar como um técnico, capaz de dominar os tipos de procedimentos mais importantes de sua área, mas também atuar como cidadão e ter consciência política dos problemas ora pulsantes na sociedade. Levando em conta as competências exigidas pelo SUS, os profissionais de saúde se colocam diante de todas essas questões, pois são problemas que estão colocados no interior do sistema.

A partir da descentralização dos aparelhos de saúde, cada vez mais o profissional de saúde se vê incluído em uma realidade que não é mais a dele. A sua inserção dentro da comunidade demanda uma preparação para lidar não só com os procedimentos básicos para tratar as doenças, mas uma postura profissional para se inserir de

maneira comunitária. Tendo isso como ponto de partida, faz-se necessária uma preparação antecipada, pois é nesse caminho, e só assim, que o futuro profissional poderá atuar da forma mais adequada com as comunidades circunvizinhas a sua unidade de saúde.

Questões contemporâneas como gênero, etnia, envelhecimento, responsabilidade social, dentre outras precisam estar na agenda do dia dos profissionais que estarão inseridos em comunidade. Isso é necessário, pois muitos deles estarão em locais onde a realidade é alheia a sua. Nesse sentido, uma postura ética e profissional é fundamental para uma melhor condução do processo. Saúde e a contemporaneidade, portanto, são problemas a serem listados dentro de todos os outros que o futuro profissional de saúde, independente de sua área de formação, tentará administrar em seu cotidiano.

Questões relativas ao sistema público de saúde no Brasil também trazem à tona automaticamente questões como pobreza e desigualdade. Mais uma vez, faz-se necessário lembrar os pontos referentes à formação desses profissionais e como eles devem ser preparados para se ver defronte desses problemas. Dois pontos são importantes nesse caso: o primeiro é sobre o papel das vivências das atividades práticas na formação desse profissional; o segundo está dedicado à experiência que muitos já possuem como profissionais de outras áreas (assistentes sociais, técnicos, auxiliares de Enfermagem, entre outros). Também é importante considerar a relação entre as políticas de saúde e de educação no Brasil e como elas são consideradas, levando em conta o processo de formação de sujeitos capacitados para atuar no sistema de saúde vigente.

No Brasil, desde a construção das Leis e Diretrizes e Bases da Educação – LDB, percebe-se que há uma desarticulação entre as políticas educacionais e de saúde. Não há uma explicação plausível para isto. Até porque, tanto as reformas na área educacional, como as reformas na saúde pública (leia-se, Sistema Único de Saúde) acompanham o movimento de abertura democrática, que em 2011 completou vinte e seis anos de consolidação¹³, a partir das Diretas Já e da Eleição de Tancredo Neves. Conco-

mitante a isso, temos a promulgação da Constituição de 1988 que deu o esteio necessário para as reformas educacionais (LDB) e de saúde (SUS)¹⁴.

Apesar de todo esse esforço ainda se percebe certo distanciamento entre as duas políticas. Talvez um dos sintomas seja a superficial aproximação do acompanhamento entre as questões meio e as questões fim, referente à reflexão sobre a consolidação de uma avaliação mais aproximativa sobre estes processos educacionais, quando se pensa em educação na saúde¹².

QUADRILÁTERO: ENSINO, GESTÃO, PESQUISA E CONTROLE SOCIAL

Um conjunto de ações de cunho propositivo pode ser avaliado para aquilo que está por vir na formação dos futuros profissionais de saúde. Uma proposição, nesse sentido, seria a de aliar o que chama de quadrilátero¹⁵. Articular o ensino, a gestão, a pesquisa e o controle social em torno de um conjunto de medidas que visem beneficiar a construção de uma formação múltipla ao aluno. Formação essa que seria enquadrada como ampla, pois ofereceria mecanismos variados de ação nos diversos âmbitos que estão à disposição do profissional de saúde hoje.

A preocupação com a docência, todo o planejamento e construção de medidas administrativas da gestão; a pesquisa como peça-chave entre ensino e extensão universitários; e, finalmente, o controle social perfazendo um dos fatores implicados sobre a noção de Processo Saúde Doença. A junção dessas quatro pontas daria o cabedal necessário para o profissional de saúde do século XXI. Um profissional comprometido em ter uma boa formação e, ao mesmo tempo, alerta às demandas da sociedade, das políticas públicas e do sistema de saúde vigente no Brasil. Essa é um das propostas que visam beneficiar o discente em prol de uma formação ampla e comprometida com as problemáticas que o mundo contemporâneo oferece.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, sabe-se que a relação

entre a teoria e a prática, seja nas ciências da saúde, seja de maneira geral nas ciências, é simplesmente uma relação baseada na sistematização do conhecimento. Se formos abordar rigorosamente os aspectos sobre uma prática, vai-se perceber que essa divisão não existe na maioria das vezes. Essa duplicidade é mantida de uma maneira didática, para um melhor entendimento de um contexto onde conhecimentos teóricos e práticos podem ser discerníveis. Efetivamente, teoria e prática só existem em uma relação de reciprocidade: só se pode entender essa relação na medida em que a prática existe em relação a uma teoria e vice-versa.

Isso tem uma implicação na formação nos cursos em saúde. Sobretudo, entre aquilo que é o ideal, e aquilo que é real. Em grande parte das vezes, os alunos falam sobre os pontos nevrálgicos da formação, e grande parte das suas dúvidas está relacionada ao mercado de trabalho. O que está de fora das salas de aula das universidades? O que será encontrado nas instituições de saúde?

Esse impacto entre o que é ideal e o que é real faz com que a formação oferecida no ensino superior nos cursos de saúde seja pensada no sentido de se aproximar cada vez mais do que os discentes irão encontrar do lado de fora das instituições de ensino. Isso vem sendo feito na medida em que o aluno já se coloca defronte dos estágios desde o início do curso, por exemplo. Tendo o referencial da Faculdade como aquilo que é ideal para a sua carreira, com os instrumentos necessários, os equipamentos e as técnicas mais apropriadas para colocar em prática no seu trabalho cotidiano.

Questões como essas são o ponto de partida de muitos questionamentos, sobretudo quando da reflexão sobre o Sistema Único de Saúde. Quando do conhecimento do tema, os discentes reclamam por verem que a lei é o que há de mais ideal, e que, na prática, a maior parte daqueles princípios não é aplicado como se deveria. Princi-

palmente os que já têm uma experiência na área de saúde, oriundos de outros cursos da área, veem o conjunto de leis em saúde com muito ceticismo. O embate entre o que é ideal e o que é o real pode se tornar inócuo na medida em que se transforma em uma lamúria generalizada, e não como forma de enriquecimento do debate em torno da existência de uma relação mais íntima entre a teoria e prática.

Nesse sentido, cabe aos interlocutores, sejam eles professores ou não, as rédeas para conduzir da forma mais interessante uma discussão sobre os métodos mais adequados de verificar um caminho que leve em contato o envolvimento entre os conhecimentos teóricos e práticos, sem desembocar em caminhos tortuosos, problematizando e trazendo pontos relevantes para o debate em torno das demandas contemporâneas e a formação do campo da saúde no século XXI.

Consideramos que há a necessidade de que esses interlocutores estejam sensibilizados para experienciar com os discentes as vivências propostas nos conteúdos programáticos, buscando a reflexão crítica sobre o que é ideal e o que é real, enquanto compartilham a visão de que eles necessitam conhecer o ideal, mesmo vivenciando a realidade dos serviços de saúde, no qual vão ser inseridos após o término do curso, pois deverão ser deles o compromisso e o desejo de transformar esses cenários e práticas.

Urge investir esforços cada vez mais intensos para que os alunos em formação possam alcançar o amadurecimento necessário para vislumbrar os dilemas existentes entre as situações reais e as ideais, de forma a crescerem no sentido de chegarem ao mercado de trabalho com possibilidade de adotarem uma performance de profissionais dotados das competências e habilidades necessárias para a adoção de um novo posicionamento profissional, inovador, de compromisso com as necessidades da comunidade.

HIGHER EDUCATION IN HEALTH IN BRAZIL: NOTES ON THE CURRENT PANORAMA

ABSTRACT

The health field today has various challenges. The aim of this article is to reflect a little on what are these dilemmas and how they currently can be glimpsed in the training offered to the students being trained in Courses of higher education in the field of health, notably in medicine and nursing, and that shapes this debate on its professionalization as collaborator in the single health system. To do this, some questions should be made: how was contextualised health at Brazil, while construction of the first health Faculties in the territory and in what ways this had effects on health professions? What is really the current panorama of student training in health courses in northeastern Brazil, and what are the challenges posed to the new professionals in the field of work? What are the joints that can be seen between educational and health policies with issues such as inequality, violence, hunger, gender, ethnicity and generation? Finally, what are the possibilities that are seen to face the challenges of the 21ST century has already revealed in the relationship between higher education in contemporary social issues and health? These points refer to the result that there is still much to be done, even if there is a movement that shows changes in the way they make and instruct the health in Brazil of democratization here. Finally, stands out as paths to be highlighted in shaping health care in the 21st century known issues through conundrum between theory and practice, real and ideal, in addition to the relationship with the teaching, research and management

Keywords: Sociology of education. Health education. Educational policies in health.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos Superiores da Saúde. Brasil: Governo Federal, 2001.
2. Vasconcelos E. Em terra de leigo quem é higienista é rei: genealogia do olhar médico social na Paraíba. [Dissertação de mestrado] Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa; 2008.
3. Geovanini, T.; Moreira, A.; Dornelles, S.; Machado, W. C. A. História da enfermagem: versões e interpretações. 3. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.
4. Nóbrega-Therrien, S. M.; Almeida, M. I. Enfermeira-Profissão, saberes e prática: potencialidades, limites e possibilidades. UECE/UFCE: Fortaleza, 2007.
5. Oguisso, T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2.ed. São Paulo: Manole, 2007.
6. BRASIL. Resumo Técnico – Censo da Educação Superior de 2009. INEP: Brasília, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasil: Governo Federal, 2001.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasil: Governo Federal, 2001.
9. Martins PH. Contra a desumanização da medicina - crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. FOUCAULT M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
11. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense; 2001.
12. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu. Ago 2004;8(15):375-380.
13. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Brasil: Governo Federal; 1996.
14. Sousa Júnior L (org.). LDB: visões críticas. João Pessoa: Idéia; 1997.
15. Ceccim, RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro. Jun 2004;14(1):41-65.

REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA
ISSN 1679-1983

NORMAS EDITORIAIS

Objetivos

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983 é uma publicação semestral, de circulação nacional, da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., entidade mantenedora das Faculdades Nova Esperança, e tem como 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 para o e-mail **revista@facene.com.br**, 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. **Formatação** - seguirá as normas: digitado em formato DOC; corpo do texto justificado; fonte Arial, tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5 cm; configuração de página: 3 cm para margens superior e esquerda; 2 cm para margens inferior e direita; em papel tamanho A4; as páginas não devem ser numeradas.
2. **Título e Subtítulo** (quando houver) em língua portuguesa, em caixa-alta, centralizado e em negrito.
3. **Autores** - Aceitam-se, no máximo, 6 (seis) autores por trabalho para cada edição. Os nomes completos dos autores devem vir em formato normal, sem abreviações, com apenas as iniciais em maiúsculo, recuados à direita, com espaçamento simples; em notas de rodapé, em números cardinais, devem-se apresentar a titulação, instituição de origem, endereço completo para correspondência com CEP, cidade, telefone, e-mail (para o autor principal, visando contato).
4. **Resumo** – Os resumos devem seguir a norma ABNT 6028:2003, e apresentar os seguintes itens: título em caixa-alta e em negrito alinhado à esquerda; texto em língua portuguesa, espaçamento simples, com no máximo 300 palavras. Expressará de maneira precisa e concisa, o material e métodos utilizados, o que foi observado ou realizado e as conclusões que o(s) autor(es) considera(m) justificadas. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas, e deverá conter a seguinte estrutura: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO, e CONSIDERAÇÕES FINAIS, não sendo preciso nominar cada item. O resumo deverá ser acompanhado de até cinco palavras-chave, que são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. As palavras-chave deverão ser baseadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine. O DeCS pode ser consultado através do endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. Estas devem vir no final do Resumo, alinhadas à esquerda, sem espaçamento entre linhas, precedidas de ponto a cada palavra.

5. **Resumo em língua estrangeira** - *Abstract*, em inglês; *Resumen*, em espanhol; *Résumé*, em francês); título em língua estrangeira escolhida para o resumo, palavras-chave em língua estrangeira (*Keywords*, em inglês; *Palabras clave*, em espanhol; *Mots-clés*, em francês). Como elemento pós-textual, este resumo deve vir no final do texto, antes das referências. Segue os mesmos padrões na versão em português e deve ser absolutamente fiel ao original. O título do trabalho também deve ser traduzido para língua estrangeira escolhida, ficando centralizado e em caixa alta.

NORMAS PARA ANÁLISE DOS ARTIGOS

Envio dos originais

1. Os autores devem seguir os critérios de emissão dos seguintes documentos:
 - 1.1 **Declaração:** atestando que o artigo é original, encaminhado à Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança para a seção pertinente (original, revisão, atualização, resenha, relato de experiência etc), e devidamente assinada pelo(s) autor(es), cedendo os direitos autorais à Revista e autorizando a publicação do mesmo.
 - 1.2 **Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP:** quando a pesquisa envolve seres humanos seja direta ou indiretamente, ou seja, através de entrevistas, questionários ou formulários; ou através de prontuários. Esta certidão deve ser definitiva; a certidão temporária que autoriza a coleta de dados não garante a publicação na Revista.
2. O envio dos documentos pode ser feito para o e-mail da Revista (revista@facene.com.br), desde que estejam devidamente assinados, escaneados e anexados ao artigo, como referido nos Procedimentos Éticos;
3. Os autores ficam responsáveis pela rigorosa revisão gramatical dos originais manuscritos, não cabendo à Revista tal procedimento.
4. **Aprovação dos trabalhos** - Os trabalhos serão avaliados pelo Conselho Editorial, formado por professores mestres e doutores nas áreas da saúde e afins. Para garantir a imparcialidade da avaliação, os avaliadores desconhecerão a autoria dos trabalhos e os autores desconhecerão a identidade de seus avaliadores. A aprovação do trabalho pode ser confirmada por emissão de uma carta de aceite, onde consta a futura publicação na edição, volume e número correspondentes, desde que os autores a solicitem. A carta pode ser enviada por e-mail ou pelos Correios, para o endereço informado pelos autores.
5. O Conselho Editorial reserva-se o direito de rejeitar os artigos que não apresentarem valor científico; mostrarem problemas éticos, ou que tenham erros significativos de metodologia, gramática, bibliografia, bem como de realizar adaptações ao estilo da Revista.

O Conselho Editorial poderá tomar as seguintes deliberações:

 - a) Recusar o trabalho sem observações, nos casos de plágio ou qualidade técnica julgada como insuficiente;
 - b) Aceitar com restrições o trabalho, que serão informadas aos autores para serem executadas as observações ou sugestões do(a) revisor(a). Os autores terão a oportunidade de adequar o trabalho;
 - c) Aprovar o trabalho na íntegra.
6. Após a submissão do artigo, não é aceita a troca, retirada ou inclusão de autores; assim como é proibido o acréscimo de trechos no texto, exceto quando sugerido pelos revisores.
7. As informações apresentadas no trabalho são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

Outras informações pelo e-mail revista@facene.com.br ou pelo telefone (83) 2106-4791.

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 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 sequência 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,

ênfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outros achados já publicados. Comunicações pessoais ou publicações de caráter restrito devem ser evitadas como provas de argumento. Hipóteses e generalizações não baseadas nos dados do trabalho devem ser evitadas. As limitações do trabalho bem como suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas.

Conclusões: deve-se apresentar o conjunto de conclusões mais importantes, evitando detalhes não pertinentes, retomando os objetivos do trabalho. As conclusões podem também ser incluídas no item “discussão”; neste caso, não há necessidade de repeti-la em itens à parte.

Agradecimentos (opcional): quando desejados devem ser apresentados no final do texto, breves e diretos, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria. Devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das Referências.

Ilustrações: tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc.), inseridas logo após serem mencionadas pela primeira vez no texto. As tabelas devem estar formatadas como a tabela clássica 1 do Word. Os gráficos devem ter boa definição. As fotos devem ser escaneadas com 300 ou mais DPI e salvas no formato TIFF ou BMP e lado maior igual a 18 cm. As ilustrações e seus títulos devem estar alinhados à esquerda e sem recuo. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4. Devem ser encaminhadas com as autorizações para reprodução de material publicado anteriormente, de ilustrações que podem identificar pessoas e para transferência de direitos autorais e outros documentos que se façam necessários.

Referências

- o As Referências deverão ser reunidas no final do trabalho, citadas somente as obras utilizadas no texto, em ordem numérica, e ordenadas segundo a sequência de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não se deve utilizar o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.
 - o As referências devem estar de acordo com as especificações dos Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Periódicos Biomédicos, conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org>). Para maiores esclarecimentos sobre o Estilo de Vancouver, ver o item “Estilo de Vancouver: exemplos de como referenciar”.
 - o Para citações diretas de referências bibliográficas devem-se usar aspas na sequência do texto, de acordo com o Estilo de Vancouver, atribuindo a cada autor um número que o identifique.
 - o As citações de falas/depoimentos dos sujeitos de pesquisa deverão ser apresentadas entre aspas.
2. **Artigos de revisão:** são trabalhos que têm por objetivo apresentar síntese e análise crítica da literatura levantada. Esta deve ser atualizada, referenciada e a discussão atual e pertinente. Deve incluir com clareza a delimitação do problema, dos procedimentos adotados e conclusões. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas. Deverão ter no máximo 50 citações de referências bibliográficas, organizadas em espaço simples. No máximo 10 laudas.

3. **Artigos de Atualização ou Divulgação:** são trabalhos que têm por objetivo a descrição e/ou interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. No máximo 10 laudas.
4. **Comunicações breves/Relatos de caso/experiência:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa, relatos de caso ou experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. No máximo 10 laudas.
5. **Resenhas:** apresentação e análise de livros publicados na área da saúde ou áreas afins. Serão aceitas para apreciação resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto analítico. No máximo 3 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 lauda ou contendo 250 palavras.

ESTILO DE VANCOUVER: EXEMPLOS DE COMO REFERENCIAR

1. LIVROS E MONOGRAFIAS CONSIDERADOS NO TODO

Um autor (pessoa física) – de um até seis autores

Black GJ. Microbiologia: fundamentos e perspectivas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Mais de seis autores

Costa SS, Cruz OLM, Oliveira JAA, Lima AS, Mariante AR, Crespo NA, et al. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2ª ed. il. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Organizador, editor, coordenador ou compilador como autor

McCloskey JC, Bulechek GM, organizadoras. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Autores corporativos (órgãos governamentais, associações, ONGs etc.)

Comissão Social do Episcopado Francês. SIDA: a sociedade em questão. Tradução de Ephraim F. Alves et al. Petrópolis; 1996.

Entrada pelo título, quando não há autoria

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Indicação do tradutor

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Tradução de Isabel C. F. da Cruz et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Dicionário e obras de referências similares

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Com a nova ortografia da língua portuguesa.

Teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso

Imperiano RL. Ser mãe: vivência da maternidade em profissionais do sexo: [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; 2006.

Trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em anais

Tegazzin V. Anestesia em doenças neuromusculares. Anais do V Simpósio Brasileiro de Hipertermia Maligna; 2005 Out 7-8; Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Unifesp/EPM; 2005. p. 10-1.

2. CAPÍTULO OU PARTES DE LIVROS E MONOGRAFIAS

Maranhão EA, Silva FAM, Lamounier JÁ, Sousa EG. Medicina. In: Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. A trajetória dos cursos de graduação na saúde – 1991-2004. Brasília (DF): INEP; 2006. p. 277-309.

Artigo em periódico

Autor(es) (pessoa física) – até seis autores

Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):59-65.

3. DOCUMENTOS EM SUPORTE ELETRÔNICO

(CD-ROM, DVD...)

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [monografia em CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

Artigos de periódicos

Gonçalves LC, Silva MRG, Peracoli JC, Silveira LVA, Padovani CR, Pimenta WP. Prevalência de hipertensão arterial em mulheres com passado de distúrbios hiperglicêmicos na gestação. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na internet]. 2005 Abr [acesso em 2008 Ago 15]; 49(2): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Correspondência:

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983
Faculdades Nova Esperança - Facene/Famene
Endereço: Avenida Frei Galvão, 12, Gramame
João Pessoa-PB.
CEP: 58067-695.
Telefone: (83) 2106-4777 / 2106-4791
E-mail: revista@facene.com.br